

Seconda parte del corso

La relazione terapeutica nell'approccio c-c

Obiettivi:

- descrivere le abilità di base che un terapeuta c-c deve apprendere.
- esaminare modelli cognitivo-comportamentali di relazione terapeutica.

AMBITO CLINICO DI RIFERIMENTO

- Tematica relazionale affrontata in riferimento a:
 - terapie individuali con soggetti adulti
 - soggetti che mantengono un'adeguata integrazione della personalità, e una capacità di relazionarsi, in modo significativo, con l'ambiente.

ABILITÀ DI BASE DEL TERAPEUTA

- Focalizzazione interna ed esterna dell'attenzione
- Rispecchiare i sentimenti del paziente e creare un legame empatico
- Parafrasare e riassumere
- Trovare i collegamenti
- Metodo socratico
- Validazione

LA FOCALIZZAZIONE ESTERNA DELL'ATTENZIONE

Osservare attentamente "la persona nel suo complesso" e quindi anche il comportamento non verbale del paziente: *contatto visivo, postura, tono di voce.*

Risultato: terapeuta delinea un quadro più accurato dei processi interiori del paziente.

Sguardo del terapeuta: non deve risultare insistente o minaccioso.

Postura del terapeuta che esprime la propria attenzione: rilassata ma allo stesso tempo che comunichi interessamento e concentrazione.

Presenza: stato d'animo nel quale il terapeuta riesce a mettere da parte il proprio sé per concentrarsi esclusivamente sul paziente e lasciarsi coinvolgere e incuriosire dall'esperienza che l'altro sta descrivendo.

LA FOCALIZZAZIONE INTERNA DELL'ATTENZIONE

MINDFULNESS:

Assumere un atteggiamento non giudicante mentre ci si focalizza sui propri processi interiori.

Prendere consapevolezza dei propri pensieri, dei propri sentimenti e delle proprie azioni *man mano che si manifestano*, assumendo un atteggiamento di apertura e di curiosità nei confronti della propria esperienza interiore e riuscendo a liberarsi dei propri preconcetti via via che essi emergono.

FOCALIZZAZIONE IDEALE DELL'ATTENZIONE:

Passare rapidamente da un tipo di attenzione all'altro, rimanendo consapevole delle proprie reazioni, in modo da adottare in ogni momento le azioni terapeutiche più indicate e porre al paziente le domande più opportune.

RISPECCHIARE I SENTIMENTI DEL PAZIENTE E CREARE UN LEGAME EMPATICO

Terapeuta: rispecchia ciò che il paziente prova e così può entrare più facilmente in contatto con lui e costruire un legame basato sull'empatia.

Paziente: "comprende cosa pensa il terapeuta", e ciò favorisce in lui lo sviluppo della capacità di cogliere lo stato mentale dell'altro.

RISPECCHIARE I SENTIMENTI DEL PAZIENTE E CREARE UN LEGAME EMPATICO

ESEMPIO:

Paziente: Quando Gianna mi ha invitato ad entrare per un caffè, dopo la festa, le ho dovuto dire di no. Tutto ciò che volevo era andare a casa il più rapidamente possibile. *Comportamento non-verbale:*

ansia

rabbia

Terapeuta: Ho l'impressione che il suo invito l'abbia spaventato molto.

Paziente: Proprio così. Mi sono sentito male al pensiero che mi potesse invitare a rimanere tutta la notte, e tutto il resto.

Terapeuta: Ho l'impressione che il suo invito l'abbia davvero irritato.

Paziente: Proprio così. Sapeva benissimo che il giorno successivo avrei avuto una giornata impegnativa e che ero stanchissimo, ma ciononostante ha avanzato le sue pretese.

RISPECCHIARE I SENTIMENTI DEL PAZIENTE E CREARE UN LEGAME EMPATICO

ESEMPIO:

Paziente: Non ho più voglia di vivere. Sa, mio figlio appena nato è stato travolto dall'autobus numero 42.

