Counseling
Lezione 7

- Prof. Igor Marchetti
- Anno accademico 2023-2024
- Email: imarchetti@units.it

L’alleanza di lavoro (working alliance)

Specifico tipo di relazione che si sviluppa collaborativamente al fine di affrontare i problemi e le difficoltà del cliente.

È uno dei predittori più efficaci e affidabili nel predire l’esito di un intervento di salute mentale, ad esempio psicologico, psicoterapico, o psichiatrico.

Variabile integrativa quintessenziale (Wolfe and Goldfried, 1988), di cui viene sottolineata l’importanza da quasi tutti i modelli clinici di intervento, ma con differenze:

- Necessaria e sufficiente (Carl Rogers)
- Necessaria, ma non sufficiente (Beck)
- Desiderabile, ma non necessaria nè sufficiente (Ellis)

Working Alliance Theory (Bordin, 1979)

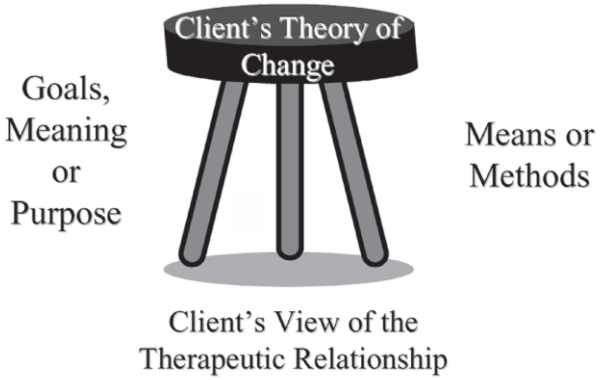
Bordin sottolinea l'importanza della alleanza di lavoro (working alliance; WA)

La WA si compone di 3 componenti:

1) **LEGAME**: il legame interpersonale tra l'operatore e il cliente

2) **OBIETTIVI**: lo scopo dell'intervento

3) **COMPITI**: le procedure di intervento messe in atto dall'operatore per facilitare il raggiungimento degli obiettivi da parte del cliente



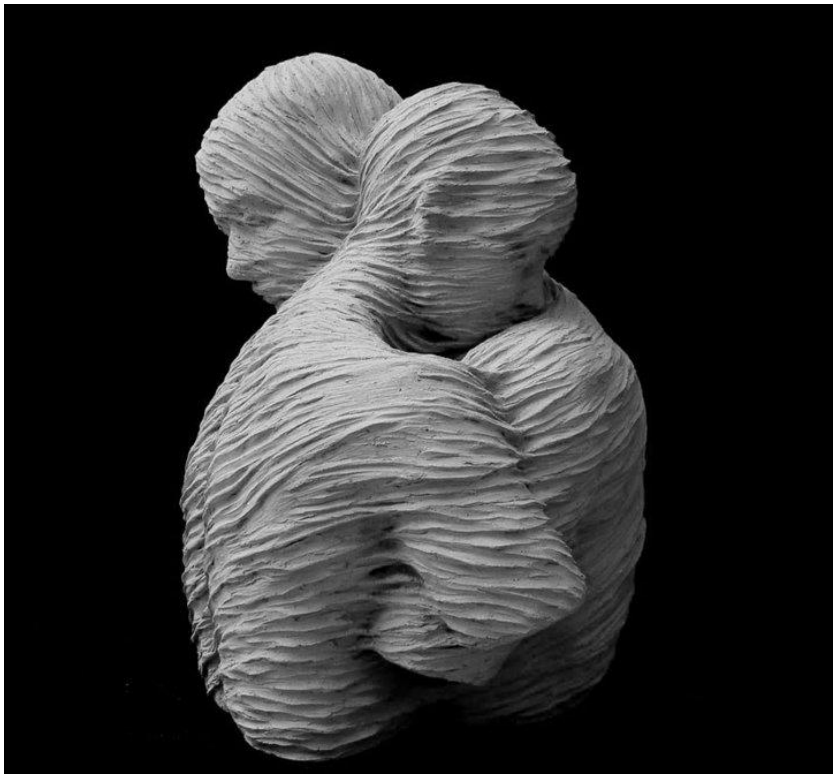
1) LEGAME

Il legame è caratterizato tra 3 elementi chiavi:

