

L'importanza dei primi colloqui nella Control-Mastery Theory: *ascoltare, osservare, chiedere, immedesimarsi, seguire il paziente e comprendere il suo piano*

Roberta Alesiani, Daniele Villa, Alessandro Pieri, Silvia Boccalon, Francesco
Gazzillo ©

In accordo con la Control-Mastery Theory (CMT), il paziente arriva in terapia con un *piano*, in genere inconscio, che prevede la realizzazione di *obiettivi piacevoli e realistici* (Weiss, 1993; Gazzillo, 2016). Il paziente in terapia lavora per disconfermare le credenze patogene e i sensi di colpa che lo ostacolano in questo compito e lo fanno soffrire, per padroneggiare i suoi traumi e comprendere meglio la storia della propria vita. Pertanto, nei primi colloqui il paziente cercherà di fornire al clinico le informazioni necessarie a fargli capire ciò di cui ha bisogno per star bene. È quindi importante che il terapeuta assuma una posizione *attenta e mentalmente attiva*, che in termini operativi può tradursi nel prestare attenzione a ciò che il paziente comunica, ma anche nel far domande ed esplorare insieme al paziente aspetti rilevanti della sua storia di vita; allo stesso tempo, però, il clinico deve mostrarsi *flessibile*, adattandosi il più possibile ai bisogni del paziente e lasciandosi un po' guidare dal suo modo di “stare” nella relazione.

Del resto, al centro di questo modello e implicito nei termini stessi “control” e “mastery” c'è la constatazione che le persone abbiano la capacità di *eseguire inconsciamente funzioni mentali “superiori”*, di *controllare* la propria vita mentale conscia e inconscia e che siano intrinsecamente motivate ad *adattarsi alla realtà*, a *padroneggiare* le difficoltà, a superare le loro inibizioni e problemi, a elaborare i propri traumi e a realizzarsi dal punto di vista personale e relazionale (Weiss, 1993). Il paziente è dunque un *agente attivo e competente* nella relazione terapeutica.

Conditio sine qua non per un buon trattamento in ottica CMT è *far sentire il paziente (inconsiamente) al sicuro* (Weiss, 1993) affinché possa lavorare efficacemente per stare meglio. Per far questo, bisogna uscire dalla “credenza patogena” che esista un unico setting e un’unica tecnica adatta a tutti i pazienti: per quanto ogni terapeuta abbia un suo specifico *modus operandi* e possa utilizzare uno stile personale e tecniche differenti, i primi colloqui non esulano da questo principio di base.

Cerchiamo di stabilire delle linee guida generali. In primis, è importante che il clinico utilizzi i primi *due o tre colloqui* per raccogliere quante più informazioni necessarie a comprendere il piano del paziente; o meglio, che il clinico tenga presente che, all’inizio della loro relazione, il paziente fornirà le informazioni utili per aiutarlo prima di iniziare a metterlo alla prova, ragione per cui è proprio in questi primi colloqui che potrà raccogliere gli elementi necessari a comprendere il piano del paziente (O’Connor, Edelstein, Berry, Weiss, 1992; Weiss, 1993). Ed è importante prestare attenzione tanto alle comunicazioni verbali e alla loro sequenza, quanto alle lacune, a ciò che il paziente non dice ma ci si aspetterebbe che dicesse, alle cose che non tornano, alle allusioni e alla componente non verbale dell’interazione (Thoma e Kachele, 1990): la mimica facciale, lo sguardo, la postura, nonché l’atteggiamento complessivo con cui il paziente si relaziona al clinico.

Sempre in linea generale, comprendere la *motivazione* che spinge il paziente a chiedere aiuto, proprio in quello specifico momento della sua vita, è estremamente importante. A volte il paziente può iniziare a parlare dei suoi *sintomi e inibizioni*, attuali e/o pregressi, oppure può più semplicemente riferire specifiche *aree di sofferenza soggettiva*, difficoltà relazionali o situazioni di stallo in qualche ambito della propria vita. Tutti temi su cui è importante avere informazioni quanto più complete e precise possibile.

