



# LA DIAGNOSI SECONDO IL MODELLO PSICOANALITICO

## L'indagine di personalità con l'intervista strutturale

### INDICE:

Introduzione

Concetti basilari per una diagnosi secondo il modello psicoanalitico

Le strutture di personalità

L'intervista strutturale

Le fasi dell'intervista

Conclusioni

Bibliografia

Altre letture su HT

### Introduzione

Il momento della diagnosi è senz'altro cruciale nel lavoro dello Psicologo: la capacità di inquadrare correttamente il paziente da un punto di vista nosografico può fare la differenza nel suo percorso di psicoterapia o nella decisione sul tipo di professionista a cui affidare il trattamento del suo disagio.

Sfortunatamente, il mondo della Psichiatria fatica a trovare un linguaggio comune con il quale confrontarsi quando si parla di Psicodiagnosi. Molti progressi sono stati fatti, e la pubblicazione di manuali diagnostici come il DSM IV e l'ICD-10 ha aiutato noi professionisti della salute mentale, anche di diversi indirizzi, a dialogare su un base comune.

Tuttavia, gli sforzi in questo senso implicano che il processo diagnostico rimanga fermo al livello descrittivo, poiché le teorie sull'eziologia e sulle strutture che causano o che vengono coinvolte nelle varie psicopatologie sono molto diverse da corrente a corrente.

Fermo restando che in ogni indirizzo teorico vi sono validissimi contributi e metodi clinici che aiutano moltissimo nella comprensione del disagio e della sofferenza psichica, in questo articolo sceglierò di trattare la procedura di inquadramento diagnostico delle varie psicopatologie da un punto di vista strettamente psicoanalitico.

Cercherò, in un'ottica di integrazione, di fare riferimento al DSM IV sia per agevolare i colleghi di altri approcci nella comprensione del modello teorico che andrò a esporre sia per favorire il confronto tra le diverse scuole di pensiero.



## Concetti basilari per una diagnosi secondo il modello psicoanalitico

La caratteristica principale della diagnosi basata su un modello psicoanalitico (o psicodinamico) è di intendere il disturbo clinico (Asse I del DSM) non come una patologia a sé stante, ma come l'espressione sintomatica di un disagio più profondo, radicato nella struttura di personalità del paziente.

Ne consegue quindi che il trattamento orientato psicodinamicamente non sarà volto soltanto all'estinzione del sintomo manifesto o riferito, ma alla riorganizzazione della personalità del paziente in modo tale che egli trovi modalità diverse e più funzionali di espressione emotiva e di comprensione del suo vissuto, permettendogli così di non aver più "bisogno" del sintomo per far emergere gli affetti legati al suo (o ai suoi) vissuto problematico.

Leggendo la psicopatologia in quest'ottica, la prima cosa che uno Psicologo a orientamento psicoanalitico fa è stabilire qual è la **struttura di personalità del paziente**; successivamente passa ad accertare se vi è o meno la presenza di un disturbo di personalità per infine collegarlo ai sintomi che il paziente ci porta in seduta.

Se volessimo fornire una immagine metaforica di questo procedimento, si potrebbe rappresentare il tutto come la costruzione di un palazzo, dove l'analisi della struttura di personalità è rappresentata dalle fondamenta dello stesso, la diagnosi (eventuale) di disturbo di personalità dallo scheletro esterno dell'edificio, e infine il sintomo dall'arredamento delle stanze presenti nella costruzione.

Un altro procedimento chiave in questo processo è l'**analisi delle difese**, ovvero dei modi che il paziente usa (prevalentemente a livello inconscio) per adattarsi ed elaborare le esperienze traumatiche, ma che in caso di psicopatologia sono assolutamente implicate nella fenomenologia sintomatica.

Come fare a raggiungere questo scopo? Esistono ovviamente i test psicologici che possono essere di grande aiuto, ma la parte diagnostica principale consiste nel colloquio clinico, dove abbiamo la possibilità di approfondire insieme al paziente il suo vissuto e le problematiche che ci porta.

Personalmente, trovo molto utile l'intervista strutturale di *Otto Kernberg* (1987) per farmi una idea più precisa sulla diagnosi e sulla struttura di personalità dei miei pazienti.

Lo scopo di questo mio articolo è quello di descrivere questo strumento, molto utile per la diagnosi a orientamento psicoanalitico, che tuttavia può essere un buon punto di riferimento anche per colleghi di diverso approccio teorico.

Prima di passare alla descrizione dell'intervista strutturale di Kernberg, penso sia necessario un breve discorso introduttivo sulle varie strutture di personalità, così come sono teorizzate sia dallo stesso Kernberg sia da *Nancy McWilliams* che *Jean Bergeret*, scegliendo di concentrarmi essenzialmente su una breve descrizione delle stesse e sui criteri di discriminazione tra i vari quadri.

