

Qualche nota sui primi colloqui

di Francesco Gazzillo ©

Questo breve scritto nasce da alcune riflessioni che mi sono state suscitate dalle difficoltà che colleghi, giovani e non, incontrano nel condurre i primi colloqui in ottica Control-Mastery Theory (CMT).

In linea del tutto generale, è mia impressione che queste difficoltà nascano da due atteggiamenti opposti: alcuni colleghi conducono i primi colloqui con uno schema di domande relativamente rigido, come se l'essenza del colloquio fossero le domande da porre al paziente, in una sorta di emulazione di un colloquio anamnestico-psichiatrico male applicato. Viceversa, altri sembrano abbandonarsi totalmente ai racconti o ai silenzi dei pazienti, senza sapere bene cosa fare o dove andare a parare, chiedendo al massimo ai pazienti cosa stiano pensando o facendo interventi tesi a "validarli". E in entrambi i casi restano con la sensazione, ben percepibile anche a un supervisore, di non aver capito gran che del paziente. O con ipotesi che a un ascolto un po' più attento sembra non abbiano molto a che fare con il paziente, mentre riflettono chiaramente i temi del terapeuta o il suo modello teorico di riferimento.

Ma quanto spesso capita, nella vita quotidiana, che non si capisca gran che di quello che ci dice un'altra persona? In generale, direi, raramente, anche se purtroppo non è raro che le persone frappongano tra sé e l'altro i propri temi e le proprie posizioni ideologiche, o i propri pregiudizi. Dunque, cosa rende i primi colloqui tanto ostici? E come renderli un'esperienza più arricchente per il paziente e per il clinico?

Credo che spesso a rendere difficili i primi colloqui sia in prevalenza l'ansia e l'insicurezza del clinico. Se invece dovessi dire in breve cosa a mio parere bisogna fare nei primi colloqui, direi: *ascoltare/ascoltarsi, osservare/osservarsi, elaborare ipotesi a partire da tutti i dati messi a nostra disposizione da questo ascolto e questa osservazione dell'altro e di noi stessi, e metterle alla prova*. Non si tratta tanto di fare o non fare domande – qualche domanda è necessaria per avere un quadro completo del piano del paziente – quanto di *pensare in modo lineare, parlare in*

modo semplice, avere in mente uno schema di base e coltivare un atteggiamento mentale attivo teso a formulare e verificare ipotesi seguendo questo schema.

Lo schema di base è quello ben delineato nella *formulazione del piano* del paziente (Gazzillo, Dimaggio, Curtis, 2019), per cui rispetto a tutto ciò che un paziente ci dice e fa, dobbiamo capire

- (1) Quali sono i suoi problemi e gli *obiettivi* che vuole raggiungere con la terapia?
- (2) Quali sono le *paure* che gli impediscono di raggiungere quegli obiettivi facendogli credere che, se li raggiungesse, metterebbe in pericolo se stesso, qualche persona a lui cara o una relazione per lui importante?
- (3) Da quali *esperienze della sua vita* nascono queste paure?
- (4) In che modo gli obiettivi che vuole raggiungere, le paure che lo frenano e le esperienze traumatiche da cui queste paure si generano plasmano e plasmeranno ciò che il paziente fa e farà con noi e con le persone a lui care, e come possiamo reagire e rapportarci a lui per permettergli *un'esperienza emotiva correttiva*?
- (5) *Cosa il paziente vorrebbe capire* di se stesso e della sua vita per stare meglio?

Questo schema, se presente sullo sfondo della nostra mente, ci può aiutare a comprendere ciò che il paziente ci comunica. Se ci pensiamo, è uno schema applicabile a qualsiasi circostanza: se ho difficoltà a pianificare la mia vita, è perché qualcosa mi fa pensare che, se lo facessi, potrei creare un problema a me o a qualcun altro, e se penso qualcosa del genere è perché mi è successo qualcosa che me lo ha fatto pensare, e probabilmente avrò paura che anche il mio terapeuta possa pensarla allo stesso modo, e a sperare che le cose non stiano così. Allo stesso modo, se ho difficoltà a dire di no alle persone che amo ciò potrebbe essere dovuto al fatto che temo di ferirle troppo, o di essere da loro reputato cattivo, o di sentirmi io cattivo, e l'idea di essere (giudicato) cattivo se dico di no l'avrò appresa in qualche tempo e luogo da qualcuno che per me è importante, e mi condizionerà nel modo in cui mi rapporto anche al mio terapeuta, che spero mi disconfermi questa credenza, e così via. Si tratta dunque di uno schema che aiuta a organizzare ciò che il paziente racconta.

