

COUNSELING PSICOLOGICO

IL COUNSELING

Il termine counselling deriva dal latino e significa “*consolare, prendersi cura*”. Questo termine viene utilizzato universalmente in quanto coglie in maniera esaustiva il suo significato, la sua natura. In italiano si è cercato, in passato, di tradurre questo termine optando per consulenza. Tuttavia esso non descrive in maniera completa cos'è il counselling. Inoltre, rimanda ad un tempo estremamente circoscritto e limitato. Il counselling esprime qualcosa di molto più complesso; esso inizia con una *consulenza*, che serve ad esplorare quali sono le difficoltà esistenti, ma continua con un intervento. Quindi il termine counselling definisce un intervento in tutte le sue fasi.

I tre nomi più importanti nella storia del counseling sono: Frank Parson, Carl Rogers e Rollo May.

Frank Parson è considerato il padre dell'orientamento professionale. Egli fu incaricato di aiutare le persone a scegliere un lavoro che si adattasse ai loro desideri, abilità, potenzialità e stili di vita. Parson istituì un istituto di orientamento professionale a Boston, l'educational Bureau, in cui offriva dei carrier counseling finalizzati ad aiutare le persone a trovare il lavoro più adatto a loro, mettendo in relazione i loro punti di forza e i loro interessi maggiori. Nacque così un primo strumento che aveva *l'obiettivo di aiutare le persone ad effettuare delle scelte*, in questo caso occupazionali. La scelta di un lavoro richiedeva la conoscenza di sé stessi (che implica la consapevolezza di una persona relativa alla propria capacità di affrontare un determinato lavoro), la conoscenza del lavoro e la riflessione di una possibile compatibilità tra i due (talent matching approach). È molto importante trovare un'armonia tra i due elementi, solo così le persone potranno essere competenti e soddisfatte del proprio lavoro.

Inoltre, Parson scrisse un importante libro sulla formazione del counselor, ossia della figura professionale che aiuta le persone a trovare la loro occupazione ideale.

È molto importante sottolineare che il counselor non effettua delle scelte al posto delle persone ma le aiuta ad orientarsi. La natura del counseling infatti è direttiva e non sostitutiva. Sostanzialmente l'obiettivo del counseling è quello di fornire alle persone gli strumenti più adatti per aiutarli.

Nel 1913 nacque la National Vocational Guidance Association (NVGA), un'associazione composta da persone che si riconoscono come orientatori professionali, i quali entreranno a lavorare all'interno di istituti scolastici con l'obiettivo di orientare gli studenti nelle loro scelte formative e professionali future.

Un altro personaggio importante fu **Rollo May**. Egli fu il primo autore di un libro che parlava interamente di counseling; “*l'arte del counseling*” (1939). Questo tipo di counseling è diverso da quello proposto da Parson. Ora si parla di counseling psicologico-clinico. In questo caso le persone vengono aidate ad affrontare dei momenti specifici della loro vita che creano difficoltà e disagi.

L'obiettivo del counseling è l'equilibrio delle tensioni fondamentali della personalità affinché possano coesistere in armonia funzionale. Il counseling prevede sempre una fase di assessment, che permette di esplorare il mondo della persona che ha richiesto aiuto. Questo si rivela necessario per capire se quella persona ha necessità dell'aiuto di un counselor o di un altro tipo di intervento, come una psicoterapia. *Spesso il counseling si rivela necessario in quelle fasi della vita in cui la persona affronta un cambiamento di ruolo (come ad esempio diventare genitore, intraprendere una carriera stabile, passare dalle scuole superiori all'università).*

Carl Rogers è un altro importantissimo esponente del Counseling psicologico. Egli è stato uno psicologo statunitense, fondatore della terapia non direttiva (o terapia centrata sul cliente). Questa terapia si basa sulla necessità e la capacità delle persone di vivere, crescere e realizzarsi. Secondo questo approccio ogni uomo possiede qualità innate per vivere bene, migliorare se stesso, i propri atteggiamenti e auto-affermarsi. Compito del Terapeuta Rogersiano è calarsi nei panni della persona usando capacità di ascolto ed empatia, per instaurare un rapporto orizzontale e paritetico, che Carl Rogers definisce “non direttivo”. Il Terapeuta infatti non insegna nulla al cliente – non offre indicazioni e consigli – bensì un clima positivo in cui aprirsi per comprendere meglio se stesso, accettarsi, cambiare e migliorarsi. Il Cliente in questo clima – fatto di fiducia, stima e accettazione incondizionata – si apre senza pudori, è stimolato a trovare o ritrovare le proprie risorse per auto-affermarsi e auto-realizzarsi, come persona responsabile del proprio cambiamento.

Rogers sosteneva che le persone sono in grado di prendere delle decisioni sulla propria vita senza la necessità di un giudizio autoritario proveniente da fonti esterne.

La tendenza positiva e naturale delle persone ad affermarsi e realizzarsi però può venire meno nei momenti difficili, a causa di un conflitto interiore o con gli altri, quando quello che si prova o si vive è in contrasto con l'immagine di sé o i propri bisogni o si perde consapevolezza delle proprie emozioni.

In questi momenti la Terapia centrata sul Cliente si propone di aiutare il cliente a:

- Entrare o tornare in contatto con se stessa;
- Comprendere i propri sentimenti e atteggiamenti;
- Imparare ad adattarsi alle situazioni;
- Trovare le risorse per auto-realizzarsi e migliorarsi.

Il suo grande contributo fu quello di creare un approccio che si basa sui punti di forza della persona e non sui suoi aspetti psicopatologici.

Rogers definisce il counseling come un'attività in cui il cliente è assistito nelle sue difficoltà, senza rinunciare alle proprie possibilità di scelta e alla propria responsabilità e come un'attività volta a fornire all'individuo una visione realistica di sé e dell'ambiente sociale in cui si trova ad operare, in modo tale da poter effettuare al meglio le proprie scelte.

Rogers raccomanda che al cliente sia data la responsabilità della sua crescita personale e sostiene che se una persona verrà ascoltata e giudicata avrà l'opportunità di conoscere meglio sé stessa e andare progressivamente verso una congruenza.

1.2 IL COUNSELLOR

Un counselor deve possedere competenze specifiche per poter svolgere l'attività di counseling. Il counseling può essere rivolto sia a singoli individui che a gruppi, famiglie e coppie.

La relazione di counseling si basa su un livello di autenticità e coinvolgimento emotivo orizzontale del professionista; è inoltre sostenuta dalla fiducia reciproca, dalla trasparenza e dalla riservatezza.

I counselor sono in grado di individuare la simbolizzazione affettiva propria del cliente e di valorizzare le loro competenze, abilità e punti di forza.

Il loro obiettivo principale è quello di potenziare queste dimensioni in modo tale da restituire alla persona una visione costruttiva della realtà e un'autonomia decisionale, inoltre li aiutano a raggiungere l'autoconsapevolezza e il senso di responsabilità riferito alle proprie azioni. Infine aiutano a far comprendere l'importanza dell'azione finalizzata al cambiamento.

Il counselor aiuta anche ad adottare punti di vista differenti dal proprio consentendo così di leggere la realtà in un'ottica nuova. Inoltre aiutano a guardare a sé stessi con occhi diversi. Cosa che offre l'opportunità di scoprire nuovi aspetti di sé che fino a quel momento non si conoscevano. Offre anche sostegno, supporto e conforto.

Il colloquio prevede l'utilizzo di alcune tecniche specifiche come: ascolto attivo, chiarificazione, specificazione, spiegazione, confronto e riformulazione.

Compito del counselor è quello di analizzare i bisogni, la domanda esplicita e implicita.

Durante il colloquio deve raccogliere informazioni anagrafiche, anamnestiche, negoziare e stabilisce gli obiettivi. Questi sono elementi fondamentali nelle prime fasi del colloquio. Altro aspetto importante è la collusione con il paziente, in modo tale da stabilire con esso un rapporto il più profondo possibile.

Una volta che il counselor ha ottenuto informazioni sufficienti potrà elaborare un'ipotesi diagnostica iniziale sul significato del disagio e della vulnerabilità portata dal paziente.

Il counseling psicologico è una relazione di cura facilitata che promuove il cambiamento centrato su una visione focalizzata della psicologia positiva, della salute, della vulnerabilità e sul potenziamento delle risorse personali. In base alla domanda, ai bisogni e alle richieste di ogni singola persona verranno adottate tecniche differenti. La stessa cosa vale per la sua durata.

Uno psicologo counselor possiede un interesse genuino per l'alterità, è in grado di esprimere compassione e rispetto per l'ambiente importante. Ha un amore per sé stesso e interesse sociale. Ha senso dell'umor, ed è presente nel qui ed ora. Ha grandi abilità di coinvolgimento e sa come terminare un rapporto terapeutico in maniera efficace.

Ha consapevolezza dei propri pregiudizi e ma non impone la sua cultura. Non suggerisce al paziente come vivere ma lo aiuta a pianificare la modalità con cui vogliono vivere.

Per poter svolgere tutto questo in maniera ottimale deve prendersi cura di sé, mantenendosi in una buona forma psicofisica.

1. EVOLUZIONE DELLA TEORIA NEL COUNSELING

La pratica del counseling è stata influenzata da tre grandi mondi della psicologia, ognuno dei quali possiede una propria cultura e identità. Questi sono: *psicodinamica e psicoanalisi - cognitivo comportamentale - umanistica relazionale*.

APPROCCIO PSICODINAMICO/PSICOANALITICO

Questo approccio nasce alla fine dell'800 e l'inizio del 900. Freud apportò dei contributi molto importanti con i suoi studi e lavori. La sua opera viene considerata da molti il culmine di una lunga tradizione che aveva i suoi precursori tra esorcismo- esoterismo, magnetismo e ipnosi.

La visione di Freud sulla natura si rifaceva alla visione causale della scienza positivista secondo cui il funzionamento delle persone è determinato da forze presenti nella mente, sia a livello cosciente che a livello inconscio.

LA PSICOANALISI FREUDIANA

Nell'analisi tradizionale, un disturbo emozionale viene mantenuto da dinamiche inconsce tra istinti, in particolare quelli sessuali e meccanismi di difesa, come il rifiuto, l'intellettualizzazione, la negazione emotiva e la proiezione. L'analista assume un ruolo neutrale di osservazione e agisce come uno specchio sul quale il paziente proietta le proprie fantasie.

La tecnica fondamentale è l'interpretazione delle libere associazioni.

I sogni, i ricordi e le fantasie che emergono durante le libere associazioni vengono interpretate dall'analista per scoprire l'origine dei sintomi del paziente.

Al mondo della psicodinamica appartiene anche Adler, considerato il padre della **psicologia individuale**. La sua teoria più importante parla del senso di inferiorità esperito dagli individui. Questo senso di inferiorità è dovuto al fatto che la società esercita una forte pressione sulle persone, inoltre discrimina ed emargina certe persone che vengono considerate deboli o diverse.

Altra figura importante è Jung, fondatore della **psicologia analitica**. I maggiori contributi da lui apportati sono: la teoria sul simbolismo, l'inconscio collettivo, gli studi sui simboli e sulla spiritualità ed infine la teoria dei sogni (che si discosta da quella Freudiana). Jung concepisce i sogni come delle proiezioni, degli indicatori degli obiettivi che le persone desiderano raggiungere. In questo senso il lavoro clinico è orientato al futuro e non al passato. Nell'analisi dei sogni junghiana i simboli vengono interpretati come elementi universalmente condivisi.

Anna Freud, propose un nuovo modello di psicologia, denominato la **psicologia dell'io**, secondo cui il comportamento umano e lo sviluppo psichico derivano molto dalle relazioni tra individui. Questa teorizzazione anticipa la teoria più sviluppata, di Melanie Klein, ossia quella delle relazioni oggettuali. La teoria sosteneva che lo sviluppo del bambino era il prodotto di un conflitto amore/odio nei confronti di un oggetto (il seno) che il bambino considerava buono o cattivo a seconda della disponibilità dimostrata dalla madre nei suoi confronti.

Secondo la madre la relazione che il bambino instaura con la propria madre rappresenta un modello di base che influenza il modo in cui il bambino costruirà le sue relazioni da adulto.

Questa teoria venne ulteriormente sviluppata da Fairbairn e Winnicott che posero l'accento sulla relazione reale tra bambino e caregiver, e non quella immaginaria (considerata invece dalla Klein).

Inoltre, Winnicott conì il termine madre sufficientemente buona per indicare una madre in grado di soddisfare le richieste del bambino.

Tra gli anni 50 e 60 la dimensione sociale iniziò ad acquisire molta importanza per gli psicoanalisti.

Negli anni 70 vi fu un movimento di psicoanalisti finalizzato a limitare la durata dell'analisi e a costruire una terapia breve, in modo da ridurre i costi ad essa legati.

MODELLO UMANISTICO – ESISTENZIALE

Quello che accomuna i differenti approcci esistenziali è il considerare l'essere umano come una creatura unica, che vive in modo unico, fatto di significati estremamente personali. Secondo questo approccio una persona arriva ad una conoscenza di sé stessa grazie alle relazioni che instaura con gli altri.

Carl Rogers è considerato il fondatore di questo approccio metodologico. Egli si distaccò dagli approcci più in voga in quel periodo, ossia la psicoanalisi e quello cognitivo-comportamentale, in quanto credeva che questi non rispettassero l'unicità delle persone. Altra figura importante fu Otto Rank, il quale sosteneva che le persone sono in

grado di guarire spontaneamente. Questo influenzò il pensiero di Rogers, che negli anni '40, creò una tipologia di Counseling non direttivo, centrato sul paziente. Il focus era spostato da come il terapeuta porta cambiamenti a come le persone si trasformano nel loro percorso di vita.

Negli anni '60 la psicologia umanistica fu soggetta ad un importante sviluppo e fu applicata nelle scuole, nei centri medici, negli uffici e nelle associazioni.

LA TERAPIA CENTRATA SUL CLIENTE

Questo approccio, fondato da Rogers, attribuisce molta importanza alla relazione che si instaura tra clinico e paziente, in quanto la ritiene un elemento essenziale ai fini dell'esito della cura.

I terapeuti che seguono questo approccio hanno messo in evidenza i tre elementi che determinano la modificazione della personalità: genuinità, accettazione incondizionata e comprensione empatica.

Questi elementi porterebbero i pazienti al cambiamento, in quanto si sentono compresi, non giudicati e accettati.

Rogers sostiene che tutti i terapeuti dovrebbero possedere questi attributi, in quanto li ritiene necessari e sufficienti al cambiamento. I counselor che seguono questo approccio non utilizzano test diagnostici; la strategia primaria è l'ascolto attivo ed empatico. Altra strategia utilizzata è l'accettazione empatica, che con il tempo permette al cliente di vedere il vero sé, attraverso la condivisione senza giudizio di sentimenti e pensieri.

LA TERAPIA DELLA GESTALT

Secondo la Gestalt la natura del comportamento disadattivo è dovuta alla mancanza di responsabilità, scarso contatto con l'ambiente circostante, mancanza di consapevolezza, mancata integrazione delle polarità del sé.

Obiettivo della gestalt è l'autorealizzazione. Essa punta a rendere il paziente libero di essere e non di essere ciò che vuole diventare. Viene attribuita molta importanza al qui ed ora, così da permettere la crescita e il cambiamento, quindi l'abbandono dell'atteggiamento di rifiuto di sé stessi.

Il gestaltista utilizza sé stesso come strumento, attraverso l'utilizzo di role play, vengono interpretati proiezioni e drammatizzazioni di ricordi al fine di far raggiungere alle persone maggior consapevolezza delle proprie emozioni e dei sentimenti che causano negli altri. La tecnica utilizzata principalmente è quella della sedia bollente; è una delle tecniche di intervento che può essere utilizzata all'interno della relazione fra psicoterapeuta e paziente.

Per facilitare il contatto fra le molteplici sfaccettature dell'esperienza e le variopinte sfumature della vita emotiva della persona è possibile vivere all'interno del setting terapeutico, in prima persona, il dialogo fra personaggi o parti di sé. Non si tratta soltanto di *parlare delle* proprie difficoltà o emozioni ma piuttosto di *parlare alle proprie difficoltà* individuando un interlocutore (una persona della vita reale, un aspetto emotivo di sé, un personaggio o un oggetto di fantasia) ed esprimendo i propri desideri, pensieri e ciò che si vuole dall'altro: in altre parole entrambi gli attori del dialogo dichiarano le proprie intenzioni senza "barare" e con l'aiuto del terapeuta.

È importante per favorire il benessere personale incontrare la propria diversità che spesso prende le vesti di una voce interna, di un pensiero discordante, di un sogno apparentemente insensato, di un sintomo psicofisico.

Attraverso l'incontro con ciò che in alcuni momenti si sperimenta come altro da sé, come strano o come difficile da accettare e da rifiutare in blocco si facilita il flusso del contatto con le proprie emozioni.

La sedia vuota è un modo per provare a *parlare con* chi non c'è davanti agli occhi ma è presente e vivo come fantasia o come rappresentazione interna. Nel dialogo fra i personaggi diventa fondamentale garantire lo scambio e l'alternanza dei ruoli, per cui la stessa persona sperimenta gli effetti emotivi e cognitivi delle richieste dell'altro rivestendo i panni ora dell'uno ora dell'altro personaggio. È la capacità di sentire attraverso il proprio corpo l'esperienza emotiva dell'altro ciò che chiamiamo empatia. La relazione fra le parti riscalda, emoziona e lo scambio permette il ripristinarsi di un flusso, di un dinamismo e di un movimento in contrasto con la compattezza del sintomo e la rappresentazione del disagio e della sofferenza come spesso qualcosa di granitico, di invalidante e di incomprensibile.

MODELLO COGNITIVO – COMPORTAMENTALE

Il modello cognitivo comportamentale compare e si diffonde negli anni sessanta, come risposta alle critiche rivolte alla psicoanalisi (considerata poco scientifica).

La psicoterapia cognitivo-comportamentale, combina due forme di terapia estremamente efficaci:

- La psicoterapia comportamentale: aiuta a modificare la relazione fra le situazioni che creano difficoltà e le abituali reazioni emotive e comportamentali che la persona ha in tali circostanze, mediante l'apprendimento di nuove modalità di reazione. Alla base della concezione comportamentista vi è l'idea che un

comportamento disadattivo può essere modificato ed eliminato. Inoltre la causa che lo ha generato è poco importante, conta di più la situazione in cui esso si manifesta. Una delle tecniche maggiormente utilizzate è la desensibilizzazione sistematica, molto efficace per il trattamento di fobie e per la sintomatologia ansiosa.

- La psicoterapia cognitiva: aiuta ad individuare certi pensieri ricorrenti, certi schemi fissi di ragionamento e di interpretazione della realtà. Una volta individuati il compito dello psicologo è quello di ristrutturare queste modalità di pensiero attraverso l'utilizzo di tecniche specifiche, tra cui la ristrutturazione cognitiva, attraverso cui si offrono punti di vista e spiegazioni alternative al paziente, che utilizza una modalità cognitiva disadattiva.

Tutte le terapie cognitivo-comportamentali condividono essenzialmente tre concetti fondamentali:

- L'attività cognitiva influenza il comportamento;
- L'attività cognitiva può essere monitorata e modificata;
- Il cambiamento desiderato del comportamento può essere facilitato attraverso il cambiamento cognitivo.

TERAPITA RELAZIONALE – EMOTIVA

Ellis sosteneva che la nevrosi è causata da modalità di pensiero irrazionali ed erronee, da sentimenti inappropriati e da comportamenti disfunzionali. Il cambiamento psicologico si ottiene attraverso la ristrutturazione cognitiva, il cui obiettivo è quello di mettere in dubbio le idee idiosincratice delle persone e porli di fronte a punti di vista alternativi. Un aspetto caratteristico è che i clinici di questo approccio sono molto confrontativi e sdrammatizzano il modo in cui il perfezionismo, i dovremmo e i dobbiamo provocano frustrazione negli esseri umani. Per cui i clinici si focalizzano su queste idee. La tecnica maggiormente utilizzata è la catena degli eventi A-B-C, nella quale l'evento A è quello scatenante, B la credenza implicita e C la conseguenza emozionale. Per rinforzare la discussione delle credenze irrazionali, i clinici danno ai pazienti dei compiti che includono attività specifiche e di sfida. Da un inizio con pazienti individuali la RET si è sviluppata per i trattamenti familiari.

TERAPIA COGNITIVA DI BECK

Questo tipo di terapia si propone di risolvere i disturbi emotivi correggendo le interpretazioni della realtà e i ragionamenti errati dei pazienti. È in questo quadro che, Beck, partendo dalle sue ricerche sulla depressione ha scoperto che i pensieri considerati illogici da altre persone non lo sono per il paziente che li esperisce in prima persona.

L'approccio clinico di Beck si basa sulla collaborazione e utilizza domande per spingere i pazienti a valutare l'evidenza che conferma o smentisce le loro percezioni o cognizioni. La collaborazione tra clinico e paziente implica la scoperta e la modifica delle concezioni e dei pensieri automatici, in particolare quelli che si basano sulle credenze distorte su se stesso e sul mondo.

Le tecniche comportamentali includono una modificazione dei ruoli, un'attività di esposizione, sperimentazione e acquisizione di competenze, con lo scopo di migliorare il piacere e l'autocontrollo.

L'APPROCCIO SISTEMICO – RELAZIONALE

La terapia Sistemico-Relazionale si diffuse negli Stati Uniti durante gli anni '50, in particolare grazie alle teorie della prima e seconda cibernetica e la teoria dei sistemi elaborata da L Von Bertalanffy. La "Scuola di Palo Alto" e il Mental Research Institute, con i loro maggiori esponenti (Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, Paul Watzlawick), furono i principali centri di sviluppo della terapia sistemica familiare. In Europa e in Italia la psicoterapia ad indirizzo sistemico-relazionale si è molto diffusa durante gli anni '80, grazie al lavoro di Mara Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Giuliana Prata. Venne utilizzato in modo particolare nei servizi di salute pubblica, nel campo della patologia psichiatrica degli adulti, nel trattamento dei disturbi alimentari, nel campo delle tossicodipendenze e negli ultimi anni anche nelle problematiche che riguardano la separazione-divorzi e nelle problematiche scolastiche. In particolare, gli studi condotti dall'antropologo Gregory Bateson e l'elaborazione del modello teorico dell'"epistemologia cibernetica" hanno reso evidente il nesso tra teoria dei sistemi e terapia familiare.

L'orientamento sistemico – relazionale spiega, infatti, il comportamento dell'individuo focalizzando l'attenzione sull'ambiente in cui esso è vissuto, sul sistema, sulla rete di relazioni significative di cui egli è parte e in tal senso considera la famiglia come sistema transazionale soggetto a cambiamenti.