Essenzialmente, il mio articolo si occuperà non tanto dei disturbi di Asse I e Asse II, così come inquadrati dal DSM, ma sull'analisi della struttura di personalità sottostante, sulla quale andremo poi a costruire la nostra diagnosi.

Cercherò se possibile di parlare anche delle difese psichiche implicate in ogni struttura, tuttavia per una trattazione più completa (che esula dagli scopi di questo articolo) vi rimando al testo di *Anna Freud "L'Io e i meccanismi di difesa"*. Partendo dalle "fondamenta" del nostro palazzo, quindi, parleremo innanzitutto della struttura di personalità e delle sue varie forme.



## Le strutture di personalità

Secondo il modello psicoanalitico, la struttura di personalità - ovvero un modo stabile di pensare, comportarsi, sentire e relazionarsi agli altri che caratterizza ogni essere umano - viaggia su un *continuum* che va da un estremo sano a un altro, il più grave, quello psicotico.

Per comprendere a fondo questo concetto di struttura di personalità, è bene ricordare **due concetti chiave: il primo** è che una struttura di personalità non implica necessariamente una patologia. Ad esempio, una persona con una struttura di personalità borderline non è un borderline nel senso psicopatologico del termine (non rientra nel disturbo borderline di personalità del DSM IV situato sull'Asse II, per intenderci), ma invece si tratta di un individuo che ha determinate caratteristiche e che utilizza specifiche difese psicologiche (come la scissione e la proiezione) di intensità tale da farlo collocare in un'area a cavallo tra nevrosi e psicosi.

**Il secondo** concetto è che la struttura di personalità è un continuum, non un insieme di blocchi: esistono infatti disturbi che sono collocabili in tutte le strutture di personalità, e parimenti una struttura di personalità al limite può avere caratteristiche più vicine a quella nevrotica o a quella psicotica, a seconda della intensità, della pervasività e della qualità delle difese adottate.

Le strutture di personalità, secondo il PDM (Manuale Diagnostico Psicodinamico, 2008), sono 3, ovvero **sana, nevrotica, borderline**.

A questa classificazione, secondo me incompleta, mi sento di aggiungere, in accordo con quanto teorizzato da Kernberg (1987), la **struttura psicotica di personalità**, che per gli Autori del Manuale viene vista esclusivamente come una appendice di estrema gravità alla struttura borderline.

Di conseguenza, le possibili configurazioni di struttura di personalità avranno le seguenti caratteristiche:

### 1. **Struttura sana di personalità.**

Sebbene molti colleghi siano dubbiosi riguardo tale formulazione, ritengo che l'assunto secondo il quale "siamo tutti nevrotici" tanto in voga nell'ambito psicoanalitico vada rivisto. Come dirò in seguito, la struttura nevrotica possiede determinate caratteristiche che la rendono, seppur molto simile a quella sana, più regressiva dal punto di vista evolutivo. Tornando alla struttura sana, possiamo dire che essa è quella più **ad alto funzionamento**, caratterizzata da:

- un uso di difese altamente evolute (quali rimozione, sublimazione, intellettualizzazione, ...) e da un loro impiego fluido e non rigido,
- un esame di realtà presente e ben funzionante,
- presenza di buoni confini tra Sé e gli Altri.

Sebbene, come è ovvio, le persone con struttura sana possano andare incontro a disagio psichico, esse **sanno utilizzare in modo estremamente adattivo le difese psichiche**, riuscendo a non fossilizzarsi su determinati schemi comportamentali che poi diventano patologici, o su rigide difese che pur tamponando l'angoscia deteriorano la qualità di vita dell'individuo. Insomma, come dice Bergeret (2002), esse conducono una esistenza soddisfacente, arrogandosi il diritto di comportarsi in modo anche apparentemente abnorme in circostanze inusuali, senza che ciò influisca in alcun modo sul loro equilibrio psichico.



## 2. Struttura nevrotica di personalità.

Questa struttura, come accennato prima, non è molto diversa dalla precedente: l'esame di realtà è conservato, i confini tra Sé e non-Sé sono ben presenti, le **difese** sono evolute e praticamente simili a quelle dei soggetti sani. Ciò che però cambia è che queste ultime sono **usate in un modo molto rigido e stereotipato**, il che vuol dire che il soggetto in questione avrà enormi difficoltà ad affrontare le problematiche che gli si pongono davanti nel corso della vita in modo diverso dal suo abituale.

**Attenzione:** qui non si parla solo di problem solving, ma soprattutto di modalità difensive inconsce che condizionano il comportamento. Per esempio, una persona con struttura nevrotica tenderà spesso e volentieri alla conversione, ovvero all'espressione di sintomi psicosomatici direttamente collegabili al conflitto centrale della sua psicopatologia. Per fornire un pratico esempio, può capitare che a un paziente, ogni qual volta si affronti un tema preciso che per lui è difficile, "scoppi" un fastidioso mal di testa.

