

Materiale didattico a cura di Giovanni Pe e Matteo Selvini

IL PRIMO COLLOQUIO IN PSICOTERAPIA

Versione marzo 2012

Il primo colloquio costituisce un momento fondamentale per la presa in carico dei pazienti. Di seguito viene presentata la schematizzazione di alcune linee guida utili per lo svolgimento dell'attività del terapeuta nella fase iniziale, suddivise per tipologia della domanda.

Quando riceviamo una richiesta la collochiamo in uno dei quattro contesti della domanda:

- 1) il paziente richiedente per se stesso, che chiede una terapia individuale (**TI**) (si veda l'articolo di Annamaria Sorrentino e Roberto Berrini);
- 2) il paziente non richiedente, quando la domanda viene da un familiare di primo grado; è il paziente che non pone domande, vive il sintomo come egosintonico oppure il paziente grave, ad es. psicotico (**TF**) (si veda art. Matteo Selvini sul paziente non richiedente);
- 3) la domanda relazionale pura, che si suddivide nelle due categorie fondamentali della domanda di coppia (**TC**) e del problema riferito alla relazione genitore-figlio (**TR**) (un capitolo a parte è quello delle terapie di coppia con un partner paziente/sintomatico; modelli di Asen, Linares, esperienza di Ferrari Aggradi e Pe' a Brescia, vedi loro intervento convegno SIPPR 2008 e Salice 2008)
- 4) la domanda di trattamento coatto, quale la tutela minori o altri contesti giudiziari (questa tipologia di domanda non viene qui approfondita, in quanto oggetto di specifici insegnamenti –seminari, corso sulla perizia, ecc. e si rimanda ai protocolli d'intervento di diversi autori, quali Malacrea, Cirillo, ecc.)

Va solo sottolineato che anche in contesti formalmente non coatti, persino in uno studio privato, possono arrivare domande coatte. Ad esempio andare dallo psicologo per obbedienza all'insegnante del figlio o del preside o nei confronti di altra figura di autorità. È fondamentale identificare prima possibile queste situazioni per valutare l'opportunità di un incontro con l'inviante autorevole e con l'eventuale rete prima del primo incontro con il cliente finale.

Nella presa in carico dei nuovi pazienti le attività del terapeuta possono essere divise in 5 differenti fasi/aree:

1. Finalità della prima telefonata/durata telefonata/classificazione della domanda
2. Convocazione al primo colloquio
3. Gestione del primo colloquio
4. Tecniche e timing della raccolta delle informazioni
5. Contratto

1. Finalità della prima telefonata /durata della telefonata/classificazione della domanda

Il primo contatto telefonico ha due obiettivi principali:

- a) la verifica della praticabilità di una terapia e della congruità della domanda con le competenze del terapeuta: chiediamo il motivo della richiesta e una prima definizione del problema, come è arrivato da noi (inviante) per verificare se ci sentiamo competenti rispetto al problema;
- b) la creazione delle condizioni che rendono possibile la terapia costruendo un contesto collaborativo col paziente e/o con la famiglia attraverso un atteggiamento sia accogliente sia autorevole del terapeuta: decidiamo chi facciamo venire al primo colloquio, contrattando con chiarezza e determinazione la prima convocazione, con una leadership sicura ma flessibile (la necessità è di dare le minime ma indispensabili informazioni).

1. Finalità/durata della telefonata/classificazione della domanda			
TI	TF	TC	TR
Problema riferito al richiedente stesso	Problema riferito ad un figlio designato come paziente (o a un coniuge designato come paziente*.)	Problema riferito a coppia in crisi	Problema riferito ad una relazione genitore-figlio o a parecchie relazioni difficili nella famiglia nucleare.
Non gravità importante	Invitare sempre il richiedente Ricerca la presenza di entrambi i genitori e del paziente evitando atteggiamenti costrittivi favorendo la presenza delle persone più richiedenti/collaborative.	Prima raccolta dati con il richiedente: Descrizione del problema di coppia, le sue motivazioni, la gestione del conflitto. Classificare conflitto o presenza di coniuge-paziente*. Utile nelle situazioni molto conflittuali, anche per verificare la capacità del partner richiedente di ascoltare il punto di vista dell'altro durante il primo colloquio.	Breve definizione del problema Utile per verificare la capacità del richiedente di ascoltare il punto di vista dei familiari durante il primo colloquio.
Maggiore età			
Non difficoltà a venire da solo			
Telefonata molto breve	Telefonata di durata intermedia	Telefonata lunga	Telefonata di durata intermedia

