

# IL COLLOQUIO IN PSICOLOGIA CLINICA

a cura della Dott.ssa LAURA MESSINA

## DEFINIZIONE

Il colloquio clinico è una tecnica di osservazione e di studio del comportamento umano che ha lo scopo di comprendere (con la ricerca e la valutazione diagnostica) e aiutare (con l'orientamento e la terapia) il paziente.

Rientra nell'ambito del colloquio clinico tutto il complesso processo della valutazione iniziale del caso, che viene definito assessment. L'assessment è finalizzato alla raccolta di tutti i dati necessari per elaborare una "formulazione" o concettualizzazione del caso, che consente di :

- ◆ Ricostruire meccanismi e processi che sottendono i problemi lamentati
- ◆ Individuare e concordare con il paziente degli obiettivi a breve e lungo termine dell'eventuale trattamento
- ◆ Identificare modalità di trattamento appropriate per fronteggiare in modo efficace e duraturo i problemi del soggetto
- ◆ Decidere circa possibilità e/o opportunità della presa in carico

Da un punto di vista multidimensionale l'assessment comprende la valutazione di 3 sistemi di risposte che interagiscono fra di loro:

- Cognitivo-verbale (indici ricavati direttamente o indirettamente dal soggetto tramite il colloquio e questionari)
- Comportamentale-motorio (indici ricavati dall'osservazione esterna del soggetto tramite role-playing, schede di osservazione dal vivo, videoregistrazioni di colloqui)
- Psicofisiologico (indici ricavati da strumenti specifici per l'attività elettrodermica, respiratoria, cardiaca ecc.).

Un primo colloquio ha generalmente un livello di strutturazione basso che possa consentire al clinico di raccogliere quegli elementi che provengono dalle parole del paziente, dall'osservazione del suo comportamento non-verbale (sguardo, espressione del volto, gestualità, postura, timbro della voce, orientamento del corpo, distanza corporea) e dal proprio vissuto emotivo. Il clinico di base dovrebbe sempre adottare un atteggiamento scientifico che lo conduce a formulare delle ipotesi che poi possono essere modificate o arricchite in funzione delle rilevazioni successive. Compito del clinico è quello di descrivere non solo i sintomi di una patologia, ma anche la struttura e la dinamica di personalità del paziente, le sue risorse e le sue debolezze, il significato che ha la sua malattia per lui e per chi gli sta intorno, le aspettative, il sostegno e le difficoltà incontrate nell'ambiente familiare, sociale e lavorativo.

E' proprio tramite il colloquio e la relazione umana che si instaura con il paziente che il clinico è in grado di cogliere le molteplici informazioni e la complessità di quest'ultimo.

In un colloquio destinato alla presa in carico del paziente ai fini di un trattamento psicologico, l'atteggiamento dell'operatore sarà finalizzato, oltre che alla valutazione clinica, anche alla verifica delle reali motivazioni della persona e delle sue capacità di insight. E' fondamentale che il paziente sia motivato al cambiamento. L'elemento terapeutico nei colloqui clinici è sempre presente, anche quando non sia stato stabilito alcun contratto terapeutico e il clinico non si sia posto esplicitamente nel ruolo di psicoterapeuta. Presupposto fondamentale della buona riuscita di un colloquio è l'ottenimento di un'alleanza diagnostica e di aiuto con il cliente, il quale deve sentirsi capito e soprattutto deve imparare a guardarsi dentro, a comprendersi e ad agire di conseguenza. Per riuscire ad installare una relazione d'aiuto si deve:

- ◆ Prestare attenzione ovvero dare e comunicare attenzione incondizionata anche tramite la postura e il contatto oculare, non giudicare, comprendere, far capire all'altro che lo sto ascoltando, sto riflettendo sui contenuti e sui suoi sentimenti trovando i temi ricorrenti, mostrare empatia.
- ◆ Rispondere al comportamento, ai sentimenti tramite feedback emozionali
- ◆ Iniziare il cambiamento solo se ci rendiamo conto che il soggetto è pronto ad agire.