Prendiamo, ad esempio, in considerazione un paziente che, avviato a una carriera lavorativa di successo, racconta di essersi bloccato a causa di crisi di ansia e vissuti ipocondriaci che ha sviluppato dopo essersi preso cura di un cugino che si era ammalato. Il paziente, quasi senza che io gli faccia domande, mi racconta della relazione con questo cugino, descrivendola come un rapporto affettuoso e al tempo stesso competitivo, in cui il cugino era il leader del gruppo e lui “l’antileader”. Successivamente, nel raccontarmi delle vicissitudini di salute del parente, il paziente commette un lapsus e gli attribuisce il proprio nome. In presenza di un materiale di questo tipo, è plausibile ipotizzare che il paziente si sia identificato con il cugino, come se il fatto che questi si fosse ammalato dipendesse dal suo non essersi sottomesso (*credenza patogena*). Insomma, l’obiettivo del paziente di superare le sue crisi di ansia e i suoi vissuti ipocondriaci che lo bloccano e gli fanno temere di essere folle è ostacolato da un senso di colpa del sopravvissuto che, scoprirò nel seguito del colloquio, affondava le radici nella sua relazione con il padre, che aveva rinunciato alle proprie ambizioni di carriera e ai propri sogni professionali per prendersi cura della famiglia (*trauma*). I sintomi di questo paziente sono espressione di un’identificazione autopunitiva con il cugino, e posso ipotizzare che, per aiutarlo, dovrò aiutarlo a sentire che è legittimato a essere sano, anche se il cugino si è ammalato, e ad avere successo nella vita, anche se altre persone a lui care non lo hanno (avuto). Comunicazioni che vanno in tale senso e un atteggiamento congruente mi permetteranno con buona probabilità di superare i suoi test e lavorare in modo pro-plan. Assieme a un atteggiamento che dimostri che anche io sono a mio agio con il successo.

Il terapeuta dovrebbe iniziare a formulare ipotesi fin dalle prime comunicazioni del paziente, e modificarle, affinarle o abbandonarle in funzione di ciò che il paziente gli comunica nel corso dei colloqui, delle proprie reazioni, e delle reazioni del paziente ai suoi interventi, che su quelle ipotesi si basano.

Un altro punto importante è che, in ottica CMT, visto che il paziente viene in terapia con un *piano* (Weiss, 1998), in genere inconscio, *è meglio lasciarlo libero di presentarsi e raccontare le cose che vuole nell’ordine da lui (inconsiamente) deciso*. La sequenza delle comunicazioni, come è noto, è importante quanto il loro contenuto. Ma questo non vuol dire che noi dobbiamo restare tutto il tempo in silenzio, con fare neutro e sguardo benevolmente interrogativo mentre parla. No! Il paziente, in virtù delle sue paure/credenze patogene o per metterci alla

prova, nel suo raccontare potrà alludere a qualcosa, accennare a qualcos'altro, lasciar intendere qualcosa per poi ometterlo, non essere chiaro rispetto a un punto, stressarne troppo un altro ecc. E, proprio come in una normale conversazione con un'altra persona, noi possiamo chiedere chiarimenti, ritornare su qualcosa, chiedergli di spiegarsi meglio, dirgli che non abbiamo capito ecc. Seguire il suo filo non vuol dire spegnere il cervello o lasciarsi paralizzare dal timore di distorcere o influenzare in modo indebito il paziente. Anche perché, qualsiasi cosa facciamo, il paziente in una certa misura lo influenziamo comunque. Basta comprendere in che modo lo influenziamo, e quali credenze mediano questa influenza. E per comprendere davvero le credenze patologiche del paziente è spesso necessario indagarle a fondo senza pensare di averle comprese subito. Ad esempio, un paziente che si mostra sempre molto sollecito rispetto alle persone a lui care non è detto che abbia come tema prevalente quello della responsabilità onnipotente. Possiamo infatti scoprire, se indaghiamo meglio la sua storia, che lo fa perché pensa che sia l'unico modo in cui può dimostrare di avere un valore; oppure che lo fa perché è identificato con un genitore accuditivo fino a essere sacrificale, e che non riesce a superare questa identificazione perché, se lo facesse, sentirebbe di avere una vita migliore di quella del genitore e che quest'ultimo si sentirebbe umiliato per questo (senso di colpa del sopravvissuto), o si sentirebbe tradito da un modo di essere molto diverso dal proprio (senso di colpa da slealtà). Insomma, non sempre in terapia le cose sono come appaiono a prima vista.