2. Convocazione al primo colloquio			
TI	TF	TC	TR
Il paziente richiedente da solo	Sempre il richiedente Genitori + paziente (se paziente maggiore di 11 anni e genitori disposti a parlare di tutto in sua presenza.)	La coppia o il richiedente che manifesta buoni motivi per venire solo (ad esempio una relazione segreta in corso).	Tutta la famiglia o chi è disponibile se ci sono buoni motivi per non convocare altri (rifiutano di partecipare, sono violenti, hanno interrotto ogni rapporto da anni, ecc.).
Il paziente richiedente con il partner nel caso su nostra domanda esprima questa preferenza e la relazione di coppia sia di durata significativa (Cirillo, Intervento al Seminario 2012)	Solo i genitori (se il paziente è restio.)		
	Quando il paziente e altro genitore sono restii: solo genitore richiedente, ma evidenziando rischi sulla futura collaborazione familiare.		
	Se l'altro genitore è restio: solo genitore richiedente + paziente, ma evidenziando rischi sulla futura collaborazione familiare.		
	I fratelli del paziente solo se molto motivati e non ostili (valutare la disponibilità dei genitori e convocarlo con i genitori e il paziente.)		
	Evitare familiari trascinati contro voglia		

3. Tecniche di conduzione del primo colloquio			
TI	TF	TC	TR
Vedi schema di Cambiaso Selvini e articolo Berrini Sorrentino.	Vedi articolo Selvini 2003	Vedi articoli Covini (2008) Ghezzi (2004.)	Ascolto delle differenti definizioni e descrizioni dei problemi
La griglia di riferimento per un abbozzo di prime ipotesi è relativa al modello del Ciclo di vita della famiglia e ad una eventuale crisi relativa al blocco dei naturali compiti evolutivi (difficoltà di svincolo in un giovane adulto, dipendenza dalla famiglia di origine in un giovane genitore, difficoltà a rinegoziare la coppia in un genitore con figli adolescenti, ecc.)	<p>Quando c'è un paziente designato si ha già una tecnica precostituita per come mediare e contenere il conflitto: lavorare sul sintomo come difesa dalla sofferenza, attivare un focus speciale sul paziente (attenti però se il paziente è negante o non è tale.)</p> <p>Oltre il modello del Ciclo di vita, è utile avere un catalogo di spiegazioni "standard" del sintomo come difesa dalla sofferenza.</p> <p>Ad es. per l'anoressia si parlerà di un sentimento di inadeguatezza che trova conforto nel sentimento di potere su se stessi e sugli altri indotto dal sintomo stesso.</p> <p>Nel caso di una psicosi paranoide allucinatoria si potrà parlare dell'impossibilità per l'essere umano di sopportare un totale isolamento comunicativo e affettivo per cui ci si "inventa" interlocutori che restituiscano un sentimento di importanza.</p> <p>Nelle depressioni si potrà parlare di un sintomo che esprime l'incapacità di adattarsi a eventi che hanno prodotto un sentimento di impotenza.</p> <p>Per un disturbo bipolare si parlerà della maniacalità come di un estremo tentativo di reagire a una gravissima depressione suicidaria.</p>	<p>In particolare nelle situazioni molto conflittuali tecniche per mediare e contenere il conflitto.</p> <p>Altre tecniche possibili nella prima seduta di coppia:</p> <p>Spostare sul valutare il livello di disagio dei figli.</p> <p>Puntare sul problema di uno dei due con la famiglia di origine.</p> <p>Ricerca gli aspetti positivi della loro relazione.</p>	<p>Nella domanda relazionale molto spesso c'è di mezzo un paziente davvero designato che combatte a ragione, o più spesso a torto, contro la designazione.</p> <p>A volte la richiesta di aiuto per un conflitto intergenerazionale può essere scientemente strumentale per tentare di trascinare in terapia un figlio (o un coniuge) ritenuto paziente, ma che non accetta di esserlo.</p> <p>Altre volte una patologia è invece misconosciuta.</p> <p>Raramente il problema è solo di tipo relazionale.</p>