## 3. Struttura borderline di personalità (o struttura al limite).

La caratteristica di questa struttura è invece la scissione. La personalità borderline è solita usare uno stile di ragionamento e di **classificazione della realtà per opposti**, ad esempio buoni-cattivi, e molto spesso lo fa senza mezze misure.

Se volessimo fare un esempio figurato, potremmo dire che questo tipo di personalità ha nella scala dei colori solo il bianco e il nero e tende a ignorare tutte le sfumature di grigio che si presentano nel mezzo. Proprio per questo motivo, la personalità al limite è caratterizzata da un umore estremamente fluttuante, da un Io diffuso (ovvero non coeso, che spesso si mostra debole e incapace di contenere l'angoscia) e da meccanismi di difesa arcaici, primo tra tutti la proiezione, mediante la quale il paziente con tale struttura attribuisce all'esterno le caratteristiche del proprio mondo interiore.

Sarà molto frequente per i terapeuti essere oggetto di svalutazioni e lodi, spesso intervallate tra di loro o in palese contraddizione le une con le altre, proprio a causa della **precarietà del mondo interno** di questi individui. Giova ricordare ancora una volta che questo quadro di personalità non è assimilabile all'omonimo disturbo descritto nel DSM, in quanto quest'ultimo è una entità psicopatologica ben definita e non un insieme di caratteristiche che sono solo potenzialmente di rilievo clinico.

## 4. Struttura psicotica di personalità.

Questa ultima struttura, la più regressiva di tutte, è caratterizzata da una **profonda frammentazione dell'Io**, che si mostra labile e profondamente **pervasivo dall'angoscia**. Di fronte a tale invasione, le difese primitive messe in atto dal Sé per proteggersi dal mondo esterno (come la scissione, il diniego, la dissociazione etc.) rendono di fatto impossibile una esistenza soddisfacente, andando a compromettere in modo spesso severo il senso di realtà.

Sebbene anche negli stati limite si possano osservare difese del genere, ciò che contraddistingue l'organizzazione psicotica è l'assoluta intensità e gravità delle stesse, che di fatto restano l'ultimo baluardo di difesa del frammentato Io di fronte alle angosce esistenziali del paziente. Una struttura del genere è di norma **collegata con le patologie più gravi**, come i vari tipi di schizofrenia e i disturbi gravi dell'umore (disturbi bipolari, alcuni tipi di depressioni maggiori).



## L'intervista strutturale

Fatte queste premesse passerei ora a illustrare le modalità con le quali l'intervista strutturale viene svolta e le sue finalità.

Questo strumento di diagnosi è infatti orientato a fornirci un quadro esaustivo della personalità del paziente, più che della sua patologia descrittiva, in modo da avere una **comprensione esistenziale del vissuto** che possa aiutare lo Psicoterapeuta nel suo lavoro di analisi e di interpretazione di ciò che accade nella mente della persona che soffre.

Nel parlare dell'intervista strutturale riporterò ove possibile degli esempi tipici tratti dalla mia attività, naturalmente con contenuti del colloquio che omettano dati personali sensibili delle persone da me seguite, pur mantenendo inalterato il senso ai fini dell'utilità di quanto sto scrivendo.

**Per quanto riguarda il setting** l'intervista strutturale ha bisogno per lo meno di un incontro iniziale della durata di un'ora e mezza: alternativamente è possibile anche concedere due sedute di 45 minuti ognuna, premesso che vi sia lo spazio temporale sufficiente alla formulazione delle domande della stessa.

La cosa più importante, in ogni caso, è che venga soprattutto permesso al paziente di esprimersi liberamente, senza limiti temporali troppo stretti che potrebbero portarlo a compromettere, condensare o distorcere delle informazioni che potrebbero essere assolutamente importanti per la comprensione di ciò che sta vivendo.

**La posizione** che preferibilmente bisogna assumere durante l'intervista strutturale è quella *vis a vis*, dal momento che permette di osservare meglio anche il non verbale. Se necessario, è possibile ma non obbligatorio farsi assistere da un osservatore silenzioso mentre è caldamente consigliata la supervisione con un collega più esperto che possa aiutarci a interpretare materiali del paziente in un secondo momento.

L'intervista strutturale presuppone che l'intervistatore abbia una capacità di ascolto empatico non giudicante, in modo da favorire l'apertura del paziente, specialmente quando le modalità della stessa - che vedremo fra poco - implicano un atteggiamento interpretativo di quanto la persona intervistata ci porta.

Oltre all'ascolto, infatti, vi sono degli importanti strumenti che lo Psicologo può utilizzare durante l'intervista strutturale: per analizzare il vissuto del paziente egli infatti si servirà di alcune modalità di interazione ben precise, ovvero la chiarificazione, l'amplificazione, la confrontazione e l'interpretazione.