L'approccio sistemico ha totalmente modificato il modo di considerare le categorie cliniche quali il sintomo, la diagnosi e il trattamento operando una ridefinizione in termini relazionali. Pertanto, in quest'ottica, gli eventi problematici di un singolo individuo influenzano l'intera famiglia come unità funzionale, con effetti che si estendono a tutti i membri e alle loro relazioni. Il sintomo non viene più considerato come l'espressione di problematiche

individuali ma indica una disfunzione dell'intero sistema familiare; la diagnosi fa riferimento alla clinica ed al funzionamento del singolo e del suo gruppo di appartenenza all'interno dello specifico contesto.

L'intervento terapeutico si basa sull'osservazione delle modalità di relazione tra il paziente e la sua famiglia e mira a modificare, attraverso un processo di co-costruzione tra terapeuta ed individuo/famiglia, i modelli disfunzionali presenti nel contesto entro il quale il disagio del paziente è emerso, stimolando le risorse familiari e rafforzando sia il funzionamento individuale sia quello familiare.

Nella Terapia individuale sistemica gli incontri prevedono una convocazione individuale. Tuttavia l'individuo, pur essendo solo nella stanza di terapia, porta comunque con sé tutte le relazioni significative che animano la propria vita nel presente, nel passato e nell'ipotetico futuro. L'attenzione del terapeuta sarà pertanto in ogni modo rivolta alla dimensione relazionale ed interattiva del cliente, non tralasciando comunque pensieri, emozioni, storie e vissuti legati alla dimensione individuale. In alcuni casi tale tipo d'approccio si configura come naturale prosecuzione di un percorso familiare o di coppia, volta ad affrontare "nodi privati" che il paziente preferisce affrontare individualmente.

- Perché Sistemica?

Il malessere presentato dalla persona viene letto non tanto come problema dell'individuo, ma come espressione di disagio di uno dei sistemi di appartenenza.

Viene solitamente privilegiata l'ottica familiare, ma le dinamiche disfunzionali possono collocarsi anche nel sistema coppia, nell'ambiente lavorativo, nel gruppo amicale, etc.

- Perché Relazionale?

L'identità individuale viene considerata come frutto delle relazioni significative che la persona ha intrattenuto nel corso della sua vita; pertanto, un eventuale problematica non viene letta e trattata come caratteristica insita nell'individuo, ma come esito di esperienze relazionali.

Il fine della terapia è quello di trovare modalità relazionali diverse con i sistemi di appartenenza.

APPROCCIO BIOFUNZIONALE – CORPOREO

All'interno di questo orientamento rientrano svariati modelli provenienti da culture psicologiche diverse, tuttavia tutti considerano l'organismo umano come una realtà psicologica integrata; ogni evento psichico si manifesta nel corpo attraverso tensioni e sintomi somatici.

Il primo a sostenere a livello teorico l'approccio diretto e sistematico al corporeo fu Wilhelm Reich. Egli riprese i concetti di Freud sulle nevrosi e sulla loro causa, ossia il blocco dell'energia sessuale. Reich sosteneva che alla base di tutte le malattie vi sono dei disturbi sessuali. La sessualità viene intesa come un susseguirsi di due fasi biologiche: la contrazione e la distensione. L'incapacità di vivere questi due momenti porta ad esperire stati di angoscia, che si manifestano in sintomi nevrotici e blocchi fisici.

Inoltre, Reich introduce il concetto di armatura caratteriale, un'armatura muscolare che si forma nei primi anni di vita, in seguito alla mancata soddisfazione degli impulsi istintuali, modellando la postura, lo sguardo, il tono della voce e il ritmo delle parole.

Scopo dell'approccio clinico di Reich è la vegetoterapia, che fa emergere alla coscienza ricordi traumatici e le emozioni rimosse, attraverso lo scioglimento dei blocchi corporei e la liberazione dell'energia vitale. L'attenzione del clinico è rivolta a come il paziente parla di sé attraverso il corpo. Alexander Lowen, allievo di Reich, elabora l'analisi bioenergetica. Anche per lui la sessualità è alla base di tutti i disturbi emotivi. Tuttavia i disturbi del funzionamento sessuale acquistano significato solo nel contesto più ampio della personalità e dei rapporti sociali vissuti dall'individuo: obiettivo è quello di rimettere in movimento l'energia, sia utilizzando tecniche corporee più adatte a lavorare sui blocchi muscolari specifici, sia attraverso l'elaborazione e l'analisi della posizione difensiva del carattere. L'analisi bioenergetica utilizza un sistema di classificazione della personalità basato sull'osservazione delle manifestazioni corporee e dei processi energetici sviluppati in risposta alle esperienze emotive traumatiche vissute dall'individuo nella sua infanzia.

2. IL MOVIMENTO INTEGRAZIONISTA

Il *counselin* è stato profondamente ispirato dalla storia e dagli sviluppi della psicologia e della psicoterapia, con la quale condivide i fondamenti della relazione d'aiuto.

L'attenzione verrà rivolta, in particolar modo al movimento integrazionista che prese forma sia nell'ambito della pratica che della ricerca, diventando una scienza a sé negli anni '80 / '90.

La storia dell'integrazionismo ha attraversato diverse fasi: nei primi anni '30 i clinici aderirono a un modello subendo l'influenza di altri indirizzi e cercando di sperimentare possibili accorpamenti. Questo è un momento critico, caratterizzato da rigidità di pensiero che ha come conseguenza lo sviluppo di centinaia di approcci terapeutici diversi, che non hanno intenzione di trovare un modo per incontrarsi; anzi si screditano a vicenda.

Le scuole di pensiero tendevano a credere nella supremazia del proprio orientamento.

Il movimento nasce dalla volontà di integrare approcci diversi, con l'obiettivo di utilizzare tutti i loro punti di forza. La nascita del movimento integrazionista si è articolata in una progressiva unione tra le principali correnti di pensiero: *psicoanalisi – psicomodinamica; comportamentismo e approcci umanistici*.

I fattori che hanno portato alla nascita del movimento sono:

- Molteplicità degli approcci esistenti
- Non supremazia di un singolo approccio
- Identificazione di alcuni elementi comuni a tutte le psicoterapie

Lo scopo dell'integrazionismo non è quello di giungere alla creazione di un modello unico, bensì quello di esplorare i concetti più validi in merito ai comportamenti umani, per poi suggerire interventi sempre più efficaci.

Negli anni '80 il movimento per l'integrazione si è diffuso enormemente producendo diversi modelli che integrano svariati elementi di psicoterapia in un modello unico.

Attualmente le scuole di formazione si dirigono verso l'integrazionismo sia nella pratica clinica, che nella ricerca, avendo sviluppato una consapevolezza maggiore verso la complessità dell'essere umano quale portatore di esperienze.

LE ORIGINI

Molti lavori pionieristici sono stati compiuti prima di giungere alla nascita del movimento.

Nel 1933 French è stato il primo a presentare un articolo che integrasse le psicoterapie, ponendo a confronto psicoanalisi e condizionamento Pavloviano. Egli analizzò la rimozione dal punto di vista psicoanalitico e l'estinzione o inibizione dal punto di vista del comportamentismo.

Nel 1950 Fiedler presenta i risultati di uno studio che evidenzia come l'esperienza e la personalità del terapeuta, le caratteristiche del paziente e il contesto siano elementi che emergono in diversi approcci teorici.

Negli anni '60 e '70 Frank offre un contributo significativo pubblicando *Persuasion and Healing*, nel quale individua una serie di fattori comuni a diverse terapie.

Nel 1967 Lazarus introduce il concetto di eclettismo tecnico, secondo il quale le tecniche di diversi sistemi terapeutici possono essere usate senza un supporto teorico e di riferimento.

Sistemi d'integrazione più comuni:

- **Eclettismo tecnico:** consiste nella selezione di tecniche dai vari orientamenti in base alla loro efficacia. L'obiettivo principale è quello di trovare il trattamento più adatto alla persona, senza considerare l'orientamento da cui derivano. L'eclettismo si concentra sull'operare la scelta più efficace attraverso le tecniche e le disposizioni relazionali più adatte alla persona, privilegiando la flessibilità. Esistono due tipi di eclettismo: quello che combina tecniche a livello pragmatico, in base alla loro efficacia e quello che combina tecniche che sono prescritte come l'intervento più adeguato secondo il tipo di problema.
- **Integrazione teorico – assimilativa:** L'integrazionismo teorico è la sintesi concettuale di diversi sistemi. L'obiettivo è quello di creare una sintesi dei principi migliori appartenenti ad approcci psicoterapeutici diversi. Praticamente vengono creati nuovi approcci facendo riferimento a elementi appartenenti a svariate culture psicologiche. Una delle teorie più accreditate, in questo ambito, è la **psicomodinamica ciclica**. Essa deriva dalla psicanalisi interpersonale, dalle teorie sistemiche – familiari, da quelle relative all'apprendimento sociale e comportamentale. Si tratta di una nuova visione delle cause della patologia, delle relazioni e delle

motivazioni inconsce, dove le relazioni interpersonali hanno un ruolo dominante, dal momento che possono causare e rinforzare i comportamenti patologici. Le interazioni tra i legami interpersonali del presente e i conflitti interni del passato sono il risultato di una condizione alterata e ansiogena.

- **Cognitivo-analitica**, ossia un'integrazione della teoria delle relazioni oggettuali con metodi e concetti appartenenti alla teoria cognitivo-comportamentale. La patologia persiste in quanto le persone non sono in grado di apportare dei cambiamenti al loro comportamento e pensiero; di conseguenza la persona mette in atto i medesimi comportamenti disfunzionali. Si rivela necessario focalizzare l'attenzione sugli aspetti negativi del sé e dell'ambiente circostante, dato che queste sono modalità che impediscono il cambiamento.

Vi è poi la psicoterapia comportamentale, in cui la struttura psicologica dell'essere umano viene concepita su tre livelli: comportamento presente, la psicodinamica attuale e gli ostacoli. La valutazione si centra sull'identificazione dei fattori interpersonali e intrapsichici che incrementano e mantengono i sintomi.

Approccio ai fattori comuni: individua i fattori comuni, che sono condivisi dalle diverse psicoterapie. La combinazione di questi elementi permette di sviluppare trattamenti efficaci. Lo scopo è quello di sintetizzare una teoria più agile e una pratica più efficace. Vengono presi in considerazione delle variabili appartenenti alla psicologia esistenziale, cognitivo-comportamentale, umanistica, psicodinamica, interpersonali e sistemico-relazionali. Le tecniche vengono selezionate in base al cliente e al caso specifico.

Il modello transteorico → è stato ideato per comprendere tutti gli stadi del cambiamento, basa la sua pratica sui meccanismi che sottendono il come avviene un mutamento. La scelta degli interventi si basa su tre elementi:

- I processi necessari al cambiamento: attività che le persone intraprendono per cambiare le emozioni, i pensieri o i comportamenti. Questi sono la presa di coscienza, la catarsi, l'autorivalutazione dell'ambiente, l'autoliberazione, la liberazione sociale, il controllo dello stimolo, la gestione del rinforzo e la relazione d'aiuto.
- I livelli di cambiamento: essi illustrano cinque problematiche psicologiche: sintomi e problemi relazionali, cognizioni disadattive, conflitti interpersonali ricorrenti, conflitti familiari e sistematici, conflitti intrapsichici.
- Gli stadi di cambiamento: indicano dove si trova la persona nel ciclo di cambiamento, rispetto al livello di consapevolezza. Sono stati individuati sei stadi: precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione, mantenimento e termine.

Gli autori ritengono che la richiesta di una remissione dei sintomi preveda un intervento di tipo comportamentale, mentre la richiesta di una nuova valutazione del sé richieda un intervento di tipo cognitivo.

Il clinico deve individuare lo stadio di consapevolezza in cui si trova il cliente e in base ad esso assumere ruoli specifici e adottare strategie ed interventi specifici.

Il modello integrativo sistemico → pone al centro la relazione tra clinico e paziente. Vengono proposte cinque modalità di relazione valide che si possono utilizzare in base al tipo di persona e in base alla fase terapeutica:

- L'alleanza operativa, rappresenta la collaborazione tra cliente e terapeuta.
- La relazione di transfert e controtransfert
- La relazione riparatrice, che corrisponde ad una rigeneratorializzazione, qualora la relazione con il genitore sia stata inadeguata.
- La relazione reale, da persona a persona, che comprende una comprensione empatica condivisa, caratterizzata dalla parità, dall'autenticità e dalla reciprocità.
- La relazione transpersonale, riferita alle dimensioni spirituali.

Il Pluralismo: si tratta di un modello che prevede la coesistenza di approcci terapeutici diversi. La caratteristica distintiva è che nessuna visione si impone sulle altre, ma lo scopo è quello di raggiungere una conciliazione tra i diversi modelli teorici. Lo scopo è quello di mettere in luce i punti di forza e valorizzare le differenze esistenti tra i diversi approcci.

L'aspetto positivo è che la convivenza pacifica tra le diverse scuole permette lo sviluppo di nuove tecniche e teorie, maggior potenzialità di crescita e superamento del dogmatismo. Ci sono tuttavia anche degli aspetti negativi, come la coesistenza di teorie e modelli diversi e inconciliabili per le stesse problematiche.

3. LA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA DELLE RISORSE E DEI DEFICIT

Il counsellor psicologico possiede degli strumenti psicodiagnostici che utilizza per indagare la condizione del paziente. Una buona valutazione diagnostica permette di adottare strategie di intervento maggiormente efficaci e garantisce un miglior esito del trattamento. Molto importante è ricordare che non si devono valutare solo i deficit e le difficoltà, ma anche i punti di forza, le abilità e le competenze del paziente, in modo tale da capire quale trattamento può essere più efficace per la sua natura.

Quella che guarda alle potenzialità degli esseri umani viene chiamata diagnosi transitiva, che mira a rispondere alla domanda "cosa può diventare questa persona?".

La valutazione dei punti di forza e dei limiti deve essere costante. Inoltre deve essere specifica per la persona che il counsellor ha davanti a sé, in quanto ogni individuo è unico. Questo aspetto è molto importante, perché non solo porta ad una conoscenza più profonda del paziente, ma anche alla costruzione di una buona alleanza terapeutica. La valutazione non dovrebbe riguardare esclusivamente la fase iniziale del percorso terapeutico, ma dovrebbe essere costante e valutare, nel corso di esso, i cambiamenti che si verificano, con l'obiettivo di intervenire in modo sempre più personalizzato.

Un processo psicodiagnostico può essere inteso come uno strumento che permette al clinico di comprendere il funzionamento globale dell'individuo. Questo significa che è la persona che viene posta al centro, non il suo disagio. Secondo l'APA la valutazione consiste in un metodo sistematico che ha come fine quello di ottenere informazioni dai test o da altre fonti, che saranno utilizzate per fare delle inferenze su caratteristiche di persone, oggetti o programmi.

Il processo di assessment può essere inteso in termini di problem solving. Vengono individuate cinque fasi:

- Riconoscimento e accettazione del problema da parte del cliente.
- Definizione più particolareggiata possibile dell'aspetto problematico.
- Cliente e clinico possono formulare assieme alternative alla risoluzione del problema.
- Fase della scelta, in cui il clinico aiuterà il cliente a ponderare ogni alternativa in base alla sua probabilità di riuscita.
- Il counselor valuterà l'efficacia del suo intervento. È opportuno sin dall'inizio stabilire assieme al cliente i criteri attraverso i quali stabilire che si è realizzata la soluzione del problema. La valutazione degli obiettivi comprendono: la valutazione del raggiungimento degli scopi prefissati, le tecniche di automonitoraggio, la ri-somministrazione periodica di strumenti che il cliente compila all'inizio del trattamento, i format per la misura della soddisfazione del cliente, l'uso di questionari di misura dell'esito.

Una buona valutazione deve integrare dati soggettivi (provenienti da auto-somministrazioni) e oggettivi (provenienti da etero-somministrazioni). Nel primo caso si parla di valutazione nomotetica in cui l'accento viene posto su variabili che mostrano differenze significative tra le persone, nel secondo caso di valutazione idiografica, in cui l'accento viene posto sulle variabili che possono aiutare meglio a descrivere la persona.

METODOLOGIA TECNICA

I metodi più utilizzati per l'assessment sono i test standardizzati, le scale di valutazione, le tecniche proiettive, le osservazioni comportamentali, le misure biografiche e quelle psicofisiologiche.

Per quanto riguarda i test ne esistono di diversi tipi, in base al loro campo di applicazione: attitudinali, di profitto, di personalità, ecc.

I questionari ed inventari sono composti da una serie di autoaffermazioni su opinioni, preferenze e reazioni tipiche alle situazioni quotidiane;

Le scale di autovalutazione producono stime varie di comportamenti o caratteristiche basate sulle osservazioni di chi le compila.

Le tecniche proiettive utilizzano stimoli vaghi o ambigui, rispetto ai quali la persona deve dare delle risposte.

Le osservazioni comportamentali riguardano il comportamento problematico del cliente.

Le misure biografiche fanno riferimento a vicissitudini, eventi o esperienze riportate dal cliente, e riguardano svariati aspetti della sua vita.

Le misure psicofisiologiche si riferiscono a stati o funzioni corporee, quasi o totalmente involontarie e includono la temperatura, la resistenza cutanea, la contrazione muscolare, la pressione del sangue, ecc.

4. DIAGNOSI CATEGORIALE E DIMENSIONALE

Il processo diagnostico consiste in un percorso di osservazione, valutazione, conoscenza e progettazione.

Il clinico, in questo processo, non vuole solo etichettare la persona che ha di fronte, ma vuole anche comprenderla. Le due grandi categorie diagnostiche sono: dimensionale e categoriale.

Il primo approccio si interroga sull'esistenza di tratti, caratteristiche, sintomi e disagi dal punto di vista della loro presenza/assenza. L'obiettivo è quello di etichettare i pazienti inserendoli all'interno di categorie definite dai manuali diagnostici (i più utilizzati sono il DSM e l'ICD). Questo approccio risulta un po' spersonalizzante, in quanto non tiene conto delle caratteristiche individuali delle persone (ognuno di noi è unico); questo non porta a considerare il fatto che persone che si trovano all'interno di una specifica categoria possano presentare manifestazioni diverse di uno stesso disturbo. Inoltre i criteri rigidi di diagnosi proposti dai manuali diagnostici fanno sì che a molte persone non venga riconosciuta l'esistenza di un disturbo, solo perché non ne vengono soddisfatti tutti i criteri stabiliti (una persona può essere esclusa dalla diagnosi di un disturbo solo perché le manca un sintomo per completare il quadro diagnostico); a questo si aggiunge l'elevato tasso di comorbidità (presenza di più disturbi contemporaneamente) dovuto al fatto che molte patologie presentano gli stessi sintomi.

Essa si concentra solamente sui sintomi esistenti, indagandone esclusivamente la presenza, senza cercare di capire quale possa essere la loro origine. Il suo vantaggio principale è quello di permettere ai vari professionisti una modalità comunicativa comune. Inoltre ha un effetto normalizzante sul cliente.

L'approccio dimensionale, al contrario, considera l'unicità della persona e sostiene che nell'individuo vi sono le stesse dimensioni psichiche di base. Piuttosto che andare a vedere se una certa caratteristica è presente o meno, si valuta quanto è presente, qual è la sua entità. In tutti noi, ad esempio, esiste la dimensione ansia; solo che essa differisce per la sua intensità.

La condizione dell'individuo viene valutata lungo un continuum di intensità, frequenza e gravità.

Non facendo riferimento a categorie diagnostiche, permette di non stigmatizzare ed etichettare un individuo, facendolo corrispondere ad una definizione ben precisa. Il suo utilizzo si rivela efficace in situazioni difficilmente identificabili.

Un limite è la mancanza di una classificazione strutturata che non consente di effettuare un confronto immediato tra differenti situazioni cliniche.

Un elemento fondamentale è che al centro del processo diagnostico deve esserci la persona, considerata come un essere unico.

L'obiettivo dell'intervento è focalizzato sul singolo soggetto. Il clinico non rileva unicamente la presenza dei sintomi portati dal cliente, ma, attraverso una valutazione globale, esamina anche gli aspetti sociali e relazionali dello stesso.

METODOLOGIA TECNICA: STRUMENTI UTILIZZATI PER EFFETTUARE LA DIAGNOSI

Esistono una metodica e degli strumenti attraverso i quali vengono applicati i differenti tipi di diagnosi dimensionale, categoriale o mista. La scelta degli strumenti dipende dall'approccio teorico seguito dal clinico e dall'obiettivo che desidera raggiungere. Lo strumento maggiormente rappresentativo della diagnosi categoriale è il DSM, che si caratterizza come strumento orientato ai sintomi. Con esso si presta attenzione ai sintomi osservabili senza considerarne la genesi.

La diagnosi viene effettuata in seguito ad colloquio preliminare durante il quale vengono annotati tutti i sintomi che si manifestano e inserendoli all'interno di categorie definite. L'approccio su cui si basa il DSM è nosografico e statistico, questo significa che la descrizione delle caratteristiche del disturbo fa riferimento a delle distribuzioni di frequenza dello stesso. Non vengono considerati gli aspetti psicologici dell'individuo. Non fa riferimento a nessun modello teorico, si basa su un sistema assiale e non viene data importanza all'origine del disagio.

Tra gli strumenti dimensionali rientra il Five Factor Model, che valuta i tratti di personalità secondo una logica dimensionale e attribuisce l'origine dei disturbi di personalità ad una distorsione patologica dei tratti normali, individuando cinque fattori di personalità principali, denominati BIG FIVE; questi sono: estroversione, gradevolezza, coscienziosità, stabilità emotiva e apertura all'esperienza.

Infine per quanto riguarda i modelli misti, gli strumenti che li rappresentano sono lo SWAP e il PDM. Kernberg propone un modello integrato di diagnosi definito strutturale; l'inquadramento diagnostico non si basa solo su cosa è direttamente osservabile o autoriferito dal soggetto, ma mira alla ricerca dei processi in stretta connessione e influenza tra di loro ritenuti essere alla base della struttura di personalità di un individuo.

Gli indicatori di riferimento coprono la maggiorparte dei processi di natura emotiva, motivazionale e comportamentale.

Kernberg definisce tre strutture di personalità: psicotica, borderline e nevrotica che vengono valutate utilizzando tre criteri: diffusione integrazione dell'identità, prevalenza di meccanismi di difesa primitivi/meccanismi immaturi, tenuta dell'esame di realtà. A questi si aggiungono il livello di integrazione del Super Io e la presenza di manifestazioni di aggressività primitiva.

L'utilizzo di questi indici permette al clinico di arrivare ad una diagnosi che sia rappresentativa del tipo di organizzazione dell'individuo e di scegliere il trattamento più adatto a lui.

