

**TEORIA E TECNICA
DEL COLLOQUIO**

COLLOQUIO DIRETTIVO



COLLOQUIO LIBERO

Non esiste un “colloquio muto”

Può non fornire le informazioni che il clinico vorrebbe ottenere

1) colloquio condotto male:

→ difficoltà, da parte del clinico, di utilizzare gli ostacoli incontrati nella relazione con il paziente, trasformandoli in elementi utili, in funzione diagnostica o per introdurre qualche iniziale trasformazione

→ rigido vs flessibile

2) il clinico ha raccolto un «buon colloquio», ma non sa come ordinare i dati e leggere le informazioni

→ l'effetto dell'uso aprioristico e rigido di un modello.

3) il paziente non ha le informazioni che il clinico gli chiede

4) Trascurare di raccogliere alcuni dati a causa dell'influenza che ha esercitato su di lui il particolare clima emotivo che si è creato nel corso del colloquio.

CONDUZIONE DEL COLLOQUIO E RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI

- A) variabili che determinano la modalità di conduzione del colloquio
- B) qualità dell'alleanza diagnostica
- C) quantità e qualità degli elementi informativi (diretti e inferiti)

A

VARIABILI CHE DETERMINANO LA MODALITÀ DI CONDUZIONE DEL COLLOQUIO

1) La gravità della situazione clinica del paziente

2) L'effetto della psicopatologia del paziente sul clinico e sulla conduzione del colloquio

3) Livello di formazione e capacità tecniche di chi conduce il colloquio

1) La gravità della situazione clinica del paziente

-frequenza, intensità e durata degli episodi patologici

-in quale misura la persona sia ostacolata nello svolgere la propria attività lavorativa, sociale o ricreativa.

ACUTO

ottenere il maggior numero di informazioni nel minor tempo possibile, mantenendo una buona alleanza.

CRONICO

tema dell'alleanza, con un paziente la cui storia di malattia (e di ripetuti rapporti terapeutici) ha spesso indotto sfiducia, oltre che stanchezza e talvolta spavento.
→ comprenderne le molteplici ragioni

CRISI PSICOLOGICA

CRISI PSICHIATRICA

2) L'effetto della psicopatologia del paziente sul clinico e sulla conduzione del colloquio

La modalità di conduzione del colloquio deve essere adeguata alla specificità di ogni diversa realtà clinica.

Talune caratteristiche della psicopatologia del paziente interferiscono pesantemente con queste necessità del clinico e lo inducano ad agire taluni comportamenti (o distorcano le sue capacità di comprensione) in un modo assolutamente specifico.

→ già in fase diagnostica, alcuni pazienti inducono nel clinico vissuti che determinano la comparsa di difficoltà diagnostiche e possono condizionare la diagnosi stessa.

→ reazioni emotive del clinico



a) reazioni al paziente comuni e generalizzate

→ contagio emotivo → reazioni controtransferali

- *Bisognerebbe che qualcun altro più bravo di me vedesse questo paziente*
- *Ho una sensazione di noia profonda e mi vengono improvvisi colpi di sonno. È impossibile che sia solo la mia stanchezza perché con il paziente successivo non sono così addormentato*
- *Continuo a ritenere che i colleghi che hanno precedentemente visto il paziente siano degli incapaci*
- *Con questo paziente continuo ad avere un ruolo prestabilito, che però non corrisponde al mio compito clinico*

b) reazioni al paziente specifiche di un determinato operatore

Risposte del clinico alla psicopatologia del paziente determinate dalla specificità della sua struttura di personalità, dal tipo di formazione ricevuta e dalle proprie esperienze professionali.

- sottovalutare o sopravvalutare la psicopatologia del paziente
- difficoltà nello stabilire l'alleanza con il paziente (rapporto di sfida e conflitto)
- non tollerare certi pazienti
- seduzione (bidirezionale)
- scoraggiamento
- ansia di fronte a delega e affidamento
- non essere in grado di «fermarsi» e riflettere, ricerca di soluzione immediata

3) Livello di formazione e capacità tecniche di chi conduce il colloquio

→ ansia da primo incontro con il pz → -ansia del clinico
-ansia del pz

→ “operazioni di sicurezza”

- *modalità difensive, utilizzate allo scopo di padroneggiare meglio il disagio indotto dal colloquio*
- *determinate dalla struttura di personalità del clinico*