Sarebbe inoltre auspicabile approfondire l’eventuale *correlazione tra la manifestazione sintomatologica e specifici eventi immediatamente precedenti l’esordio del comportamento disfunzionale*.

Il paziente potrebbe poi aver già intrapreso in precedenza percorsi psicoterapici o farmacologici o aver avuto dei ricoveri psichiatrici: queste informazioni, assieme a quello che al paziente è stato di aiuto o no in queste cure precedenti, potrebbero fornire al clinico elementi importanti per comprendere e prevedere alcune modalità relazionali specifiche del paziente, anche in rapporto a lui, e cosa aiuta o ostacola il paziente nei suoi tentativi di stare meglio (*coaching* del paziente).

Due aree principali vanno tenute in considerazione: quella *professionale*, ovvero le capacità e i modi in cui il soggetto si pone, o non riesce a porsi, degli obiettivi sani e raggiungibili nello studio e/o nel lavoro, e a perseguirli; e quella *relazionale*, cioè il tipo di relazioni che il soggetto riesce, e non riesce, a stabilire e mantenere.

In genere l'indagine di queste due aree fornisce già uno spaccato di quale sia il funzionamento attuale del soggetto e spesso permette, fin dalle prime battute, l'emergere delle *credenze patologiche* nucleari che strutturano l'immagine di sé del soggetto e l'idea di sé in rapporto con gli altri, oltre che le manifestazioni di *compiacenza, ribellione con autopunizione e identificazione*, e gli *affetti* associati a queste credenze (*schemi patogeni*).

Per quanto concerne specificatamente *l'area professionale* le informazioni importanti dovrebbero comprendere qual è l'occupazione del paziente o cosa studia; il suo rendimento, se il lavoro gli permette di mantenersi e se è conforme alle sue potenzialità; quanto è stabile nel mantenere la frequenza lavorativa o quanto è costante nel suo percorso di studi; quali sono (se ne ha) le sue ambizioni, professionali o scolastiche; quanto si sente gratificato dal suo impiego o percorso di studi e se è attinente ai suoi obiettivi professionali. Lo scopo è fondamentalmente farci un'idea di massima della sua storia lavorativa e/o della sua carriera scolastica, cercando di capire quali siano e siano stati i suoi obiettivi, se siano sani, realistici e raggiungibili, che cosa eventualmente lo ha ostacolato o lo ostacola nel raggiungerli.

Per quanto concerne il *senso di sé* (identità, autodirezionalità) sarebbe importante riuscire a comprendere che percezione il paziente ha di sé e come sente che gli altri lo vedono, e la congruenza o discrepanza tra queste credenze e l'opinione che il clinico si fa di lui. In genere, è

opportuno chiedere al paziente di usare degli aggettivi per descriversi e di sostanziare le sue descrizioni con aneddoti/esempi di vita vissuta. Ancora, potrebbe essere utile farci un'idea di cosa gli fa provare orgoglio o vergogna o di quali situazioni lo fanno sentire maggiormente sicuro di sé o vulnerabile; come reagisce a esperienze di perdita, separazione, rifiuto, malattia, e di successo; cosa lo fa arrabbiare di più e cosa lo rende più felice e soddisfatto di sé; cosa lo porta a prendersela con se stesso o fa accrescere la sua autostima; cosa lo fa o lo ha fatto sentire più in colpa (Othmer e Othmer, 2004; Busch, Rudden e Shapiro, 2007).

È inoltre importante indagare anche il *funzionamento interpersonale* del soggetto, sia rispetto alle relazioni in generale sia rispetto alle *relazioni sentimentali*. È necessario ricostruire la storia delle relazioni d'amore significative per il paziente e una descrizione del partner e della relazione attuale, se la ha, in termini di durata, qualità e stabilità del rapporto (matrimonio, convivenza). È importante sapere se il paziente ama il suo partner, se ci sono conflitti significativi nella coppia, se ha problemi a mantenere una vicinanza emotiva con l'altro, se ha la tendenza a perdere interesse o a provare noia nel rapporto, o a sentirsi sfruttato dall'altro. Si dovrebbe cercare di indagare se il paziente ha mai tradito o avuto relazioni extra coniugali, e quale tipo di problemi o insoddisfazioni ha vissuto in queste relazioni sentimentali. Ulteriori indicazioni possono venire dal cercare di comprendere cosa il paziente cerca in una relazione sentimentale, cosa vorrebbe cambiare nelle sue relazioni importanti, se riesce a innamorarsi, cosa si aspetta e cosa gli piace dall'altro, e cosa invece non sopporta o lo irrita. È fondamentale porre attenzione ai pattern relazionali ricorrenti che emergono.