**La chiarificazione** è uno strumento che può essere utilizzato quando ciò che dice il paziente ci appare confuso o poco chiaro.

Esso ci serve per approfondire dei concetti espressi dalla persona intervistata.

Esempio clinico:

**G.:** *«E poi siamo andati via di casa si sono trasferiti in un'altra città, ancora oggi non ho capito bene il motivo che ha spinto i miei genitori a prendere questa decisione».*

**Psi.:** *«Mi sta dicendo che in famiglia non avete parlato mai in modo approfondito della scelta che i suoi hanno preso?».*

**G.:** *«Effettivamente no, forse pensavano che fossimo troppo piccoli per capire le necessità che ci spingevano a questo gesto... e adesso suppongo che, essendo passati tanti anni, non considerino più l'argomento importante».*

In questo piccolo stralcio clinico possiamo vedere come la domanda del terapeuta abbia cercato di fare luce su un aspetto un po' nebuloso della storia del paziente.

La domanda diretta, ma non giudicante, sulla capacità o meno del paziente di affrontare il tema riportato in famiglia ha fatto sì che quest'ultimo, abbandonando uno stile di narrazione più didascalico, abbia iniziato a parlare delle sue emozioni e delle sue credenze a riguardo.

Questo è particolarmente importante perché le emozioni collegate ad alcuni argomenti "tabù" all'interno della storia del paziente possono esserci di grandissimo aiuto nello stargli accanto e nella comprensione esistenziale del suo vissuto.

**L'amplificazione**, che non è molto dissimile dalla chiarificazione, serve per cercare di incoraggiare la persona intervistata ad aggiungere del materiale ulteriore a ciò che sta raccontando. Questo strumento può essere usato dallo Psicologo in caso abbia la percezione che il racconto del paziente diventi un po' scarno.

Esempio clinico:

**G.:** *«In fondo io sono sempre stato quello da proteggere. In famiglia tutti si preoccupavano sempre per la mia salute quando ero piccolo, e credo che tutto sia iniziato perché ho rischiato di morire per una infezione quando avevo quattro anni».*

**Psi.:** *«Mi parla in modo più approfondito di ciò che è successo quando è stato male?».*

**G.:** *«Sì, tutto iniziò con una febbre molto alta che non andava via...».*

Questa piccola conversazione ci mostra come, chiedendo direttamente al paziente di aggiungere dettagli alla sua affermazione riguardo un suo periodo di vita, è stato possibile in seguito ottenere informazioni precise su un evento potenzialmente molto traumatico, che potrebbe avere rilevanza nella comprensione olistica della persona che abbiamo di fronte.



Gli strumenti della chiarificazione e della amplificazione non offrono particolari occasioni di stress al paziente, poiché in effetti si limitano alla richiesta di maggiori informazioni riguardanti un qualcosa che egli dichiara e di cui è in gran parte consapevole.

Vi sono altre modalità che invece, con il fine di approfondire l'indagine sulla struttura del paziente, tendono a mettere in risalto ciò che appartiene alla sfera preconsa e inconsa, e che pertanto possono mettere l'intervistato a disagio.

Tale operazione, sebbene possa sembrare sgradevole, è assolutamente necessaria per la comprensione di ciò che accade all'interno della persona intervistata poiché, come vedremo dopo, l'intervista strutturale prevede anche l'investigazione dell'esame di realtà e delle difese psichiche.

Il primo di questi strumenti più profondi è **la confrontazione**, ovvero l'investigazione critica di aspetti contraddittori nella narrazione del paziente. Penso che un esempio clinico sia indispensabile per rendere bene il senso di tale mezzo diagnostico:

**S.:** *«Ho conosciuto questo ragazzo qualche settimana fa, devo ammettere che è molto carino ma non so se è il mio tipo, perché non andiamo d'accordo quasi su nulla. Comunque ho litigato con i miei e sto pensando di trasferirmi a vivere da lui».*

**Psi.:** *«Non trova contraddittorio il fatto che nonostante pensi che questo ragazzo non è fatto per lei le viene in mente di andare a convivere?».*

**S.:** *«Non so... da una parte ha ragione, sono così confusa... non è che in fondo voglio solo andar via di casa?».*

Questo stralcio clinico ci permette di osservare come si possa **verificare la coerenza** interna delle scelte del paziente. In molti casi di fronte a una situazione del genere si può osservare che l'intervistato è in grado di risolvere la contraddizione, permettendoci di fare inferenze anche sul suo livello di insight, oppure se non è in grado di risolvere gli aspetti palesemente divergenti che esistono nella sua vita.