- ◆ cercare di mostrarsi sempre molto intelligente
- ◆ sforzarsi di capire sempre tutto
- ◆ cercare di conquistare la fiducia e l'ammirazione del paziente a ogni costo
- ◆ assumere una posizione inquisitoria
- ◆ ostentare freddezza e distanza come caricatura della neutralità o, al contrario, amichevolezza e vicinanza
- ◆ assumere una posizione di attesa passiva, sempre e comunque o, al contrario, di incondizionato attivismo

→ conseguenze negative

- ❖ diminuita sensibilità ai contenuti della comunicazione del paziente
→ *“punti ciechi” “aree cieche”*
- ❖ valutazione inadeguata dell'effetto che, a sua volta, il clinico produce sul paziente/estraneo
→ *inconsapevolezza di ciò che si fa*
- ❖ lettura parziale degli elementi psicopatologici
→ *etichetta diagnostica (stigma)*
- ❖ necessità di intervenire continuamente
→ *troppe domande, chiuse, imprigionamento in uno schema*
- ❖ assunzione di una posizione di passività
→ *libertà confusiva per il pz*

B

QUALITÀ DELL'ALLEANZA DIAGNOSTICA

- rapporto emotivo particolare, che si instaura tra clinico e paziente
- capacità di trovare uno o più oggetti comuni di lavoro
- operatore e pz con specifici ruoli e competenze
- risultato da facilitare e costruire
- condizionata da:
 - psicopatologia del paziente
 - sua capacità di strutturare e mantenere rapporti interpersonali
 - sue precedenti esperienze cliniche
 - fiducia che ha nei confronti delle proprie risorse e capacità

C

QUANTITÀ E QUALITÀ DEGLI ELEMENTI INFORMATIVI

ciò che il paziente dice



“lo sono d’lo....”



“è da una vita che mi va male, chissà che a guardare le cose da un’altra parte non vada meglio...”

ciò che il clinico inferisce

OPERATORE

- quali informazioni fornite sono significative per la comprensione del disturbo del paziente e quali irrilevanti?
- tra le innumerevoli informazioni che il paziente non ha fornito, quali vanno chieste e quali possono essere tralasciate?
- quando e quanto a lungo fare domande? Non ci si può dimenticare che ogni persona ha un livello di tolleranza soggettivo.

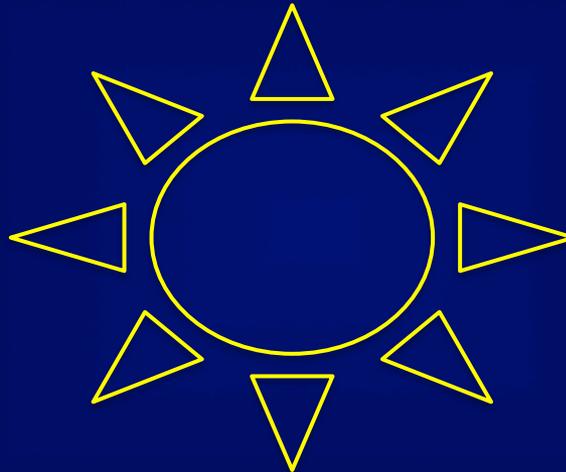
PAZIENTE

sintomi dettagliati

sintomoe silenzio

racconto confuso
disorganizzato

descrizione
e
proprie teorie



reticenza
da sospettosità

resoconto organizzato
“da esperto di *psi*”

storia della vita
e
della famiglia

Aree da esplorare



-funzionamento emotivo

- stato psicopatologico
- eventi di vita stressanti
- grado di tolleranza vs malattia
- difficoltà a chiedere aiuto
- qualità della relazione
- fiducia vs diffidenza, speranza vs scoraggiamento
- ansia per il futuro
- ansia vs contesto familiare

-funzionamento mentale cognitivo

-modalità di interazione del paziente:

- modo in cui il paziente si relaziona con i contenuti del proprio racconto
- modo in cui si relaziona con la situazione diagnostica e con il clinico

ALTRE FONTI DI INFORMAZIONE



Familiari

- bambini e adolescenti
- adulti non a conoscenza di elementi di storia familiare
- pz reticenti su esperienze/episodi del loro passato (vergogna)
- pz psicotici
- disturbo mentale organico (demenze)
- gravi disturbi del carattere
- disturbi della personalità egosintonici
- disvelamento di “segreti di famiglia”
- dati relativi al periodo prenatale e primi anni dello sviluppo



Ascolto/accoglimento di disagi e difficoltà del familiare