Un altro aspetto da conoscere per quanto concerne le relazioni sentimentali riguarda la *sessualità*. Cerchiamo di sapere se il paziente è attivo sessualmente, se lo è nell'ambito di relazioni stabili, se è soddisfatto della sua vita sessuale; valutiamo l'identità di genere, l'orientamento sessuale, l'intensità del desiderio sessuale e la loro continuità nel tempo. Se ha timori, problemi, dolori o inibizioni e di che tipo e gravità; se trae piacere dal sesso, se si masturba o si è mai masturbato; se riesce a provare tenerezza o vicinanza emotiva nei rapporti sessuali. Ancora, è molto importante conoscere le fantasie sessuali e masturbatorie, cosa fa eccitare il paziente, quali posizioni sessuali preferisce e se le applica nei rapporti sessuali reali; e

se ha un prototipo di oggetto o di rapporto che sembra riprodurre in ogni nuova relazione (Kernberg, 1993; Bader, 2003).

A questo punto diventa fondamentale “tornare alle origini”, ovvero conoscere l’*infanzia* del paziente e l’*ambiente familiare* in cui è vissuto. Dato che in ottica CMT le persone sono intrinsecamente motivate ad adattarsi alla realtà, infatti, la vera domanda a cui il terapeuta deve tentare di rispondere fin dai primi colloqui è “a che tipo di ambiente questa persona si è dovuta adattare sviluppando le proprie credenze patogene?”.

E’ importante cercare di farsi un’idea di ciascuno dei *caregiver*, chiedendo al soggetto una loro descrizione come persone e della sua relazione con ognuno di loro; com’era il rapporto con loro nell’infanzia; quali erano le caratteristiche di ogni genitore che lo facevano soffrire di più, come si manifestavano e in seguito a cosa; quali erano, al contrario, le situazioni che lo facevano star meglio; che spiegazione il paziente si dà del perché i genitori si sono comportati con lui in un certo modo; se pensa di essere responsabile, e in che misura, dei comportamenti negativi dei genitori nei suoi confronti; se hai mai fantasticato di avere genitori diversi, e come (Gazzillo, 2016); se si è mai sentito non desiderato da bambino; quali sono i rapporti attuali e come è cambiata la relazione con i genitori da quando era bambino a oggi (Bateman e Fonagy, 2006). Ancora, può essere utile farsi un’idea di alcuni aspetti della coppia genitoriale: che rapporto c’è fra di loro, come si vedono l’un l’altra, se hanno avuto crisi o separazioni, magari anche come si sono conosciuti e i reciproci processi di scelta (Andolfi, 1994). E’ utile avere anche delle informazioni di base quali lo stato di salute dei genitori, il grado di istruzione, l’occupazione, se hanno sofferto di disturbi psichiatrici o problemi di salute di qualche tipo. Alcune indicazioni importanti possono derivare da come ha affrontato le separazioni, se pensa che qualcosa che gli è accaduto nell’infanzia gli abbia causato dei problemi, da come ha vissuto l’adolescenza.

Oltre ai genitori, sarebbe importante ottenere indicazioni circa la presenza di *eventuali altre figure di riferimento* nello sviluppo del paziente e indagare in cosa erano diversi dai genitori; il rapporto con i fratelli durante le diverse fasi della crescita, come il paziente si è adattato alla nascita dei fratelli, se ci sono stati problemi e i rapporti attuali; i rapporti dei fratelli con i genitori e fra di loro; il rapporto con i figli; eventualmente, anche una descrizione delle amicizie (durata, frequenza e stabilità del rapporto, grado di intimità; cosa si aspetta dagli amici).