1) Condizioni di base

2) Stile interpersonale

3) Transfert e controtransfert



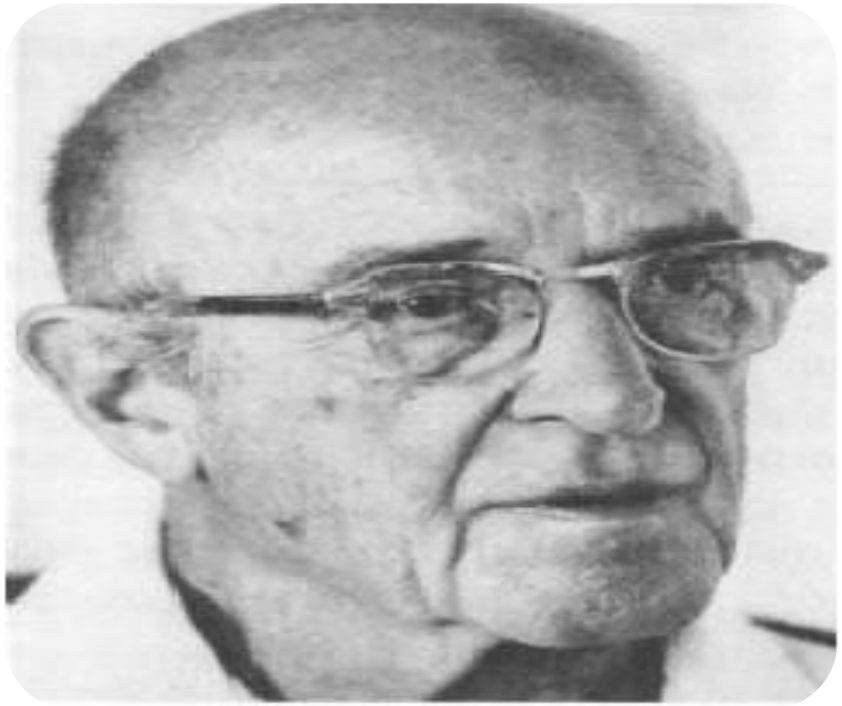
Condizioni di base

Holy Trinity di Carl Rogers:

1) Empatia

2) Congruenza

3) Accettazione positiva incondizionata



IMPORTANTE: queste 3 condizioni di base non solo devono essere presenti nel rapporto clinico, ma devono essere *percepite dal cliente*

Condizioni di base

Non la stessa “ricetta” con tutti i clienti.

Dryden (2012) sottolinea come lo psicologo debba essere in grado di dosare le varie condizioni di base a seconda dello specifico cliente. Ad esempio, alti livelli di empatia potrebbero essere percepiti, come invasivi e portatori di ansia. Allo stesso modo, alti livelli di genuinità potrebbero indurre il cliente a pensare che i propri vissuti emotivi sono secondari rispetto a quelli dello psicologo.

Condizioni di base: possibili problemi

Scarso coinvolgimento (under-engagement)

- Fallimento nel “capire” il cliente e/o comunicare che abbiamo capito;
- Non riusciamo a comunicare al cliente la nostra presenza durante il nostro lavoro con lui/lei
- Difficoltà a percepire e comunicare accettazione per il/la nostro/a cliente

Conseguenze:

- Il cliente interrompe il rapporto
- Il cliente può pensare che gli interventi di salute mentale non funzionino

Condizioni di base: possibili problemi

Eccessivo coinvolgimento (over-engagement)

- Disperato bisogno di aiutare i nostri clienti. Autostima di dipendente dal nostro lavoro;
- Grande affinità con il/la cliente
- Nostro bisogno che i clienti siano dipendenti da noi

Conseguenze:

- Durante la seduta principalmente si socializza piuttosto che lavorare
- Si enfatizzano troppo gli aspetti positivi del lavoro clinico insieme e per niente gli aspetti che non funzionano (“Guarda come vanno meglio le cose da quando abbiamo iniziato a lavorare”)

Stile interpersonale

- Importanza del “fit” tra lo stile interpersonale dello psicologo e del cliente.
- Se il fit è buono, l’alleanza è rafforzata; se il fit non è buono, l’alleanza di lavoro ne esce indebolita

Possibili stili:

1. Stile didattico: lo psicologo è molto puntale sugli aspetti che solleva e controlla regolarmente che il cliente abbia capito
2. Stile metaforico: le metafore possono essere molto potenti nel trasmettere un messaggio, ma non sempre sono recepite chiaramente

Stile interpersonale

3. Stile “umoristico”: lo humor può facilitare molto l’alleanza di lavoro e incoraggia il cliente a prendere la propria situazione in una prospettivapiù centrata sugli aspetti positivi che negativi. Capire se il cliente accetta questo stile è fondamentale

4. Stile self-disclosing: la self-disclosure può essere un metodo molto potente per incoraggiare i clienti a rivalutare la propria visione negativa di cosa sta vivendo

IMPORTANTE: Lo psicologo deve essere flessibile nel proprio stile interpersonale

Transfert e controtransfert

I concetti di transfert e controtransfert derivano dall’approccio psicoanalitico

Sia il cliente sia lo psicologo portano nella relazione clinica la tendenza a percepire, sentire, e agire nei riguardi di una persona in maniera simile a come si sono comportati nel passato

2) OBIETTIVI

Il cliente e lo psicologo devono trovare un accordo, sempre dopo negoziazione, riguardo l'obiettivo che ha l'intervento clinico.