~~*Terapeuta:* Mi sa dire cosa le passa per la mente quando pensa che suo figlio è stato investito dall'autobus numero 42?~~

Atteggiamento corretto del terapeuta:

- compassionevole e coinvolto nei confronti della paziente, sensibile alla sua sofferenza;
- rispecchia ciò che la paziente prova e non è indifferente al suo dolore;
- evita di dire al paziente che il suo modo di pensare è distorto o inadeguato, perché ciò genera sentimenti di vergogna.

RISPECCHIARE I SENTIMENTI DEL PAZIENTE E CREARE UN LEGAME EMPATICO

ESEMPIO:

Paziente: Non si illuda, da me non avrà grosse soddisfazioni, ho già affrontato inutilmente altre terapie!

Terapeuta: Grazie a nome dei colleghi, se tutti risolvessero i loro problemi in due sedute come farebbero a sopravvivere gli psicologi?

Paziente (ridendo): Non avevo mai considerato la cosa sotto questo aspetto!

Terapeuta: Secondo lei a cos'è dovuto questo suo eccessivo contributo alle nostre pensioni?

Paziente: Forse tutti si aspettano troppo da me.

Terapeuta: Cosa pensa che io mi aspetti da lei?

RISPECCHIARE I SENTIMENTI DEL PAZIENTE E CREARE UN LEGAME EMPATICO

ESEMPIO:

Paziente: Riflettendoci in fondo questo è il suo lavoro, non ha senso che io tema di deluderla, probabilmente sarebbe più preoccupato se non la pagassi (ridendo)...

Terapeuta: Infatti, nella mia parcella è compreso l'indennizzo per mancata soddisfazione da parte del paziente, può deludermi a suo piacere senza sovrapprezzo.

Paziente: Le potrò sembrare stupido ma non si immagina quanto mi tranquillizzano le sue parole, mi sento sempre in dovere di non deludere nessuno!

Terapeuta: E lei cosa si aspetta da sé?

Paziente: Vorrei farcela per me, una volta tanto!

RISPECCHIARE I SENTIMENTI DEL PAZIENTE E CREARE UN LEGAME EMPATICO

Ci sono componenti della terapia più empatiche e altre meno?

Non esistono atteggiamenti caldi o freddi a priori ma qualsiasi affermazione del terapeuta può essere vissuta dal paziente come distanziante o rassicurante, a seconda della sua visione della realtà, della sua storia di attaccamento e dei meccanismi che hanno generato la sua patologia.

PARAFRASARE E RIASSUMERE

Terapeuta: ripete con parole con le proprie parole le affermazioni del paziente e riassume quanto detto in terapia.

Paziente: ottiene la possibilità di riascoltare la propria storia in un contesto unitario, di correggere eventuali inesattezze, di colmare eventuali lacune e di dare la giusta enfasi a determinati aspetti.

TROVARE I COLLEGAMENTI

Terapeuta: aiuta il paziente a fare delle associazioni che da solo non sarebbe in grado di fare.

Paziente: può collegare pensieri e emozioni attuali presenti in certe situazioni ad altre situazioni sia del presente che del passato.

Esempi di interventi tipici:

“Ascoltando la sua storia, ho notato che spesso dice di aver paura di far arrabbiare gli altri. Mi chiedo se questo non sia un aspetto importante per lei.”

“Considerando quanto abbiamo detto finora, mi chiedo se non sia possibile collegare questi pensieri e queste emozioni ad alcune circostanze della sua vita di cui mi ha parlato.”

IL METODO SOCRATICO

Terapeuta: rivolge al paziente una serie di domande aperte allo scopo di aiutarlo e incoraggiarlo a scoprire il vero significato di ciò che sta dicendo e provando.

Che significato ha avuto questo per lei? Come ha reagito? Cosa crede che accadrà in seguito?;

Cos'è che la spaventa di più in questa situazione?.