Di base, l'ideale sarebbe riuscire a formarci un'impressione chiara delle persone importanti della famiglia del paziente, di come si vede rispetto ad esse e di come si sente visto da loro (Stern et al., 2010). Altra cosa fondamentale è far emergere eventuali lutti, abusi o eventi di natura traumatica (traumi da shock), nonché specifici pattern relazionali o particolari climi emotivi (traumi da stress).

Eleonora è un'impiegata di 32 anni e vorrebbe cominciare un percorso che le consenta di conoscersi meglio per limare alcune delle sue asperità caratteriali e risolvere dei vissuti di angoscia e depressione che prova rispetto al suo modo di essere con colleghi sul lavoro, compagno e genitori. In particolare, si sente inadeguata nel rapporto con gli altri in quanto spesso ha delle reazioni di rabbia a suo dire eccessive e ingiustificate; teme di essere pesante per chi la circonda, non sa se sta facendo il lavoro che davvero le piace, e spesso si sente insoddisfatta e frustrata, al punto da chiedersi se dovrebbe mollare il lavoro che fa; tuttavia, non riesce a fare a meno di lavorare molte ore, ben oltre quelle per cui è pagata, e si porta a casa costantemente diverse preoccupazioni sul non aver gestito o risolto abbastanza bene le varie incombenze lavorative. Il figlio è affidato ai genitori durante la giornata, i quali la criticano per l'eccessiva irruenza, per le sue lamentele sul lavoro, per il fatto di non educare bene il bimbo o trascurarlo. Per Eleonora è molto difficile fare cose in disaccordo con l'opinione dei genitori; inoltre, si sente molto in colpa di trascurare compagno e figlio, coi quali teme di non passare abbastanza tempo in termini di quantità e qualità; ha paura di non essere abbastanza brava a occuparsi dei bisogni del figlio e di pensare troppo al lavoro.

Il *padre* è la figura dominante della famiglia d'origine, descritto come un uomo calmo, saggio, gran lavoratore acculturato; sa sempre qual è la cosa giusta ed è un punto di riferimento fondamentale per lei. Tuttavia, non tollera opinioni diverse dalle sue, vuole sempre avere l'ultima

parola, non chiede mai scusa, pretende di controllare la vita della figlia e soprattutto è moralmente molto rigido con se stesso e gli altri. Da bambina la costringeva a regalare i suoi giocattoli a ogni bimbo che passava a trovarli; inoltre le ha impedito di frequentare ragazzi che a lui non piacevano, e di andare a vivere da sola finché non avesse trovato un compagno. La *madre* è descritta come una donna semplice, concreta, con pochi interessi e cultura, pessimista e ansiosa, sempre stanca e insoddisfatta; Eleonora ha con lei un rapporto di affetto misto a irritazione per la passività e rassegnazione con cui la madre vede e interpreta gli eventi. La madre, in seguito a un incidente, ha avuto un periodo di convalescenza lungo, caratterizzato da un esaurimento nervoso e da continui mal di testa, per cui da bambina doveva stare attenta a non disturbarla. Inoltre, Eleonora non la considera all'altezza del padre.

La descrizione dei suoi genitori e del rapporto con e tra di loro ha fornito alcune fondamentali informazioni per elaborare delle ipotesi sulle credenze patogene che hanno condizionato la vita di Eleonora, in combinazione con altri elementi della sua storia. La relazione con una madre ansiosa, insoddisfatta e oberata dalle incombenze quotidiane può aver prodotto la credenza di essere pesante e difficile da sopportare; la mamma è pessimista, lamentosa e affaticata e la fa sentire irruenta molesta e stancante. La relazione con un padre rigido, moralista e controllante può aver generato la credenza che se facesse qualcosa di diverso da come lui la farebbe, o avesse dei valori diversi dai suoi (ovvero assertivi e centrati sull'auto realizzazione) lo deluderebbe e farebbe soffrire molto, visto che lui ha impostato la sua vita sull'altruismo e il sacrificio per gli altri. Inoltre, la suscettibilità e i valori molto intransigenti, per quanto amorevoli e disponibili, dei genitori possono aver creato la credenza che se li critica o compie scelte diverse dalle loro li farà soffrire molto. Queste ipotesi, derivate anche dalla descrizione delle relazioni con i genitori, consentono di supporre una spiegazione in ottica CMT della sofferenza di Eleonora.