E' possibile distinguere varie fasi del colloquio:

1. PRESUPPOSTI. Il colloquio è reso possibile da uno specifico contesto motivazionale, nel quale esiste una richiesta d'aiuto psicologico, esiste un professionista con una propria competenza tecnica, è condivisa l'idea che il colloquio non è una terapia e difficilmente potrà dal luogo ad un sollievo immediato, esistono delle aspettative circa la possibilità di ricevere e fornire aiuto, direttamente o indirettamente
2. FASE DEI PRELIMINARI. Il colloquio prende avvio con alcuni convenevoli che avvengono generalmente nelle varie situazioni sociali: presentazioni, parole di circostanza ecc .
3. APERTURA. All'inizio il clinico pone delle domande aperte per capire il motivo che ha portato il paziente da lui.
4. SPECIFICAZIONE DEL PROBLEMA (fase del problema iniziale). Il clinico cerca di ottenere un'ampia e precisa descrizione del problema lamentato dal soggetto. Si cerca di concettualizzare ciò che viene riportato sul piano cognitivo (cosa vuol dire ad esempio "ansioso" o "depresso", qual è il dialogo interiore, quali sono i pensieri automatici sottostanti), psicofisiologico (palpitazioni, vertigini, mal di stomaco) e comportamentale (quello che il soggetto fa e non fa). A volte il soggetto tende a riportare un solo problema principale quando invece in realtà sullo sfondo ce ne sono altri non riconosciuti.

5. ANALISI DELLE VARIABILI FUNZIONALMENTE CORRELATE (fase delle ipotesi di mantenimento). In questa fase del colloquio si cerca di individuare eventuali situazioni o stimoli che possono fungere da antecedenti e avere un ruolo determinante nell'elicitare un disturbo. Si indaga poi sulle conseguenze interiori, familiari, sociali che scaturiscono dal comportamento problematico e di cui ne sono frequentemente fonte di mantenimento. Si procede poi con l'indagare l'intensità, la frequenza, il grado di interferenza che caratterizzano tali problemi o disturbi. Questo processo di individuazione e ricostruzioni di relazioni prende il nome di analisi funzionale.
6. ALLARGAMENTO (fase dei problemi attuali). Si indaga sui problemi attuali al di là del problema iniziale.
7. STORIA DEI PROBLEMI (fase delle ipotesi eziopatogenetiche). Si cerca di ricostruire insieme al soggetto la storia del problema (quando è emerso, la prima crisi, i primi disturbi). L'obiettivo è di formulare ipotesi che spieghino il disturbo se sia sviluppato e mantenuto nel tempo.
8. STORIA PERSONALE (fase del profilo complessivo). Si cerca di ripercorrere la storia personale del paziente e capire quelli che sono i fattori di vulnerabilità, gli eventi stressanti, organizzazione cognitiva del soggetto.
9. ASPETTATIVE DI TRATTAMENTO. Si approfondiscono le aspettative del soggetto riguardo al trattamento e ai suoi risultati. Il trattamento richiede una disponibilità al cambiamento che spesso il soggetto non ha o non è in grado di affrontare. Gli psicologi costruttivisti hanno analizzato le resistenze al cambiamento che possono provenire dall'organizzazione cognitiva del soggetto, mentre gli psicologi sistemici sottolineano come le resistenze al cambiamento possono provenire dal contesto coniugale, familiare, sociale.
10. IPOTESI DI TRATTAMENTO. La parte finale del colloquio è volta alla precisazione di possibili obiettivi di trattamento sia per il breve che per il lungo periodo.
11. FORMULAZIONE CONCLUSIVA E CHIUSURA. Lo psicologo restituisce al soggetto ciò che è emerso sia dal colloquio che dai test effettuati. Compie una formulazione del caso e analizza i principali meccanismi che possono aver dato origine ai problemi o disturbi in esame. Illustra poi possibili ipotesi di trattamento e invita il soggetto a considerarne vantaggi e svantaggi e a riflettere prima di decidere se iniziare o meno la terapia.

L'eventuale presa in carico richiederà un preciso momento contrattuale in cui si delinea un piano di lavoro e un progetto terapeutico.