La valutazione viene svolta attraverso un colloquio strutturale, per poi passare all'esplorazione dei sintomi.

Le prime domande orientano il clinico nella conduzione del colloquio, guidandolo nella scelta delle aree da esplorare; nella seconda fase il clinico si concentra nella percezione che il cliente ha di sé, del mondo e degli altri e mira ad esplorare i meccanismi di difesa che mette in atto. Nella fase finale il clinico invita il paziente a dire cosa secondo lui il clinico avrebbe dovuto chiedergli.

Lo SWAP e il PDM si rifanno a questo modello.

Il PDM (Manuale diagnostico psicodinamico) è nato negli USA e mira a rendere misurabili dei costrutti psicoanalitici. Si basa sull'utilizzo della diagnosi dimensionale, che presta molta attenzione alle caratteristiche personali degli individui, sia dal punto di vista degli aspetti patologici, che delle sue risorse, competenze e punti di forza. Viene data importanza anche alla soggettività del cliente nel vivere, percepire e attribuire significato ai sintomi.

Lo strumento utilizza tre assi per spiegare le modalità di funzionamento del cliente:

- Asse P: per i disturbi di personalità
- Asse M: per il funzionamento mentale
- Asse S: per l'esperienza soggettiva

Il PDM consente di valutare la gravità e il livello di adeguatezza e di compromissione del funzionamento complessivo dell'individuo.

Lo SWAP (Shedler-Westen Assessment Procedure) dimostra come un soggetto possa essere descritto da un certo tipo di personalità secondo una visione dimensionale dei tratti, degli stili e dei disturbi di personalità. Viene utilizzata per valutare i tratti e gli stili sani e patologici di adulti e adolescenti.

Nel corso dei colloqui iniziali vengono individuati gli item maggiormente rappresentativi del funzionamento del paziente.

Una diagnosi completa e approfondita dovrebbe valutare:

- Le motivazioni, gli standard ideali, i valori morali, le paure e i conflitti.
- Gli stili cognitivi, le strategie, la capacità di regolazione delle emozioni, i meccanismi di difesa e le risorse psicologiche.
- Le rappresentazioni di sé, degli altri e delle relazioni tra sé e gli altri.
- Il modo in cui questi domini si sono sviluppati nel corso della vita.

Gli strumenti dimensionali e categoriali non si escludono a vicenda; anzi possono essere integrati per raggiungere una miglior conoscenza del paziente.

5. IL COUNSELLING TRA PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA

Secondo l'OMS il counselling è un processo limitato nel tempo, specifico e strettamente focalizzato. Attraverso la relazione le persone vengono aidate a risolvere, a gestire, i loro problemi e a rispondere nel modo più ragionevole e possibile per le capacità e possibilità di ciascuno a forme di disagio ed a bisogni psicosociali. Il counselling è un fare aiuto, un facilitatore della relazione d'aiuto.

Murgatroyd sottolinea che ci sono 7 forme d'aiuto basilari:

- 1- Dare informazioni
- 2- Azione diretta
- 3- Insegnamento e direzione
- 4- Sistemi di cambiamento
- 5- Difesa
- 6- Fornire delle verifiche di ritorno
- 7- Agevolazioni.

Il counsellor lavora principalmente su 2 stili d'aiuto:

- STILE PRESCRITTIVO O DIRETTIVO: il counsellor dà indicazioni, istruisce, guida il cliente verso un comportamento utile e una scelta sana
- STILE FACILITATIVO O SVILUPPANTE: il counsellor ha un ruolo di sostegno e incoraggiamento per fare in modo che la persona sblocchi le emozioni e si autorealizzi attraverso azioni utili al raggiungimento dei suoi bisogni sani.

Il precursore se non iniziatore del counselling può essere considerato Carl Rogers che all'interno della psicologia umanistica ha dato un contributo fondamentale sia rispetto alle modalità di gestione della relazione d'aiuto che nel rispetto alle qualità che un buon facilitatore deve avere.

Interventi nel qui e ora

Importanza della salutogenesi e non della patologia

Attenzione ai punti di forza e all'empowerment.

L'esito della psicoterapia è spiegata per il 3% dall'interazione, per il 12% dalla relazione terapeutica, per il 7% dalla personalità dello psicoterapeuta, per l'8% dal metodo di intervento e dagli strumenti utilizzati e per il 30% dal contributo che dà il cliente mentre il 40% consiste in fattori casuali. --> importanza dell'interazione tra utente e professionista

Empatia, calore e genuinità contribuiscono a creare l'alleanza terapeutica.

Atteggiamento di accettazione incondizionata e congruenza.

Autorivelazione

Carkhuff: condizioni che nella relazione d'aiuto dovrebbero essere sempre presenti: concretezza, immediatezza, confronto.

Colloquio o comprensione/chiarificazione

Le differenze e le somiglianze tra counselling e psicoterapia vengono viste utilizzando 4 assi: TAMPO, RELAZIONE, SALUTE, INTERVENTO.

Una differenza sostanziale è la durata: i percorsi di psicoterapia sono lunghi, possono avere la durata di diversi anni, per il trattamento di alcuni disturbi anche decenni, e spesso non se ne può anticipare la durata. I percorsi di counselling sono brevi perché impostati sul raggiungimento di obiettivi che, per contratto, si possono raggiungere anche entro qualche mese. Se la persona poi ha bisogno di lavorare su altri obiettivi si può ricontrattare un altro percorso. Di solito la frequenza è di un incontro a settimana o di un incontro a cadenza quindicinale.

In entrambi il percorso è concordato e vi è una costante verifica sia durante che alla fine dei percorsi. Di solito sia nel counselling che nella psicoterapia il percorso attraversa fasi precise: la parte iniziale di accoglienza, la raccolta anamnestica, l'analisi della domanda e l'orientamento, la fase intermedia di avvio al lavoro sulle problematiche, la fase centrale per arrivare al cambiamento, la fase finale di valutazione del percorso, di chiusura e di mantenimento dei risultati.

Nel counselling il coinvolgimento affettivo e relazionale è meno intenso e si rimane più spesso nella sfera cognitiva per il raggiungimento degli obiettivi.

TEMPO:

counselling: focus sul qui e ora, sul presente

psicoterapia: focus sul passato

SALUTE:

counselling: focus sui punti di forza, risorse e potenzialità della persona

psicoterapia: focus sulla patologia, sui deficit e i disagi

INTERVENTO:

counselling: obiettivi sono la salutogenesi e la diagnosi, da cui parte un percorso di promozione della salute, miglioramento della qualità della vita, empowerment professionale, prevenzione del disagio, consapevolezza...

psicoterapia: ristrutturazione profonda della persona che porta ad un cambiamento radicale

Nel counselling il lavoro avviene con persone che hanno un buon grado di funzionalità e una personalità sana all'interno di campi in cui non siamo ancora nella patologia conclamata.

Formazione:

counsellor: laurea in psicologia e formazione in counselling dalla durata fra i 2 e i 3 anni

psicoterapeuta: laurea in psicologia o in medicina e scuola di specializzazione di 4-5 anni

setting:

counselling: aziende, scuole, associazioni di volontariato, associazioni sportive, centri d'ascolto, ...

psicoterapia: studio privato o ente pubblico

counselling:

- SANITARIO
- AZIENDALE
- DI COPPIA, INDIVIDUALE, FAMILIARE, DI GRUPPO
- DELLA TERZA ETÀ'
- MOTIVAZIONALE
- SPORTIVO
- DELL'ETÀ' EVOLUTIVA E SCOLASTICA

IL PROFESSIONISTA PSICOLOGICO COME RICERCATORE CLINICO

6. COUNSELING E CERVELLO

Il successo di un intervento psicologico è correlato a precise modifiche a livello cerebrale. Diversi studi rendono evidenti come, concetti usati in varie forme di trattamento clinico, come la rimozione, l'estinzione, la ristrutturazione cognitiva, le libere associazioni, ecc. possono essere associate a delle modifiche cerebrali specifiche.

Per questi motivi si ritiene opportuno lo studio della neuropsicologia e della neurobiologia.

Tuttavia molti counselor non ritengono necessario uno studio approfondito del cervello per svolgere il loro lavoro.

Un concetto importante è quello di empatia neurobiologica, un processo oggettivo che permette di acquisire una specifica conoscenza dei processi mentali attraverso la comprensione dei deficit neurologici da cui dipende il disturbo del paziente.

Anche i neuroni specchio sono importanti dal momento che ci permettono di rappresentare le azioni degli altri e di attribuire loro un significato. Questo significato deriva dalle osservazioni, rappresentazioni interne e schemi di riconoscimento innati. I neuroni specchio possono spiegare alcuni eventi che si verificano durante la relazione terapeutica, come ad esempio alcuni aspetti del transfert e controtransfert.

Quando il counselor incontra per la prima volta il cliente, può sin da subito inferire alcuni aspetti, come il suo stato emotivo, l'espressione facciale, il modo di parlare, il linguaggio corporeo. Per poter passare dall'osservazione all'inferenza le informazioni devono essere, prima, elaborate a livello cerebrale. Il significato che alla fine il counselor ricava è frutto di osservazioni reali e rielaborazioni interne.

Praticamente l'empatia del Counselor dipende dal buon funzionamento del suo sistema limbico.

Il concetto di empatia neurobiologica implica che la conoscenza dei fondamenti neurobiologici possa promuovere la capacità del terapeuta di comprendere il paziente e la sua capacità di comunicare questa comprensione.

Il sistema dei neuroni specchio si rivela utile in quanto il cliente può assumere degli atteggiamenti positivi e costruttivi del terapeuta facendoli propri.

Ad esempio l'esperienza di un'emozione ingestibile esperita dal cliente, potrebbe trasformarsi attraverso l'osservazione della reazione calma del terapeuta. Questo può sbloccare nel cliente l'accesso a nuovi circuiti neurali, che consentono una miglior gestione delle emozioni.

L'empatia deve essere un minimo distaccata, altrimenti al terapeuta risulta impossibile aiutare la persona.

La considerazione di ciò che avviene quando due menti si incontrano ha portato ad una visione dell'intervento clinico basata, non più su una dimensione monopersonale, ma su una dimensione bipersonale.

Secondo la visione intersoggettiva il processo di cambiamento dipende dall'esperienza di momenti specifici e significativi dell'interazione tra cliente e counselor, che consente di acquisire o attivare nuovi set di memorie implicite. La relazione in questione è un fenomeno creato assieme, che si realizza nel qui ed ora.

Secondo alcune ricerche la scoperta dei neuroni specchio potrebbe spiegare l'origine dell'empatia, rivelandone un'ipotetica base biologica, dal momento che le emozioni e sensazioni che proviamo sembrano essere le stesse di quando attribuiamo a qualcun altro quelle stesse sensazioni ed emozioni.

Percepire un'azione e comprenderne il significato significa simularla internamente. Questo consente all'osservatore di utilizzare le proprie risorse per penetrare il mondo dell'altro mediante un processo di modellizzazione che ha i connotati di un meccanismo inconscio. L'osservazione dell'azione altrui induce alla simulazione della stessa.

L'emozione dell'altro produce nell'osservatore uno stato corporeo condiviso con l'attore di quell'espressione. È questa condivisione che dà luogo al fenomeno chiamato empatia. Gli stessi circuiti neurali che si attivano nel soggetto che esegue azioni esprime emozioni e prova sensazioni che vengono attivati, automaticamente anche nel soggetto che osserva. Si genera una sorta di simulazione inconscia nell'osservatore, delle emozioni e sensazioni provate o agite dalla persona osservata. Se questo meccanismo non è ben sviluppata viene compromessa la capacità di empatia. Nella relazione terapeuta il Counselor esercita influenza nel sistema del cliente, in quanto mette in gioco sé stesso. Allo stesso modo il counselor viene influenzato dal mondo del cliente. Quindi la loro relazione è caratterizzata dal fatto che entrambi apportano qualcosa, un contributo personale, che arricchisce la relazione stessa e la orienta di volta in volta. Nella relazione clinico/cliente entrambi mettono in gioco la propria rappresentazione di quell'esperienza, quello che ciascuno di loro sperimenta a livello empatico e cognitivo. Inoltre il counselor, nella relazione, si pone allo stesso livello del cliente, abbandonando la sua posizione di contenitore di verità assolute valide in ogni situazione. Il clinico costruisce la realtà assieme al cliente, i loro sistemi cognitivi si incontrano facendo emergere perturbazioni reciproche, invalidazione delle proprie ipotesi, teorie e significati.

7. TECNICHE DI INTERVENTO PSICOLOGICO PER IL CAMBIAMENTO

Il concetto di cambiamento varia in base all'approccio psicologico di riferimento. Ad esempio per il modello cognitivo-comportamentale il cambiamento è inteso come la modificazione adattiva delle cognizioni e dei comportamenti in risposta a stimoli ambientali; nel modello psicodinamico è il raggiungimento di una consapevolezza maggiore di sé e degli altri.

Tante prospettive diverse danno l'opportunità di osservare il cambiamento con una visione più completa, permettendo un approccio pluralistico integrato a questo importante processo.

I processi di cambiamento implicano l'opportunità di esprimere le proprie emozioni, di acquisire e praticare nuovi comportamenti. Un prerequisito fondamentale per l'evoluzione di un sistema è la sua apertura. In questo caso si fa riferimento all'insight. Quando il cliente arriva in terapia è fondamentale capire in che direzione orientare il cambiamento. Tutto dipende dal suo livello di insight. Anche se il cliente ha un buon insight e la volontà di cambiare, potrebbe possedere delle resistenze che si attivano nel momento in cui tenta di avviare il processo di cambiamento; oppure potrebbe voler cambiare qualcosa, che in realtà non rappresenta il reale problema, oppure presentare delle credenze irrealistiche rispetto al cambiamento.

Il counselor deve essere in grado di accogliere l'apertura del cliente e utilizzarla ai fini del cambiamento stesso.

Per descrivere il cambiamento in modo sistematico è utile il modello transteorico di Prochaska che distingue nelle persone che cambiano tre dimensioni: i processi, gli stadi e i livelli di cambiamento.

In riferimento agli stadi, ne vengono individuati sei:

- **La Precontemplazione:** in questo stadio il cliente non ha preso in considerazione l'idea di cambiare, perché non se la sente o perché non vuole.
- **La contemplazione:** il cliente è preoccupato ed inizia a prendere in considerazione la possibilità di avviare un percorso di cambiamento, ma è ancora incerto.
- **La determinazione – preparazione all'azione:** il cliente è impegnato in una fase di progettazione futura del cambiamento; sta considerando cosa poter fare nel concreto.
- **L'azione:** il cliente ha attivamente fatto dei passi in avanti, nel cambiamento, ma non ha ancora raggiunto la stabilità.
- **Il mantenimento:** il cliente ha raggiunto i suoi obiettivi e lavora attivamente per mantenerli stabili.
- **La conclusione o la ricaduta:** si arriva alla conclusione quando il nuovo comportamento è pienamente stabilizzato, senza paura di ricadute o di tentazioni.

STRATEGIE E TECNICHE DI CAMBIAMENTO RISTRUTTURANTI BREVI IN UN OTTICA INTEGRATA

Le tecniche sono di vario tipo e dipendono da diversi orientamenti teorici. È importante che la tecnica sia gestita in modo consapevole, nel rispetto dei tempi e dello stadio di cambiamento del cliente.

Prima di tutto si individua lo stadio di cambiamento, poi si stabiliscono gli obiettivi e infine si decide quali tecniche utilizzare.

In un'ottica integrata le principali tecniche per predisporre al cambiamento sono:

- Parlare con il cliente riguardo al suo essere pronto per il cambiamento
- Dare e chiedere feedback riguardo alla prontezza per il cambiamento
- Sistemare compiti in modo che siano sfide non troppo difficili
- Discutere delle conseguenze del cambiamento

Di seguito vi sono le strategie e tecniche più utilizzate rispetto al momento in cui si trova la persona che richiede aiuto.

STRATEGIE E TECNICHE DEL PRIMO STADIO: LA PRECONTEMPLAZIONE

- Focalizzazione sulla relazione: empatia, ascolto attivo, domande aperte.
- Rispetto: rispettare i tempi del paziente e accettare la possibilità che egli non cambi.
- Identificazione del problema: accogliere le preoccupazioni del cliente.
- Accogliere le resistenze

STRATEGIE E TECNICHE PER IL SECONDO STADIO: LA CONTEMPLAZIONE

- Accogliere l'ambivalenza del cliente e renderla un aspetto normale.
- Sottolineare le aree che presentano le principali contraddizioni: aiutare il cliente attraverso la riformulazione ad avere maggior consapevolezza degli aspetti ambivalenti.
- Sottolineare la libertà di scelta e l'autoefficacia del cliente.

STRATEGIE E TECNICHE DEL TERZO STADIO: LA DETERMINAZIONE

- Condivisione degli obiettivi e di un piano di intervento per raggiungerli.
- Aiutare il cliente a ricordare cosa abbia funzionato in passato per lui.
- Esaminare i bisogni personali.
- Valutare la resilienza del cliente.

STRATEGIE E TECNICHE DEL QUARTO STADIO: L'AZIONE

- Predisporre momenti di verifica per raccogliere i successi ottenuti
- Supportare il cambiamento.
- Analizzare i cambiamenti e i loro effetti.

STRATEGIE E TECNICHE DEL QUINTO STADIO: IL MANTENIMENTO

- Verificare gli effetti benefici del cambiamento rispetto al malessere.
- Pianificare il processo di mantenimento del miglioramento.
- Esplicitare le vulnerabilità e sviluppare strategie per affrontarle.

STRATEGIE E TECNICHE DELLA RICADUTA

- Esplorare il significato della ricaduta.
- Confermare le capacità del cliente
- Normalizzare la percezione della ricaduta.
- Riesaminare l'aspetto decisionale.

Esistono moltissime tecniche che accompagnano il cambiamento del cliente.

- ✓ **TECNICHE AFFETTIVO-EMOTIVE**
- Tecniche della gestalt: drammatizzazione, rilevazione delle incongruenze tra verbale e non verbale; tecnica della sedia vuota, uso del tempo presente e attenzione al qui ed ora, esperienze con la fantasia.
- Tecniche umanistico-esistenziali: ascolto attivo, relazione empatica, focalizzazione.

- ✓ **TECNICHE AFFETTIVO COGNITIVE**
- Tecniche della psicoanalisi: interpretazione
- Tecniche della psicoterapia
- Tecniche dell'Analisi Transazionale

- ✓ **TECNICHE COGNITIVE**
- ✓ **TECNICHE COMPORTAMENTALI**
- ✓ **TECNICHE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI**
- ✓ **TECNICHE ECOLOGICHE**
- ✓ **TECNICHE INTEGRATE** → fototerapia, diario clinico, agenda
- ✓ **TECNICHE IN GRUPPO**
- Tecniche di arteterapia

➤ **Narrazione di sé attraverso il linguaggio e le immagini**

le tecniche narrative si basano sulle attività che sono riconosciute come il risultato di complessi processi integrativi tra varie regioni dei due emisferi cerebrali, e rispondono alla necessità della mente di dare un senso della realtà coerente con la storia personale e con gli schemi culturali in cui l'individuo vive.

➤ **Utilizzo di metafore pedagogiche**

Le metafore riescono a comunicare informazioni importanti senza richiedere spiegazioni, eludendo alcuni meccanismi di difesa

➤ **Feedback fenomenologico**

È un messaggio di ritorno che prevede la restituzione all'individuo degli effetti del suo comportamento attraverso modalità sensoriali, utilizzando una comunicazione senza giudizi, interpretazioni, sostegno, soluzioni, domande indagatorie

➤ **Sintonizzazione con i canali rappresentazionali PNL**

I canali rappresentazionali sono dei canali (visivo, uditivo, cenestesico) attraverso i quali passano le informazioni della realtà esterna al cervello, creando delle rappresentazioni interne specifiche. Una buona consapevolezza rispetto al canale preferenziale utilizzato permette una sintonizzazione, favorendo una comunicazione efficace

➤ **Bilancia decisionale** Tecnica che si basa sull'analisi dei vantaggi e degli svantaggi

- **Ascolto attivo**
Permette di prestare attenzione a tutti i messaggi del cliente verbali e non verbali, ai pensieri e ai sentimenti
- **Empatia specifica**
Favorisce la vicinanza in momenti specifici di apertura al cliente in quanto attraverso la riformulazione di ciò che si è detto, il professionista dimostra di esserci.
- **Tecniche di mediazione creativa per l'autosostegno proattivo consapevole**
- **Tecniche di auto controllo**
Permettono di acquisire la capacità di fermarsi, guardare, ascoltare e pensare prima di agire
- **Tecniche di problem-solving**
Permette di raggiungere la soluzione di un problema attraverso il passaggio di fasi predefinite
- **Genogramma**
Diagramma schematico della famiglia di varie generazioni dove vengono incluse tutte le persone con la data di nascita,
- **Agenda e diario clinico**
Agenda: permette di sviluppare le abilità di pianificazione sulla propria vita
Diario: serve a stimolare l'autorealizzazione e a promuovere la salute psichica attraverso lo sfogo e la possibilità di prendere una distanza psicologica dagli eventi
- **Ecomappa**
Disegno che include tutte le comunità, i sistemi socioculturali, gli amici, le attività, la comunità religiosa, ..., collegate con il sistema famiglia, per poi valutare l'impatto di ogni singola componente
- **Compiti assegnati**
Forma di automonitoraggio, autoosservazione, di strutturazione efficace del tempo
- **Confutazione di pensieri irrazionali e distorsioni cognitive**
Tendono a sottoporre a verifica empirica le interpretazioni errate della persona attraverso l'esplorazione della loro base logica o illogica
- **Tecnica della sedia vuota**
Il cliente parla del qui e ora con persone, eventi o cose del suo passato, contattando qui sentimenti e parti del sé che possono essere state negate e permettendo così il raggiungimento di un livello superiore di integrazione e la chiusura della gestalt
- **Ristrutturazione cognitiva**
Obiettivo: modifica di convinzioni disfunzionali più o meno consapevoli, relative al mondo esterno e a sé stessi, attraverso l'esame delle cognizioni del soggetto in riferimento ad un evento
- **Training di abilità sociali ed espressive**
- **Training di assertività**
Assertività: competenza sociale che caratterizza chi realizza sé stesso manifestando le proprie doti ed esprimendo le proprie esigenze nel contesto relazionale. Il training permette l'acquisizione di una buona competenza comunicativa
- **Modellamento comportamentale**
Obiettivo: rinforzare ogni risposta che si avvicina a quella desiderata per ottenere alla fine il comportamento richiesto
- **Tecniche computerizzate**
Nuove forme di tecnologia utilizzate sia come contatto sociale, relazione, professionale attraverso una comunicazione online, che come tecnica per raggiungere degli obiettivi specifici con software pre-programmati
- **Tecniche proiettive**
Mirano ad attivare un processo che faciliti la conoscenza del soggetto. Aiutano ad esplorare la percezione del cliente in un dato momento e in una data situazione.
- **Tecniche di rilassamento**
Respiratorie, di training autogeno, di rilassamento muscolare
- **Tecniche immaginative**
Modi per evocare e creare simboli e immagini mentali
- **Autosvelamento e autorivelazione**
Tecniche di avvicinamento empatico verso il cliente e di abbassamento dell'idealizzazione fisiologica per umanizzare il rapporto della relazione di aiuto che si sta avvicinando alla conclusione.