"In cosa posso aiutarla?"

2) OBIETTIVI

È un grave errore accettare, senza alcuna riflessione, l’obiettivo che il cliente porta nel rapporto clinico. È fondamentale procedere a una approfondita ANALISI DELLA DOMANDA.

Renzo Carli definisce l’analisi della domanda come: “il cogliere, nella dinamica del "qui e ora", la problematica della relazione "là e allora" che ha motivato la committenza”. Tramite l’ascolto e la sospensione del giudizio, lo psicologo è in grado di elaborare la domanda porta in seduta e riorganizzare insieme al cliente la problematica presente

3) COMPITI

Qualsiasi intervento (clinico o meno) prevede dei compiti da fare. Il cliente deve accettare, comprendere e integrare all’interno della propria visione i vari compiti proposti.

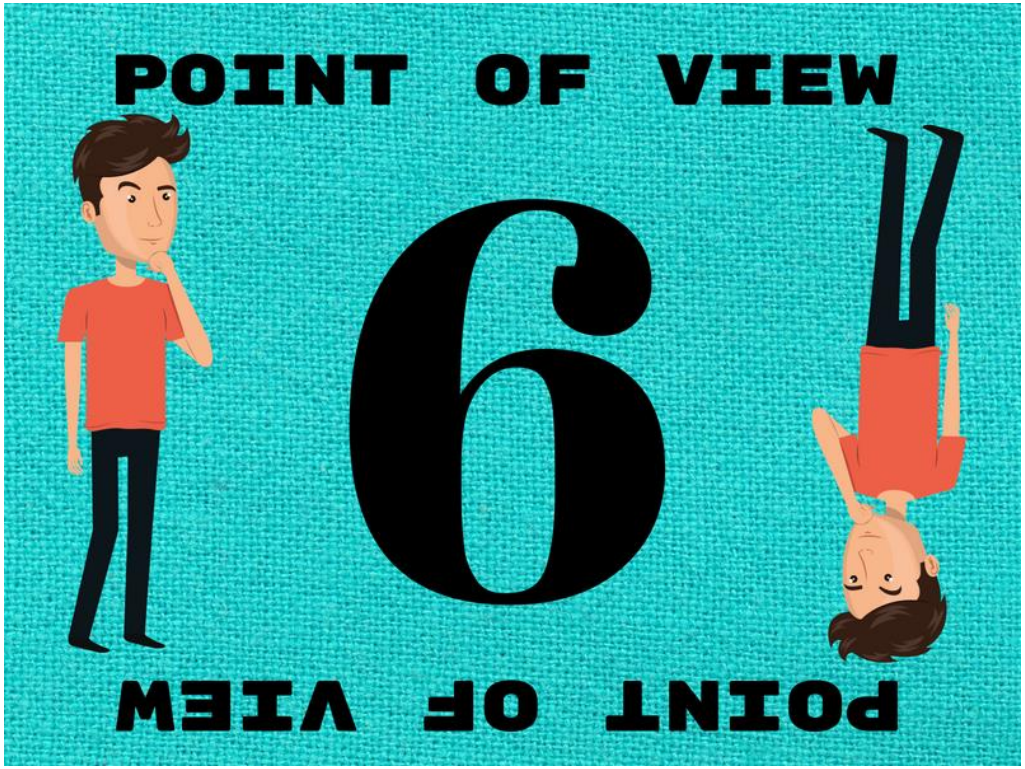
Ad esempio, non tutti i clienti potrebbero accettare o comprendere la necessità di un’analisi appronfondita dei propri pensieri, o delle proprie emozioni. Alle volte si possono usare delle strategie, derivate dalla psicoterapia, che potrebbero non essere accolte, come ad esempio la tecnica del ABC o la tecnica della sieda vuota, etc.

“*Non capisco perchè devo fare questo!*”

4) PUNTO DI VISTA

Quarto elemento, parte dell’alleanza di lavoro, introdotto da Dryden (2008).

