

CÓMO DEBE SER UNA PRIMERA ENTREVISTA:

- Necesidades específicas.
- Condiciones de eficacia.
- Qué estructura debería tener.

LO QUE UNA PRIMERA ENTREVISTA NO ES:

- No es una historia clínica (no sólo fuente de información).
- No es una anamnesis.
- No es una entrevista para psicoanálisis (fuente de datos para el terapeuta que ya, en su momento, se le dará al paciente).
- No tiene sólo fines de diagnóstico y contrato sino un rol terapéutico inicial:
 - No sólo por su efecto placebo inicial.
 - Sino por “intervenciones adecuadas” potenciadoras de efecto.
 - Que genere una “alianza terapéutica sólida Pa.-Ta.
 - Que intente poner en marcha “un Proceso”.
 - Que disminuya la persecución del paciente incluso para su derivación.

En una primera entrevista se debe informar al terapeuta y se debe informar al paciente.

TAREAS A CUMPLIR EN UNA PRIMERA ENTREVISTA

1. Diagnóstico aproximativo inicial a partir de los datos aportados por el Pa.
2. Clarificación inicial del terapeuta acerca de la problemática planteada y de la orientación terapéutica que se desprende del diagnóstico de la misma.
3. Elaboración conjunta de ese panorama mediante progresivos reajustes.
4. Logro de acuerdos generales sobre: el sentido y los objetivos que se asignarán a la relación terapéutica que se proponga instalar entre ambos.
5. Contrato: Acuerdo sobre el funcionamiento de la relación (días, horas, honorarios y frecuencia).
6. Anticipaciones mínimas sobre el modo de conducir la interacción en la tarea (inducción del rol-paciente).

La primera entrevista es un proceso, su tiempo de duración depende de:

- El grado de formación del Ta.
- La experiencia del Ta.
- El tipo de Pa.

OBJETIVO DE UNA PRIMERA ENTREVISTA: INSTAURAR LA ALIANZA TERAPÉUTICA SIN DILACIÓN.

FASES DE LA PRIMERA ENTREVISTA

A)

El diagnóstico: La información que proporciona el Pa.

En tres planos diferentes:

1. Clínico y psicodinámico:

- Síntomas principales que motivan la consulta (motivo de consulta manifiesto).
- Grupo familiar del Pa.
- Relación éxito-fracaso en la conducta del Pa. en sus diferentes áreas adaptativas y con perspectiva evolutiva (maduración, juegos, estudios, trabajo, sexualidad, sociabilidad, autoestima –evaluación de yo-).
- Aspectos interaccionales de la conducta del Pa. en la entrevista (estilo de comunicación).

ESTE MODELO SE CONDENSARÍA EN UNA INTERPRETACIÓN PANORÁMICA INICIAL AL PACIENTE.

EL PACIENTE DEBE EXPERIMENTAR LA SENSACIÓN, DURANTE TODA LA ENTREVISTA, DE QUE ESTÁ FRENTE A UN EXPERTO QUE “SABE A DÓNDE VA”.

PRIMER ENTREVISTA: MÁXIMA CLARIDAD, MÍNIMA AMBIGÜEDAD.

2. El diagnóstico de la motivación y aptitudes del Pa. para la psicoterapia:

- Motivación para el tratamiento.
- Fantasías de enfermedad y curación.
- Aptitudes yoicas para el tratamiento (equivalente en psicoanálisis a criterios de analizabilidad).

Criterios de buena motivación de Pa.:

- El reconocimiento del carácter psicológico de su padecer.
- La capacidad de introspección y su disposición a transmitir con honestidad lo que pueda reconocer de sí mismo.
- El deseo de comprenderse y la participación activa en la búsqueda.
- La disposición a experimentar y ensayar cambios.
- La esperanza de que el tratamiento logre resultados positivos.
- La disposición a realizar ciertos sacrificios para acceder a esos logros.

ESTOS CRITERIOS SON PARA EL PACIENTE IDEAL.

¿Y con los Pa. problemáticos? (Por ejemplo fobias al vínculo terapéutico).

Para estos pacientes: Se debe trabajar en la línea de:

- Dar más conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.
- Ofrecer un vínculo abierto.
- Indicar medicación, si se presta.

3. El diagnóstico de las condiciones de vida del paciente:

Posibilidades reales del Pa. para iniciar un tratamiento:

- Estabilidad geográfica.
- Horarios.
- Situación económica.
- Lugar de residencia.
- Obligaciones familiares.

Exploración de los factores patogénicos de esas condiciones de vida (que contribuyen a la enfermedad).

Exploración de los recursos del medio que contribuyan a la curación (potencial terapéutico utilizable de las condiciones de vida).

Explorar aliados de las situaciones grupales en las que participa el Pa. (yo facilitadoras).

Explorar situaciones grupales o individuales saboteadoras de la salud del Pa. (yo debilitantes).

B)

La información que devuelve inicialmente el Ta., clarificación del problema y reforzamiento de la motivación.

MOMENTO DE DEVOLUCIÓN AL PA.: RECIPROCIDAD DE DERECHOS A LA MUTUA INFORMACIÓN, REGLA INTERACCIONAL DE LA PRIMERA ENTREVISTA.

NIVEL DE MAYOR SIMETRÍA POSIBLE DENTRO DE LA ASIMETRÍA DEL ENCUENTRO.

En esta fase de la entrevista el Ta. ofrece al Pa. “una imagen global”, “un panorama desde el puente”, introductoria, precisa sobre cómo ve la situación.

Se debe intentar mostrar-aislar una CONFLICTIVA-NUCLEAR, unificadora para los problemas relatados por el Pa.

SUGIRIENDO:

Una perspectiva terapéutica, un tipo de tratamiento, un tiempo de duración aproximada y objetivos propuestos de común acuerdo.

CONFRONTACIÓN ENTRE: LAS ESPECTATIVAS DEL PA. Y LAS PERSPECTIVAS DEL TA. . REAJUSTES Y BÚSQUEDAS DE ACUERDOS:

- Establecimiento de un diálogo abierto sobre mutuas expectativas.
- Arribar a una zona de encuentro de las diferencias de perspectivas entre el Ta. y el Pa. (Localizar las discrepancias y enfrentarlas).
- Manejarse con el menor nivel de ambigüedad y confusión posibles, ya que son factores de interferencia para la alianza terapéutica y el proceso.
- Ver qué está dispuesto el Pa. a hacer para tratarse.

ESTE ES UN MOMENTO DE CRUCIAL IMPORTANCIA, YA QUE DECIDE LA CONSOLIDACIÓN DE UNA ALIANZA TERAPÉUTICA:

- El tratamiento a proponer debe satisfacer ciertas expectativas del Pa. (mantenerse dentro de cierto foco del motivo de consulta manifiesto).
- Establecer acuerdos claros sobre la naturaleza y los fines del vínculo terapéutico, no creando falsas esperanzas.

ESE DIÁLOGO ABIERTO CUMPLE LAS SIGUIENTES FUNCIONES:

- Función clarificadora que refuerza la motivación inicial para aceptar psicoterapia.
- Función de apoyo al Pa.
- Función de continencia de partes infantiles del Pa. (Se acepta y respeta la desconfianza de un niño que duda).
- Función terapéutica de crear futuro. Creando un campo de esperanza en el tratamiento.

TODO ESTO, SIN APRESURAMIENTO INTERPRETATIVO QUE PUEDA SER VIVIDO POR EL PA. COMO UNA INTRUSIÓN NO AUTORIZADA, COMO UN DESCONOCIMIENTO DE SUS PARTES ADULTAS. (LO QUE TAMBIÉN INTERFERIRÍA EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA).

C)

Proposición de un contrato terapéutico. Anticipaciones sobre la tarea.

- Fijación de días seguros y horarios (frecuencia y duración de la entrevista).
- Proponer honorarios, dialogar honorarios.
- Duración del tratamiento.

- Inducción-explicación-del rol paciente (si el Pa. no tiene información sobre qué es psicoterapia y qué se espera de él como Pa. y qué puede esperar y no esperar él del Ta.).

OBJETIVOS DE LA INDUCCIÓN DEL ROL PACIENTE:

- Visión de la psicoterapia como un método de aprendizaje.
- Caracterización de los respectivos roles Pa. y Ta.
- Anticipación al Pa. de la aparición de fenómenos resistenciales transitorios y universales.
- Formulación realista de las expectativas sobre resultados.

PAPEL DE LA INTERPRETACIÓN EN LA PRIMERA ENTREVISTA.

PAPEL DE LAS REFORMULACIONES, PREGUNTAS, SUGERENCIAS, INFORMACIONES QUE APORTA EL TA.:

RIESGOS DE UN MANEJO INTERPRETATIVO EN LA PRIMERA ENTREVISTA:

Producir una reacción negativa del Pa. (alianza resistencial) por sentirse invadido en exceso y descalificado en sus ideas sobre el motivo manifiesto de consulta.

NECESIDAD DE INTERPRETAR POR PARTE DEL TA. EN PRIMERA ENTREVISTA:

- En relación al diagnóstico: el sentido de la enfermedad (interpretación panorámica inicial).
- Como función didáctica, esclarecedora y reforzadora de la motivación para el tratamiento (un botón de muestra de lo que puede ser el proceso terapéutico).
- Interpretar, tratando de armar y esclarecer al Pa., una conflictiva nuclear ligada al motivo de consulta manifiesto y a la enfermedad.

CUÁNDO INTERPRETAR TRANSFERENCIALMENTE EN PRIMERA ENTREVISTA:

La interpretación transferencial puede tener un papel decisivo como única vía de entrada frente a obstáculos y resistencias transferenciales precoces detectadas en el Pa. que interfieren en la constitución de una alianza terapéutica con sus partes adultas no transferenciales. Su función: neutralizar las ansiedades ligadas a esas fantasías transferenciales intensas que pueden precipitar la deserción.

Sólo deben usarse en primera entrevista como reforzadoras de la alianza al tratamiento y el mantenimiento de una relación real con el Ta.

LO ESENCIAL EN SITUACIÓN PRIMERA ENTREVISTA ES: INSTALAR EL VÍNCULO Y ESCLARECERLO EN SU SENTIDO Y ALCANCES.