	<p>Per l'enuresi di uno stato diurno di forte tensione e ipercontrollo che può allentarsi solo durante la notte.</p> <p>Per la tossicodipendenza del tentativo auto terapeutico di un grave stato di ansia o di depressione.</p> <p>Per la fobia della concretizzazione di uno stato ansioso globale. Sono molto utili le spiegazioni concernenti gli stati post-traumatici. Fight: allarme/ipер-reattività Flight: dimenticare/cancellare Frozen: congelamento/ottundimento</p>	Centrarsi sull'eventuale sintomo di uno dei due.	
<p>Atteggiamento di ascolto non fortemente direttivo</p> <p>Eventuali interventi (esempio attacchi di panico, vedi tesi Maltempi.)</p>	<p>Il paziente può essere più ostile, reticente o semplicemente meno in grado di descrivere il suo problema. Il terapeuta ha qui un ruolo direttivo di guida al colloquio più marcato, anche se mantiene una posizione di ascolto</p> <p>Eventuali interventi immediati sul sintomo/problema</p>	Eventuali interventi (esempio attacchi di panico, vedi tesi Maltempi.)	Eventuali interventi immediati sul sintomo/problema

4. Tecniche e timing della raccolta delle informazioni

(tratti dallo schema Cambiaso-Selvini)

In generale:

Le prime domande sono relative al sintomo/problema :

Con quale stato d'animo è venuto oggi? (Specialmente se si teme sia venuto per obbligo/compiacenza nei confronti di un familiare? Perché è venuto? Da dove vuole iniziare? Da quanto dura il sintomo/problema? Quando è iniziato? Ci sono stati alti e bassi o un costante peggioramento?)

SERVONO ESEMPI/EPISODI

Condizione di salute fisica e approfondimento di eventuali aspetti medici (visite, farmaci, esami, diagnosi, ecc.)

Ci sono stati in passato altri interventi psicologici, se sì con quale esito, ricordo?

Cosa credono il paziente/i familiari che abbia portato a questi problemi?

(TEORIA DELLA MALATTIA del paziente/dei familiari).

L'attenzione principale rimane al problema presentato, si indagano prima le aree più contigue al problema portato, cerchiamo di capire il tipo di vita attuale del paziente (età, cosa fa? Situazione lavorativa?).

Al primo colloquio **non necessariamente** chiedere del passato e della qualità relazionale del suo rapporto coi familiari, rinviabile al 2° colloquio (rischio della colpevolizzazione e tema della vergogna).

Non si fa il genogramma trigerazionale (biografia dei genitori, dei figli e composizione famiglie di origine), ma si abbozza il genogramma (partendo dal nucleo convivente) a partire dai contenuti che emergono nella seduta (ad es. viene citato un episodio che coinvolge uno zio materno, allora si possono fare domande su questo zio e eventuali altri fratelli della madre).

Nella TI:

Oltre all'attenzione al problema presentato e alla descrizione del tipo di vita attuale del paziente, si chiede con chi vive (in famiglia d'origine, single, convivente, ecc.), che situazione sentimentale ha.

Se vive in coppia e con figli: ricaduta del sintomo sui figli.

Mentre il paziente parla del sintomo si inizia un primo abbozzo di **genogramma** a partire dal nucleo convivente.

Coinvolgimento del sintomo nel sistema relazionale del paziente: cosa fanno i conviventi e cosa dicono del sintomo? come reagiscono? Chi sa e chi no?

Legami: partendo dalla sofferenza legata al sintomo, si chiede con chi ne parla, con chi si confida (verifica dell'esistenza di amicizie intime come primo indicatore della sua vita sociale)? Si sente capito? Che tipo di conforto ricava? E' stato questo lo stile che ha caratterizzato le relazioni d'aiuto anche in passato? Chi sa dell'incontro con lo psicologo?

Valutazione della reazione all'ipotesi di una (o più) eventuale **seduta allargata**, con la convocazione di un (o più) familiare significativo.