Nel caso di S. abbiamo visto come l'intervento dello Psicologo abbia in qualche modo favorito un'esplorazione interna della paziente che alla fine ha avanzato l'ipotesi che un'azione così affrettata potesse celare una insofferenza a vivere nel suo nucleo familiare. Possono tuttavia esserci benissimo altri casi in cui non è così, come nell'esempio seguente:

**A.:** *«Ormai ho capito che il mio matrimonio con M. è finito, è chiaro per tutti e due, io non provo niente, per me lui è un estraneo, ormai lui vive dai suoi genitori e solo ogni tanto la sera arriva a casa, abbiamo un rapporto sessuale e poi va via, e neanche provo piacere».*

**Psi.:** *«Ha appena detto di non provare nulla per suo marito, nemmeno attrazione fisica, allora come mai continua ad andarci a letto?».*

**A.:** *«Non lo so neanche io, capita e basta, non so dire di no».*



In questo caso è ovvio che esiste una motivazione al di fuori della coscienza che fa in modo che la paziente abbia un comportamento che non è in linea con quanto desidera consapevolmente.

La capacità dell'intervistato di risolvere una confrontazione può essere un **indice importante di discriminazione** tra, ad esempio, la diagnosi di struttura nevrotica o borderline di personalità.

Uno strumento particolarmente delicato da utilizzare è quello dell'**interpretazione**, ovvero l'intervento verbale volto a risolvere un conflitto presente nel materiale portato, il cui scopo è rendere logico ciò che prima appariva conflittuale.

Tale intervento è molto delicato e potrebbe causare nel paziente una gran dose di stress, in quanto l'interpretazione intende fornire una chiave di lettura per un evento che l'intervistato non sa spiegarsi, per ragioni che verosimilmente potrebbero celare un conflitto molto profondo.

Lo scopo dell'uso di questo strumento, oltre a valutare i livelli di insight, è quello di verificare la capacità di tenuta delle difese del paziente e la loro tipologia. Di solito un paziente con struttura psicotica di personalità non accoglie di buon grado l'interpretazione o non ne coglie il senso più profondo.

Farò due esempi clinici, uno di interpretazione riuscita e uno di interpretazione non colta, in modo da poter discorrere su entrambi.

Esempio clinico uno:

**D.:** *«Quando ero piccola dovevo fare la brava, dovevo essere sempre cortese con gli altri e non sporcare mai i vestiti, anche quando giocavo con gli amichetti, guai a sudare! Mi ricordo che i miei si vantavano molto del fatto che andassi bene a scuola, una volta che tornai con un 7 invece del solito 10 sul compito di italiano mia madre mi chiese come mai non avevo avuto il massimo. Da bambina non davo problemi, ma quando ho iniziato le medie mi è montata una rabbia dentro e ho incominciato ad andare male e a frequentare un brutto giro».*

**Psi.:** *«Mi sembra che lei abbia sacrificato molta spontaneità pur di accontentare i suoi genitori che volevano una bambina perfetta. Se da piccola questo la rassicurava perché pensava di conservare l'amore di mamma e papà, quando è diventata adolescente tutta la frustrazione che ha represso probabilmente è venuta a galla e, non riuscendo a dirigerla contro i suoi, l'ha tramutata in comportamenti autodistruttivi che in fondo erano però un attacco ai suoi genitori in quanto distruggevano la bambina perfetta».*

**D.:** *«È probabile, non ci avevo mai pensato, ma ora che mi dice questo mi ricordo che facevo di tutto per farli arrabbiare, come se volessi punirli per qualcosa...».*

Questo esempio ci mostra come l'interpretazione dello Psicologo abbia in qualche modo **favorito un ampliamento** delle considerazioni della paziente sulla sua infanzia, permettendo in futuro l'analisi di materiali più profondi, e rendendo capace l'intervistata di fare connessioni più efficaci tra le sue emozioni e il suo vissuto infantile e adolescenziale.



Esempio clinico due:

**A.:** *«Sul lavoro ho difficoltà, odio i miei colleghi, anche mio marito non lo sopporto più, è pesante e severo, inoltre mi fa paura. Non trovo pace, tutti gli uomini che ho incontrato sono stati delle delusioni, mio padre era molto severo e rigido, non ci faceva uscire di casa, non ci ha mai dato un abbraccio. Mio marito è anche violento a volte, la prima volta che abbiamo litigato mi ha tirato un vaso, quando torna a casa ho sempre paura di farlo arrabbiare, spero di riuscire a cambiarlo».*

**Psi.:** *«Mi viene in mente che forse, avendo un padre che è stato molto duro e severo, lei abbia scelto un uomo che gli assomiglia, ma che prova a cambiare magari perché cerca di avere simbolicamente una seconda possibilità con un padre che è sempre stato distante».*

**A.:** *«Non so, ma dottore mi dica come faccio con i miei colleghi?».*

Qui abbiamo potuto vedere come l'interpretazione proposta dall'intervistatore sia passata praticamente inosservata: A. ha continuato la conversazione in modo anche piuttosto scollegato non curandosi di commentare ciò che lo Psicologo le aveva suggerito.