Le domande che poniamo a un paziente per comprendere meglio il suo piano devono poi essere pertinenti con quanto ci sta dicendo e tese a capire meglio, non domande che abbiamo a priori deciso di fare. Se il paziente, a seguito o meno di una comunicazione del terapeuta, tace, è meglio chiedergli semplicemente cosa stia pensando, anziché passare a un'altra domanda. Così come non trovo di grande utilità procedure del tipo: mi dica cinque aggettivi che descrivono sua madre e poi mi faccia un esempio per ogni aggettivo. Si tratta di una procedura spesso francamente artificiale e inutilmente onerosa. Farsi un'idea sufficientemente chiara e completa delle figure importanti della vita del paziente, e della

relazione del paziente con loro e tra loro e le altre persone centrali della vita del paziente è essenziale, certo, ed è essenziale avere episodi specifici, tridimensionali, vivi, che ci permettano di capire e “vivere” le descrizioni del paziente o le sue “teorie”. Ma, nella maggior parte dei casi, se ascoltiamo i racconti del paziente e chiediamo chiarimenti, approfondimenti ed esempi, laddove necessario, queste informazioni il paziente ce le racconta da sé. Se così non è, chiediamo, ma in modo che il colloquio resti il più simile possibile a una normale conversazione. *Definizioni, esempi/episodi, e sintesi condivise con il paziente.* Non un interrogatorio, né un soliloquio. Se non si capisce qualcosa che il paziente dice, prima di tutto è bene chiedere chiarimenti. Se è tutto astratto, chiedere esempi. Se è tutto un susseguirsi di fatti, individuare e formulare in via ipotetica lo schema che li accomuna o che li connette. E, se questi tentativi non hanno successo, a quel punto pensare che il paziente ci sta testando e come possiamo superare quel test. Non prima.

Sappiamo inoltre che, per la CMT, la cosa più importante è *far sentire il paziente al sicuro.* Verissimo. Che poi vuol dire superare i suoi test e, in termini più generali, disconfermare le sue credenze patogene e aiutarlo a raggiungere i suoi obiettivi. Ma questo non significa assolutamente che, al primo accenno di dolore, paura, ansia o autoaccuse, ci si debba lanciare a consolare o supportare il paziente. O che il terapeuta debba preoccuparsi in primo luogo di metterlo a proprio agio o valorizzarlo con complimenti e affermazioni empatiche più o meno sentite, o con domande pourparler. Qui vige il principio che non si può somministrare una cura se non c'è una diagnosi, per cui per poter aiutare un paziente dobbiamo prima di tutto capire qual è il suo problema, da dove viene e come ci sta chiedendo di aiutarlo. Quindi: *esplorare prima di sostenere!* Tanto più che il senso di sicurezza che dobbiamo garantire ai pazienti è inconscio (Weiss, 2005), e che quando il paziente ci testa è normale che non si senta (completamente) al sicuro, e che se lavoriamo bene il paziente ci testerà. Insomma, dobbiamo comprendere obiettivi, credenze patogene, traumi e strategie di testing del paziente, e proporgli un tipo di rapporto, delle risposte e assumere un atteggiamento che disconfermi queste credenze, ma non affannarci per fare sì che il paziente stia sempre sereno e tranquillo in terapia. Ciò è impossibile, e sarebbe perfino

controproducente: il paziente soffre per i suoi sintomi, per i tratti problematici della sua personalità e le loro conseguenze; soffre perché la vita spesso è ingiusta e dolorosa; soffre perché si sta punendo, o perché ci sta testando, e per quanto dobbiamo cercare di alleviare questo dolore, non è possibile annullarlo. Se ho paura di nuotare, e voglio imparare a farlo, devo accettare che all'inizio avrò paura al cospetto del mare, e un terapeuta che per alleviarmi questa paura non mi facesse mai avvicinare all'acqua non mi farebbe un gran servizio. Come non mi farebbe un gran servizio un terapeuta che, spaventato dal mio dolore, non mi permettesse di parlare dei miei traumi ed elaborarli via via meglio.