Punto di vista che sia lo psicologo che il cliente hanno riguardo aspetti salienti, come visione dell’uomo, spiegazione del disagio, e concezione dell’intervento efficace.



PUNTO DI VISTA del CLIENTE

Il cliente spesso verrà da noi con un punto di vista ben preciso dei propri problemi e (spesso) di come risolverli

Potrebbe aver letto libri di auto-aiuto o aver cercato informazioni (più o meno) accurate

Alcuni potrebbero presentarsi da voi senza sapere se è un intervento psicologico, psicoterapico, psicoanalitico….o psichiatrico!

Aspettative

PUNTO DI VISTA dello PSICOLOGO

Qual è il vostro framework teorico? Qual è la vostra epistemologia?

Bateson: chi crede di non avere una epistemologia, spesso ne ha una cattiva

Orientamento clinico: cognitivo, comportamentale, cognitivo-comportamentale, psicoanalitico (quale?!), centrato sul cliente, gestaltico, analitico-transazionale, sistemico, transpersonale, etc….

PUNTI DI VISTA SIMILI

Se i punti di vista tra lo psicologo e il cliente sono simili, l'intervento sarà probabilmente più efficace rispetto a quando i punti di vista sono molto diversi

Se ci sono queste differenze, dovrebbero essere riconosciute e discusse apertamente

Importante concretizzare e rendere "reale" l'approccio clinico delo psicologo

Se le differenze rimangono incolmabili, è meglio inviare il paziente ad un collega di orientamento clinico diverso

Monitorare l’alleanza di lavoro

L’alleanza di lavoro non è data una volta per sempre

Le fratture (micro o macro) dell’alleanza non sono eccezioni, quanto semmai la regola.

Fondamentale capire come le fratture si riparano (o meno) (**corso di psicoterapia**)

È cruciale monitorare regolarmente l’andamento dell’alleanza di lavoro, dopo ogni seduta.

Il colloquio psicologico-clinico

È lo strumento principale dell’esame psicologico, irrinunciabile nell’osservazione clinica

È la clinica a “mani nude” rispetto a quella strumentale o “armata” ovvero quella effettuata con l’aiuto di strumenti psicodiagnostici

È un colloquio *verbale:* si guarda, si ascolta per vedere meglio e ascoltare meglio

È caratterizzato da una comunicazione *non verbale* importante, che accompagna la *parola ritmata dal silenzio*

Si situa nel quadro di una *relazione di cura,* in cui l’oggetto di studio è un soggetto ma anche lo psicologo/psicoterapeuta e il suo funzionamento intervengono in ciò che succede

Attraverso il colloquio clinico lo psicologo si apre alla conoscenza dell’altro ma anche alla sua implicazione nel dialogo con l’altro, e alla conoscenza di sé

Quali sono gli obiettivi del colloquio clinico?

OBIETTIVI PRIMARI

McWilliams (2002) e Semi (1985) evidenziano alcuni obiettivi fondamentali del primo colloquio:

1. **Indagare e comprendere la realtà psichica (o mondo interno) del paziente**

Quali sono gli obiettivi del colloquio clinico?

OBIETTIVI PRIMARI

McWilliams (2002) e Semi (1985) evidenziano alcuni obiettivi fondamentali del primo colloquio:

1. **Indagare e comprendere la realtà psichica (o mondo interno) del paziente**

La noia nello psicologo è presente quando la sua attenzione inconscia e, successivamente, quella conscia si sono ritirati dal mondo interno del paziente (Flannery, 1995)

Lo psicologo annoiato si focalizza sul mondo esterno e il suo rapporto "reale" col paziente, non riuscendo più a intessere possibili legami con il mondo rappresentazionale e gli oggetti interni del paziente. Dato il ruolo fondamentale dell'empatia nel percepire il mondo interiore del paziente, non risulta sorprendente che uno psicologo annoiato si trovi in difficoltà.

Quali sono gli obiettivi del colloquio clinico?

OBIETTIVI PRIMARI

McWilliams (2002) e Semi (1985) evidenziano alcuni obiettivi fondamentali del primo colloquio:

1. **Indagare e comprendere la realtà psichica (o mondo interno) del paziente**
2. Mostrare alla persona che l'abbiamo ascoltata e ci siamo fatti una idea della sua sofferenza: COMPRENSIONE!
3. Trasmettere speranza
4. Valutare le reazioni della persona quando cerchiamo di dare un senso ai problemi che descrive
5. Fare un contratto in cui si stabilisce il setting del lavoro psicologico che intraprendiamo: quando ci vediamo, per quanto tempo, eventuale pagamento, come gestire le cancellazioni, obiettivi generali che ci diamo insieme

quali sono gli obiettivi del colloquio clinico?