A chi conduce il colloquio clinico è richiesto di:

- ◆ Possedere buone capacità di diagnosta e di osservatore
- ◆ Conoscere la gamma dei diversi trattamenti possibili (psicofarmacologici, assistenziali, psicoterapeutici)

- ◆ Saper instaurare un'alleanza diagnostica con il paziente ed eventualmente con i suoi familiari
- ◆ Saper prendere decisioni in tempo utile
- ◆ Saper comunicare e motivare al paziente le decisioni prese, con un linguaggio chiaro e comprensibile
- ◆ Conoscere il proprio bias, cioè la tendenza a percepire un livello di patologia minore o maggiore di quello effettivamente presente nel soggetto

Gli obiettivi da raggiungere nel corso del primo colloquio sono:

- ◆ Consentire al cliente o ai clienti una descrizione dei problemi che li hanno portati a consultare uno specialista e aiutarli a capire i diversi punti di vista delle persone che hanno un ruolo importante nella loro vita
- ◆ Fornire al cliente una definizione del problema da lui portato
- ◆ Aiutare il cliente o i clienti a definire chiaramente i risultati che sperano di ottenere dalla terapia e iniziare a negoziare questi obiettivi con tutti i componenti dell'unità-cliente
- ◆ Rendere consapevoli i clienti dei loro punti di forza e delle risorse che possono mobilitare per affrontare il problema in modo efficace
- ◆ Iniziare a costruire una relazione di fiducia tra il cliente e il professionista che consenta di lavorare insieme per raggiungere un accordo sugli obiettivi

Può risultare utile sviluppare un contratto o accordo di lavoro con il cliente in cui vengono esplicitati gli obiettivi che si vogliono ottenere e le modalità da utilizzare. Nel caso di clienti involontari il sottoscrivere un precontratto può fungere da stimolo per presentarsi ad un numero limitato di incontri (dai tre ai cinque) a cui poi farà seguito una valutazione e una decisione da parte del soggetto se continuare o no.

## **RICHIESTA DI APPUNTAMENTO E INVIO**

La persona che si presenta al colloquio clinico potrebbe essere:

- ◆ Autoinviata: quando è il soggetto stesso, consapevole di un suo problema, a chiedere aiuto al clinico per trovare una soluzione.
- ◆ Inviato da i familiari: quando sono i familiari ad avere fatto una diagnosi.
- ◆ Inviato da un collega: in questo caso sarà importante comprendere come il soggetto abbia vissuto l'invio e se ne condivide i motivi. Fra inviante e nuovo operatore dovrebbe esserci un rapporto di fiducia e soprattutto comunicazione.
- ◆ Inviato da un ente o da una struttura: è importante comprendere se il soggetto ha volontariamente seguito il consiglio oppure se è stato costretto a subire una consultazione coatta.

## I COLLOQUI CON IL PAZIENTE

Non esiste un tempo standard entro il quale è possibile giungere ad una diagnosi, può essere necessario 1 colloquio oppure più d'uno. Quando un soggetto si presenta con una sintomatologia acuta è utile distinguere tra crisi psicologiche e crisi psichiatriche. Si parla di crisi tutte le volte che si crea una situazione di cambiamento che il soggetto ha difficoltà ad affrontare. Nel caso di una crisi psicologica la persona si trova in uno stato di sofferenza più o meno acuto, senza però aver subito una grave destrutturazione, ma che comunque non sa come affrontare. Nel caso di una crisi psichiatrica la sofferenza non è sopportabile dal paziente e il livello di destrutturazione acquista caratteristiche tali da richiedere un intervento psichiatrico. Nel colloquio con pazienti acuti è indispensabile ottenere il maggior numero di informazioni nel minor tempo possibile cercando di mantenere una buona alleanza. Un aspetto rilevante da tenere in considerazione è l'effetto che la psicopatologia del paziente ha sul clinico. Si parla di "contagio emotivo" quando il soggetto, con la sua psicopatologia, scatena nella maggior parte delle persone con cui viene a contatto delle reazioni specifiche. Alcuni pazienti depressi possono indurre uno stato depressivo, altri invece iperattività o rabbia. Un altro aspetto rilevante è l'ansia da "primo incontro", che non esiste solo nel paziente ma anche nel clinico. La modalità di gestione di questa avviene tramite delle misure di sicurezza che vengono utilizzati allo scopo di gestire al meglio il disagio scaturito dal colloquio e sono determinate dalla struttura di personalità del clinico. Ad esempio:

- ◆ Cercare di mostrarsi sempre molto intelligente
- ◆ Sforzarsi di capire sempre tutto
- ◆ Cercare di conquistare la fiducia e l'ammirazione del paziente ad ogni costo
- ◆ Cercare una soluzione immediata a ogni problema posto dal paziente
- ◆ Assumere una posizione inquisitoria
- ◆ Ostentare freddezza e distanza o al contrario amichevolezza e vicinanza
- ◆ Assumere una posizione di attesa passiva o di estremo attivismo

Ciò che permette al clinico di utilizzare la strategia più efficace per affrontare il problema del paziente, prendere decisioni e comunicarle senza essere troppo condizionati dall'ansia è la competenza clinica che si acquisisce con l'esperienza. Un'ansia eccessiva infatti può portare:

- ◆ ad una diminuzione della sensibilità da parte del clinico verso ciò che il paziente dice
- ◆ ad una lettura parziale degli elementi psicopatologici che a sua volta può condurre il clinico ad etichettare il soggetto che diventa così vittima di un effetto stigmatizzante
- ◆ alla necessità di intervenire continuamente e a porre troppe domande
- ◆ all'assunzione di una posizione di passività che lascia il paziente libero di dire e fare quello che vuole

Un aspetto cruciale del colloquio è l'alleanza diagnostica, cioè quel rapporto emotivo che si instaura tra clinico e paziente nel corso della consultazione. E' importante che anche il paziente abbia un ruolo attivo in quest'alleanza e che eventuali fratture o problemi, che potrebbero subentrare nel corso dei colloqui, vengano prontamente affrontati e risolti.

E' importante tenere in considerazione gli elementi informativi che emergono dai colloqui; essi possono essere diretti quando è il paziente a parlare del proprio malessere, dei propri sintomi, della propria storia, oppure inferiti quando è il clinico ad "inferire" dall'aspetto, dall'abbigliamento, dall'atteggiamento, dall'attività motoria, dalla mimica, dal linguaggio ecc.

Un aspetto fondamentale da indagare è il funzionamento emotivo del paziente che riguarda i sentimenti, le emozioni e l'umore che sono correlati con:

- ◆ il suo stato psicopatologico
- ◆ eventi stressanti (lutti, perdite, abbandoni ecc) che hanno provocato la situazione di crisi
- ◆ il livello di tolleranza/intolleranza nei confronti della malattia
- ◆ la difficoltà di dover chiedere aiuto e la sensazione di impotenza per non avercela fatta da solo
- ◆ il tipo di relazione che il paziente è riuscito ad instaurare con il clinico
- ◆ le ansietà rispetto al proprio futuro
- ◆ le ansietà nei confronti del contesto familiare

Accanto al funzionamento emotivo è utile indagare sul funzionamento cognitivo che riguarda:

- ◆ il livello di coscienza e di consapevolezza
- ◆ orientamento
- ◆ attenzione e concentrazione
- ◆ memoria
- ◆ comprensione
- ◆ capacità di concettualizzazione e di astrazione (capacità di pensare simbolicamente e generalizzare. Nei pazienti psicotici è spesso assente mentre vi è la tendenza a ricorrere al pensiero concreto)
- ◆ capacità di giudizio

Nell'ambito del colloquio clinico è possibile utilizzare strumenti diagnostici diversi (test di livello, test di personalità, self-report inventories, interviste semistrutturate ecc.) che incrementano la quantità e l'attendibilità dei dati raccolti. Può essere utile raccogliere informazioni anche da interlocutori diversi dal paziente. A questo proposito Morrison elenca alcune situazioni specifiche in cui è indicato coinvolgere persone esterne:

- ◆ con i bambini e gli adolescenti, che di solito non hanno una chiara percezione del proprio comportamento
- ◆ con alcuni adulti che non sono a conoscenza della loro storia familiare

- ◆ con alcuni pazienti che si vergognano di alcuni loro comportamenti
- ◆ con i pazienti psicotici che forniscono un'interpretazione delirante degli eventi
- ◆ con i pazienti con un disturbo organico
- ◆ con pazienti che presentano disturbi della personalità egosintonici
- ◆ quando è necessario raccogliere elementi anamnestici relativi al periodo prenatale o ai primi anni di vita

Di solito i familiari vengono interpellati solo se il paziente ha dato il proprio consenso.