Passando a un problema connesso all'atteggiamento opposto, un ulteriore errore che faremmo bene a evitare in tutti i modi è quello di tradurre le parole di un paziente nei nostri concetti e modelli preferiti, per poi iniziare a rapportarci non più al paziente e ai suoi temi, bensì alle nostre traduzioni. Mi è successo di ascoltare giovani colleghi che ipotizzavano un complesso edipico irrisolto per il semplice fatto che una donna fosse arrabbiata con la madre perché quest'ultima difendeva il marito della donna in ogni litigio che questi aveva con lui. O la presenza di un tema da odio di sé al primo accenno di autocritica di un paziente, o da responsabilità onnipotente al primo in presenza di un tentativo, da parte del paziente, di alleviare le sofferenze di qualcun altro. Ecco, *mai saltare alle conclusioni se non si ha un quadro sufficientemente completo*, e questo quadro è impossibile se non si hanno informazioni sul contesto in cui si muove la persona, la sua storia e i suoi traumi. E per costruire questo quadro bisogna "incrociare" le informazioni: i problemi di una persona, descritti in forma specifica e dettagliata (fatti collocati nello spazio e nel tempo, pensieri, emozioni e comportamenti) ci aiutano a identificare i suoi obiettivi e a ipotizzare le credenze patogene, i suoi traumi e i suoi modi di testare; al tempo stesso, i traumi ci aiutano a comprendere credenze patogene, obiettivi e strategie di testing; i modi di testare ci aiutano a ipotizzare esperienze traumatiche, credenze patogene e obiettivi; e le credenze patogene ci permettono di ipotizzare traumi, obiettivi e modi di testare. Insomma, possiamo accedere al piano del paziente da vari punti, ma più ne prendiamo in considerazione, meglio comprendiamo il piano. Non dobbiamo favorire una prospettiva alle altre, e nella misura

del possibile *dobbiamo riuscire a costruire un quadro del paziente che renda conto di tutto ciò che abbiamo ascoltato e visto*. In modo particolare, è bene ricordare che è molto difficile, se non impossibile, fare ipotesi fondate sulle credenze patogene di un paziente senza conoscerne obiettivi e traumi. E se non conosciamo le credenze patogene di un paziente, e i suoi traumi, non possiamo ipotizzare in modo fondato come superare i suoi test. Non possiamo sapere come farlo sentire davvero al sicuro.

Da ciò deriva, ad esempio, che se un paziente, nel corso di un primo colloquio, dice che preferirebbe non parlare di un argomento, in genere la prima cosa da fare è provare a insistere con garbo spiegandogli perché è importante che, se gli è venuta in mente una cosa in quel momento, è bene che la dica; se il paziente sembra fermo nella sua intenzione, allora può essere utile esplorare il motivo per cui non vuole parlarne. E se neppure questo aiuta, allora sì, è bene desistere assicurando al paziente che quando vorrà parlarne saremo ben contenti di ascoltarlo.

Credo inoltre possa essere utile ricordare ai colleghi più giovani che, nella maggior parte dei casi, un quadro sufficientemente completo del piano di un paziente lo si raggiunge *in tre o quattro colloqui al massimo*, sempre che si ascolti e si segua ciò che il paziente vuole dirci. Non è necessario programmare lunghi periodi di “valutazione”, né ha molto senso a mio parere stabilire a priori quanti incontri saranno necessari per capire se e come iniziare una terapia. A volte, uno o due colloqui sono sufficienti, raramente ne sono necessari più di quattro. Il punto, nella maggior parte dei casi, è non lasciarsi condizionare troppo dalla necessità di dimostrare che si è in grado di fare un colloquio, o che si è bravi. Ma cercare di *mettersi comodi, di restare lucidi e aperti, e di osservare e ascoltare il paziente e se stessi, fare ipotesi, vedere se funzionano e, soprattutto, cercare di comprendere il paziente*. È un colloquio, non è un esame.

Vorrei adesso tornare a un punto prima accennato, cioè la necessità di stare attenti a non frapporre tra sé e il paziente i propri problemi o il proprio modello teorico. Se per evitare di dare la priorità al proprio modello teorico rispetto al paziente è importante conservare un atteggiamento “laico” e un modo di pensare semplice, quotidiano, associato alla capacità di mettersi davvero nei panni del paziente mentre lo si ascolta, rispetto all’influenza a volte

indebita dei propri temi personali sulla comprensione del paziente, è importante a mio parere tanto una buona conoscenza della letteratura scientifica quanto, e soprattutto, aver svolto un buon lavoro terapeutico su di sé e continuarlo da soli per tutta la vita. Conoscere se stessi, infatti, è importantissimo tanto per “usarsi” nel comprendere il paziente, quanto per “smarcarsi” dalla presa dei propri temi, consapevoli che anche se tutti noi condividiamo, di fondo, gli stessi temi, con gradazioni e pesi diversi per ognuno, è anche vero che ognuno di noi è irrimediabilmente diverso, e non è detto che il paziente organizzi l’esperienza come facciamo noi che lo ascoltiamo.