Quali **obiettivi** si prefigge di raggiungere con i colloqui? Quali **indicatori** utilizzare per verificare l'eventuale raggiungimento degli obiettivi? Quali difficoltà concrete e psicologiche ad intraprendere una terapia? capacità riflessiva e autocritica?

DOMANDE RINVIABILI AL 2°/3° COLLOQUIO: Come sono i rapporti coi conviventi e differenze/analogie con i fratelli, se ci sono (dove vivono? come se la cavano? Hanno problemi analoghi?).

TI	TF	TC	TR
Non in una specifica seduta, ma in modo fluido nelle prime 3-4 sedute	Vedi articolo Selvini 2003 Innovazione utile chiedere ai genitori o a tutti se hanno attraversato seri momenti di crisi personale/esistenziale.	Due tecniche base: 1) Ghezzi: al telefono con il richiedente per testare il suo ascolto dell'altro nel primo colloquio (tecnica mediazione conflitto); 2) come TF o TR	Come per la TF proposta di un incontro specificatamente dedicato a "conoscere i fatti fondamentali delle loro storie di vita prima di approfondire il problema portato" e di iniziare la consultazione vera e propria. In genere è sufficiente Un incontro preliminare per proporre una consultazione.

5. Conclusione della seduta e contratto

Conclusione della seduta con restituzione di un primo abbozzo di ipotesi (**spiegazione psicologica o interpersonale del problema**) con tre possibili tipologie/strategie:

- 1) **SISTEMICA**: collegare il sintomo con delle difficoltà relazionali con le persone significative. È la strategia col **paziente non richiedente che nega di avere un problema** (accoglienza del paziente diffidente) oppure al contrario se vediamo che il **paziente vive in un contesto relazionale negativo** e punta tutto su se stesso in modo sterile e autodistruttivo. Può essere un errore se collude col vittimismo del paziente che presenta aspetti disorganizzati e passa facilmente dal ruolo di vittima a quello di carnefice.
- 2) **DIAGNOSTICA**: definizione del sintomo come difesa contro una sofferenza o come espressione di una sofferenza. È la strategia col **paziente richiedente in modo ambivalente** oppure **etichettato come malato e vittimistico** (situazioni di negazione del problema, della sofferenza o della violenza, ostilità dei familiari al paziente). È una tecnica di confrontazione della negazione.
- 3) **SUL TRATTO DI PERSONALITA'**: collegare il sintomo con un tratto disfunzionale della personalità. E' la strategia classica intrapersonale col **paziente richiedente** in grado di vedere/accettare la sua co-responsabilità nel problema. Se il **paziente si pone in una posizione di vittimismo** e dubitiamo della sua capacità autocritica, la restituzione sul tratto individuale è un test alla sua capacità di comprendere, di essere autocritico e co-responsabile; nel caso del paziente inizialmente non richiedente è importante il lavoro di individuazione del tratto disfunzionale sia col paziente che con i familiari per verificare la capacità di ciascuno di vederlo e accettarlo.

N.B. le differenti strategie vanno utilizzate e combinate in modi e tempi diversi, tenendo conto delle specifiche caratteristiche personologiche del paziente e dei familiari del livello di gravità (grave o psicotico; intermedio o border; nevrotico).