8. LA RELAZIONE CLINICA EVIDENCE BASED

L'elemento che connota peculiarmente la psicologia clinica è l'importanza della relazione come strumento e oggetto conoscitivo e trasformativo. La relazione clinica è un processo composito che si articola su un livello conscio, esplicito, verbale, e uno inconscio, implicito e non verbale.

Rogers sostiene che essa rappresenta una condizione necessaria e sufficiente per il cambiamento e per la crescita. Della stessa opinione sono molti altri suoi colleghi.

Ma cos'è la relazione? Una buona definizione è quella fornita da Gelso e Carter che descrivono la relazione come un insieme di sentimenti che terapeuta e paziente hanno l'uno verso l'altro, e il modo in cui questi vengono espressi.

Questa relazione esiste anche quando i protagonisti non sono vicini e presenti fisicamente.

L'importanza della relazione venne sottolineata anche da Freud, il quale la descriveva come composta da un transfert negativo (che riguardava i conflitti e la sessualità) e da un transfert positivo (che riguarda stima e affetto).

È molto importante che il clinico, nella sua relazione con il cliente, sia autentico e disponibile. Nelle fasi iniziali di un colloquio la cosa importante è colludere con il paziente, poi mano a mano lo si aiuta a sviluppare un processo di autoriflessione, che lo porta a prendere consapevolezza del suo status psico-emotivo.

Prima di introdurre la confrontazione però, il cliente deve essere rassicurato e bisogna far sì che in lui si sviluppi un profondo senso di fiducia. Il clinico deve farlo sentire al sicuro, protetto e supportato.

Altro compito del clinico è quello di aiutare i clienti a porre l'attenzione sui loro punti di forza e di debolezza.

Oltre a questo il clinico si deve mostrare paziente, accettante, gentile e rispettoso.

Gli approcci integrati ad orientamento relazionale potrebbero essere descritti in questo modo:

- Lo scopo di questo tipo di trattamento è che il cliente riconosca che i suoi disturbi sono collegati al suo modo tipico di relazionarsi agli altri.
- Il processo consiste nell'acquisizione, da parte del cliente, di un ampio margine di libertà, che permetta di modificare la sua modalità relazionale attraverso un maggiore insight del suo specifico modo di entrare in relazione con gli altri.
- Dal momento che il paziente è inconsapevole di questi metodi di relazione, l'obiettivo è quello di fargli raggiungere una consapevolezza.
- Lo strumento per raggiungere questa consapevolezza è la relazione clinica.

Molto importante è che il paziente deve avere un ruolo ATTIVO nella relazione terapeutica; egli deve sempre essere coinvolto.

Le prospettive ad orientamento analitico articolano le interazioni tra clinico e cliente in tre livelli:

- La relazione reale: aspetti sociali dell'interazione clinico/paziente.
- L'alleanza: impegno e collaborazione orientata al compito
- Transfert e controtransfert: rappresentato da processi inconsci e rappresentazioni reciproche.

CAMPO RELAZIONALE

Il Campo relazione è l'ambito in cui organismo e ambiente co-costruiscono la relazione. In questa co-creazione entrambi sperimentano come e quando esprimere la propria energia.

- Tensione attivatrice: rappresenta l'attivazione reciproca nel campo relazionale.
- La consapevolezza: presente in un dato momento, orienta la relazione.
- L'attivazione delle risorse è paritetica per l'individuo e per l'ambiente.
- Contatto è il momento dell'incontro pieno con l'altro.
- Assimilazione: ancora non si è metabolizzata del tutto l'esperienza che, deve essere destrutturata per essere assimilata.
- Integrazione: l'esperienza diventa il soggetto; se l'integrazione è vissuta consapevolmente permette all'individuo di simbolizzare in modo personale e creativo l'esperienza.
- Ritiro: il ritorno nei propri confini simbolici permette all'individuo di simbolizzare in modo personale e creativo l'esperienza dell'altro.
-

Gelso, Carter e Clarkson individuano cinque dimensioni della relazione:

1. Alleanza operativa: parte della relazione in cui cliente e clinico lavorano insieme; essa riguarda la cooperazione e la collaborazione. Per il buon esito è importante fissare assieme degli obiettivi e stabilire quali sono i compiti da svolgere per poterli raggiungere.
2. Transfert e controtransfert: si tratta del trasferimento di desideri inconsci sull'altro.
3. La relazione riparatrice: è creata dal clinico per fornire un'azione correttiva nei confronti del cliente che ha vissuto relazioni genitoriali carenti, iperprotettive e abusive. Fa riferimento a momenti dell'infanzia del cliente marcati da relazioni traumatiche.
4. La relazione transpersonale: si riferisce alla dimensione spirituale della relazione riparatrice.
5. La relazione da persona a persona: essa è caratterizzata dall'incontro esistenziale tra due persone, nel qui ed ora.

Questi cinque tipi di relazione compaiono in tutti i clienti, ma è difficile che tutti compaiano simultaneamente.

Il contatto rappresenta la chiave della relazione d'aiuto. Il clinico deve essere molto bravo a gestire la relazione con il cliente, altrimenti vi è il rischio che si sviluppi una dipendenza fatale, che non aiuterà il cliente. Molto importante è avere una buona consapevolezza di sé e dei propri bisogni e della relazione che si sta costruendo con l'altro. Se il cliente non riesce a gestire bene la relazione, il clinico deve intervenire, distanziandosi un poco. In questo modo aiuta il cliente a superare la sua dipendenza disadattiva.

Un tema centrale della relazione è la sua immediatezza, ossia il qui ed ora. Il cliente deve essere spinto a parlare del momento presente che sta vivendo; viene anche motivato a pensare alla relazione con il clinico, spingendolo ad esprimere i suoi sentimenti circa la loro relazione.

L'immediatezza aiuta il cliente ad aprirsi e ad affrontare un'esplorazione profonda delle sue preoccupazioni.

Secondo Giusti il clinico dovrebbe gestire un confine adeguato con il cliente, fatto di accettazione, empatia, accoglienza e confronto, per aiutare l'altro a smettere di rinviare e diventare maggiormente protagonista della propria vita. Il rischio è l'immobilità percepita che a lungo andare si può trasformare in sofferenza interna.

Il clinico deve tener conto, anche, della prontezza al cambiamento del cliente, decidendo in base allo stadio in cui si trova, le strategie da adottare.

Dal momento che la relazione ha un grande impatto sull'esito del trattamento, è fondamentale lavorare su di essa. Le modalità relazionali del cliente sono molto importanti, per questo vanno monitorate e ristrutturate se necessario. Prima di tutto però il cliente deve rendersi consapevole di esse. Esistono 4 modi attraverso cui il clinico può aiutare il cliente a raggiungere la consapevolezza rispetto le sue modalità d'interazione.

1. Il primo modo consiste nel modificare la visione della comunicazione; di solito si è abituati a dare importanza ai contenuti della comunicazione; il clinico invece si focalizza sulla dimensione affettiva, mettendo in evidenza i sentimenti e il ruolo ricoperto dal cliente in essa.
2. Viene proposto uno stile relazionale alternativo.
3. Viene spiegato il nuovo modello intenzionale.
4. La relazione clinica viene utilizzata come mezzo per la comprensione diagnostica.

EMPATIA E RELAZIONE

L'empatia è un elemento molto importante nella relazione terapeutica. Un clinico empatico è una persona in grado di mettersi nei panni del proprio cliente, di identificarsi parzialmente con lui, di adottare il suo punto di vista, di sentire le sue emozioni. È molto importante per il clinico empatizzare, in quanto solo così riuscirà a stabilire un buon rapporto con il suo cliente. Tuttavia l'identificazione non deve essere totale, altrimenti non sarà in grado di offrire aiuto. Il clinico deve sempre mantenere la sua professionalità e competenza, dimostrando di essere in grado di aiutare; deve inoltre stabilire un minimo di autorità. Il paziente deve rendersi conto di aver di fronte a sé un professionista.

L'ALLEANZA E LA RELAZIONE

L'alleanza terapeutica è un ulteriore fattore importante nella relazione. Essa consiste nella collaborazione e cooperazione tra terapeuta e cliente. Inoltre fa riferimento al rispetto e alla fiducia reciproca.

I due, cliente e terapeuta, costruiscono assieme la relazione, definendo obiettivi da raggiungere e compiti da svolgere per raggiungerli. Una buona alleanza terapeutica è un fattore predittivo di un buon esito del trattamento. Affinché si costruisca una buona alleanza è importante che il clinico si mostri: disponibile, accettante, non giudicante, collaborativo, gentile, rispettoso ed empatico. Inoltre deve essere creato un ambiente di lavoro sicuro, protettivo, aperto e accettante.

9. L'ALLEANZA E L'EMPATIA NELLA CURA: I VARI MODELLI CLINICI

Luborsky concepisce l'alleanza come distinta in due tipi: l'alleanza di tipo uno indica il rapporto di fiducia esistente tra cliente e counselor. È basata sulla fiducia del cliente sul fatto che il counselor sia un'efficace fonte di aiuto; l'alleanza di tipo 2 si basa sulla fiducia del cliente nel processo di aiuto; il cliente investe su di sé per partecipare attivamente all'andamento e all'esito del processo di cura.

Bordin, negli anni '70, ha formulato il concetto di alleanza di lavoro che rappresenta il raggiungimento di un atteggiamento collaborativo basato su tre elementi: accordo sugli obiettivi, consenso sui compiti e legame tra cliente e counselor.

IL PROBLEMA DELLA ROTTURA DELL'ALLEANZA → le cause della rottura dell'alleanza possono essere molteplici: cliente e counselor possono avere degli schemi di riferimento differenti, ossia una comprensione diversa circa gli scopi e i compiti del percorso; il counselor può aderire in maniera eccessiva al suo modello di trattamento, senza avere la cortezza di sintonizzarsi sugli aspetti emotivi della relazione; lo stile di attaccamento insicuro del cliente e il suo timore nei confronti dell'apertura può portare alla rottura dell'alleanza, anche l'assenza del counselor (per malattia o problemi personali) può portare alla rottura dell'alleanza; un altro fattore è la reticenza del cliente nei confronti del trattamento, oppure il fatto che non è stato lui a decidere di intraprendere un percorso di cura. Inoltre, il counselor può non soddisfare le aspettative del cliente; il cliente non si sente compreso, il counselor può attivare delle difese nei confronti del cliente.

Risultati di svariate ricerche dimostrano che esiste una relazione positiva tra la qualità dell'alleanza e i risultati del trattamento. Alla luce di questi risultati queste sono le principali indicazioni per la buona pratica professionale:

- Una buona alleanza nasce da una buona relazione e dal buon uso che viene fatto degli elementi che la caratterizzano come, empatia, accettazione, sicurezza, fiducia, competenza, supporto, ecc.
- L'alleanza viene costruita dal clinico e paziente.
- Durante le fasi iniziali è importante modulare i metodi per andare incontro alle specifiche esigenze e capacità del cliente e saper creare un ponte tra le aspettative del cliente e quello che il counselor ritiene essere l'intervento più appropriato.
- Il counselor non deve ignorare o interiorizzare le risposte negative del cliente.

Un elemento importante è riconoscere le rotture dell'alleanza e saperle risolvere. Una rottura indica un deterioramento dell'alleanza che si manifesta con mancata collaborazione tra cliente e counselor, sui compiti, sugli obiettivi; oppure con un deterioramento del legame emotivo.

Abilità specifiche per individuare le rotture sono l'autoconsapevolezza, la regolazione affettiva e la sensibilità interpersonale.

L'autoconsapevolezza consiste con la capacità di prestare attenzione alla propria esperienza interiore e ad accrescere la sintonizzazione con le proprie esperienze interiori.

Per regolazione affettiva si intende la capacità di gestire le emozioni negative e di tollerare il proprio disagio e quello dei propri clienti, al fine di mantenere l'attenzione sugli episodi di rottura ed essere capaci di esplorarli.

Per sensibilità interpersonale si intende la capacità di essere empatici nei confronti dell'esperienza del cliente.

Ovviamente, oltre a sapere individuare le rotture, il counselor deve anche saperle risolvere. Le strategie principali suggerite, per questo scopo, sono:

1. Ribadire le ragioni del percorso di counseling, azione possibile se all'inizio c'è stata condivisione e chiarezza rispetto agli obiettivi e alle modalità di percorso.
2. Modificare obiettivi e compiti: significa essere flessibili nell'orientare il percorso per favorire la collaborazione con il cliente.
3. Chiarire malintesi: accorgersi momento per momento dei cambiamenti che avvengono all'interno della relazione ed esplicitarli senza giudicare o valutare.
4. Esplorare i temi relazionali associati alla rottura: quali sono gli elementi che portano alla rottura.
5. Collegare le rotture dell'alleanza a pattern comuni nella vita del cliente

6. Nuove esperienze relazionali: il counselor decide di utilizzare una modalità relazionale nuova rispetto a quelle che ha conosciuto nelle sue relazioni precedenti.

Riparare le rotture è collegato all'esito positivo. Le buone pratiche che sono sostenute dalla ricerca sono:

- I clienti provano spesso sentimenti negativi nei confronti del counseling e del counselor, ma sono riluttanti ad esprimerli per paura delle reazioni di quest'ultimo. Per questo diventa importante essere attenti momento per momento ai segnali di disagio manifestati dal cliente, verificare se si tratta di possibili rotture e nel caso ripararle immediatamente.
- È utile che il cliente si senta sempre libero e sicuro di esprimere i suoi sentimenti e opinioni circa la relazione e il percorso che sta affrontando.
- Il counselor deve assumere un atteggiamento accettante, aperto, non difensivo e non giudicante.
- È fondamentale assumere un atteggiamento empatico.

Le strategie di intervento devono essere estremamente personalizzate e vanno decise di volta in volta, in base alla situazione specifica; l'importante è che mantengono alta la qualità della relazione.

Alcuni autori suggeriscono altri principi base, in merito all'alleanza:

- Il clinico deve essere in grado di comunicare che la responsabilità della rottura è di entrambi e che entrambi dovranno collaborare per trovare delle soluzioni.
- Rimanere nel qui ed ora, tenendo presente che una maggior consapevolezza porta al cambiamento.
- Riconoscere che la relazione cambia costantemente; è importante rimanere sintonizzati con la propria esperienza interiore.
- Enfatizzare la propria soggettività ed essere disponibili ad esplorare il proprio contributo, significa essere aperti alla propria percezione e a quella del proprio cliente, con la convinzione che entrambe sono legittime.

EMPATIA

Grazie agli studi delle neuroscienze è possibile individuare tre principali sottoprocessi riguardanti l'empatia:

- Un processo di simulazione emotiva, che rispecchia gli elementi emotivi dell'esperienza corporea degli altri.
- Un processo concettuale di assunzione di prospettiva.
- Un processo di regolazione emotiva, che consente di attivare compassione e comportamenti di aiuto.

Le componenti primarie dell'empatia sono:

1. Una risposta affettiva all'altra persona, che spesso ne implica la condivisione dello stato emotivo.
2. La capacità cognitiva di condividere il punto di vista dell'altro.
3. Alcuni meccanismi di regolazione che tengono d'occhio le origini di sé e degli altri.

Secondo Docety e Jackson esistono tre maggiori componenti funzionali che interagiscono dinamicamente per produrre l'esperienza empatica:

- La condivisione affettiva tra sé e gli altri che si basa sulla condivisione delle rispettive rappresentazioni.
- La consapevolezza di sé e altro; anche se c'è identificazione, non esiste confusione tra sé e altro.
- La flessibilità mentale necessaria per adottare il punto di vista altrui.

ELENCO DELLE CARATTERISTICHE DELL'EMPATIA E DELLE SUE IMPLICAZIONI PER L'EFFICACIA DELLA RELAZIONE D'AUTO

1. Si è rivelato particolarmente importante che il clinico comprenda la natura del cliente e il suo vissuto emotivo piuttosto che il contenuto delle sue parole. Essere empatici significa entrare nel mondo del cliente e comprendere la sua esperienza momento dopo momento. Il terapeuta entra in risonanza con i mutevoli stati affettivi del cliente, cercando di agire come regolatore nel momento del bisogno. Empatia non significa rispecchiamento completo dell'altro; infatti se il clinico si immedesimasse completamente nel cliente si produrrebbe uno stallo, senza possibilità di crescita. Nella relazione empatica il clinico deve sempre mantenere un distacco tale da permettersi di aiutare il cliente.

2. Le risposte empatiche del clinico devono arricchire l'esperienza del cliente, in modo tale da permettergli di acquisire maggior consapevolezza rispetto agli ambiti che ha difficoltà ad esplorare.
3. Le risposte più efficaci sono: la comprensione empatica, quindi comunicare che l'esperienza del cliente è stata compresa; affermazioni empatiche, che servono a convalidare l'esperienza del cliente, evocazioni empatiche, servono per rendere più viva l'esperienza del cliente, esplorazioni empatiche, che aiutano il cliente a prendere maggiore consapevolezza di quello che è rimasto implicito nella sua esperienza.
4. È importante che il clinico sia focalizzato su quello che il cliente esprime e su cui si concentra la propria attenzione.
5. La manifestazione dell'empatia deve essere calibrata per ogni singolo cliente; deve tener conto di come, quando e con chi e rispetto a quali obiettivi manifestare l'empatia.
6. Il valore aggiunto dell'empatia si manifesta quando il cliente si sente compreso.

10. OLTRE LE RESISTENZE EVOLUTIVE – LA COLLABORAZIONE

Paura del cambiamento del cliente → resistenza come reazione al cambiamento

Corazza caratteriale: insieme delle resistenze e delle difese, che nei diversi individui possono assumere stili e tonalità particolari.

Faribain: resistenza: legame del cliente ad un modo di essere vecchio e prevedibile, che si basa sulla paura di subire nuovi traumi.

Guntrip: resistenza come timore, odiare la debolezza di fronte alle necessità della vita.

Resistenze:

- Di tipo nevrotico: compromettono marginalmente l'esame di realtà e le capacità adattive del soggetto
- Di tipo psicotico: percezione di sé e del mondo alterata

DALLA RESISTENZA ALLA COLLABORAZIONE

Un modo che i pazienti hanno per diventare consapevoli di sé e della propria vita è quello di esprimere il significato che essi danno alle situazioni e l'importanza o significatività attribuita agli eventi.

Quando i clienti diventano consapevoli delle loro risposte soggettive agli eventi diventano capaci di riconoscere le tendenze delle loro azioni. Diventare consapevoli delle proprie resistenze è una tappa fondamentale nel processo di agevolazione della consulenza psicologica. Questo processo avviene in un clima di accettazione ed empatia mostrata dal clinico. Questo permette al cliente di giungere alla costruzione del cambiamento.

Affinché si manifesti un cambiamento è molto importante che la relazione clinico/paziente sia caratterizzata da collaborazione. Il centro dell'attenzione deve, però, essere sempre il cliente. Il clinico deve dimostrarsi disponibile, pronto a stabilire un contatto e ad abbracciare la realtà del cliente.

Carl Rogers ipotizzò che un principale fattore di cambiamento è la comprensione empatica, che permette una de-costruzione del sé fino a giungere ad una sua riorganizzazione. Molta importanza viene attribuita anche all'accettazione incondizionata.

Empatia, accettazione e congruenza sono gli elementi fondamentali della relazione, dove il consulente si pone come strumento collaborativo.

La collaborazione del clinico viene percepita dal cliente sotto forma di 4 tipi diversi di empatia.

- Empatia cognitiva: sentire che il cliente comprende l'esperienza soggettiva
- Empatia affettiva: sentire che il consulente condivide l'esperienze affettive
- Empatia nutritiva: percepire il consulente attento, che offre sostegno e calore
- Empatia condivisa: percepire il consulente empatico quando si rivela al cliente

Collaborare ha a che fare con il ristrutturare dapprima la fiducia di base all'interno della relazione, sulla quale possa poi poggiare la costruzione di un processo di cambiamento.

Creare un legame di collaborazione significa stabilire una fiducia che permetterà al cliente di manifestarsi sempre più liberamente e di coinvolgersi progressivamente per pianificare obiettivi realistici verso il cambiamento. Collaborare significa capire lo stile del cliente e seguirlo, adattando il proprio essere al suo.

Il cliente porta con sé la sua storia e il suo stile di attaccamento, ossia la modalità con la quale sin da piccolo ha imparato a relazionarsi e a difendersi. Questo modello viene portato dal cliente nella relazione con il terapeuta. Solo attraverso una collaborazione il cliente potrà arrivare ad un processo riparativo del sé. Questo processo riparativo fa sé che la resistenza lasci spazio alla fiducia nei confronti della novità.

Quindi, grazie ad una relazione collaborativa è possibile giungere ad una ristrutturazione del sé e giungere ad un cambiamento. Dato che la resistenza al cambiamento è uno dei principali fattori di inefficacia rispetto al trattamento stesso, sarà importante per lo psicologo distinguere tra disponibilità e opposizione al cambiamento. Questa distinzione è spesso difficile perché le resistenze psicologiche sono per lo più sfuggenti, dal momento che possono agire sotto le sembianze della condiscendenza.

Secci ha suddiviso in tre tipologie le più frequenti resistenze nella consulenza:

- La resistenza sì: sono quei clienti che sembrano essere d'accordo con tutto ciò che dice il clinico. Essi annuiscono sempre e non aggiungono niente alle analisi che emergono in seduta. Questa accondiscendenza può essere scambiata per un'elevata motivazione al cambiamento. In realtà questo atteggiamento mostra passività e rifiuto di partecipare al cambiamento. Il cliente non si assume nessuna responsabilità.
- La resistenza no: i clienti sono iper-razionali, critici e svalutanti. Essi adottano comportamenti in totale contrasto con la richiesta della consulenza. Da una parte riconoscono di aver bisogno di aiuto, dall'altra lo rifiutano. Questo tipo di resistenza viene riconosciuto nel comportamento di persone che tendono a rispondere alle domande sviando il tema su altri soggetti o contesti. È chiara una rigidità emotiva, sorretta dal tentativo di controllare l'altro.
- La resistenza sì ma no: le persone sono estremamente accondiscendenti con lo psicologo, appaiono motivate e perfettamente d'accordo, ma di fatto non collaborano. Questo comportamento si traduce spesso in uno stallo, o in un fallimento della consulenza. Questo tipo di cliente cerca nuovi consulenti in continuazione e nuove forme di terapia, ripetendo sempre lo stesso schema: titubanza iniziale, entusiasmo per aver trovato un nuovo psicologo e progressiva riduzione dell'aderenza, sino alla fuga. È convinto che nessuno sarà in grado di aiutarlo. Collaborare con questa resistenza significa stimolare la persona nella ricerca di soluzioni.