OBIETTIVI SECONDARI

1. Orientamento (primo contatto, familiarizzazione)
2. Definizione di un bisogno (analisi della domanda)
3. Diagnosi e assessment
4. Supporto psicologico
5. Inizio di psicoterapia o invio ad uno psicoterapeuta

Setting del colloquio

Per SETTING si intende l'ambiente fisico ed emotivo/mentale in cui si svolge il colloquio. Nelle istituzioni, ad esempio i contesti formativi oppure sanitari, non sempre è facile controllare il setting del colloquio (la stanza è messa a disposizione, spesso cambia, non è libera, non può essere personalizzata più di tanto…), per questo è importante distinguere tra:

1. SETTING ESTERNO

2. SETTING INTERNO

Setting esterno del colloquio

Stanza priva di oggetti e foto troppo personali

Sedie comode. Se possibile, evitare scrivania e privilegiare contatto faccia a faccia

Evitare rumori e disturbi

NO TELEFONATE!!!

Un orologio da poter vedere senza voltarsi continuamente

Calore della stanza e illuminazione adeguata

Pacchetto di fazzoletti di carta a disposizione

Proteggere la riservatezza del luogo (PORTA CHIUSA)

Setting interno del colloquio

1. Disponibilità
   a. Interesse per l’altro

   b. Conoscenza di se stessi e del proprio stile

2. Professionalità
   a. Neutralità, intesa come atteggiamento attivo di curiosità, disponibilità e di attenzione. Noi ci tiriamo da parte per lasciare spazio al paziente

   b. Tecnica come strumento che noi abbiamo elaborato per far sì che l’interazione con l’altro avvengano in modo conoscibile coscientemente

Setting del colloquio

SETTING ESTERNO: la cornice della relazione di supporto psicologico. Quello che c'è intorno, lo spazio, i confini, i tempi di incontro, i rumori, gli oggetti….

SETTING INTERNO: i confini mentali ed emotivi, lo spazio della relazione che abbiamo nella nostra mente e che ci permette di proteggere la relazione da situazioni esterne che la ostacolano. Come ci sentiamo, come ci poniamo, come ci relazioniamo

QUANDO IL SETTING ESTERNO È INSTABILE, AGGRAPPIAMOCI AL NOSTRO SETTING INTERNO, IL PAZIENTE LO SENTIRÀ E PERCEPIRÀ CHE STIAMO PROTEGGENDO LA RELAZIONE DI CURA E CI STIAMO PRENDENDO CURA DI LUI!

Ostacoli al setting

1. **OSTACOLI FISICI**: oggetti, scrivanie, computer, possono fungere da ostacoli alla vicinanza fisica che poi favorisce quella emotiva. Il contatto oculare è fondamentale, ma può essere ostacolato dalla presenza di barriere fisiche.

Es: prendere appunti? Usare una scrivania o no?

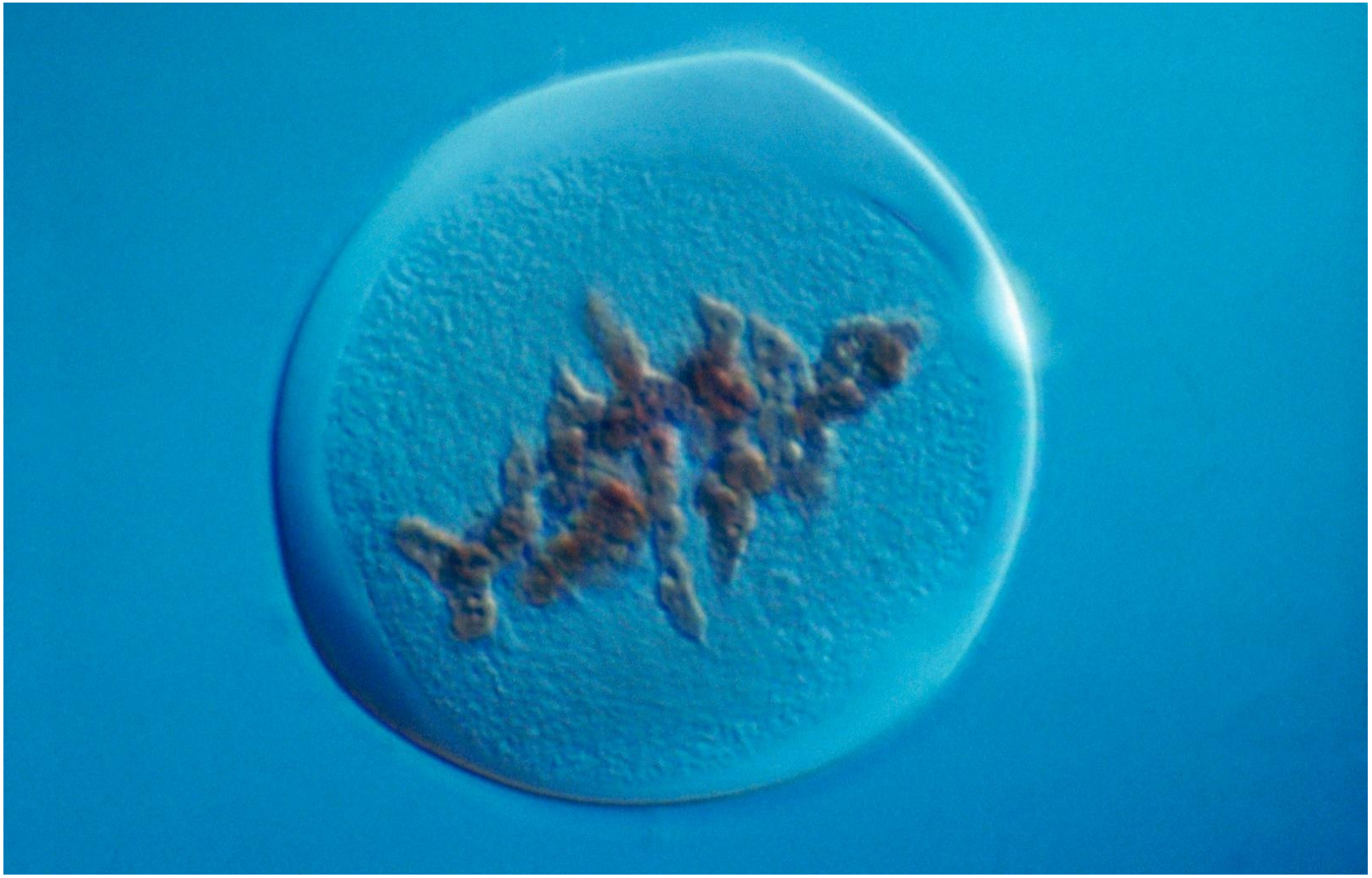
2. **OSTACOLI EMOTIVI**: la postura chiusa, l'atteggiamento di chiusura, il tono di voce, l'assenza di contatto oculare, la gestualità eccessiva…

Es: come sedersi? Come usare le braccia, le gambe? Che tono usare? Lo sguardo?

3. **OSTACOLI MENTALI**: pensieri intrusivi, stanchezza, problematiche personali, flusso emotivo incontrollato…

Ci siamo anche noi! Siamo stanchi? Abbiamo problemi a casa? Siamo al settimo colloquio della giornata? Siamo preoccupati per qualcosa?

tecnica complessa – fenomeno semplice



Un fenomeno ottico

Regole del gioco I

Regola del linguaggio

a. La lingua che si adopera durante il colloquio è quella del paziente

b. Osservare il linguaggio del pz. È lo stesso di quello che parla nella vita di tutti giorni? “Cambia” lingua con noi? Distanziamento?

c. Niente gergo psicologico!

d. Riformulazioni con il linguaggio de pz

Regole del gioco II

Regola della frustrazione

a. Asternersi dal soddisfare i desideri del pz

b. Eccezione: Desiderio di conoscersi

c. Questi desideri sono le vere comunicazioni che ci sta facendo

d. Nè noi nè il paziente possiamo veramente “mentire”, in quanto la modalità tramite la quale organizzaziamo la nostra attività mentale è sempre comunicata (primo assioma)

Regole del gioco III

Regola della reciprocità

a. Il paziente deve uscire dal colloquio avendo ricevuto almeno quanto ha dato (!)

b. Beneficio per il pz…

c. Benificio anche per noi!

d. Ad esempio nel caso della identificazione proiettiva

PRIMA DEL COLLOQUIO

Se il primo colloquio è di fatti «L'INIZIO DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA CON IL PAZIENTE» (McWilliams, 2002), il primo contatto getta le basi per una buona relazione.

Cosa tenere a mente del primo contatto?!

1. Come è avvenuto (Ha telefonato? Chi ha telefonato, quando? Come?)
2. I contenuti del primo contatto (le tematiche, la domanda, i dubbi, le emozioni)
3. **LE MIE SENSAZIONI!**

Inizio del colloquio

Presentarsi

a. “Buongiorno, sono Marco…” o “buongiorno, sono il Dott. Rossi…” ??

b. Sorridendo “Dunque…”

c. Primo impatto “reale” che abbiamo sul paziente e che lui ha su di noi

d. Fantasia e realtà si incontrano

Fase libera del colloquio

Apertura come modo di “presentarsi”. Aperture tipiche:

1) Si apre col sintomo. “Dottore, alle volte ho attacchi di ansia…”

Si può pensare che il sintomo sia il risultato di un compromesso mentale per gestire il conflitto sottostante, e questo sta avvenendo anche nel colloquio

Alcuni pz riversano addosso il problema e poi tacciono

Sintomo e stop: staccarsi dalla psicopatologia? Ci interessa lui o solo il sintomo?

Fase libera del colloquio

2) Iniziare con la propria storia…

Se si tratta di una corta e sintetica premessa può essere molto utile

Se molto lunga, può essere un modo per ritardare di parlare di cosa lo fa stare male

3) Iniziare col proprio ambiente…

Alle volte si associa a problemi di identità o a questioni di segreti

Fase libera del colloquio

Elementi da considerare:

<u>Tollerabilità del paziente</u>

Riesco a immaginare di lavorare con questa persona per molte ore nei prossimi mesi e anni

Diagnostica di coppia

Fase libera del colloquio

Tolleranza della libertà di parola da parte del paziente.

Il paziente riesce a tollerare di dover parlare liberamente e non rispondere a domande precise? Riesce a tollerare l'angoscia di poter parlare "liberamente"? Parla in maniera liberamente associativa?

La regola della reciprocità vale, ma ha i suoi tempi!

Attenzione a non lasciare il pz nell'angoscia che non riesce a tollerare

Tolleranza degli stop da parte del paziente

Come reagisce ai nostri interventi? Ignora quello che abbiamo detto? Si irrita?

Riformulazione e intervento di prova

Elementi da esplorare nella fase libera

Dati demografici:

Nome, età, sesso, condizione relazionale, condizione genitoriale, salute, farmaci, lavoro, istruzione.

Struttura dell'Io

Come si presenta?

Autostima: "Come si vede? È soddisfatto di sè?"

Fonti dell'autostima: "Cosa ammira negli altri? Quali sono le cose che la rendono (in)soddisfatta di sè?"

Elementi da esplorare nella fase libera

Difese e *coping*: “Cosa fa di solito, quando è angosciato? Come si consola quando sta male? Cosa suscita in lei la mia presenza?”

Indagare come reagisce alle situazione di stress (compreso il colloquio!).

Identificazioni: Come descrive i propri genitori. Sono descrizioni “tridimensionali” o “bidimensionali”. Tutto buono-tutto cattivo, oppure ci sono sfumature. Considerare anche le contro-identificazioni e il proprio vissuto insieme al pz.

Elementi da esplorare nella fase libera

Credenza sul rapporto Sè-Altro: “Delle persone non ci si può fidare”, “Gli uomini sono tutti dei porci”, “A nessuno importa di nessun’altro, se non di sè”. Spesso queste credenze sono consapevoli, mentre lo scenario che le hanno generate spesso non viene riconosciuto.

Precedenti esperienze con psicologi/psicoterapeuti. Indagare se ha avuto tali esperienze e como sono andate. È probabile che si sia sviluppata l’aspettativa che tale esperienza di ripeterà con noi.

Elementi da esplorare nella fase libera

Affettività

Affetti: quali emozioni sono presenti e quali sono assenti?

Pattern relazionali: Presenza e qualità delle relazioni di coppia; Presenza e qualità delle relazioni amicali; Investimento negli altri (i.e., investimento, dipendenza, arricchimento, etc…)

Storia personale

Infanzia: "Come è stata la sua infanzia?". Attenzione: "Normale, tutto bene!" Non cerchiamo il trauma, ma capire le esperienze che hanno contribuito a fare del nostro pz quello che è oggi. Inoltre, fratelli/sorelle? Gemelli/e? Adozione? Com'era il temperamento?

Elementi da esplorare nella fase libera

Periodo scolastico pre-adolescenziale: problemi di separazione dalla famiglia o di integrazione nel nuovo contesto. Andamento scolastico, relazioni con gli altri bambini

Adolescenza: Maturazione fisica, psicologico-sessuale. Rapporti con gli altri e prime esperienze sentimentali-sessuali. Interessi. Condotte “devianti”, ad esempio sostanze e alcol

Elementi da esplorare nella fase libera

Età adulta: vita attuale. Fonti di soddisfazioni e problemi cogenti. Risorse psicologiche, relazionali, etc.

Richiesta di aiuto: Perchè chiede aiuto ora? È successo qualcosa di specifico? Come ci ha trovati? Presenta un sintomo identificabile? Cosa si aspetta di trovare dal lavoro con noi?

Ultima parola al pz: C'è qualcosa che vorrebbe aggiungere? Qualcosa di cui vorrebbe parlarmi, ma che non mi ha ancora detto?

La battuta finale…

La battuta finale del pz è quello che dice mentre sta andando via, esattamente perché vuole tenere quella comunicazione al di fuori del colloquio.

Può essere la cosa più importante di quella seduta ed è probabile che sia ambivalente rispetto il comunicare quella specifica informazione

Il momento della fine del colloquio è molto carico emotivamente, in quanto può essere vissuto come una separazione o una ferita narcisistica. Quindi la battuta finale può essere vista come un modo di prolungare il colloquio e lasciare un qualche stato affettivo nello psicologo

La battuta finale…

Esempi di exit lines:

1) interrompere in anticipo la seduta («Non sei tu a interrompermi e lasciarmi, ti interrompo e ti lascio io»)

2) La calata del sipario («Ora che abbiamo sbrigato il lavoro, possiamo lavorare veramente»)

3) Sulla porta chiedo di te («Torna a casa per Natale?»). Invertire i ruoli

4) «Ci vediamo la prossima settimana». Favorisce il senso di controllo

5) «Ci vediamo la prossima settimana?» Incertezza e insicurezza, o nel pz o nello psicologo

La battuta finale…

6) Riparazione («Spero di non aver esagerato questa volta con lei…»)

Attenzione anche per la battuta finale dello psicologo. Spesso l’ultima cosa che diciamo rimane col pz molto a lungo e (sovrac)carico di emozioni per lui/lei.

Dobbiamo prestare particolare attenzione a questo aspetto, affinché i nostri vissuti non si mostrino in maniera non controllata e in maniera impossibile da gestire sul momento

La battuta finale…

VIDEO 3
BATTUTE FINALI

Glen O. Gabbard
Introduzione alla psicoterapia psicodinamica
(terza edizione)

Raffaello Cortina Editore

Valutazione della fase libera del colloquio

Un piccolo “campione” (carota) per fare delle inferenze sul tutto, ovvero sulla persona

È importante costruirsi un modello soggettivo della persona per poter elaborare un’ipotesi di lavoro

Attenzione ad avere un atteggiamento volto a verificare un’ipotesi!!

La clessidra…

Enorme elaborazione del paziente

Osservazione estremamente libera

Ricostruzione della complessità del paziente

Valutazione della fase libera del colloquio

«Il ritorno a se stessi, il ripiegamento dell'attenzione dall'oggetto al soggetto, non è solo una questione di dove l'attenzione è diretta. Coincide con il credere che l'oggetto dell'attenzione sia conosciuto in senso finalizzante, cioè fisso o finito. Al contrario, l'attenzione eticamente devota non è piegata alla similarità del suo oggetto da un momento all'altro» (Lipson & Lipson, 1996)

Valutazione della fase libera del colloquio

1) Manca qualcosa all’immagine di questa persona?

2) Che sentimenti o emozioni esprime o non esprime? Come li vive? Li ha provati anche in passato? In che modo?

3) Quale tipologia di linguaggio ha usato?

4) Ha raccontato una vera storia o solo un flash? Qualcosa manca? Mancano gli elementi affettivi e, se sì, quali? Che tipo di logica ha usato?

5) Ha manifestato un insieme di sintomi riconducibili a un disturbo specifico?

6) Quale tipologia di personalità potrebbe contraddistinguere questa persona?

Restituzione

«Cerchiamo di capire insieme cosa ci siamo detti oggi…»

Restituire con il linguaggio della persona (regola del linguaggio) quanto si è capito su di lui/lei (regola della reciprocità).

Possibile che un’intera area di vita ci sia sfuggita o che il pz aggiunga qualcosa di importante proprio qui

Restituzione

Capire come la persona reagisce a quanto restituiamo

Proposta da parte dello psicologo

Nel caso positivo, accordi e pagamento(!!)

L’after-party

Il paziente spesso ripensa a cosa gli abbiamo detto e cosa gli abbiamo proposto.

Effetto tra le sedute. Il ricordo del colloquio nel pz può essere una grande fonte di informazioni

Anche nello psicologo, il colloquio rimane e si sedimenta, al fine di poter riflettere ed elaborate la grande massa di informazioni che sono state acquisite