Si potrebbe ipotizzare che il materiale inconscio fosse troppo conflittuale per essere affrontato dalla paziente e che le sue difese abbiano impedito un'elaborazione di quanto detto dall'intervistatore.

Esiste un altro tipo di mezzo diagnostico utile nell'intervista strutturale ovvero **l'interpretazione del transfert**. Tale strumento consiste nell'analisi della relazione tra intervistato e intervistatore, al fine di riportare a livello conscio del materiale più profondo, cercando di favorire l'insight e osservando la reazione del paziente di fronte a un commento sul hic et nunc dell'intervista.

Esistono due modi di interpretare il transfert: uno **indiretto**, che non cita espressamente la relazione tra lo Psicologo e il paziente ma che si serve di una metafora o di un discorso generale per far passare l'informazione e uno **diretto**, ovvero dove viene citata espressamente la seduta e i due componenti. Farò un esempio tipico di entrambi.

Esempio clinico (transfert indiretto):

**B.:** *«È molto frustrante, sa, dottore? Penso che qualsiasi cosa io faccia sul lavoro i miei colleghi parlino male di me...».*

**Psi.:** *«Deve essere molto difficile per lei trovarsi in situazioni dove si sente valutato, probabilmente perché teme un giudizio negativo su di sé».*

**B.:** *«Effettivamente sì, non ho mai sopportato i giudizi anche a scuola da piccolo durante le interrogazioni ero sempre in crisi...».*

Abbiamo visto qui come lo Psicologo, pur non citando espressamente l'intervista strutturale che sta avvenendo in quel momento, abbia fatto un riferimento alla risposta del paziente di fronte a situazioni potenzialmente giudicanti favorendo nettamente l'emersione di materiale infantile.

Questo tipo di interpretazione indiretta è meno ansiogena dell'altra, poiché in qualche modo scherma il paziente dalla domanda diretta sulla relazione, pur utilizzando situazioni simili per far passare il concetto. In questo caso lo Psicologo ha sottinteso che la valutazione diagnostica fosse una situazione che il paziente recepiva come valutativa e quindi come potenzialmente giudicante.

Vediamo cosa succede invece con un'interpretazione diretta:

**S.:** *«Sono in anticipo? Mi scusi è che mi trovavo da queste parti e quindi ho pensato di venire prima...».*

**Psi.:** *«Probabilmente l'idea del colloquio con una persona mai vista prima le metteva molta ansia...».*

**S.:** (ride) *«Effettivamente si devo ammettere che non so cosa mi aspetta è un po' ho paura!».*

Qui invece possiamo notare come lo Psicologo abbia direttamente affrontato il tema della relazione con il paziente, dando una spiegazione all'azione di S. La risposta di quest'ultimo ci fa capire che l'interpretazione ha favorito l'emersione di un vissuto emotivo relativo al compito che si stava andando a svolgere e che inoltre ha favorito lo scarico della tensione, come si può vedere dalla comunicazione para verbale che il paziente ha fatto mettendosi a ridere.

Come ultimo strumento, non per importanza, abbiamo **l'analisi del contro transfert**.

Questo mezzo diagnostico, sebbene apparentemente non coinvolga il paziente e non sia da riportare nel colloquio, permette allo Psicologo di approfondire il proprio vissuto emotivo in relazione alle cose che racconta il paziente e quindi di fare inferenze su quanto quest'ultimo ha provato in seduta.

## **Le fasi dell'intervista**

Dopo aver fatto una panoramica sugli strumenti necessari affinché lo Psicologo possa effettuare una intervista strutturale corretta, vado infine a illustrare le fasi di quest'ultima.

Vi sono, infatti, una serie di step che vanno seguiti non in modo rigido (trattandosi di una intervista semi strutturata) al fine di poter avere un profilo di personalità esauriente.

Tengo a precisare che la panoramica che farò in questa sezione sarà ovviamente superficiale, senza nessuna pretesa di essere esaustiva: essa vuole essere uno spunto per letture e approfondimenti ulteriori, per i quali rimando alla bibliografia che allegherò alla fine dell'articolo.



Tornando a noi, nell'ordine i passaggi utili e necessari a esplorare le aree che ci interessano, ovvero tipologia di difese, modo di rapportarsi a sé e gli altri, e in definitiva tutto ciò che può aiutarci a comprendere la struttura della personalità del paziente, sono:

1. esame di realtà
2. identità e meccanismi di difesa
3. forza dell'identità e relazioni oggettuali

Partendo dal primo punto, ovvero dall'**esame di realtà**, è nostro primo compito cercare di verificare quanto il paziente è aderente al suo momento di vita e quanto le percezioni del contesto dove è immerso siano adeguate.