5. Conclusione della seduta e contratto

TI	TF	TC	TR
<p>Definizione del contratto con l'esplicitazione di un metodo di lavoro condiviso e definizione di una fase di consultazione (5 o 8 incontri, definiti come consultazione) per verificare se esiste la condizione per la prosecuzione del lavoro terapeutico.</p> <p>Oppure direttamente terapia laddove sia già chiara la trattabilità</p> <p>Indicatori per trattabilità: ha preso l'iniziativa di chiamare, mostra motivazione, competenza psicologica e competenza narrativa, non presenta grave psicopatologia (non necessariamente deve essere economicamente autosufficiente).</p>	<p>Sempre consultazione in tempi prefissati: 5-7 sedute ad intervalli mensili con vari formati di convocazione.</p> <p>Definizione delle modalità della consultazione familiare (equipe, uso specchio, ecc), coerente con le spiegazioni psicologiche fornite e con i precedenti tentativi di intervento, per continuare e approfondire un lavoro di:</p> <p>a) Comprensione delle origini delle difficoltà del paziente con la testimonianza e la collaborazione di tutti;</p> <p>b) Ricerca di soluzioni per un cambiamento positivo</p>	<p>Vedi articoli: Covini (2008) Ghezzi (2004)</p>	<p>Come TF 5-7 sedute con vari formati di convocazione (definita come consultazione.)</p>
Costi, frequenza, durata prevista	Costi, frequenza, durata prevista	Costi, frequenza, durata prevista	Costi, frequenza, durata prevista
Collaborazioni con altri specialisti quindi o alleanza diagnostica o alleanza terapeutica.	Collaborazioni con altri specialisti con eventuali interventi immediati sul sintomo/problema	Collaborazioni con altri specialisti con eventuali interventi immediati sul sintomo/problema	Collaborazioni con altri specialisti con eventuali interventi immediati sul sintomo/problema
Appuntamento successivo con l'esplicitazione che almeno in parte verrà utilizzato per completare il quadro familiare esteso (genogramma.)	Appuntamento successivo con tutta la famiglia nucleare per raccogliere i dati relativi alla storia dei genitori e fratelli (genogramma) e fornire una nuova sintesi del 1° coll. È importante che la raccolta dati sia fatta con		Appuntamento successivo con tutta la famiglia o con chi si è rivelato disponibile essendo emerse buone ragioni per non convocare altri) per la raccolta dati, che conclude la fase preliminare.

tutta la famiglia nucleare presente perché è un potente/implicito messaggio di co-responsabilizzazione di tutti.	È importante che la raccolta dati sia fatta con tutta la famiglia nucleare presente perché è un potente/implicito messaggio di co-responsabilizzazione di tutti.
--	--

Il passaggio dalla fase preliminare alla consultazione risulta più evidente se viene inserita.
L'equipe di due terapeuti.

BIBLIOGRAFIA

Asen E.2001, *Multiple family therapy*, Kernac, London.

Berrini R., Sorrentino A.M., «I colloqui di presa in carico nella terapia individuale sistemica in *Terapia familiare*, n. 95, 2011.

Cambiaso G., (2012) "*Il primo colloquio*". Intervento al Seminario *Esperienze cliniche di terapia individuale sistemica*, organizzato dalla Scuola "Mara Selvini Palazzoli" in collaborazione con ASAG – ALTA SCUOLA DI PSICOLOGIA AGOSTINO GEMELLI, Milano, 13 gennaio e sabato 14 gennaio 2012, (in corso di scrittura).

Cirillo S., (2012) "*La convocazione del partner nella domanda individuale*". Intervento al Seminario *Esperienze cliniche di terapia individuale sistemica*, organizzato dalla Scuola "Mara Selvini Palazzoli" in collaborazione con ASAG – ALTA SCUOLA DI PSICOLOGIA AGOSTINO GEMELLI, Milano, 13 gennaio e sabato 14 gennaio 2012, (in corso di scrittura).

Cirillo S., (2005), *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina, Milano.

Covini P., (in corso di pubblicazione su *Terapia Familiare*) "Tecniche di presa in carico nella terapia con la coppia".

Ferrari Aggradi C., Pè G., Vittorielli M., (2008), "Potere e violenza nella coppia: tecniche di presa in carico." *Intervento al Convegno Nazionale SIPPR*.

Ghezzi D., (2004) "Terapie con le coppie, un protocollo consolidato", *Terapia Familiare*, n. 74, pp. 11-41.

Linares J. L., Campo C, (2000), *Dietro le rispettabili apparenze. I disturbi depressivi nella prospettiva relazionale*. Tr. it. Franco Angeli, Milano 2003.

Malacrea M., (1998), *Trauma e riparazione*, Raffaello Cortina, Milano.

Maltempi L. Ansia e attacchi di panico Proposta di un protocollo integrato, consultabile sul sito www.scuolamaraselvini.it.

Selvini, M. (2003) "Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente", *Terapia Familiare*, n. 73, novembre, pp. 5-33.

Selvini M. (2004), *Reinventare la psicoterapia*, Cortina, Milano.