Altre informazioni utili possono derivare da una descrizione del *clima familiare*, ma anche del tipo di ambiente *sociale e culturale* (ad esempio tradizioni, cultura, miti e realtà economiche) in cui il paziente è cresciuto.

Un'altra fonte di informazioni importanti deriva poi dal modo in cui il paziente si relaziona a noi, dalle nostre reazioni affettive a quello che il paziente dice e a come lo dice, e dalle reazioni del paziente ai nostri interventi e atteggiamenti. E' quindi indispensabile prestare attenzione al modo in cui interagiamo con il paziente e a come il paziente interagisce con noi, a ciò che

proviamo nella relazione con il paziente e ai sentimenti che il paziente mostra, e a come questi elementi cambiano e in seguito a cosa, nel corso del colloquio (Balint e Balint, 1961; Bleger, 1969). Se questo è importante per qualsiasi tipo di colloquio diagnostico, lo è ancor di più in ottica CMT.

Molto importante è poi prestare attenzione a eventuali *processi di identificazione* che possono esplicitarsi già nei primi colloqui, attraverso comportamenti e atteggiamenti del paziente nei confronti del clinico.

Un'*identificazione* può essere definita come un processo di modificazione della rappresentazione del sé sulla base di una percezione presente o passata di un oggetto; tale modificazione può essere temporanea o permanente, totale o parziale, arricchente o limitante la persona, a seconda di ciò con cui ci si identifica, e a seconda che il bisogno di una tale identificazione sia di breve o di lunga durata (Sandler, 1988). L'*identificazione* è un mezzo per sentirsi uguali all'oggetto ammirato e idealizzato attraverso il quale la persona si sente amata e ottiene uno stato interno di benessere; può anche essere usata a scopi di difesa, quando ha la funzione di risolvere la propria paura verso una persona avvertita come minacciosa, in cui il soggetto si identifica con le sue caratteristiche traumatiche. Infine, l'*identificazione* può anche essere utilizzata nel tentativo di tollerare meglio la perdita o il distacco da un oggetto d'amore, o come forma di punizione se si è preda di un senso di colpa per aver ferito o danneggiato in qualche modo quell'oggetto.

Molta della psicologia di una persona è costituita dai suoi principali oggetti d'amore e dai suoi modelli. Sin dai primi colloqui il paziente ci parla di persone del suo passato a cui pensa di assomigliare, di quelle a cui vorrebbe assomigliare e di quelle a cui ha cercato a tutti i costi di *non* assomigliare.

Nei primi colloqui è importante osservare atteggiamenti e comportamenti del paziente che possono essere influenzati dalle identificazioni con familiari e altre figure significative, i cui significati e funzioni possono illuminare il clinico. Per quanto il paziente possa essere consapevole di alcuni aspetti delle proprie identificazioni, altri aspetti possono essere compresi attraverso ulteriori dinamiche meno consapevoli e di tipo non verbale. Attraverso le descrizioni

che il paziente fornisce delle persone con cui si è identificato, poi, è possibile comprendere in quale periodo è avvenuta l'identificazione e la sua funzione prevalente. Nei primi colloqui è possibile osservare le identificazioni principali attraverso il modo di relazionarsi del paziente col clinico (McWilliams, 2002).

Giorgio, un uomo di 40 anni, si presenta al primo colloquio chiedendo di essere aiutato a comprendere perché tutte le sue relazioni sentimentali finiscano in malo modo; dice di non sentirsi capito, e durante il colloquio critica fortemente la figura del padre, un uomo molto arrogante, saccente e pieno di sé, incapace a suo dire di riconoscere le virtù degli altri, comprese quelle del figlio stesso. Ma Giorgio ha un tono di voce molto deciso, la postura ferma da militare, e guarda continuamente negli occhi il terapeuta. Nell'indagine dei precedenti trattamenti emerge che Giorgio aveva intrapreso per un breve periodo una psicoterapia di gruppo, nella quale non si era trovato affatto bene perché dopo poche sedute si era ritrovato a essere il leader del gruppo che risolveva via via le problematiche degli altri pazienti, tanto che nella sua ultima seduta si era trovato a dire al terapeuta "Beh, penso che a questo punto sia lei che dovrebbe pagare me visto che il lavoro lo faccio tutto io...."