TECNICHE CHE IL CONSULENTE PUO UTILIZZARE PER CONDURRE UN CLIENTE ALLA CONSAPEVOLEZZA DELLE PROPRIE RESISTENZE E DIFFICOLTA.

- **Tecnica della giusta distanza:** imparare a mettere il problema alla giusta distanza significa entrare in contatto con l'esperienza senza coincidere con essa. È importante lavorare sul porsi in relazione al problema. Spesso infatti la difficoltà principale è il come relazionarsi al problema, non tanto il suo contenuto. Rispetto al problema il cliente può essere: sopraffatto, troppo vicino, troppo distante e non coinvolto. Il consulente interviene in maniera diversa il basa alla distanza.
- **La bilancia motivazionale:** tecnica utilizzata, soprattutto, per aiutare il cliente a superare i momenti di impasse, ossia quando è indeciso se fare o meno una determinata scelta. La tecnica consiste nel far scrivere su un foglio i pro e i contro di una determinata scelta.
- **Tecnica del paradosso:** questa tecnica consiste nell'utilizzo di un enunciato che si nega e si afferma nello stesso momento, risultando al tempo stesso giusto e sbagliato.
- **Illusione di alternative:** questa tecnica crea l'illusione che vi sia la possibilità di scelta tra due alternative di risposta opposte tra di loro, generando come effetto l'inevitabile cambiamento. Tale tecnica viene usata, di solito, nelle situazioni in cui la resistenza è molto forte, assegnando la possibilità di scelta tra due compiti: uno molto ansiogeno e considerato impossibile e l'altro meno ansiogeno e considerato fattibile.
- **La stella della consapevolezza:** la stella può essere uno strumento utile per approfondire la conoscenza di sé stessi. Offre cinque tipi diversi di informazione: sensazioni, opinioni, sentimenti, intenzioni ed azioni. Essa può essere rappresentata come una stella a cinque punte: la parte centrale rappresenta la realtà, il discorso, il contenuto della nostra attenzione. Le punte servono per prendere coscienza di quali strumenti si usano per l'apprendimento della realtà. Raggiungere la coscienza di sé stessi significa raggiungere la capacità di parlare di sé stessi, esprimere verbalmente le proprie sensazioni, opinioni, le sensazioni, dichiarare le intenzioni e progettare le azioni.
Viene chiesto al cliente di pensare ad una problematica, che verrà inserita al centro della stella; gli vengono proposte le seguenti domande: che cosa hai sentito? Che hai pensato? Che hai provato? Quali sono le tue intenzioni? Che farai?

Questo strumento permette al consulente di individuare i punti in cui si blocca di più.

Per poter agire sulla resistenza è importante far raggiungere al cliente la consapevolezza di essa; è fondamentale agire con cautela. I comportamenti da evitare sono:

- Valutazione: il counselor non deve esprimere opinioni personali di tipo etico o un giudizio nei confronti del cliente; questo indurrebbe ribellione, inibizione e colpevolezza.
- Interpretazione: quando si cerca un significato diverso rispetto a ciò che viene detto. In questo caso il counselor deforma il pensiero del cliente, distorcendo ciò che l'altro voleva dire. Questo induce resistenza, irritazione e disinteresse.
- Sostegno: le risposte del counselor mirano ad apportare incoraggiamento, consolazione e compensazione. L'atteggiamento è molto conciliante, volto a minimizzare l'accaduto. Questo modo di interagire induce l'altro alla dipendenza e sottomissione.
- Soluzione: le risposte del counselor tendono a giungere ad una soluzione immediata del problema, incitando all'azione in modo da sbarazzarsi velocemente del cliente. Questo atteggiamento porta il cliente a sperimentare ansia da prestazione.
- Indagine: le risposte del counselor sono indagatrici, volte a saperne sempre di più, orientando il colloquio verso ciò che sembra importante per il counselor. Questo modo di intervenire induce difesa e reazioni ostili.

Per risolvere tutti questi problemi il counselor deve adottare un atteggiamento empatico.

11. INTERVENTI CLINICO-RIABILITATIVI

La professione dello psicologo comprende l'uso di strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità.

La psicologia della riabilitazione è quell'area della pratica psicologica implicata nell'aiuto alle persone con disabilità, cognitiva o acquisita, ai fini del raggiungimento di un ottimale funzionamento psicologico, fisico e sociale.

ICDH: nasce con lo scopo di dare un ordine classificatorio in termini funzionali, introducendo di termini di menomazione, handicap e disabilità. Venne adottato un approccio biopsicosociale che descrivesse le compromissioni in termini di:

- Impairment, o menomazioni
- Disability, disabilità
- Handicap

5 tipologie di disabilità:

- 1- Confinamento individuale
- 2- Disabilità nelle funzioni
- 3- Disabilità nel movimento
- 4- Disabilità sensoriali
- 5- Disabilità intellettive e relazionali

Nella seconda edizione dell'ICDH venne enfatizzata l'importanza di concentrarsi non solo sul deficit ma anche sulle risorse funzionali di tutte le persone affette da patologie. Menomazione, handicap e disabilità vennero sostituite da 4 dimensioni che spiegherebbero il funzionamento umano:

- Corpo
- Attività semplici e complesse
- Partecipazione
- Fattori contestuali

ICF-2 propone un modello di classificazione di situazioni, e non di persone, in cui i livelli di partecipazione degli individui diventano un importante indicatore di salute, e la disabilità viene considerata come il risultato di interazioni complesse tra individuo e ambiente.

Obiettivi dello psicologo counsellor nella riabilitazione:

- Assistere il paziente nella gestione dei rapporti con le altre figure del team
- Garantire un supporto emozionale
- Promuovere un aumento dell'autoconsapevolezza
- Salvaguardare il grado di autostima e autoefficacia
- Favorire l'accettazione della nuova immagine corporea
- Gestire l'ansia riguardo al futuro sociale e professionale
- Accrescere l'acquisizione di conoscenze circa la gestione concreta dei propri limiti funzionali
- Elaborare eventuali modifiche nei rapporti con amici e familiari.

Il counsellor deve valutare anche l'impatto emozionale che la malattia ha sul soggetto e, attraverso lo studio della sua organizzazione di personalità, identificare una serie di variabili di fondamentale rilievo nel processo terapeutico.

L'obiettivo principale della psicologia della riabilitazione è il potenziamento della qualità della vita attraverso l'aumento delle competenze sociali e dell'autodeterminazione.

Un ruolo di prima importanza per la riuscita degli interventi è rivestito dalla famiglia.

Dal punto di vista progettuale emergono 3 dimensioni che possono fornire la cornice entro cui analizzare e progettare un intervento:

- Funzionamento individuale
- Contesto
- Ciclo di vita

La psicologia della riabilitazione opera con successo nel caso di diverse condizioni cliniche gravi:

- Danni al midollo spinale
- Amputazione di arti
- trauma cranico
- Infarti e disturbi ischemici
- Disturbi neuromuscolari e muscoloscheletrici
- Patologie geriatriche (Alzheimer, Parkinson, demenza senile)
- Sclerosi multipla
- Ustioni gravi
- Perdita dell'udito o della vista
- Malattie croniche
- Patologie psichiatriche
- Patologie oncologiche

Uno dei principali impegni dello psicologo counsellor della riabilitazione nel caso di traumi cranici è quello di valutare l'entità del danno dal punto di vista neuropsicologico → numerose scale validate nel tempo

Sperimentazione italiana

12. GLI STRUMENTI DELLO PSICOLOGO COUNSELLOR

Compito del counselor è quello di aiutare le persone a superare dei momenti difficili che stanno affrontando, attraverso il raggiungimento di una consapevolezza circa le proprie risorse personali e le proprie competenze. Lo scopo ultimo è quello di aiutare la persona a raggiungere i propri obiettivi, attraverso la presa di decisioni autonome e responsabili e la messa in atto di strategie efficaci e costruttive.

La non direttività è una dimensione fondamentale nel counseling; questo significa che non è il clinico ad decidere per il cliente, ma è egli stesso che decide cosa fare e come procedere (ovviamente supportato dal clinico).

Il focus del counseling è la salute della persona e lo sviluppo delle sue risorse personali, dell'autonomia e dell'autorealizzazione. Inoltre in questo processo il cliente assume un ruolo attivo e pro-attivo, diventando

protagonista del cambiamento. Obiettivo primario del counseling è quello di aiutare le persone a raggiungere uno stato di benessere, autonomia e autorealizzazione, in modo da influenzare positivamente la società e il contesto culturale nel quale sono inseriti. Infatti, così come la società influenza l'individuo, anche l'individuo influenza la società. Ciò che porta nel mondo una persona influenza positivamente o negativamente il clima sociale dei suoi diversi ambiti di appartenenza. Le relazioni e le interazioni consentono di mettere insieme risorse positive ed efficaci, per migliorare la qualità della vita delle persone e per promuovere evoluzione e sviluppo.

Da un punto di vista tautologico se le persone stanno bene e se si percepiscono efficaci, anche i contesti in cui esse sono inserite migliorano. Allo stesso modo ambienti ricchi di risorse possono divenire setting, fonte di promozione, prevenzione e sviluppo e soddisfazione degli individui. Gli interventi di counseling sono principalmente mirati all'individuo, anche se possono riguardare coppie, gruppi, comunità e famiglie. Il singolo individuo rimane sempre il punto centrale dell'osservazione.

Molta importanza, negli ultimi anni, è stata attribuita al concetto di benessere e di qualità della vita (prima, invece, si prendeva in considerazione soprattutto la patologia).

Se prima si puntava soprattutto all'estinzione dei sintomi, ora ci si concentra sullo sviluppo delle risorse personali dell'individuo, sulle sue competenze, le sue attitudini e sui modi di essere più efficaci per lo sviluppo di una soddisfacente espressione delle sue potenzialità. La prima forma di counseling va riconosciuta in quello che viene definito **counseling Rogersiano**. Rogers era convinto che tutti gli esseri umani hanno la possibilità di utilizzare le proprie risorse per costruire la loro vita in maniera soddisfacente e per partecipare attivamente e in maniera costruttiva alla vita sociale. Fu Rogers stesso a suggerire che si doveva spostare il focus dell'attenzione sulle risorse dell'individuo, piuttosto che sulla sua patologia e sul disagio da esso esperito. In questo tipo di counseling lo strumento più utilizzato è l'ascolto attivo ed empatico, che veniva considerato sufficiente per guidare il cliente nel percorso di riconoscimento di sé. Negli anni successivi si sviluppa il **counseling gestaltico**. In questa concezione la persona è vista come inserita dinamicamente e proattivamente nella realtà che le appartiene e contemporaneamente nella necessità di ridefinirsi nella relazione con essa, in una sorta di continua sperimentazione creativa e adattiva, volta alla coniugazione soddisfacente delle proprie esigenze e bisogni, con quelli del contesto di vita. Il counselor si prefigge di sostenere e guidare la persona verso la scoperta e lo sviluppo completo delle potenzialità non conosciute, passando attraverso la conoscenza e l'accettazione di tutte le parti del sé, per raggiungere una piena consapevolezza di sé. Il counselor che segue questo approccio utilizza tutta una serie di tecniche finalizzate a far raggiungere al cliente consapevolezza di sé, a risvegliare emozioni nascoste, a far vedere alla persona come si muove nel mondo a risolvere problemi e a creare soluzioni. Il cliente deve essere sempre presente in sé stesso e il clinico lo aiuta a ridefinire in modo diverso la propria realtà. Ridefinendo completamente la propria esistenza la persona potrà divenire più responsabile, più autonoma e più matura.

Il counseling di analisi transazionale è centrato sulla dimensione relazionale della vita. In questa metodologia uno dei principali obiettivi è mettere a fuoco come avvengono le nostre transazioni comunicative, osservando il modo in cui i pazienti si relazionano agli altri (che quasi sempre rappresentano una conseguenza di esperienze passate e che creano automatismi che molto spesso si trasformano in fonte di insoddisfazione e sofferenza).

Il modo in cui le persone si relazionano agli altri spesso hanno un tornaconto personale legato ai bisogni del passato, che si ripetono inconsapevolmente nel presente.

Scopo del counselor è quello di aiutare l'individuo a riconoscere i propri copioni esistenziali e i bisogni passati sui quali si sono strutturati e a modificarli gradualmente, riconoscendo la loro inefficacia e gli effetti spiacevoli che provocano.

Questi modelli hanno degli elementi comuni:

- La necessità degli individui di assumersi la responsabilità della loro vita e di essere fedeli a sé stessi.
- Affrontare le conseguenze relative alla scoperta di ciò che si è realmente.
- Riconoscere ed affermare la propria libertà, nel rispetto degli altri e del contesto in cui si vive.

Altro approccio è il **Counseling sistemico**, che sposta il centro teorico-applicativo della sua attenzione su quello che viene chiamato "tessuto che connette". Con questo termine si indicano le relazioni che si definiscono nel sistema e le dinamiche interne ad esso, che possono creare equilibrio o disequilibrio tra le componenti del sistema stesso.

Infine vi è il **counseling integrato** che è considerato il metodo più utile per rispondere ad esigenze diverse, di persone diverse.

METODOLOGIA E STRUMENTI: SCOPI, METODI DI INTERVENTO E CARATTERISTICHE PERSONALI/METODOLOGICHE DEL COUNSELOR

Il counseling ha lo scopo prioritario di aiutare il cliente a gestire i propri problemi, facendo leva sulle risorse personali. In questo il cliente deve avere un ruolo attivo e deve mantenere sempre la sua libertà e responsabilità nella soluzione di problemi. Questo è possibile attraverso il raggiungimento di una maggior consapevolezza, che consente alla persona di fare un uso migliore delle proprie risorse, rispetto ai propri bisogni e desideri.

Per poter offrire un supporto adeguato e costruttivo il counselor deve possedere competenze professionali e caratteristiche personali/relazionali efficaci.

In particolare le competenze relazionali rappresentano lo strumento di intervento primario del counseling: il colloquio. Le abilità comunicative del counselor sono determinate da atteggiamenti quali l'empatia, l'accettazione incondizionata, la comprensione partecipativa, la fiducia nella costruzione di una buona alleanza terapeutica necessaria per l'adesione ai compiti e per lo sviluppo della motivazione al cambiamento.

I comportamenti e le abilità comunicative del counselor vertono principalmente sulle competenze di ascolto attivo, tecnica formulata dallo psicologo umanista Thomas Gordon.

Per realizzare un buon ascolto è necessario seguire tutti gli step da esso indicati:

1. **L'ascolto passivo:** chi ascolta non interviene e non interrompe, ma si pone in un atteggiamento di ascolto, sia interiore che esteriore, tale per cui entra in contatto con le proprie emozioni e idee del momento, senza rischiare di confonderle con quelle dell'interlocutore. Questo permette a chi parla di esporsi liberamente sentendosi ascoltato.
2. **Messaggi di accoglimento:** si tratta di brevi formulazioni verbali e non verbali, attraverso cui si mostra all'altro la propria attenzione.
3. **Inviti calorosi:** costituiti da brevi frasi o messaggi verbali che stimolano o incoraggiano chi parla a dire di più, ad approfondire quello che sta dicendo.
4. **Ascolto attivo:** chi ascolta riflette il contenuto del messaggio dell'altro, senza modificarlo, ma restituendolo con parole diverse. Chi ascolta svolge diverse funzioni, che riguardano il verificare se il messaggio che è stato comunicato dall'interlocutore è stato compreso in modo corretto, il consentire l'emergere di sentimenti e contenuti emotivi da parte dell'interlocutore, il far sentire chi parla compreso e ascoltato, senza essere giudicato. In questo modo, chi si sta esponendo si sente incoraggiato a proseguire, fino ad arrivare quasi spontaneamente alla soluzione. Comportamenti da evitare sono: espressioni di giudizio, consigli, rimproveri, etichettature, sarcasmo, ordini e direttive, moralizzazioni, soluzioni e suggerimenti, argomentazioni persuasive, critiche, consolazione, minimizzazione degli eventi o delle sensazioni e dare interpretazioni.

In tutti questi passaggi l'assenza di giudizio è fondamentale al raggiungimento di una corretta comunicazione tra le parti e soprattutto consente all'altro di sentirsi libero di esprimere quello che sente senza timori. Questo gli consentirà di svelare a sé stesso, con più semplicità, chi è.

FASI DI INTERVENTO E STRUMENTI PER UN EFFICACE ESITO DEL PROCESSO DI COUNSELING

Il processo di counseling si svolge in fasi consequenziali, che vanno rispettate nella loro scansione temporale e i cui obiettivi e strumenti devono essere ben chiari all'operatore.

Nella prima fase l'obiettivo deve essere quello di aiutare il cliente a riconoscere il problema; il counselor deve far sentire il cliente al centro dell'attenzione. Dovrà quindi mostrare empatia, accettazione e interesse al vissuto della persona. In un primo momento saranno svolti incontri conoscitivi motivazionali, in cui sarà realizzata un'accoglienza che crei motivazione, in modo tale da creare un'adeguata analisi della domanda. Il counselor può utilizzare delle metodiche che portino il cliente ad una consapevolezza più piena di sé e della realtà in cui vive, alla conoscenza del suo sistema di aspettative e attese e al proprio livello di motivazione e speranza.

Il counselor deve aiutare il cliente a chiarire il più possibile il suo problema.

Nella seconda fase l'obiettivo principale sarà quello della ridefinizione del problema, che si svilupperà attraverso tentativi di chiarificazione, fino ad arrivare ad una definizione chiara e completa per entrambi i partner della relazione. Verrà sviluppata la fiducia relazionale e il processo di alleanza.

In questa fase va, anche, verificata l'idoneità del cliente al percorso di counseling, le priorità dell'intervento e va effettuata una previsione diagnostica. In questo momento devono essere, inoltre, condivise regole, obiettivi e tempi. Nei primi tempi di questa seconda fase dovranno essere realizzati un approfondimento e un monitoraggio della consapevolezza del problema da parte del cliente, delle sue capacità, della sua resilienza e delle sue competenze di coping. Inoltre sarà necessario effettuare una ricognizione delle soluzioni fino a quel momento adottate, delle risorse del cliente e delle sue potenzialità. Infine si dovrà creare sostegno, orientamento e agevolazione del benessere, fino ad arrivare a definire un contratto a tempo per la soluzione dei problemi circoscritti e a concordare un onorario previa stesura del consenso informato.

In questa fase il counselor dovrà essere in grado di effettuare una valutazione costante, per monitorare l'impatto sistemico e il cambiamento ipotizzato, per individuare segnali di impasse e riparare tempestivamente le rotture dell'allenza, prevenendo l'abbandono del processo clinico da parte del cliente.

Uno strumento utile in questa fase, che mira al rinforzamento dell'alleanza terapeutica e a comunicare accettazione è il feedback fenomenologico, che mira a rimandare al cliente quanto si è visto, ascoltato ed immaginato rispetto alle sue espressioni e manifestazioni verbali e non.

Un feedback interpretativo infatti, lascerebbe poco spazio all'emergere delle istanze personali del cliente.

Nel momento centrale di questa fase le strategie da mettere in atto saranno indirizzate all'azione e al cambiamento, sempre tenendo sotto monitoraggio il mantenimento della motivazione alla collaborazione nella co-costruzione di un viaggio di crescita.

La terza fase è quella centrale del processo e porta verso la fase di chiusura. Questo processo implica la vera e propria gestione del processo decisionale il quale sarà sostenuto dal counselor, anche se chi prende la decisione è il cliente.

È il cliente che decide come agire; il counselor lo aiuta a prendere consapevolezza degli ostacoli e delle risorse di cui dispone la persona e a costruire delle soluzioni efficaci al problema portato in terapia.

Per raggiungere questi obiettivi verranno utilizzate delle tecniche specifiche, quali la narrazione di sé e gli esercizi di problem solving, che scandiscono in fasi successive il processo decisionale, partendo dall'individuazione del problema, delle cause e delle soluzioni per poi arrivare alla definizione e sperimentazione di soluzioni. Durante questo processo il cliente è sempre sottoposto a valutazione, la quale permetterà di capire se il cliente ha fatto o meno qualche progresso.

Se la sperimentazione delle soluzioni porta ad un insuccesso, counselor e cliente devono capire insieme cos'è andato storto, cercando di ridurre i sentimenti di impotenza e di fallimento esperiti dal cliente, andando a sottolineare la naturalità del fallimento.

Le tecniche principalmente utilizzate in questa fase sono: l'agenda diario, in cui riportare i fatti salienti rispetto la sperimentazione; l'assegnazione di compiti, l'utilizzo del genogramma, uno strumento sistemico-familiare che aiuta a comprendere la struttura e le relazioni familiari su linee generazionali; la confutazione di pensieri irrazionali e le distorsioni cognitive.

Attraverso queste tecniche sarà possibile sostenere il cliente attraverso una ristrutturazione del pensiero e delle credenze personali, che fino a quel momento hanno contribuito a creare situazioni di paura, conflitto e stallo. Questo è molto importante in quanto il pensiero e le credenze personali influenzano in maniera significativa le nostre modalità comportamentali e quindi dell'incidenza che queste hanno nella strutturazione creativa della nostra realtà.

Nella quarta fase, quella finale, sarà realizzata la conclusione della relazione e programmata un'eventuale gestione del follow-up. Questa fase è molto delicata, in quanto da essa dipende il futuro del cambiamento raggiunto dal cliente.

Il clinico dovrà analizzare e valutare i risultati raggiunti e il mantenimento di essi nel tempo ed infine a prevenire le eventuali regressioni. Il lavoro sarà finalizzato al consolidamento degli apprendimenti, in modo da sviluppare nel cliente un efficace equilibrio di regolazione organismica.

Punto focale di questa fase è l'individuazione di difficoltà nella separazione, che verrà affrontata al meglio se sarà stato raggiunto un certo grado di soddisfazione.

Per realizzare una sana e fruttuosa separazione dovranno essere ripercorsi tutti gli sviluppi del processo, i passaggi verso l'autorealizzazione, lo sviluppo di capacità progettuali e l'accrescimento di abilità.

Strumenti e tecniche utili ad un buon esito della fase di chiusura sono: la delucidazione sintetica del lavoro svolto nell'intero percorso, la definizione chiara delle nuove risorse individuate, l'utilizzo di metafore della conclusione e di tecniche creative per la rappresentazione e l'esplorazione esperenziale del momento attuale e dei sentimenti ad esso connessi.