Per fare ciò, di solito è bene aprire con una domanda del genere:

**Psi:** *«Ci siamo sentiti telefonicamente l'altro giorno e mi accennava ai suoi problemi, vuole descrivermeli meglio?».*

Oppure più semplicemente:

**Psi:** *«Perché siamo qui? Cosa l'ha spinto a consultarmi?».*

Questi primi passi servono in realtà a effettuare un importante approfondimento:

- della percezione di Sé e del non-Sé dell'intervistato,
- della sua capacità di valutare realisticamente ciò che accade,
- della qualità delle sue sensazioni e/o percezioni.

Va da sé che un soggetto che risponda in modo bizzarro, sconnesso o delirante ci indirizza subito verso un quadro di struttura psicotica, o in alcuni casi può farci sorgere il sospetto di una sindrome organica (es. demenze) spingendoci a iniziare a considerare l'utile supporto di un Neurologo e di un Neuropsicologo per ulteriori valutazioni del caso.

Inoltre, la capacità del paziente di descrivere il suo disagio in un ambiente accogliente potrebbe essere per lui un vero *toccasana*, alleviando l'angoscia e predisponendolo positivamente al resto del colloquio.

**Per quanto riguarda l'area dell'identità e dei meccanismi di difesa**, per ottenere le informazioni che ci servono, sarà utile esplorare ulteriormente il modo in cui il soggetto intervistato percepisce se stesso e il proprio mondo interno.

Un buon modo per fare ciò è porre una domanda del genere:

**Psi:** *«Mi piacerebbe sapere qualcosa su di lei. Come si percepisce? Come si descrive?».*



Le varie risposte che possiamo ottenere ci daranno preziose indicazioni sullo **stile di personalità** di chi abbiamo di fronte. Qualche esempio clinico potrà essere utile:

**O.:** *«Penso di essere una ragazza molto buona, disponibile, sono allegra ma ho i miei momenti no, capisce cosa voglio dire? A volte mi prende una tristezza, non so nemmeno io perché, e allora ho voglia di stare per conto mio. Spesso mi piace leggere in questi momenti, o sentire musica. Mi piace la compagnia degli altri, ma amo anche i miei momenti, adoro scrivere e disegnare, magari un giorno le farò vedere qualcosa...».*

Da questo tipo di risposta possiamo notare senza troppa fatica una personalità piuttosto integra, capace di introspezione e di empatia, che potrebbe forse farci protendere verso una struttura nevrotica o sana. Ben diverso è invece quest'altro caso:

**C.:** *«Io? Non so, a volte sono triste, a volte allegra, nemmeno so perché. Mia madre dice che sono una bugiarda nata, e ha ragione. Non mi meraviglio se tutti mi disprezzano e nessuno mi capisce. Devo essere una persona orribile».*

Vediamo come nel caso di C. ci sia una instabilità di fondo nel percepirsi, e a ciò si aggiunge un inquinamento dovuto alle opinioni di altre figure significative, che la paziente fa proprie, dimostrando di avere oggetti interni intrusivi e minacciosi.

Con un quadro del genere, dovremmo iniziare a pensare di aver di fronte un soggetto molto più regredito del precedente.

Un'altra domanda utile da sottoporre, dopo aver esplorato la **percezione del Sé**, è la seguente:

**Psi:** *«... e gli altri come la vedono?».*

Questo strumento serve a verificare eventuali incongruenze tra la percezione di Sé e quella che gli altri hanno della persona che stiamo intervistando. Ovviamente, una risposta congrua con le affermazioni precedenti non ci preoccuperà, mentre una discrepanza (es.: *«io sono sempre depressa ma gli altri dicono che sono la gioia fatta persona»*) ci spingerà senz'altro a indagare.

Potrebbe essere utile, in questo caso, usare la confrontazione.

In questa occasione, potremo già fare attenzione ai **meccanismi di difesa** che si presentano nella persona che abbiamo di fronte.

Principalmente, la nostra attenzione sarà orientata a tutti i meccanismi più primitivi, innanzitutto la scissione che, come nell'ultimo esempio, potrebbe farci insospettire riguardo a una profonda frattura tra quanto percepito e quanto comunicato agli altri, oppure sulla possibilità che il Falso Sé del paziente - per citare Winnicott - possa essere più o meno preponderante.

Nel valutare l'entità e la forza dei meccanismi di difesa, è utile anche la chiarificazione, per approfondire eventuali aspetti rimossi o scissi che possono presentarsi.



Le **relazioni oggettuali**, ovvero il punto 3, sono un aspetto centrale dell'intervista e dovrebbero essere indagate con la massima cura. Esse, infatti, ci offrono preziose informazioni non solo sulle persone importanti della vita del paziente, ma anche sul mondo interno di quest'ultimo.

Per iniziare una indagine sulle relazioni oggettuali, si può usare una frase del genere:

**Psi:** *«Mi parla ora delle persone più significative della sua vita?».*

Oppure, in caso nel corso del colloquio la persona abbia già nominato alcuni di loro:

**Psi:** *«Oltre alle persone di cui mi ha parlato, c'è qualcun altro di importante di cui sente il bisogno di parlarmi?».*

Ascoltare con attenzione quanto il paziente ha da dire è istruttivo non tanto per la conoscenza dei familiari e degli affetti della persona intervistata, ma per capire come essi siano rappresentati all'interno di quest'ultima, e quanto potere abbiano.

A mio parere, è bene integrare queste domande con altre in riferimento a hobby, lavoro, attività sessuale, vita religiosa e quant'altro, in modo da avere un quadro esaustivo della persona. Va da sé che, naturalmente, una persona con relazioni sociali ricche, profonde e diversificate propenderà per una struttura sana o nevrotica, al contrario di un individuo che presenta pochi affetti o di una persona che ha una vita affettiva disordinata e marcata dagli eccessi, che probabilmente ci indirizzeranno verso l'ipotesi di una struttura al limite.

Come ultimo suggerimento, **in chiusura** è sempre bene chiedere se c'è qualcos'altro che il paziente vorrebbe che chiedessimo per comprenderlo meglio.

Questa piccola frase, che stupirà più di un paziente/cliente, in realtà serve a far sentire l'intervistato a suo agio, non troppo sotto esame e a rafforzare il suo Io, dandogli il segnale che egli è parte attiva dell'indagine psicodiagnostica e non la sta "subendo", sensazione che tra l'altro, a mio parere, dovrebbe essere il cardine di ogni alleanza di lavoro psicoterapico, a prescindere dalla teoria di riferimento.

## Conclusioni

Penso che, in conclusione di questa breve panoramica sull'intervista strutturata, sia doveroso da parte mia fare alcune considerazioni di natura personale.

Credo che la conoscenza degli strumenti propri della professione di Psicologo sia un requisito essenziale per la nostra professione, e il saper **valutare correttamente** la condizione di disagio di ogni paziente che ci chiede un colloquio sia **una delle fasi più delicate** di tutto il lavoro.



L'intervista strutturale, così come la testistica, sono dei validi aiuti, ma bisogna stare molto attenti a non "nascondersi" dietro la tecnica. Come ogni metodo essa ha i suoi limiti, oltre che i suoi pregi, e di certo non può sostituire *in toto* quello che è la nostra risorsa principale nell'aiuto di chi soffre, ovvero l'empatia.

Credo che un ascolto attento e attivo molto spesso sia molto più curativo di un intervento strutturato. Sebbene le tecniche terapeutiche possano esserci di enorme aiuto nella cura e nella comprensione del mondo interno del paziente, non bisogna mai dimenticare che ogni essere umano, a mio parere, è un individuo unico e irripetibile, pertanto non può essere *incastrato* più di tanto in questa o quella categoria. Esse sono un supporto su cui ragionare e impostare un percorso, non una etichetta che marchia in modo definitivo il paziente.

Mi piace chiudere con un pensiero di *Carl Gustav Jung* che, a chi chiedeva che approccio si dovrebbe tenere di fronte alle informazioni ottenute dai racconti dei clienti, disse:

*«Più si sa di un paziente, più ci si dovrebbe sforzare eroicamente di ignorarlo per dare alla persona la possibilità di esprimersi».*

## Bibliografia

- Bergeret J., *"La personalità normale e patologica. Le strutture mentali, il carattere, i sintomi"*, Raffaello Cortina, Milano, 2002
- Freud A., *"L'io e i meccanismi di difesa"*, Giunti editore, Firenze, 1968
- Gabbard G.O., *"Psichiatria psicodinamica"*, Raffaello Cortina - 4ª edizione, Milano, 2007
- Lingiardi V., Dal Corno F. (a cura di), *"PDM. Manuale diagnostico psicodinamico"*, Raffaello Cortina, Milano, 2008
- Quaglino G.P., Romani A. (a cura di), *"Carl Gustav Jung: Aforismi"*, Bollati Boringhieri, Torino, 2012
- Kernberg O., *"Disturbi gravi della personalità"*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987
- McWilliams N., *"La diagnosi psicoanalitica"*, Astrolabio, Roma, 1999
- Semi A.A., *"Tecnica del colloquio"*, Raffaello Cortina, Milano, 1996
- Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R. (a cura di), *"DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali"*, Elsevier Masson - 2ª edizione, Milano, 2002

## Altre letture su HT

- Agosti T., *"Il processo psicodiagnostico"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 88, 2012
- Guerra D., *"Introduzione alla Psicodiagnosi"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 47, 2009
- Guerra D., *"Gli Strumenti Psicodiagnostici"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 47, 2009
- Paterlini M., *"L'esame obiettivo in Psicodiagnosi e Psicoterapia"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 24, 2006