Nei primi colloqui, oltre alle identificazioni è importante individuare anche le *controidentificazioni*: può capitare a volte che il paziente espliciti il desiderio di essere visto come l'esatto opposto di un familiare. Spesso queste controidentificazioni sono espresse in termini assoluti e intransigenti, tanto che il paziente può non prendere in considerazione l'idea di modificare un comportamento perché l'oggetto con cui è controidentificato a volte agiva in quel modo, cosa che tradisce la presenza di sensi di colpa e autopunizioni.

Oltre alle identificazioni e controidentificazioni, è infine importante rilevare le *manifestazioni di compiacenza* del paziente rispetto a quello che i *caregiver* primari sembrava volessero che fosse (o sembra vogliano che sia). Detto in altri termini, è importante vedere in che misura il paziente ha sviluppato un'immagine di sé e degli atteggiamenti e comportamenti che gli creano problemi ma manifestano il suo desiderio di compiacere delle figure significative della sua vita.

Rebecca è una giovane studentessa di 18 anni che chiede una psicoterapia per uscire da un isolamento sociale che sente molto doloroso. Nel primo colloquio esplicita fortemente il rancore che prova nei confronti della madre, una donna molto esibizionista, incapace di venirlle incontro, tutta presa nella cura della sua immagine. Rebecca appare invece molto intimidita nel colloquio, tiene gli occhi sempre bassi, diventa rossa alle domande del terapeuta sulla sua vita sentimentale, dice di avere poche amicizie perché ha sempre evitato di uscire con persone che a suo modo trovano il divertimento solo in locali rumorosi, e che lei preferisce a quel punto stare da sola, aspettando di trovare qualcuno che condivida il suo modo di vivere. Quest'apparente controidentificazione si è poi rilevata una manifestazione di compiacenza rispetto al desiderio della madre di essere sempre al centro dell'attenzione per il proprio aspetto.

Fin dal primo colloquio è inoltre indispensabile prestare attenzione all'eventuale presenza di “*coaching behaviors*”, ovvero a tutte quelle comunicazioni, atteggiamenti e comportamenti, più o meno diretti ed espliciti, che i pazienti mettono in atto per fornire al clinico le informazioni utili a comprendere ciò di cui hanno bisogno o per aiutarlo a capire che sta sbagliando e riportarlo sulla retta via.

Lorenza è una donna di circa quarant'anni che arriva a chiedere aiuto, dopo una serie di terapie interrotte, per uscire dall'isolamento e dal senso di sfiducia che caratterizza da sempre le sue relazioni, soprattutto con l'altro sesso. Durante il primo colloquio continua a lamentare l'incompetenza della categoria professionale “psi” (psicologi, psichiatri, psicoterapeuti) ed elenca una serie di specialisti, alcuni dei quali abbastanza noti, definendoli tutti eufemisticamente degli incompetenti. Parla al terapeuta fin dalle prime battute con un linguaggio tecnico e le suggerisce il modello teorico di riferimento che deve seguire per aiutarla. Nel momento in cui il terapeuta prova a fare delle domande e ad indagare qualsiasi area della sua vita, Lorenza inizia a deriderlo, sbeffeggiandolo e dicendogli che “anche lui non ha capito un cazzo perché lei è lì davanti a lui, e se vuole conoscerla veramente deve smetterla di fare domande preimpostate da persona rigida e inetta”. Subito dopo gli chiede perché stia prendendo appunti, e alla risposta del terapeuta che “scrivere lo aiuta a tenere a mente meglio certi dettagli”, la paziente lo deride e ribadisce che le scuole di psicoterapia addestrano a dare queste risposte “preimpostate” che sono in realtà delle grandi stronzate. All'ipotesi di incontrarsi ancora tre o quattro incontri per conoscersi meglio e poi decidere insieme come andare avanti, eventualmente intraprendendo un percorso di psicoterapia, la