Un’altra notazione: i colleghi di Milano, qualche anno fa, hanno scritto un bel lavoro sui primi colloqui (Alesiani, Pieri, Villa, Boccalon, Gazzillo, 2018) a cui rimando il lettore. Non ho molto da aggiungere a quanto da loro scritto, ma vorrei sottolineare una cosa. In quel lavoro i colleghi mettono in evidenza le aree da esplorare nel corso dei primi colloqui, e ciò che voglio sottolineare è che “aree da esplorare” non è sinonimo di “domande da fare”, bensì degli ambiti su cui è necessario avere un’idea sufficientemente completa. Peraltro, non tutti questi ambiti sono necessariamente importanti in tutti i casi, né lo sono ugualmente per tutti i pazienti. Ergo, se il paziente inizia a parlare di qualcuno di questi ambiti, è sufficientemente ascoltarlo e chiedere, nel caso in cui vi è qualcosa che manca nel quadro che ci ha fornito. Ma è inutile tornarci ulteriormente per fare altre domande dopo, quando si suppone sia giunto il momento di esplorare quell’ambito. Insomma, evitiamo di chiedere ciò che il paziente già ci ha detto. O ciò che, tutto considerato, non sembra essere particolarmente rilevante o pertinente.

Un’ultima cosa. Non è raro che i giovani colleghi trascurino un elemento che i colleghi più esperti conoscono bene, cioè *l’importanza che ha il modo in cui si sente il clinico, i sentimenti che prova, i pensieri che fa, i desideri che sente sorgere in lui, mentre ascolta i pazienti*. A tal proposito, è necessario che il clinico resti in contatto, osservi e ascolti anche se stesso nel corso dei primi colloqui, e sia in grado di mettere in relazione tutto questo con il materiale del paziente. A volte scoprirà che ciò che pensa, prova e vuole ha a che fare quasi esclusivamente con se stesso e i suoi temi; ma molto più spesso si accorgerà che in realtà

ciò che prova, pensa e vuole ha a che fare con quello che il paziente sta portando (Gazzillo, 2018, pp.53-59). E non è raro che sia proprio a partire dalla sua reazione al paziente che il clinico possa trovare la “chiave” per ciò che il paziente pensa, prova e vorrebbe. Ma, ancora una volta, questo lavoro è più facile se il clinico ha fatto un buon lavoro su di sé e si conosce bene.

E poi, davvero in conclusione, consiglio a tutti di iniziare a *scrivere il piano del paziente fin da subito, fin dalla fine del primissimo colloquio*. E consiglio proprio di scriverlo, e completarlo *entro il quarto colloquio*, e modificarlo successivamente solo se davvero essenziale. Quando, nel corso della terapia, magari in un momento difficile, si tornerà a leggere quel piano, si scoprirà assai spesso che c’era già tutto in quel piano scritto così precocemente. Lo dico per esperienza. E poi: non si può concludere il processo di “valutazione” iniziale senza dare alcun tipo di *restituzione* al paziente rispetto a cosa si è capito di lui, di ciò per cui è venuto in terapia, dei problemi che ha, della loro origine e di come possa stare meglio. Insomma, *dobbiamo* dare un qualche tipo di “restituzione” al paziente, e in ottica CMT questa restituzione si basa ed è plasmata dalla formulazione del suo piano. Non possiamo chiedere a qualcuno di iniziare un lavoro con lui senza avergli chiarito, almeno a grandi linee, cosa pensiamo vada fatto e perché.

Bibliografia

Alesiani, R., Villa, D., Pieri, A, Boccalon, S., Gazzillo, F. (2018). L'importanza dei primi colloqui nella CMT. In De Luca, E., Genova, F, Gazzilo, F. (2018) (a cura di) *Esplorazioni teorico-cliniche. Il primo anno del CMT-IG*. Edizioni CMT-IG.

Gazzillo, F. (2018). *Breve introduzione alla Control- Mastery Theory*. Edizioni CMT-IG.

Gazzillo, F., Dimaggio, G., & Curtis, J. T. (2019). Case formulation and treatment planning: How to take care of relationship and symptoms together. *Journal of Psychotherapy Integration*.

Weiss, J. (1998). Patients' unconscious plans for solving their problems. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 411-428.

Weiss, J. (2005). Safety. In Silberschatz, G. (Ed.). *Transformative relationships: The control mastery theory of psychotherapy*. New York, NY: Routledge Press, pp. 31-42.