13. LO PSICOLOGO CLINICO COMPETENTE

La competenza è il prerequisito essenziale di ogni prestazione efficace e costituisce l'insieme delle risorse possedute da un individuo di fronte ad un incarico personale; prestazione che include padronanza dei compiti, attività da portare a compimento, determinate caratteristiche personali. Diversi termini descrivono e definiscono i confini nella prestazione efficace: capacità, competenza, abilità e padronanza. Per capacità si intende un ampio spettro di abilità

personali e professionali relative ad uno standard di requisiti; la capacità implica anche il saper monitorare e portare cambiamenti nelle prassi cliniche, sulla base di una riflessione su di sé e sul senso del proprio agire. Per competenza si intende un'integrazione interrelata di conoscenze, acquisizioni tecniche e disposizione personale attuata al beneficio del cliente. Quando il clinico competente utilizza e adatta il proprio bagaglio tecnico generando nuove acquisizioni e conoscenze si evidenziano l'abilità e la padronanza nell'uso degli strumenti, la gestione consapevole degli stessi e la formazione professionale permanente. Lo psicologo clinico competente pensa in modo efficace, creativo, resiliente e flessibile; entra facilmente in sintonia con il cliente, organizzando in modo significativo i dati osservati del campo corporeo e riconoscendone i sistemi rappresentazionali, lo stile di linguaggio, i riferimenti culturali, il sistema di preferenze e attese. Lo psicologo competente esprime un'intensa compatibilità empatica, ed è in contatto emotivo profondo con sé, con il cliente e con lo stato della relazione in atto. Lo psicologo clinico competente agisce secondo strategie unitarie coerenti ed efficaci, sviluppa e mantiene un'alleanza operativa e relazionale forte attraverso la richiesta di costanti feedback da parte del cliente.

Aree di competenza clinica e padronanza per prestazioni efficaci (pag.220)

- 1. La persona**
- 2. Le teorie di riferimento**
- 3. La comunicazione**
- 4. La relazione**
- 5. Competenze di intervento**
- 6. Strategie e tecniche**
- 7. Sviluppo professionale**
- 8. Promozione personale**
- 9. Creatività professionale**
- 10. Etica e deontologia**

Vi sono alcune caratteristiche personali del counselor che consentono di stabilire e mantenere la relazione di aiuto facilitando la crescita del cliente. Un buon counselor lascia i propri problemi fuori dal setting, comunica interesse genuino per il cliente, verbalizza il proprio impegno ad aiutarlo; è attento e comprende una vasta gamma di emozioni, comunica la comprensione del punto di vista altrui, esprime accettazione senza giudicare, evita la critica e l'ostilità; rispetta le differenze, riconosce e accetta diversi punti di vista, mantiene un atteggiamento neutrale verso le manifestazioni di pensiero e di comportamento del cliente, è libero dai pregiudizi e non impone il proprio sistema di valori; rispetta il cliente e lo fa sentire libero nelle sue scelte, esprime fiducia nelle capacità altrui, sviluppa l'autoefficacia, sostiene l'impegno e alimenta la speranza realistica, sollecita l'autoesplorazione e l'espressione di sé, supporta gli sforzi e l'impegno del cliente; è capace di sopportare stress e frustrazione, non dà inizio a lotte di potere con il cliente, rispetta i tempi di cambiamento dell'altro e evidenzia i valori del cliente; presta attenzione al suo benessere psico-fisico in quanto riconosce la sua importanza ai fini di un corretto svolgimento della pratica terapeutica, è consapevole dei propri bisogni personali, dei valori e dei punti di forza. Il counselor competente mostra buone capacità comunicative di base e complesse; utilizza domande aperte e chiuse, padroneggia l'ascolto attivo e ha una comunicazione autentica. Si esprime in modo chiaro e sintetico, è concreto e specifico e utilizza un linguaggio che si adatta al cliente. Sa quando e come utilizzare l'ironia e le metafore. Intende una comunicazione che si basa sulla sintonia con l'altro.

Elemento centrale è la relazione cliente/clinico. Un counselor competente costruisce un contesto di affidabilità relazionale basato sulla comprensione del cliente e della sua visione del mondo; sviluppa un'empatia cognitiva, attraverso cui concorda il modo in cui procederà verso gli obiettivi concordati e un'empatia emotiva che alimenta il senso di sicurezza e la speranza.

Trasmette sicurezza e credibilità al cliente, mantenendo un ruolo professionale. Costruisce una base sicura per un legame di attaccamento compatibile con i diversi stili relazionali e i modelli operativi interni del cliente.

Sa valutare la disponibilità e la prontezza al cambiamento e rinforza i comportamenti positivi.

Sviluppa un'alleanza terapeutica e individua le resistenze del cliente; riconosce e gestisce le rotture dell'alleanza.

COMPETENZE DI INTERVENTO - LA GESTIONE DEL CASO

Una buona gestione del caso consente al clinico di adottare strategie efficienti che avranno maggior probabilità di attuare un cambiamento.

È importante concettualizzare il caso e per farlo in maniera corretta il clinico deve rispondere alle seguenti domande: cosa accade? Perché? In che modo la condizione del cliente rappresenta un problema? Quali sono le risorse disponibili favorevoli al cambiamento? Cosa può essere utile al cliente? Quale ruolo hanno i fattori sociali sulla condizione del cliente?

La concettualizzazione del caso è un processo che inizia sin dal primo contatto con il cliente, fino all'organizzazione significativa delle informazioni diagnostiche e cliniche che consente di pianificare l'intervento più efficace.

Di seguito vengono elencate le competenze essenziali per una concettualizzazione del caso altamente efficace:

1. **Assessment e valutazione iniziale:** vengono raccolte delle informazioni con lo scopo di dare significato alla domanda, al problema o al tema presentato dal cliente. Uno strumento molto utile è il genogramma, ovvero una narrazione genealogica completa dei messaggi familiari prevalenti, della loro utilità e della forza che esprimono.
2. **Competenze nella formulazione diagnostica e clinica progressiva integrata:** formulazione fondata su caratteristiche sintomatiche, descrittive e categoriali, su caratteristiche personali e socio-culturali.
3. **Competenze per l'attuazione del piano di intervento più efficace per la soggettività specifica del cliente:** individuare il focus centrale del processo di cambiamento; mantenere il focus d'attenzione con un'iniziale collusione empatica e con un atteggiamento flessibile e di comprensione rispetto alle divagazioni del cliente; individuare tempestivamente e risolvere gli ostacoli al raggiungimento degli obiettivi desiderati e concordati. I fattori di rischio di fallimento vengono individuati nella fase della formulazione del caso e questo rende più facile gestirne la comparsa durante l'intervento. Si tratta di fattori inerenti al cliente stesso e al counselor, di fattori relativi al setting (difficile raggiungibilità, rumoroso, oppure condizioni mediche del cliente, difficoltà economiche, ecc.), oppure di fattori legati alla relazione.
4. **Aggiornamento dell'evoluzione del processo di cambiamento attraverso resoconti clinici.** Molto importante è il monitoraggio e la valutazione del processo relazionale e degli esiti del trattamento.

14. PADRONANZA DI STRUMENTI E TECNICHE

Il genogramma è una tecnica che consiste in una rappresentazione grafica di un sistema familiare (composto da una, due o tre generazioni). All'individuo viene chiesto di descrivere il suo nucleo familiare, a partire dai membri che lo compongono, descrivendo poi il tipo di relazione che ha con ognuno di essi. Questa tecnica si rivela molto importante in quanto consente alle persone di vedere qual è la posizione e il ruolo che hanno nella loro famiglia, che tipo di influenza hanno avuto, la cultura vigente e il tipo di relazioni che si instaurano tra i membri; consente di osservare il modello relazionale e come questo si tramandi di generazione in generazione. Inoltre getta uno sguardo sul passato, in maniera tale da comprendere meglio il presente e permette infine di gettare un ponte sul futuro. Il genogramma consente alla persona di identificarsi meglio con la famiglia, permettendogli di vedersi nella globalità della propria matrice familiare.

Le informazioni elaborate con il genogramma parlano di:

- Nomi, cognomi, soprannomi di ogni parente.
- Date di nascita e di morte, eventuali gravi malattie, matrimoni, separazioni, divorzi.
- Luoghi di provenienza e di residenza, date di spostamenti o trasferimenti.
- Frequenza dei contatti tra i soggetti.
- Intensità e tipo di relazioni tra gli individui indicati nel genogramma.
- Rotture e separazioni emotivo/affettive.
- Etnia, occupazione, livello socio-economico.
- Cultura di famiglia.

Per ottenere il maggior numero di informazioni possibile è consigliabile lasciare ampio spazio all'espressività delle persone. Molto utili sono le informazioni sulle distanze fisiche ed emotive tra le persone e sulla rete di relazioni tra i membri.

Gli elementi esplorati dal genogramma sono:

- **I miti familiari:** si tratta di regole, usanze, costumi, valori del nucleo familiare che si tramandano di generazione in generazione; ogni membro è tenuto a rispettarle. Il mito funziona come una struttura valoriale e di validazione dei comportamenti; su di esso si struttura l'identità del singolo.
- **Le regole:** queste si tramandano di generazione in generazione; risentono della cultura di appartenenza del nucleo familiare. Se qualcuno le viola la famiglia può ricorrere nel segreto. Una zona in cui stanziano vicissitudini simili e sulle quale vige il silenzio.
- **Il segreto:** prendere consapevolezza con il segreto significa guardare ad una realtà diversa da quella offerta dalla famiglia; significa guardare qualcosa di nuovo. Lo svelamento però ha un lato oscuro, in quanto significa crollo di un'abitudine rassicurante. Quindi lo svelamento del segreto comporta una dose di rischio e sofferenza, che però può portare al cambiamento.
- **Ruoli del sistema familiare:** oltre al ruolo anagrafico e a quello individuale c'è quello relazionale, ossia quello che il sistema familiare assegna al membro e che dipende dalla dinamica dei rapporti e dall'evoluzione dei rapporti stessi nell'ambito del sistema. Ad esempio un figlio può ricoprire il ruolo di padre nel momento in cui il vero padre se ne va di casa o muore.

LA GESTIONE DEL TEMPO E L'AGENDA

In una relazione d'aiuto molto importante è la strutturazione del tempo; essa consente un maggior organizzazione, che ha come conseguenza lo sviluppo di una sicurezza maggiore e un maggior senso di efficacia.

Nell'ambito del counseling psicologico la strutturazione del tempo è di fondamentale importanza per aiutare quelle persone che hanno gravi problemi di disorganizzazione, confuse e incapaci di organizzare semplici attività quotidiane.

In secondo luogo è d'aiuto per quelle persone che lamentano di non avere tempo da dedicare a sé stessi e ai propri desideri e bisogni.

Infine è molto utile per il counselor, in quanto un'ottimale organizzazione del tempo gli consente di non andare in burn-out.

Si inizia sempre dal pianificare semplici azioni, stabilendo dove, quando e con chi fare qualcosa. Orari e luoghi e modalità vengono annotati sull'agenda, sulle cui pagine prenderà forma il ritmo delle azioni che si susseguono. In questo modo la persona saprà sempre cosa deve fare e quando lo deve fare.

Scrivere un impegno, implica la volontà di volerlo rispettare. Rispettare l'impegno produce un grande senso di soddisfazione e autostima.

Un'ottimale gestione del tempo è fondamentale per chi vive profondi stati di stress e ansia. Scrivere i propri impegni permette di avere una visuale più chiara delle proprie attività e in caso di necessità rende più facile la riorganizzazione del proprio tempo.

Rinunciare ad un'agenda potrebbe portare ad avere una visione distorta del tempo, con la conseguenza che la persona crede di averne molto di più a disposizione. In questo modo non riuscirà a fare tutto quello che si era prefissata e la sua autostima crollerà; si sentirà un fallimento.

Per organizzare il tempo in modo efficace è utile partire con il formulare la lista degli impegni; poi è doveroso considerare le priorità e quegli impegni che possono, invece, essere posticipati.

Nell'agenda si prende nota dell'attività da svolgere, stabilendo un limite di tempo entro cui farlo; degli impegni programmati e dei lavori importanti da svolgere un determinato giorno.

L'intero planning deve essere ben visibile.

IL DIARIO

Il diario rappresenta uno strumento di autonarrazione molto terapeutico per le persone. Il diario dà un forte senso di liberazione, in quanto permette alle persone di sfogarsi senza essere giudicate. Le persone possono scrivere di tutto su un diario, il quale permette loro di alleggerire la loro anima. L'uso simbolico della parola sostiene la fase riflessiva nella rielaborazione di emozioni difficili.

Lo strumento consente di creare uno stato di coscienza autocentrato, che facilita il riemergere di aspetti di vita omessi o dimenticati. È utile per analizzare da una giusta distanza i fatti e per vedere ciò che emerso dalla profondità.

La scrittura anamnestica risulta particolarmente utile per le persone ipersensibili, dominate da un passato pesante. Con la scrittura è possibile riparare il passato, progettare e creare il futuro e dare forma al presente.

Nelle attività di counseling questo strumento si propone a persone che hanno una sufficiente integrità delle funzioni dell'io e in una fase della relazione in cui l'alleanza relazionale sia ben sviluppata.

Alcune persone potrebbero presentare un'inibizione nello scrivere in quanto sono convinti di non saperlo fare. In queste situazioni il clinico deve far capire loro che questo non è vero e che hanno solo bisogno di sciogliersi. Quindi potrebbero iniziare con lo scrivere tutto ciò che gli viene in mente, frasi sconnesse, pezzi di canzoni, dialoghi di film, poesie, parole, ecc. Piano piano, continuando così il soggetto inizierà a prendere la mano con il diario e sarà più semplice poi arrivare ad una scrittura spontanea e liberatoria.

Nello scrivere un diario vi è un evidente funzione di sfogo, autocontenimento e autoregolazione.

Di solito nei diari le persone annotano avvenimenti importanti, interni od esterni, che li colpiscono maggiormente; dialoghi interni, stati d'animo, sogni e fantasie; progettazione e realizzazione di obiettivi.

Il diario, assegnato come compito tra le sedute, rappresenta una risorsa importante per costruire la relazione e per mantenere il legame anche durante le separazioni. Molte esperienze sfuggirebbero alla coscienza e alla consapevolezza senza la possibilità di osservarle dalla giusta distanza che il diario offre. Il contenuto è fonte di riflessioni nel setting, e la condivisione del diario con il counselor rappresenta un atto di autosvelamento profondo, che testimonia la fiducia nella relazione e del senso di alleanza.

MINDFULNESS

Mindfulness è la traduzione di "sati" che in lingua pali, il linguaggio utilizzato dal Buddha per i suoi insegnamenti, significa essenzialmente consapevolezza, attenzione, attenzione sollecita. Il concetto di Mindfulness deriva dagli insegnamenti del Buddismo, dello Zen, e dalle pratiche di meditazione Yoga, ma solo dagli anni 70 questo modello è stato assimilato ed utilizzato come paradigma autonomo in alcune discipline mediche e psicoterapeutiche italiane, europee e d'oltre oceano.

Mindfulness è quindi una modalità di prestare attenzione, momento per momento, nell'hic et nunc, in modo intenzionale e non giudicante, al fine di risolvere (o prevenire) la sofferenza interiore e raggiungere un'accettazione di sé attraverso una maggiore consapevolezza della propria esperienza che comprende: sensazioni, percezioni, impulsi, emozioni, pensieri, parole, azioni e relazioni.

Migliorare questa modalità di prestare attenzione permette di cogliere, con maggiore prontezza, il sorgere di pensieri negativi che contribuiscono al malessere emotivo. La padronanza dei propri contenuti mentali e degli stili abituali di pensiero (capacità di automonitoraggio e metacoqnizione) permette maggiori possibilità di esplorazione, espressione e cambiamento di tali contenuti.

Una gran quantità di pensieri negativi deriva dalla critica che il soggetto fa a sé stesso per il fatto di sentirsi ansioso, depresso o a disagio. Ai pensieri negativi (primari) che alimentano i disagi emotivi, si aggiungono ulteriori pensieri improduttivi (secondari) su di sé. Questo meccanismo di autoaccusa e autobiasimo genera una spirale che dà origine al ruminio depressivo. La persona si pone così in una condizione di nemica di se stessa, anziché di alleata di se stessa. L'allenamento della consapevolezza permette di affinare l'attenzione verso questi meccanismi che deteriorano l'umore e depotenziano le capacità di ripresa psicologica o la prevenzione delle recidive depressive. La teoria della mindfulness parte dalla riscoperta di metodi di cambiamento psicologico improntati a modalità intuitive di conoscenza di sé, in integrazione a metodi discorsivi e verbali di risoluzione dei problemi. In altri termini, prima di promuovere la messa in discussione delle convinzioni erronee o irrazionali che generano la sofferenza, il terapeuta agisce aiutando innanzitutto la persona a cambiare la relazione con i propri contenuti mentali. Si è arrivati ad osservare che gran parte della sofferenza dipende infatti dall'identificazione coi pensieri ("io sono i miei pensieri", "i pensieri sono fatti"), mentre il primo passo verso il cambiamento avviene grazie ad un allontanamento cognitivo dalle esperienze che si impongono nel campo di coscienza ("io ho dei pensieri", "i pensieri sono ipotesi").

Tale cambiamento genera la capacità flessibile di operare, quando necessario, un distacco dai contenuti mentali, che consente di osservarli con maggiore chiarezza. Questo distacco (detached mindfulness) diminuisce la reattività automatica che conduce ogni essere umano a profondere rapidi sforzi per evitare la sofferenza. Questi sforzi, ironicamente, possono essere di per sé apportatori di ulteriore sofferenza, poiché si basano su ideali irrealistici di "trasparenza" emotiva, rimarcano l'inaccettabilità del momento presente e pongono gli obiettivi di felicità nel futuro. La mindfulness promuove esperienze di accoglimento del presente, di comprensione più ampia e delicata delle

difficoltà e di tolleranza delle emozioni e delle percezioni negative quali esperienze da includere ed attraversare con equanimità nel proprio percorso esistenziale.

La pratica della mindfulness consente di:

- Diventare consapevoli dei propri pensieri, emozioni e delle motivazioni che spingono i nostri comportamenti.
- Saper descrivere tutto ciò che si prova imparando a non giudicare l'esperienza interiore, ma ad accoglierla e ad accettarla per quello che è.
- Sviluppare la capacità di restare in contatto con il mondo interiore, senza ricorrere a comportamenti dannosi o di fuga.
- Avere una predisposizione mentale al non giudizio, assumendo un atteggiamento non giudicante.
- Concentrarsi su un compito alla volta, direzionando la mente e la consapevolezza sull'attività che si sta svolgendo.
- Essere efficaci.

15. L'INTEGRAZIONE TRA COACHING E COUNSELING

In breve il Counselor è una figura professionale che accompagna un individuo verso la sua realizzazione personale e lo aiuta a sviluppare un senso di benessere; il Coach è, invece, una figura professionale che punta all'organizzazione e allo sviluppo di competenze finalizzate ad una miglior performance.

IL COUNSELLING PSICOLOGICO

Si tratta di una relazione d'aiuto definita da un contratto, che consente agli individui di sviluppare benessere, autonomia, autoefficacia. Inoltre viene posto l'accento sui punti di forza delle persone, i quali renderanno più semplice la risoluzione di problemi intra e intersoggettivi e la prevenzione del disagio.

Anche il potenziale degli individui rappresenta un elemento a cui prestare particolare attenzione, in quanto è utile per la sua autorealizzazione.

Altro obiettivo è quello di sviluppare l'autonomia e l'identità personale delle persone.

In questa relazione lo psicologo counsellor deve mostrarsi empatico, supportivo, rispettoso e deve fungere da guida. Non deve mai imporre le sue idee o spartire ordini, ma si deve limitare a guidare l'individuo.

Ogni persona deve essere riconosciuta nella sua individualità; ogni intervento quindi è strettamente personale.

L'intervento deve essere costruito anche in base alla consapevolezza che il cliente ha del suo problema e alla sua motivazione al cambiamento.

IL COACHING

Il coaching nasce come una tecnica incentrata sullo sviluppo delle potenzialità individuali, finalizzato a raggiungere prestazioni migliori. I coach aiutano le persone ad analizzare in maniera approfondita le proprie risorse e competenze e la situazione ambientale con la quale si devono confrontare, al fine di aiutarli a trovare la strategia migliore da attuare. Inizialmente si sviluppò molto all'interno del mondo del lavoro ed in particolar modo nel campo aziendale; il suo fine era quello di aumentare la produttività.

Ma con il passare del tempo la sua applicabilità ha visto un'enorme espansione; ad oggi esistono coach per ogni cosa: amicizia, relazioni intime, famiglia, studio, allenamento, ecc.

Il coach ha il compito di eliminare i pregiudizi e le credenze che abbiamo su di noi, che risultano estremamente limitanti, sviluppare le nostre risorse e potenzialità, considerare attentamente gli obiettivi che si vogliono raggiungere e liberare la nostra creatività.

Il coach aiuta le persone a raggiungere il cambiamento, attraverso un comportamento motivante.

Il coach lavora su tre livelli che si influenzano a vicenda:

- Sfera personale: vengono incrementate le capacità relazionali e propositive; si migliora la capacità di gestire specifiche abilità comunicative, si accresce l'autostima.
- Sfera professionale: si sviluppano e si utilizzano le potenzialità tecniche, si accresce la motivazione ad accettare sfide professionali, si facilita l'orientamento verso una nuova professione.
- Sfera organizzativa: si enfatizza l'unicità delle risorse umane, si agevola un sensibile miglioramento nella ricerca, ci si rivolge all'intero team.

Il coaching aiuta a gestire delle situazioni temporanee o permanenti con maggiore elasticità e a trovare le strategie migliori per far fronte alle difficoltà e ai continui cambiamenti.

Un coach deve saper infondere la giusta miscela di energia, disciplina e fiducia per essere persuasivo, e per modificare il modo di pensare e approcciare alle emozioni del suo utente.

Egli deve aiutare la persona a credere fermamente che gli obiettivi che ha identificato sono alla sua portata.

Il coach è una persona estremamente energica in quanto funge da motivatore personale. Aiuta le persone ad affrontare le loro paure e a superarle; le aiuta a confrontarsi che sé stessi, le proprie capacità, sogni e potenziali, li aiuta ad esprimersi e a tagliare il traguardo.