paziente ride sarcasticamente, dicendo che questa proposta è demenziale, perché la terapia è una relazione tra due persone di cui una si prende cura o dovrebbe prendersi cura dell'altro, e che non esiste una suddivisione tra primi colloqui e terapia. Lorenza conclude il primo incontro dicendo al terapeuta che ha bisogno di rispecchiamento e sintonizzazione perché è questo quello che gli è mancato nella vita e che questo le serve per poter cambiare il suo modo di stare nelle relazioni. Durante il secondo colloquio il terapeuta non modifica il suo atteggiamento e tenta nuovamente di fare domande per cercare di capire qualcosa in più di Lorenza e farsi un'idea di come poterla aiutare. Il pattern che si ripete è più o meno lo stesso e l'atteggiamento di Lorenza di fronte al clinico diventa chiuso e diffidente. A questo punto, nel corso del terzo colloquio, il terapeuta decide di appendere al chiodo la sua tecnica: se vuole capire qualcosa di Lorenza e aiutarla veramente deve abbandonare le sue "certezze" legate a un modo standard di lavorare e creare un clima in cui la paziente possa sentirsi al sicuro. Smette improvvisamente di scrivere e di far domande, sceglie di seguire il modello teorico che Lorenza gli suggerisce, abbandona la possibilità di poter strutturare un *setting* e di fare un contratto di qualsiasi tipo. Dalla seduta successiva la paziente inizia a parlare di sé, emergono a poco a poco episodi infantili traumatici di natura violenta, e il clima terapeutico diventa più disteso e collaborante.

Questo breve esempio clinico mostra peraltro sinteticamente come fin dall'inizio il paziente, soprattutto se molto sofferente, possa mettere alla prova il clinico sottoponendolo a test, a volte anche molto intensi, contraddittori e che si susseguono in modo rapido. Rispondere in modo pro-plan superando i test a cui il paziente ci sottopone, e porre attenzione all'attività di *coaching* ("ho bisogno di rispecchiamento e sintonizzazione perché è questo quello che le è mancato nella vita e che questo le serve per poter cambiare il suo modo di stare nelle relazioni") sono due ingredienti necessari a creare un clima di fiducia in cui il paziente possa sentirsi al sicuro e aprirsi, parlando di sé e mostrandosi per come realmente è. Spesso il cambiamento di atteggiamento rappresenta in sé il superamento di un test e si rende una condizione necessaria per la comprensione del paziente.

Una volta che nell'interazione con il paziente sono emerse queste informazioni, dovremmo cercare di organizzarle in modo da comprendere il *piano* del paziente, ovvero riuscire a capire quali obiettivi piacevoli e realistici vuole raggiungere, quali *credenze patogene* e *sensi di colpa* lo ostacolano nel raggiungimento di questi obiettivi, quali sono i *traumi* sottesi e in che modo il

paziente mette alla prova (*test*) le sue credenze patogene. È importante tenere a mente che molti sensi di colpa che derivano da, e sostengono, le credenze patogene dei pazienti sono inconsci, data la loro natura spaventosa, distruttiva e irreparabile; inoltre più di un trauma può essere alla base di una stessa credenza patogena e più di una credenza patogena può nascere da un unico trauma (Gazzillo, 2016). Sulla base di tutte queste informazioni possiamo anche ipotizzare quali *insight* il paziente vorrebbe raggiungere durante il percorso di psicoterapia, in modo da arrivare a fornire una lettura diversa, più matura e meno colpevolizzante, della propria storia di vita.

Il nostro giudizio clinico si basa quindi sulla considerazione globale e incrociata di tutte le informazioni che abbiamo raccolto nel corso dei primi due o tre colloqui: la motivazione per la richiesta della terapia, l'osservazione delle comunicazioni non verbali, l'atteggiamento che assume nella relazione con noi, la storia della sua vita, le nostre reazioni affettive durante i colloqui e le diverse reazioni che mostra ai nostri diversi interventi, atteggiamenti, silenzi.