Paziente: ricostruisce il corso dei propri pensieri o scopre come i propri ragionamenti siano concatenati l'uno all'altro.

IL METODO SOCRATICO

ESEMPIO con paziente anassertivo:

Terapeuta: *Cosa le impedisce di essere assertivo?*

Cosa pensa che possa accadere se si comporta in modo assertivo?

Quali conseguenze pensa che possa avere questa sua difficoltà nell'essere assertivo?

Cosa le impedisce di essere assertivo?

tono inquisitorio o di rimprovero tono comprensivo

Messaggio: Ma cos'è che la preoccupa tanto? Timido che non è altro!

Messaggio: Cerchiamo di esplorare insieme questa sua paura.

Terapeuta: esprime la sua comprensione delle difficoltà del paziente esplicitamente: *Mi rendo conto che questi pensieri la facciano stare molto male e la spaventino fortemente. Capisco che questi sentimenti siano terribili per lei.*

Piccola esercitazione sul primo contatto telefonico

P: La prego, mi dia un appuntamento al più presto, oggi ho avuto tre attacchi di panico, non ce la faccio più!

T: La sento agitata, capisco che stia molto male, ma purtroppo non posso riceverla fino alla prossima settimana.

P: Vengo a qualsiasi ora ... anche tardi ... non posso resistere oltre!

Come vi immaginate che il terapeuta dovrebbe continuare la telefonata?

A

B

C

Piccola esercitazione sul primo contatto telefonico

Come vi immaginate che il terapeuta dovrebbe continuare la telefonata?

~~A T: Venga questa sera alle 19.00~~

Terapeuta collude con le convinzioni della pz rischia di confermare le sue aspettative patologiche.

~~B T: Mi spiace ma ho una lunghissima lista d'attesa...~~

Terapeuta percepisce la richiesta come un tentativo di intrusione o di prevaricazione verso gli altri pz, o un giudizio negativo su di lui, reagendo in modo **distanziante**. Conferma alla pz l'idea che nessuno ha a cuore il suo problema.

~~C T: Tutti vorrebbero che li ricevesti subito!~~

Terapeuta percepisce la richiesta come un tentativo di intrusione o di prevaricazione verso gli altri pz, o un giudizio negativo su di lui, reagendo in modo **oppositivo**. Conferma alla pz l'idea che nessuno ha a cuore il suo problema.

Piccola esercitazione sul primo contatto telefonico

Quale via di scampo per il terapeuta?

Attuare con la pz un confronto con la realtà, standole vicino senza colludere.

Cosa si fa?

Rimarcare la differenza, essenziale per il buon andamento della terapia, tra la sensazione soggettiva di malessere e il reale pericolo di vita, segnando la differenza tra sofferenza e danno.

Come attuare questa modalità in pochi minuti al telefono?

Aiutare la pz a riconoscere la reale entità del suo malessere; facendola riflettere, ad esempio, sul periodo di persistenza dei sintomi.

Tecnica: Metodo socratico.

METODO SOCRATICO

T: Mi spiace ma non riesco proprio a vederla prima, **ma mi dica da quanto sta male?**

P (*piangendo*): Sono mesi che vado avanti così ... **non sono morta, è vero,** ma sto male, ho paura di non farcela ad aspettare ...

T: Cosa le fa pensare di non farcela?

P: Temo di perdere il controllo, di impazzire.

T: Il fatto stesso che ne sia preoccupata mi tranquillizza, nessuno di noi fa cose che non vorrebbe o se decide di farle sicuramente non si preoccupa. Le sembra plausibile che un astemio convinto si ritrovi ubriaco fradicio?

P: Effettivamente mi pare poco probabile!

T: Mi spiace allungare ulteriormente la sua sofferenza, ma le chiedo ancora un piccolo sforzo, pensa di poter aspettare fino a martedì?