Molto importante, in questo lavoro, è la flessibilità, in quanto il coach si ritroverà spesso a relazionarsi con persone estremamente diverse tra loro, con ambizioni, motivazione, paure differenti. Il coach si avvicina al loro mondo, lo comprende e trova grazie a questa comprensione un punto di incontro. Solo così può nascere una buona alleanza, solo così la persona si fiderà di lui e sarà disposta a farsi accompagnare nel processo di cambiamento ed evoluzione. È importante ascoltare con empatia; il coach deve essere presente nel momento, deve accogliere tutto ciò che la persona dice o fa; ogni cosa rappresenta un elemento prezioso al fine di stabilire un legame basato sulla fiducia. Le domande poste devono essere aperte e vanno evitati i perché (che sono accusatori); in questo modo le domande offrono una nuova possibilità di lettura.

La provocazione è una tecnica del coaching molto potente, in quanto viene utilizzata per stimolare la motivazione delle persone. È importante attendere il momento giusto.

È importante far registrare tutto quello che accade per aumentare la riflessività e le capacità di pianificazione e controllo di sé stessi.

Il coach aiuta le persone ad identificare i problemi e a scomporli, trovando soluzioni creative.

Spesso vengono utilizzate delle tecniche di creatività dal momento che facilitano la rottura di schemi di lettura consolidati e liberano energia per alimentare altre prospettive di soluzione.

Tra queste ne citiamo alcune: brainstorming, le mappe mentali (una forma di rappresentazione grafica del pensiero), il visioning (permette al cliente di visualizzare la situazione a risultato raggiunto).

Il coach aiuta il proprio coachee a:

- Chiarire e focalizzare gli obiettivi
- Elaborare e monitorare i programmi concreti
- Aumentare la propria capacità di autovalutazione e flessibilità
- Allenare le nuove modalità di essere e di fare
- Migliorare competenze specifiche, tecniche e relazionali
- Aumentare la fiducia nelle proprie capacità e superare gli ostacoli.

Le due tipologie di coaching più diffuse sono:

- Life coaching: il life coach si basa sull'autorealizzazione delle persone, in riferimento alla loro vita personale e privata. Prende in considerazione solo il presente ed è orientato al futuro. Il passato non viene preso in

considerazione. A differenza di una terapia comune, il coach può incontrare i propri pazienti prima dell'inizio dell'attività; le situazioni informali sono molto importanti per lo sviluppo di una buona alleanza terapeutica. Le persone che si rivolgono ad un life coach generalmente desiderano: migliorare la comunicazione, sentirsi meglio fisicamente ed emotivamente, raggiungere un maggior reddito, svolgere un maggior numero di attività in minor tempo, migliorare la qualità della vita, sentirsi più vicini agli altri, eliminare le controversie della vita, trovare la propria mission, sviluppare un percorso spirituale.

- Business coaching: l'ambito in cui lavora un business coach e quello organizzativo. I principali obiettivi sono: sviluppare una piena attività di successo, gestire meglio i clienti, incrementare i guadagni, individuare ed eliminare costi inutili, sviluppare una buona reputazione professionale, sviluppo degli affari, iniziare una nuova attività, sviluppare piani d'azione, avere successo con una piccola impresa, costruire una cultura di cooperazione dei managers.

INTEGRAZIONE TRA COCHING E COUNSELING

Coaching e Counseling hanno in comune: importanza della relazione, l'esistenza di un setting, la condivisione di comportamenti etici. Entrambe vedono la costruzione di una relazione a due, nella quale l'uno sostiene l'altro e lo agevola nello sviluppo del sé.

Entrambi si basano sul rispetto, sviluppo della fiducia, comunicazione supportiva, empatia, sviluppo di una collaborazione motivata verso obiettivi condivisi, sviluppo di un legame centrato sull'obiettivo, miglioramento dell'adattamento, sviluppo di positività e promozione del benessere, centramento sulle potenzialità e risorse della persona, infondere fiducia e presentare occasioni di cambiamento.

16. VALUTAZIONE E CONCLUSIONE DEL COUNSELING PSICOLOGICO

Per quanto riguarda la valutazione di un processo terapeutico, ad oggi, ci si avvale prevalentemente di self-report, questionari autosomministrati che vengono somministrati al paziente alla fine delle sedute terapeutiche.

Consentono di misurare aspetti diversi del processo terapeutico, dalla prospettiva di chi, in prima persona riceve il trattamento. Ad esempio vi è la Outcome Rating scale (ORS). Viene utilizzata per valutare l'andamento dei risultati e indaga diversi aspetti: benessere personale, famiglia e relazioni, lavoro, scuola e amicizie, benessere generale.

Molto importante è, anche, la valutazione degli esiti di un percorso terapeutico. Attraverso questa valutazione si indagano i cambiamenti avvenuti nella persona. Essa comporta la necessità di studiare gli effetti del trattamento stesso al passare del tempo; implica lo studio di due variabili: il trattamento e il post trattamento.

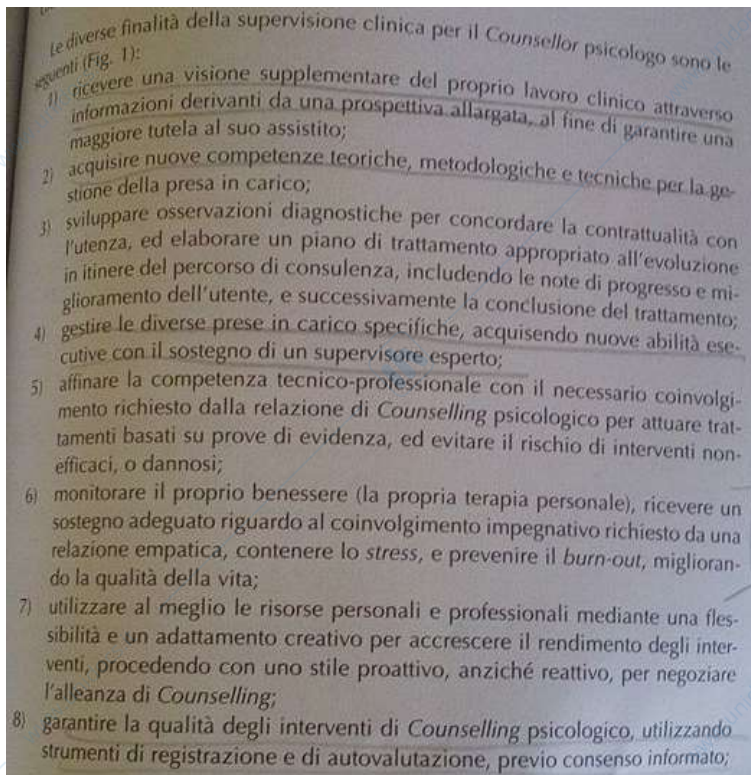
Per verificare l'esito di un trattamento è molto importante sapere qual era il funzionamento dell'individuo prima di esso. Quindi gli strumenti vengono somministrati prima del trattamento, durante e dopo (follow up).

17. VERSO LA PROFESSIONE: LA SUPERVISIONE CLINICA

Le finalità di una supervisione clinica per il Counsellor sono:

La supervisione può essere attuata in diverse forme: individuale, di coppia, in gruppo o sotto la guida di un professionista esperto. L'obiettivo è quello della crescita personale del supervisionato.

Nel primo incontro si stipula un contratto di supervisione in cui si stabiliscono gli obiettivi motivazionali, le modalità e lo stile di svolgimento; inoltre vengono prese in considerazione anche le strategie applicative che evidenziano i punti di forza e risorse del cliente e dello psicologo. Devono essere specificati anche tempi e strumenti di verifica.



9) ricevere indicazioni per situazioni problematiche.

10) misurare assieme al supervisore la coerenza delle proprie prestazioni.

11) ricevere informazioni aggiornate sull'etica e la deontologia.

12) utilizzare al meglio il controtransfert.

13) personalizzare il proprio intervento di counseling.

14) sviluppare competenze motivazionali al trattamento migliorativo.

TRE LIVELLI ORIENTATIVI DELLA SUPERVISIONE

Un primo livello è rivolto alla valutazione delle competenze di base e della conoscenza dei principi generalizzabili e replicabili che facilitano il processo di counseling. Un secondo livello riguarda l'aspetto diagnostico, con utilizzo di strumenti standardizzati di valutazione dei sintomi e possibilità di dare senso alle esperienze del cliente, incluse le disfunzioni comportamentali. Vengono prese in considerazione anche le competenze acquisite dallo psicologo counselor, che riguardano:

- Aspetti intrapersonali, autonomia, coraggio, principi etici, determinazione, elasticità mentale.
- Aspetti interpersonali: capacità di ascolto in profondità, elevate capacità comunicative, modo di presentarsi in base al contesto professionale.
- Aspetti funzionali: perfezionismo specialistico, capacità di problem solving e decisionalità.
- Conoscenza approfondita degli aspetti etici e deontologici della propria impresa professionale.
- Capacità di pianificare strategie a breve, medio e lungo termine.

Il terzo livello si focalizza sull'autodirezionalità e originalità dello psicologo Counsellor, in grado di attuare interventi ad alto livello.

Prima di dare inizio ad un incontro di supervisione è opportuno che lo psicologo Counsellor rifletta sugli obiettivi che desidera raggiungere durante la sessione. I supervisori svolgono diverse attività tra cui: informazione, assistenza, feedback, autosvelamenti di eventuali loro perplessità, sostegno nel processo di cambiamento, aiutano ad ampliare la consapevolezza, l'accettazione e l'espressione delle emozioni vissute dal counsellor.

La strategia dell'intervento di supervisione può essere: facilitante (atmosfera che comunica fiducia), confutativa (evidenzia le discrepanze tra credenze/pensieri ed emozioni/comportamenti al fine di accrescere la congruenza); concettuale (attribuzione di significato); prescrittiva (vengono fornite delle istruzioni per l'attuazione di un piano d'azione); fluidificante (consente di risolvere situazioni di stallo attraverso il cambiamento e l'adozione di prospettive diverse che favoriscono la crescita di una riflessione inclusiva e integrata).

18. MARKETING E VISIBILITÀ DELLO PSICOLOGO COUNSELLOR

Quando si parla della professione psicologo si tende a porre l'attenzione, essenzialmente, al suo ruolo di guida e di aiuto. Lo psicologo, infatti, è colui che attraverso tecniche e teorie specifiche aiuta una persona che sta vivendo un momento difficile nella sua vita. Meno spesso vengono presi in considerazione aspetti più tecnici e pratici, come il compenso. A volte può risultare strano parlare di soldi in questo ambito, in quanto chi fa lo psicologo è mosso dal desiderio altruistico di aiutare chi ne ha bisogno; non sembra accettabile l'idea di guadagnare sulle sofferenze altrui.

In realtà parlare di denaro è del tutto normale, dal momento che lo psicologo è una professione al pari di molte altre. Uno psicologo deve accettare questo aspetto del suo lavoro e gestirlo al meglio. Non è cosa semplice decidere un compenso. Esso deve essere stabilito sulla base di diversi criteri: costi del locale utilizzato, costi della formazione ricevuta, tasse, aggiornamento continuo, quota di iscrizione all'ordine, commercialista ed eventuali supervisor.

⚡ Ovviamente devono essere prese in considerazione le proprie competenze specifiche. Lo specialista deve essere in grado di costruire un corrispettivo economico soddisfacente per il rapporto tra servizio offerto e servizio ricevuto. La mancanza di un compenso adeguato può minacciare il processo clinico stesso, in quanto il clinico percepisce di non essere ricompensato come merita.

Oltre agli aspetti legati al compenso, va presa in considerazione anche la pubblicità; il marketing del counseling.

Un terapeuta, per farsi conoscere, deve necessariamente farsi pubblicità. È molto importante l'immagine che vuole dare agli altri di sé. Il primo passo è proprio quello di definire chi siamo, e per fare questo è necessario sviluppare un'attività chiamata PERSONAL BRENDING. Attraverso di essa il clinico si presenta, mettendo in evidenza i suoi titoli professionali, il suo orientamento, le sue specializzazioni, le sue competenze professionali e personali, ed il compenso ovviamente. L'obiettivo è quello di comunicare la sua individualità agli altri in maniera consapevole.

Attraverso il personal branding il Counsellor si definisce professionalmente, offre informazioni sul suo modo di lavorare, previene il burn out (dato che sviluppa un'attività che sa fare bene e di cui riconosce le modalità attraverso una personalizzazione abbastanza accentuata, offrendo ai clienti una buona assistenza ad un prezzo giusto).

Il personal branding dovrebbe rispondere alle domande: chi sei? Cosa fai e come lo fai? Perché sei meglio degli altri? perché il tuo prezzo è quello giusto?

Così ha inizio lo start up del Counsellor, ossia l'avvio della sua professione. Avviare l'attività è un'impresa molto complessa, in quanto ci sono diversi aspetti gestionali che vanno considerati: soldi a disposizione, concorrenza, servizi offerti, normative legate agli aspetti fiscali, ecc.

Ci sono 9 domande a cui un counsellor dovrebbe rispondere:

1. Cosa offre il servizio offerto.
2. Perché viene comprato.
3. Qual è l'ostacolo principale alla vendita.
4. Qual è la cosa che si potrebbe fare per ricevere più feedback da clienti.
5. Se aveste zero entrate, in quanto tempo dovrete chiudere a partire da oggi.
6. Se qualcuno vi presta 10000 come li usereste per implementare la vostra attività.
7. Quali delle vostre business operation non sopportate.
8. Quali iniziative possono essere parzialmente svolte, senza avere un impatto significativo.
9. Se aveste la possibilità di parlare con un guru della vostra attività, cosa gli chiedereste.

IL WEB

Al giorno d'oggi la tecnologia rappresenta un elemento che fa sempre più parte delle nostre vite. Ormai internet è diventato uno strumento che consente di fare moltissime cose. Tra queste vi è la pubblicità. Un counselor dovrebbe prendere in considerazione l'idea di costruirsi un sito personale, per sponsorizzarsi, dal momento che, soprattutto all'inizio della sua professione, è conosciuto solo nella sua città o al massimo nella provincia in cui opera.

Oltre ad un sito specifico e personale, i professionisti possono utilizzare dei social-network per farsi conoscere; tra i più famosi vi è facebook e linkedin (sito di business). In questi vengono create delle pagine personali contenenti innumerevoli informazioni circa la propria persona e la propria attività. I social network danno l'opportunità di farsi conoscere a quante più persone possibili.

Molti psicologi counsellor utilizzano seminari e incontri gratuiti per promuoversi e per fare esperienza in pubblico; in questo caso avere uno strumento gratuito e così diffuso come un social network, risulta molto efficace per la divulgazione degli eventi.

I siti di uno psicologo Counsellor devono contenere informazioni sul percorso formativo, le certificazioni, le pubblicazioni effettuate, la tipologia di approccio, il target a cui è rivolto e le modalità di contatto. Deve essere ben chiaro quali sono le competenze e i bisogni che si propone di soddisfare; mettere in evidenza i punti di forza e in cosa i servizi offerti differiscono dalla concorrenza.

Ovviamente un sito offre un'enorme opportunità di pubblicità, ma non serve a nulla se il sito stesso viene sponsorizzato. Per questo scopo esistono principalmente tre strategie:

- Comunicazione e pubblicità offline: una soluzione potrebbe essere quella di inserire l'indirizzo web del sito su qualsiasi materiale informativo che lo psicologo diffonde (biglietti da visita, volantini e brochure).
- Traffico web organico: altra strategia è l'utilizzo consapevole ed efficace delle parole chiave, che fanno salire il sito in cima alla lista di un motore di ricerca.

- AdWords di Google: offre la possibilità di creare un annuncio pubblicitario attraverso determinate parole chiave. Quando l'utente ricerca determinate parole chiave, il motore visualizza l'annuncio. Se l'utente vi cliccherà sopra sarà reindirizzato al sito web.

NEWSLETTER E MAILING LIST

Una volta creato il proprio sito potrebbe essere utile creare una news letter. Si tratta di un notiziario scritto, che aggiorna tutte le persone che hanno aderito alla mailing list sulle attività del sito. Sono molto vantaggiose in quanto possono raggiungere un gran numero di persone, hanno grandi vantaggi economici, abbattano i costi di stampa e spedizione, permettono una facile interattività fra chi produce e chi riceve.

E-BOOK

Pubblicazione elettronica di un libro; molto vantaggiosa in quanto vengono ridotti i costi di stampa e pubblicazione. Alcuni autori permettono alle persone di scaricare gratuitamente da proprio sito un e-book; questo permette di aumentare la promozione.

19. LA PROMOZIONE DI UNA PSICOLOGIA DELLA SALUTE

Innanzitutto; cosa si intende per salute. Per un lungo periodo la salute veniva connessa, semplicemente, all'assenza di malattia. Con il passare del tempo però questa definizione venne considerata sempre meno soddisfacente ed esaustiva. La salute è qualcosa di più.

Già Freud se ne rese conto, in particolar modo grazie ai suoi studi sulle nevrosi e sull'isteria in particolare. Egli si rese conto che le persone affette da una patologia psicologica presentavano malesseri a livello fisico; quindi venne ipotizzata una relazione tra mente e corpo. La mente è in grado di influenzare il corpo; se la psiche esperisce un malessere, la stessa cosa accade al corpo. Si espande in questo modo il concetto di psicosomatico.

Se la psiche sta bene, anche il corpo sta bene.

Non solo Freud e gli psicoanalisti individuano questa interrelazione; anche le discipline appartenenti al comportamentismo, cognitivismo, alla neurologia notano l'esistenza di questo importante legame.

Ad un certo punto si arriva ad un modello biopsicosociale (superando quello biomedico), che postula l'esistenza della relazione appena descritta.

Questo modello incorpora spiegazioni multifattoriali della salute:

- Aspetto biologico (come virus e malattie)
- Aspetto psicologico:

Cognizioni come aspettative riguardo alla salute; Le emozioni, come la paura per il trattamento; Il comportamento.

- Aspetto sociale:

Le norme sociali e le pressioni esterne nell'attuare determinati comportamenti; i valori sociali riguardanti la salute e la classe sociale ed etnicità.

La salute viene considerata come uno stato di benessere generale, che include la sfera emotiva, sociale, e medica.

La salute è un concetto che può essere inteso in molti modi; alcuni lo riferiscono a condizioni mediche, altri emotive, altri economiche, altri ancora sociale. Un fattore molto importante è quello culturale, il quale influenza in maniera significativa l'accezione che si dà alla salute e i comportamenti che vengono messi in atto in ogni fase della malattia.

Ad esempio, in occidente la salute è principalmente connessa all'assenza di malattia e i tipi di trattamento più frequenti sono i medicinali e gli interventi chirurgici.

In Cina la salute è connessa all'equilibrio tra ying e yang, tra caldo e freddo e al mantenimento dell'anima; i trattamenti più diffusi sono l'agopuntura, le erbe e la medicina tradizionale cinese in generale.

In India, il concetto di salute è legato all'equilibrio tra mente e corpo e corpo e spirito; i trattamenti più diffusi sono pratiche yoga, meditazione, aromaterapia, massaggi, panchakarma e erbe.

In Messico, invece, è importante l'armonia spirituale, mentale e fisica; si ricorre soprattutto a pratiche spirituali.

Gli indiani del Nord America concettualizzano la salute come armonia con la natura e ricorrono alla capanna sudatoria, preghiere, erbe e ruota della medicina.

Infine ci sono gli Americani del Nord America che prevengono la possessione demoniaca attraverso l'esecuzione di particolari riti magici.

Come si può notare vi è un elemento che accomuna le diverse concezioni di salute: questo elemento è l'equilibrio.

PSICOLOGIA DELLA SALUTE

La psicologia della salute nasce negli USA intorno agli anni '80. Essa viene descritta come l'insieme dei contributi specifici della disciplina psicologica mirati alla promozione ed al mantenimento della salute, alla prevenzione e al trattamento della malattia, all'identificazione dei correlati eziologici e diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate.

La psicologia della salute si è diffusa in maniera notevole negli ultimi decenni; questo perché c'è stato un aumento dell'infertilità e un numero sempre più elevato di persone che vivono con un problema di salute di qualche genere. Si è rivelato importante, a questo proposito, individuare la tipologia di personalità più a rischio di tali malattie. Alla radice di queste malattie e della morte prematura nel mondo occidentale si può riscontrare lo stile di vita e determinati stili comportamentali quali il fumo, alimentazione ricca di grassi o di zuccheri, alcool e droghe, ecc. Questi stili comportamentali possono essere modificati e la psicologia gioca un ruolo fondamentale nell'incrementare modi di vita più salutari, sia per quel che riguarda la loro promozione che il loro mantenimento.

La psicologia della salute enfatizza come la salute e la malattia rappresentino un continuum, ed esplora come i fattori psicologici influenzino la salute in ogni suo stadio; dall'esordio della malattia, alla ricerca di aiuto, all'evolversi della malattia.

Gli psicologi della salute si occupano di:

- **Miglioramento dei servizi sanitari:** aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari di cura, fornire informazioni per aiutare le persone ad adottare scelte sane, per evitare situazioni di rischio; analizzare il funzionamento della salute pubblica e lavorare con servizi sanitari per creare specifiche strutture; progettare e monitorare interventi per migliorare i sistemi sanitari; proporre delle consulenze specializzate e mirate alle malattie.

- **Ricerca:** fornire consulenze esperte e collaborazioni in studi specifici, cercare di capire perché alcune persone adottano comportamenti sani ed altre no; analizzare i comportamenti che mettono a rischio la salute e capire come essi potrebbero essere cambiati per prevenire la malattia.
- **Insegnamento e comunicazione:** formare professionisti che operano nell'ambito della salute; insegnare skill comunicative; agevolare il sostegno dal parte del sistema familiare e degli amici.
- **Gestione della malattia/condizione cronica:** aiutare le persone a gestire in maniera efficace la propria malattia e le relative emozioni; insegnare ai pazienti a monitorare la malattia e a ricordarsi di seguire i trattamenti indicati; sviluppare programmi educativi per cambiare comportamenti non funzionali; assistere le persone nell'affrontare la fase terminale della malattia, l'impatto della perdita ed il lutto.
- **Promozione della salute e dei cambiamenti comportamentali:** prevenzione delle malattie; promozione del benessere; assistenza per promuovere comportamenti e stili di vita più sani; interventi per ridurre i sintomi che possono contribuire alla malattia.

Esistono tre approcci principali:

- **Approccio al cambiamento comportamentale:** modifica i processi cognitivi e comportamentali delle persone.
- **Approccio del self-empowerment:** i cambiamenti avvengono se le persone hanno la sensazione di avere il controllo sull'ambiente sociale ed interiore.
- **Approccio dello sviluppo della comunità:** riguarda la relazione tra lo stato di salute dell'individuo e il contesto sociale e di salute dell'ambiente in cui vive.

IL COUNSELLOR COME PROMOTORE DI UNA PSICOLOGIA DELLA SALUTE

Gli individui si differenziano in base al locus of control percepito rispetto alla loro salute. Alcuni si sentono responsabili di essa, altri credono che dipenda da fattori esterni, come il caso o la fortuna.