Alla luce di ciò è possibile concludere che, nell'ottica CMT, i primi colloqui non hanno lo scopo di fornire una diagnosi in senso stretto, né di valutare l'eleggibilità di un paziente per un eventuale trattamento psicologico prestabilito, ma costituiscono un primo terreno di incontro e conoscenza tra clinico e paziente, considerati entrambi agenti *attivi e competenti* all'interno della relazione; in questa nuova prospettiva in cui è centrale la visione del paziente come soggetto "in grado" di eseguire inconsciamente funzioni mentali "superiori", diventa essenziale che il clinico assuma un atteggiamento *flessibile*, abbandonando tecnicismi ideologici e preformati per adattarsi al paziente e ai suoi bisogni, momento per momento. In termini operativi, ciò manifesta la nostra attitudine a "fidarci" del paziente, prestando attenzione a ciò che dice, superando i test a cui ci sottopone, assumendo un atteggiamento adeguato e facendo interventi pro-plan. Per quanto riguarda i primi colloqui, quindi, le aree evidenziate sopra rappresentano senza dubbio dei domini-guida che ci permettono di avere informazioni utili a comprendere il piano del paziente, ma bisogna uscire dall'ottica che sia necessario "chiedere in modo preciso tutto ciò che si ha bisogno di sapere" o viceversa "non chiedere nulla e restare ad ascoltare". Spesso il clinico deve partire dal "poco" che il paziente è disposto a raccontare ed essere disposto a fidarsi, lasciandosi guidare dal paziente e ponendo attenzione alle tante cose che il paziente gli fa capire.

<p>INDAGINE ANAMNESTICA</p> <p><i>Aree da indagare:</i></p>
<p><i>Motivazione</i></p>
<p><i>Sintomatologia attuale e pregressa o aree di sofferenza soggettiva</i></p>
<p><i>Area Professionale:</i> studio/lavoro</p>
<p><i>Immagine di sé</i></p>
<p><i>Affetti prevalenti</i></p>
<p><i>Area Relazionale:</i> relazioni sentimentali attuali e pregresse-sessualità; altre relazioni significative</p>
<p><i>Infanzia, sviluppo e clima familiare:</i> relazioni con i caregiver- fratelli- altre figure significative; traumi da shock, traumi da stress</p>

Bibliografia

Andolfi, M. (1994). *Il Colloquio Relazionale*. A.P.F., Roma.

Bader, M. J. (2003). *Arousal. The Secret Logic of Sexual Fantasies*. St. Martin's Griffin.

Balint, M., Balint E. (1961). *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*. Tavistock, London.

Bateman, A., Fonagy, P. (2006). *Il Trattamento basato sulla Mentalizzazione*. Raffaello Cortina, Milano.

Bleger, J. (1969). *Teoría y práctica en psicoanálisis. La praxis psicoanalítica*, in "Revista Uruguaya de Psicoanálisis", 1969.

Busch, F. N., Rudden, M., Shapiro, T. (2007). *Psicoterapia Dinamica della Depressione*. Raffaello Cortina, Milano.

Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei Pazienti*. Raffaello Cortina, Milano.

Kernberg, O. F. (1993). *Aggressività, Disturbi di Personalità e Perversioni*. Raffaello Cortina, Milano.

Kohut, H. (1971). *Narcisismo e Analisi del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1976.

McWilliams, N. (2002). *Il Caso Clinico. Dal Colloquio alla Diagnosi*. Raffaello Cortina, Milano.

O'Connor, L. E., Edelstein, S., Berry, J.W., Weiss, J. (1992) "Changes in the patient's level of insight in brief psychotherapy: Two pilot studies". In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 3, 1994, pp. 533-544.

Othmer, E., Othmer, S. C. (2004). *L'intervista Clinica con il DSM-IV-TR*. Raffaello Cortina, Milano.

Sandler, J. (1988). *Proiezione, Identificazione, Identificazione Proiettiva*. Bollati Boringhieri, Torino.

Stern B. L., Caligor, E., Clarkin J.F., Critchfield K.L., Hörz S., MacCornack V., Lenzenweger M, Kernberg O.F. (2010). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample*, in *Journal of Personality Assessment* 92, 35-44.

Thoma, H., Kachele, H. (1990). *Trattato di Terapia Psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino.

Weiss, J. (1993). *Come funziona la Psicoterapia*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino.