

Abilità Cliniche di Base

Lezione 6

- Prof. Igor Marchetti
- Anno accademico 2024-2025
- 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:

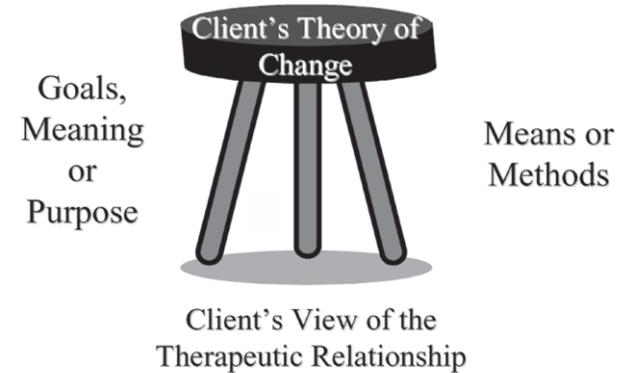
- Necessaria e sufficiente (Carl Rogers)
- Necessaria, ma non sufficiente (Beck)
- Desiderabile, ma non necessaria nè sufficiente (Ellis)

Working Alliance Theory (Bordin, 1979)

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

La WA si compone di 3 componenti:

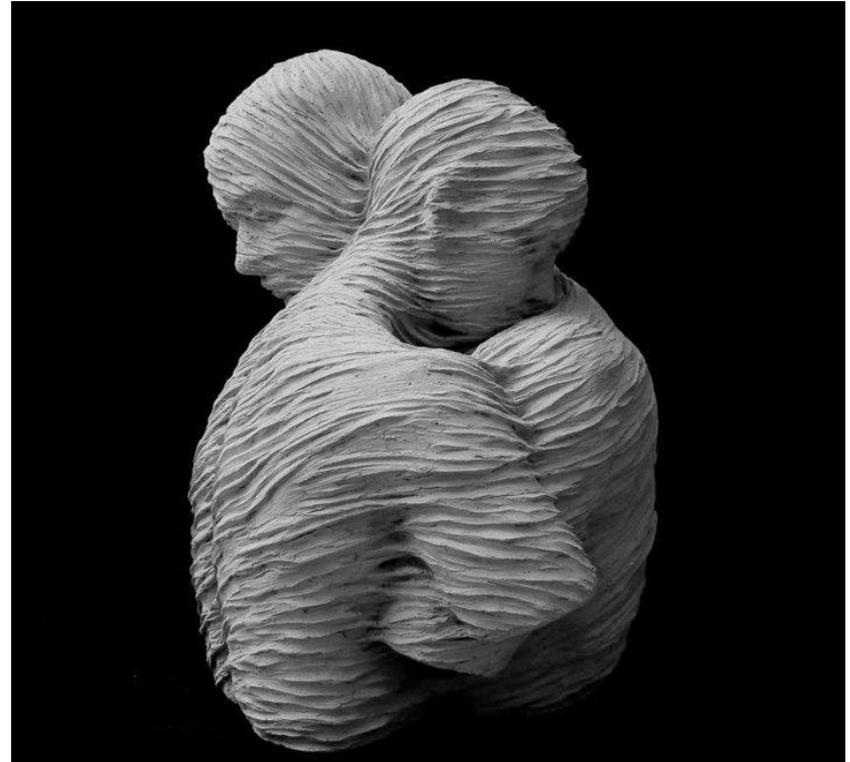
- 1) **LEGAME**: il legame interpersonale tra l'operatore e il cliente
- 2) **OBIETTIVI**: lo scopo dell'intervento
- 3) **COMPITI**: le procedure di intervento messe in atto dall'operatore per facilitare il raggiungimento degli obiettivi da parte del cliente



1) LEGAME

Il legame è caratterizzato 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

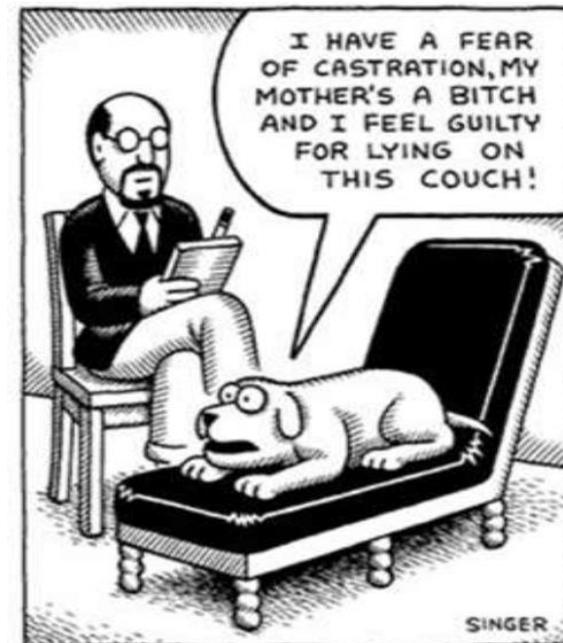


IMPORTANTE: queste 3 condizioni di base non solo devono essere presenti nel rapporto clinico, ma devono essere *percepite dal cliente*

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 puntuale 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 prospettiva più 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.

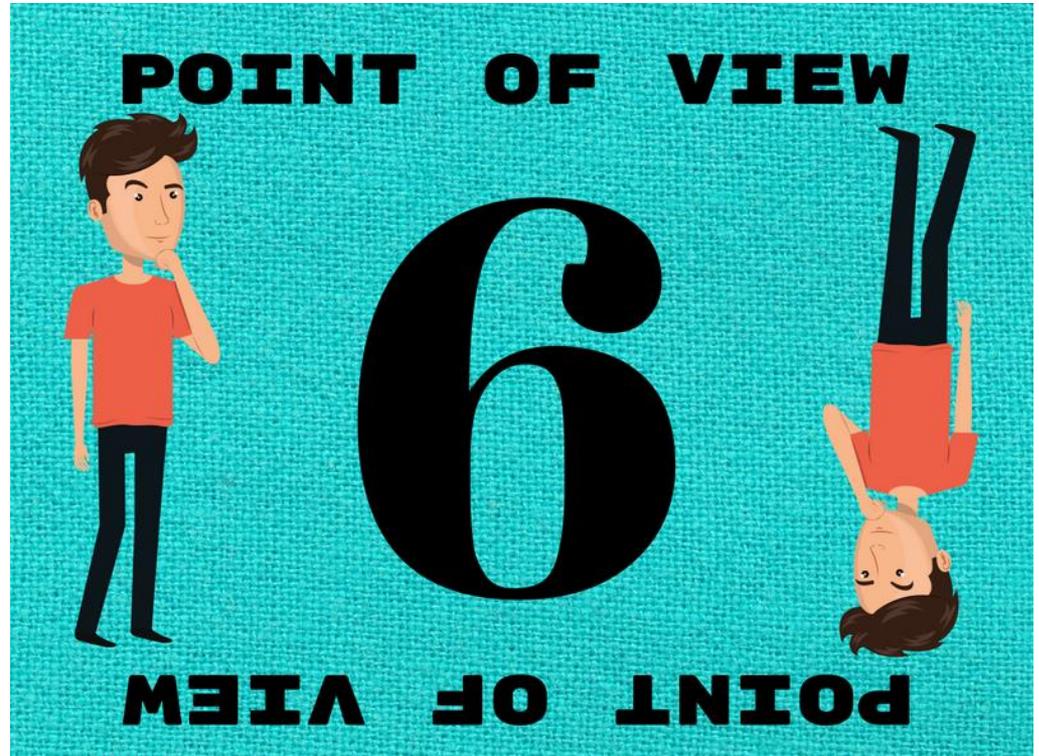
Ad esempio, non tutti i clienti potrebbero accettare o comprendere la necessità di un'analisi approfondita dei propri pensieri, o delle proprie emozioni. Alle volte si possono usare delle strategie, derivate dalla psicoterapia, che potrebbero non essere accolte, come ad esempio la tecnica del ABC o la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