P: Non lo so, sto veramente male, non posso stare qui senza far nulla!

T: Aspettare non è far nulla, ogni giorno trascorso l'aiuta a rendersi conto che l'ansia non è insostenibile, quando inizieremo la terapia avrà già percorso un primo pezzetto di strada, potremmo considerare quest'attesa un investimento sul futuro.

P: **Ma io sto male! Non posso aspettare tutto questo tempo!**

METODO SOCRATICO

T: Ha già fatto qualcosa o assunto qualche farmaco per cercare di stare meglio?

P: No, non volevo prendere nulla, **sono contraria agli psicofarmaci, temo mi rincitrulliscano, e nemmeno volevo andare da uno psicologo, non sono mica matta! Tutti a casa mia hanno tanto insistito,** ma io non voglio, sarebbe dargli ragione, **gli altri ce la fanno da soli** ... non voglio essere sempre fragile.

T: E come mai ora si è decisa?

P: Sto troppo male ma non voglio prendere quelle porcherie.

T: Non si fida di un farmaco ipersperimentato, come fa a fidarsi di me che neanche mi conosce?

Atteggiamenti degli altri in risposta all'espressione dei sintomi

ira, derisione

accudimento compulsivo

Regola della pz: chi non corre subito in mio aiuto non è interessato a me

MESSAGGIO DEL TERAPEUTA:

Non sta morendo, sono mesi che sopporta questo stato di cose, in pratica non ha fatto molto per ovviarvi, per timore di non essere più padrona di se stessa e di confermare la sua immagine di debole agli occhi degli altri. Ora non ce la fa più e cerca disperatamente aiuto. È sicura di voler affrontare davvero un percorso terapeutico o cerca solo un momentaneo sollievo per poi scappare non appena il sintomo si allevia?! Per iniziare una terapia si deve fidare almeno un po'".

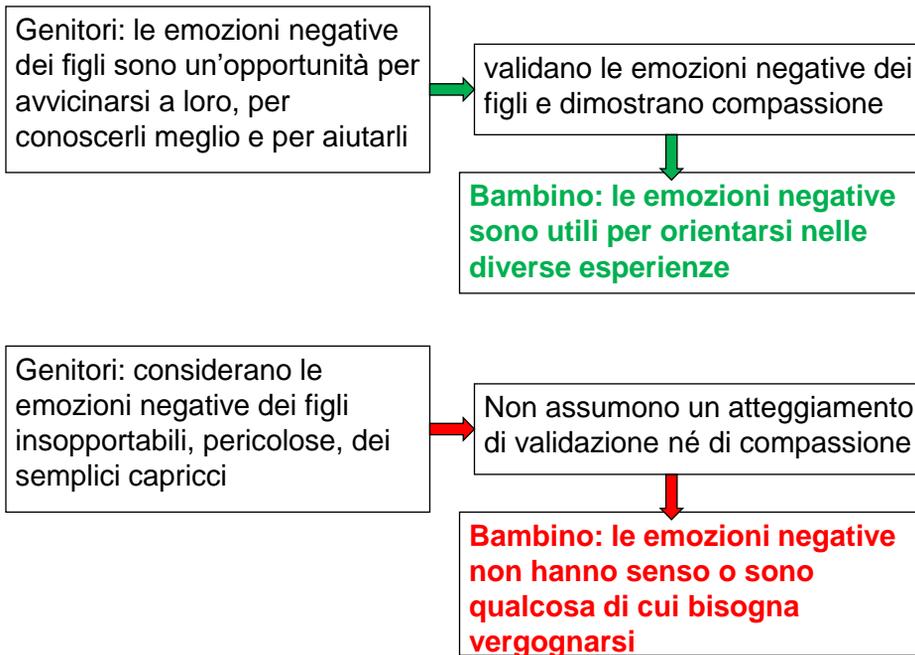
Con queste parole lo stesso concetto sarebbe suonato giudicante e assai poco empatico e non avrebbe ottenuto lo stesso effetto.

VALIDAZIONE

Distinzione tra empatia, validazione e compassione (Leahy, 2005):

<p>EMPATIA</p> <p>capire ciò che prova l'altro</p>	<p>VALIDAZIONE</p> <p>attribuire un fondamento di verità a ciò che l'altro prova e pensa</p>	<p>COMPASSIONE</p> <p>sentire con e per l'altro</p>
<p><i>Mi sembra di capire che lei sia triste</i></p>	<p><i>È normale che sia triste: sente di aver perso l'unica persona che pensava di poter di amare</i></p>	<p><i>Per me è molto importante ciò che lei prova e le difficoltà che deve affrontare e voglio che sappia che io sarò con lei in questo momento particolare</i></p>

VALIDAZIONE



VALIDAZIONE

Credenze sulle emozioni: fortemente influenzate dall'empatia, dalla validazione e dal supporto emotivo che si sperimenta nel rapporto con i genitori e in quelli successivi.

RELAZIONE TERAPEUTICA: in grado di riattivare queste prime esperienze emozionali.

PSICOTERAPIA C-C:

- implica l'attivazione delle emozioni del paziente;
- terapeuta si sintonizza con il singolo paziente in funzione della sua modalità di condivisione delle emozioni.

VALIDAZIONE

Alcuni pazienti: grande bisogno di validazione porta a regole di validazione" personalizzate.

Pazienti:

- si sentono validati solo se il terapeuta sperimenta esattamente i loro stessi problemi e raggiunge il loro stesso livello di disperazione.
- nel tentativo di essere validati dal terapeuta esagerano catastrofizzano, creano delle emergenze, si lasciano andare a ruminazioni ossessive o si focalizzano su disturbi di origine fisica

Identificare regole e strategie che il paziente utilizza per ottenere validazione in terapia è un'occasione importante per comprendere e modificare lo stile di interazione disfunzionale che egli adotta nelle relazioni significative.

Ostacoli riscontrati in terapia: utilizzati per promuovere il cambiamento al di fuori del contesto terapeutico.

PRINCIPALI ABILITÀ DEL TERAPEUTA: CONCLUSIONI

- Il terapeuta si può avvalere delle abilità di base per far sì che la relazione terapeutica diventi un luogo nel quale il paziente si senta al sicuro per poter lavorare sui propri problemi, affrontati poi con le tecniche evidence-based della terapia c-c.
- I terapeuti possono sviluppare una maggiore capacità di insight usando su se stessi le stesse tecniche e gli stessi approcci della psicoterapia che stanno apprendendo.
- I supervisori aiutano i propri colleghi specializzandi quando non riescono a tenere lontani i propri problemi personali dalla terapia, quando si sentono minacciati e tendono a mettersi sulla difensiva o quando diventano ansiosi dovendosi confrontare con il paziente.
- Un terapeuta che non abbia imparato a conoscere se stesso, non sarà in grado di usare questa sua conoscenza per

PSICOTERAPIA COGNITIVA

- Tradizionalmente, le terapie cognitive hanno posto più enfasi sulle tecniche che sulla qualità della relazione terapeutica.
- Tuttavia, durante il loro sviluppo, il peso attribuito alla relazione è andato via via aumentando, fino alla considerazione della relazione quale aspetto centrale del processo terapeutico.

RELAZIONE TERAPEUTICA NEI MODELLI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI ATTUALI

- Tendenza degli individui ad applicare alla costruzione della realtà sempre gli stessi schemi.
- La relazione terapeutica è
 - uno **strumento di osservazione** degli schemi che guidano i comportamenti interpersonali del paziente,
 - un **mezzo per modificare tali schemi**, che portano il paziente a costruire le proprie relazioni significative in un modo che spesso risulta essere motivo di sofferenza.