Altro aspetto importante è la percezione del rischio. Il perseverare in comportamenti non salutari è dovuto a percezioni non appropriate del rischio. Succede anche che le persone pensino che un comportamento salutare possa compensarne un altro non salutare.

Anche l'accezione personale di dolore permette di considerare la salute a livelli diversi. Non tutte le persone soffrono o vivono la malattia allo stesso modo; dipende dal loro grado di sopportabilità e di resilienza.

Il dolore non è semplicemente un'esperienza sensoriale, bensì un fenomeno psicobiologico complesso influenzato da fattori psicosociali.

Per questo esistono particolari cliniche per il dolore che hanno lo scopo di: migliorare il funzionamento fisico e lo stile di vita, affidarsi meno ai farmaci e ai servizi medici, migliorando invece il controllo personale, incentivare il supporto familiare con l'obiettivo di diminuire la noia, l'ansia e gli atteggiamenti di ruolo del malato.

Un counsellor dovrebbe tener ben a mente questi aspetti per promuovere il benessere, la salute e la qualità della vita di ciascun cliente.

Altri obiettivi sono:

- Aumentare le competenze di coping, la hardiness, la resilienza, la motivazione e l'autodeterminazione.
- Migliorare le capacità di prendere decisioni, di problem solving e di senso critico.
- Potenziare la gestione delle emozioni e dello stress attraverso la mindfulness.
- Sviluppare creatività e passione.
- Incrementare la capacità comunicativa, l'assertività e in generale le capacità relazionali e interpersonali al fine di aumentare le qualità delle relazioni sociali.

20. IL COUNSELLING PSICOLOGICO E IL WEB

Negli ultimi anni il counseling è approdato nel mondo di internet. Al giorno d'oggi la tecnologia è molto evoluta e ormai diverse discipline si avvalgono di essa per diffondere la loro pratica. Il counseling è una di queste. Ma come può funzionare un'attività psicologica attraverso internet?

Innanzitutto in internet possono essere creati dei siti specifici per la diffusione di informazioni inerenti a determinate condizioni e patologie; si possono creare dei blog o dei forum in cui le persone possono esporre la propria esperienza e dare o chiedere consigli, il tutto supportato da un clinico esperto ovviamente. Inoltre quest'ultimo può mettere a disposizione delle persone un contatto e-mail, in modo tale da essere sempre disponibile in caso di necessità.

Oltre al contatto via mail, può utilizzare anche il servizio di instant messaging o la video chat.

Quali sono i vantaggi e gli svantaggi di questo servizio?

- **VANTAGGI:** *costi inferiori, possibilità di ottimizzare il tempo* (alcune persone non riescono a dedicare il proprio tempo ad una terapia, quindi il fatto di poterla svolgere comodamente a casa potrebbe rappresentare un elemento motivante, dato che la persona non deve spendere tempo per gli spostamenti), il paziente può essere *più motivato a parlare della propria esperienza* in quanto è nascosto dietro un computer (questo soprattutto nel caso delle e-mail e delle chat); *maggior senso di sicurezza e di agio*, in quanto la persona si trova a casa sua, in un contesto a lei familiare; rende il cliente meno ansioso rispetto al ricevere aiuto, facilita la discussione dei problemi, può raccogliere i bisogni di clienti che non possono spostarsi.
- **SVANTAGGI:** le persone potrebbero esperire un senso di scarsa alleanza in quanto non hanno una relazione faccia a faccia con il terapeuta; la relazione vissuta potrebbe sembrare poco reale; questo potrebbe portare le persone a mancanza di motivazione; potrebbe esserci una probabilità maggiore di mentire, dato che il terapeuta non può vedere le reazioni del paziente; in relazione a questo un altro svantaggio è proprio l'impossibilità nell'osservare la comunicazione non verbale; problemi tecnici come una connessione poco funzionante e dispositivi scarsi (soprattutto nel caso delle video conferenze); riduzione della vicinanza emotiva, problemi di comunicazione, il cliente può fornire informazioni errate; sensazione di non essere considerato; mancanza di legame emotivo; difficoltà ad esprimere emozioni attraverso il testo scritto.

15. IL COUNSELING PSICOLOGICO NEI GRUPPI

Per counseling si intende un intervento psicologico volto a promuovere il benessere individuale e a potenziare le abilità personali al fine di incrementare l'efficacia con cui l'individuo fa fronte alle esigenze comuni della vita sia a livello personale che interpersonale migliorando la qualità della sua esistenza.

Si tratta di un intervento rivolto a migliorare le competenze e le potenzialità degli individui in modo tale da permetter loro di affrontare le sfide della vita in maniera costruttiva.

Il lavoro di gruppo risponde bene ad esigenze di sviluppo, integrazione e creatività, sia individuale che sociale, in quanto costituisce un utilizzo economico del tempo professionale ed un efficace strumento di sviluppo delle capacità interattive e relazionali sia in ambito socio affettivo che lavorativo.

Il gruppo rappresenta un contenitore che, fungendo da laboratorio o da palestra esperienziale fornisce la possibilità di sperimentare nuovi modi di relazionarsi e di esprimere i vissuti e difficoltà personali in un contesto protetto. Secondo Rogers il gruppo permette di entrare in contatto con gli altri con il conseguente superamento del disagio esperito.

Il gruppo stimola la crescita individuale e a migliorare la comunicazione, attraverso un processo di esperienza diretta.

All'interno del gruppo gli individui sono spinti a esprimere i propri sentimenti ed il clinico attraverso il gruppo agevola la risoluzione dei conflitti, che sono alla base delle relazioni disturbate.

Sono molti gli approcci che utilizzano il gruppo come modalità terapeutica.

Prima di inserire una persona all'interno di un gruppo terapeutico è indispensabile sottoporla ad una serie di colloqui per vedere se è in grado o meno di funzionare costruttivamente all'interno del gruppo; non vanno introdotti soggetti che potrebbero ostacolare l'andamento della terapia.

Il clinico deve valutare i singoli aspetti della personalità degli individui prima di inserirli all'interno del gruppo.

Il gruppo è consigliato per individui: ansiosi con problemi verso l'autorità, dipendenti, con problemi interpersonali, che possano sentirsi stigmatizzati, con la tendenza a dare eccessivo potere al counsellor, con limitate risorse economiche.

TIPOLOGIE DI GRUPPI: gruppi eterogenei, formati da componenti che presentano disagi differenti, ma difficoltà interpersonali simili; gruppi omogenei, i cui membri vengono selezionati in base ad un elemento comune, cioè alla presenza in essi di un tipo di malessere simile.

L'inserimento nei gruppi eterogenei è indicato per i clienti i cui problemi più pressanti riguardano la sfera emozionale e delle relazioni interpersonali correnti, sia all'interno che all'esterno dei legami familiari.

L'inserimento in gruppi omogenei, invece, è indicato per i clienti che presentano un disagio specifico, il quale si configura anche come primo motivo di assegnazione a quel particolare gruppo.

Ogni gruppo è unico e tende a progredire verso un sistema sempre maggiormente integrato e strutturato con una propria energia dinamica interna. Sono previsti cinque stadi di sviluppo dell'individuo che caratterizzano il percorso evolutivo:

1. **Forming:** in questa fase i membri del gruppo dipendono dal leader; essi cercano di conoscere il gruppo per capire come agire.
2. **Storming:** il clima che caratterizza il gruppo è di ribellione nei confronti del leader, di ostilità reciproca tra i membri, di rifiuto del compito e di resistenza alla formazione del gruppo.
3. **Norming:** periodo normativo; indica un clima positivamente orientato nei confronti del gruppo, la coesione e l'impegno affinché funzioni, l'elaborazione di regole da applicare alla vita, ai compiti, alle relazioni all'interno del gruppo.
4. **Performing:** periodo di prestazione; caratterizza il gruppo ormai maturo e focalizzato sul compito, poiché sono stati ormai risolti i problemi di relazione all'interno del gruppo.
5. **Adjourning:** periodo della sospensione: riguarda la fase finale del gruppo, caratterizzata dal disimpegno soprattutto emozionale come mezzo per prepararsi alla conclusione dell'esperienza.

Poi vi è il modello di Forsyth che individua cinque fasi:

- La prima ha una funzione di tipo esplorativo
- La seconda è caratterizzata dal conflitto, poiché mancano gli strumenti per risolvere i problemi di interdipendenza.
- La terza fase è quella normativa, alla quale si giunge se il gruppo riesce a superare la fase conflittuale.
- La quarta fase è quella esecutiva, ed è quindi diretta conseguenza delle precedenti due fasi.
- La quinta riguarda la morte del gruppo e il suo scioglimento una volta raggiunto l'obiettivo per il quale era stato costituito.

Secondo il modello integrato pluralistico gestaltico gli stadi evolutivi di un gruppo possono essere delineati e ben compresi sulla base del ciclo del contatto gestaltico e le fase evolutive, nelle quali si sviluppa un gruppo; possono essere individuate 4 fasi del ciclo:

- **Pre-contatto:** è la più delicata; si tratta di una fase esplorativa, volta a comprendere se ci si trovi in un luogo sicuro in cui potersi esprimere sinceramente. La fase è caratterizzata da sentimenti e vissuti tra loro ambivalenti: da una parte il desiderio di coinvolgersi all'interno del gruppo, dall'altra il timore di relazioni troppo intime o precoci e di non essere accettati. L'unico vero punto di riferimento è il clinico.
- **Avvio del contatto:** contraddistinta dalle prime interazioni tra i partecipanti; è la fase in cui iniziano a delinearsi le storie personali di ognuno.
- **Contatto pieno:** vengono messe ben in evidenza le tematiche personali di sofferenza così come quelle di cambiamento. Il gruppo si configura come contenitore che tiene e consente ad ognuno di sperimentare esperienze profonde, anche grazie alla partecipazione degli altri. Così nasce una migliore conversazione all'interno del gruppo.
- **Post contatto:** ha inizio con il termine della fase del contatto pieno e con il concludersi della relazione con alcuni partecipanti al gruppo o con l'agevolatore. Le esperienze relazionali vengono internalizzate e diventano parte dell'individuo; così come le relazioni significative vissute nel gruppo diventano parte del mondo interno individuale.

FASE CONCLUSIVA DEL GRUPPO:

- IL RIFIUTO della fine del gruppo, dimenticando la data della conclusione stabilita inizialmente.
- La regressione dei partecipanti attraverso il ritorno a modalità di relazione tipiche dei primi stadi del gruppo.

- La fuga, uscendo dal gruppo prima del termine formale, o attuando comportamenti distruttivi nei confronti degli altri membri.
- La ricapitolazione, intesa come riesame malinconico delle esperienze del gruppo.

Durante la fase conclusiva il conduttore agevola anche un processo di verifica sugli esiti del lavoro, tenendo presente che gli esiti di un percorso sono diversi per ognuno dei suoi membri. La valutazione tiene conto di tre momenti particolari dell'intero processo di counselling:

1. La situazione iniziale del cliente
2. Gli obiettivi raggiunti al termine del lavoro
3. La verifica degli esiti e il follow-up.

L'incontro di Follow-up ha luogo dopo sei mesi dal termine del percorso: in questo colloquio il professionista cerca sempre di capire se gli apprendimenti avvenuti durante il percorso siano stati integrati nella vita quotidiana del cliente.

22. COPPIE E SISTEMI GENITORIALI

Una coppia è intesa come due persone che condividono sentimenti, vissuti e fini comuni. Ogni coppia ha un proprio ciclo di vita, che è unico e specifico. Una coppia nasce, si sviluppa, matura e si stabilizza.

Mahler individuò delle fasi che caratterizzano la vita di coppia:

1. **SIMBIOSI:** in questa fase prevale l'innamoramento e l'idealizzazione dell'altro, che viene visto come l'unico e l'imitabile, perfetto e migliore rispetto agli altri.
2. **DIFFERENZIAMENTO:** le persone si rendono conto che l'altro non è come lo avevano immaginato; nascono sentimenti di delusione.
3. **SPERIMENTAZIONE DELL'INDIPENDENZA:** in questa fase le persone sono alla ricerca della propria indipendenza e autonomia. Vogliono dedicare del tempo a sé stesse; questo provoca costanti litigi in quanto i membri della coppia si sentono trascurati. È il periodo più critico della relazione.
4. **RIAVVICINAMENTO E INTERDIPENDENZA:** superata la fase critica le persone imparano a gestire la propria relazione in maniera equilibrata. Vivono in maniera indipendente, ma allo stesso tempo ricercano la compagnia dell'altro.

Analizziamo alcuni aspetti in maniera più approfondita.

La prima fase, come dicevo, è caratterizzata dall'innamoramento. Questo rappresenta un sentimento molto forte, che consiste nell'idea fantastica che una determinata persona è in grado di soddisfare ogni nostro bisogno e desiderio affettuoso (molto spesso qualcosa che non è stato soddisfatto fino a quel momento); il tutto nasce in maniera inconsapevole. L'innamoramento viene visto come il risultato di una proiezione interna della persona, la quale vede l'altro per quello che vorrebbe che fosse e non per quello che in realtà è. Attraverso l'altro ci si illude di poter colmare la carenza lasciata dalla relazione primaria, oppure di avere la conferma di sé.

La scelta del partner si fonda su motivazioni inconsce personali, relazionali e culturali.

Nella prima fase dell'innamoramento vengono messi in primo piano solo gli aspetti positivi della persona; tutte le negatività vengono poste nello sfondo. Quindi è l'individuo stesso che si illude che l'altro possa soddisfare i propri bisogni mediante qualità che egli stesso ha messo in primo piano, non considerando l'individuo nel suo insieme: ne deriva ineluttabilmente la delusione dell'illusione. Ma è la persona stessa che si sta deludendo.

La delusione permette di vedere l'altro per quello che è nella realtà, nella sua unicità.

L'inizio della coppia consiste essenzialmente nel prendere coscienza che l'altro non sarà mai come noi lo avevamo pensato, e che non potrà mai riempire i vuoti lasciati dai nostri bisogni. L'altro viene riconosciuto.

In una relazione non è importante la scelta dell'altro, ma la scelta della relazione con l'altro. Non si dovrebbe prestare troppa attenzione alle caratteristiche del partner, altrimenti significa che stiamo cercando di sanare un bisogno, laddove l'orientamento della relazione punta all'appagamento. In una relazione sana ci dovrebbe essere un appagamento reciproco, in cui si è sia accuditori che accuditi.

Un elemento centrale nella coppia è l'amore, ossia una dimensione relazionale in cui i partner si rispettano, si supportano, si incontrano, si accettano, si curano, ecc. L'amore è un sentimento mutevole, soggetto ad evoluzione. Questo significa che nel corso di una relazione può trasformarsi in altro; magari in ammirazione, gratitudine, ecc.

Secondo alcuni autori ciò che tiene in vita una coppia è la fedeltà verso sé stessi e verso gli altri.

Molto importante è avere un buon rapporto con sé stessi, amarsi e rispettarli. Solo così sarà possibile costruire una relazione sana con l'altro.

La qualità delle nostre relazioni significative dipende dalla relazione che abbiamo con noi stessi.

Ogni relazione di coppia è influenzata dal modo in cui è stato improntato il rapporto primario tra madre e bambino. La relazione tra bambino e caregiver influenza il modo in cui, esso, da adulto svilupperà la sua personalità e costruirà le sue relazioni.

A tal proposito Bowlby sviluppò la sua teoria sull'attaccamento; quest'ultimo era considerato molto importante in quanto influenza la personalità e il modo in cui la persona costruirà le sue relazioni in futuro.

L'attaccamento è una costruzione relazionale tra il bambino e la propria madre.

Mary Ainsworth elaborò una procedura per verificare le teorie di Bowlby, definita Strange situation, dalla quale emersero quattro stili di attaccamento: insicuro-evitante; insicuro-ambivalente; sicuro; disorganizzato-disorientato.

Le esperienze relazionali primarie creano dei modelli operativi interni che condizionano le future relazioni del bambino; ciascuno andrà a ricercare nei rapporti relazionali l'esperienza della relazione primaria, perpetuando lo stesso modello. Va sottolineato che nello sviluppo del bambino possono subentrare delle figure rilevanti che possono modificare questi modelli operativi interni.

Hazan e Shaker hanno evidenziato come ad ogni modello di attaccamento ha corrisposto una specifica modalità di vivere le esperienze amorose.

- Sicuro: la relazione è vissuta positivamente, caratterizzata da un alternarsi scambievolmente di richieste ed offerte di amore; buona autostima, vivono la relazione senza ansietà, sono propositive verso l'altro e risultano disponibili alla comprensione ed al perdono. C'è fiducia reciproca.
- Evitante: il coinvolgimento affettivo viene evitato, timore dell'intimità fisica ed emotiva, la relazione è basata sul calcolo della ragione, le persone non sono capaci di dipendere l'una dall'altra; hanno una bassa autostima di sé e non credono nell'amore duraturo e romantico.
- Ansioso-ambivalente: paura dell'affidabilità dell'altro e della sua disponibilità a soddisfare le richieste affettive, l'ansia genera un ipercoinvolgimento emotivo fino a generare una vera e propria dipendenza, bassa stima di sé, profonda paura di amare, gelosia estrema e forte idealizzazione dell'altro.

La famiglia di origine ha un'influenza notevole nella scelta del partner. Questi modelli operativi interni tendono ad autopertuarsi, anche se possono modificarsi mediante esperienze significative o terapeutiche.

Uno strumento utile per capire l'influenza dei sistemi familiari è il genogramma. Attraverso di esso è possibile raccogliere tutte le informazioni rilevanti circa le relazioni e gli eventi inerenti il ciclo di vita della famiglia. Attraverso la narrazione il cliente esplicita il vissuto interno della sua storia; applicato ad una coppia facilita una traslazione da una rigida rappresentazione personale degli eventi e dei loro significati ad una nuova visione individuale maggiormente condivisa. Inoltre è utile per portare alla luce i motivi sottostanti ad un conflitto, per aumentare la consapevolezza dei copioni comportamentali e proporre altri maggiormente funzionali.

LA COLLUSIONE DI COPPIA SECONDO JURG WILLI

Egli descrive tre principi funzionali delle relazioni di coppia:

1. Il principio di delimitazione: quando la relazione è simbiotica i confini extradiadici sono molto rigidi, mentre quelli intradiadici sono fusi in un sé comune. Le persone sentono di essere un'unica cosa; si desidera entrare in perfetta armonia. La coppia si preserva dall'intrusione del mondo. Oppure ci possono essere coppie in cui i confini intradiadici sono rigidi per paura di entrare in una dimensione eccessiva di intimità e perdere il sé. La delimitazione ideale per un buon funzionamento è rappresentata da confini intradiadici ed extradiadici netti ma permeabili.
2. Il comportamento di difesa progressivo: in un rapporto di coppia sano i partner devono essere entrambi oggetto di cura e curanti; oscillano comportamenti regressivi e progressivi. Per poter evolvere in una dimensione adulta migliore la persona deve essere in grado di regredire in una dimensione di bisogno e farsi tutelare dall'altro. Non tutte le persone ci riescono e questo a causa di conflitti irrisolti della prima infanzia.

Una persona potrebbe assumere un atteggiamento eccessivamente regressivo nella coppia e richiedere troppe attenzioni e protezione, respingendo ogni richiesta di comportamento maturo. Questo potrebbe essere dovuto ad un senso di frustrazione dovuto a delle mancanze affettive durante l'infanzia.

Nell'atteggiamento progressivo si tende a fingere l'adulità: è vietata qualsiasi richiesta di aiuto o richiesta. Anche questi atteggiamenti risale all'infanzia; il bambino potrebbe non aver mai potuto esprimere il suo bisogno di affetto e di debolezza.

3. L'equilibrio di valore tra i due partner: in una coppia si cerca sempre di raggiungere una certa corrispondenza. Se c'è uno squilibrio verrà avviato un processo di adeguamento reciproco; colui che si trova in una posizione più elevata di differenziazione proverà ad adeguarsi ad un livello più basso, limitando le proprie potenzialità.

Willi descrive quattro modelli di intesa inconscia tra partners che collimano con le fasi dello sviluppo della prima infanzia descritti dalla psicoanalisi. Se nella prima infanzia il bambino non riesce a superare i conflitti relazionali con i genitori, egli si porterà il non risolto nella coppia adulta, con l'aspettativa di risolvere le proprie difficoltà.

Willi definisce la collusione di coppia come un'intesa inconsapevole che si esprime mediante microcomportamenti che si orientano verso la reciproca compatibilità.

Le quattro collusioni:

1. Collusione narcisistica: l'amore è inteso come una fusione. Nello sviluppo psichico lo stadio narcisistico corrisponde ai primi mesi di vita in cui il bambino vive una simbiosi completa con l'ambiente e non esistono confini tra sé e l'oggetto d'amore. Nella relazione madre bambino, troviamo una madre che vede il proprio figlio come un prolungamento di sé stessa; ogni tentativo del bambino di rendersi autonomo è sconsigliato e vissuto con rabbia dalla stessa; il bambino non può sviluppare un proprio sé; diventa così insicuro. L'amore viene visto come qualcosa che serve a spingere gli altri verso di sé, per sfruttarli e dominarli; per questo vi è il rifiuto verso ogni forma d'amore. Il distacco dalla madre è impossibile perché è vissuta come onnipotente e onnipotente. Quando il narcisista entra in relazione con il partner lo vede come un manipolatore e come colui che è in grado di soddisfare le proprie fantasie. Il partner deve servire al piacere e all'autoconferma del narcisista. Il partner di un narcisista è un narcisista complementare con scarsa stima di sé e un vissuto di inferiorità. Se un narcisista è egoista, l'altro è altruista.
2. Nella collusione orale la relazione si fonda sul tema dell'accudimento. In questa relazione vi è un partner che fa da mamma e uno che fa da bambino. Nella relazione madre bambino, quest'ultimo si relaziona in base al principio del piacere. Se la madre presenta degli irrisolti personali tenderà ad appagarsi nei suoi bisogni orali mediante il figlio; da un lato tenderà di appagarlo alla minima manifestazione, dall'altra immediatamente a frustrarlo quando sente una tensione per non essere disponibile ad appagarlo. La madre tenderà a soffocare il bambino viziandolo e non consentendogli di vivere la frustrazione dell'attesa e la fiducia che la soddisfazione del bisogno arriverà. Sono madri che accudiscono il bambino in maniera morbosa. Il tentativo del bambino di rendersi indipendente può causare in esse una vera e propria crisi che le fa sentire inutili. La conseguenza di questo atteggiamento è una generazione, nel bambino, di un carattere bisognoso; esso è portato a chiedere sempre e a pretendere di essere soddisfatto subito. Il partner ideale è quello pronto a soddisfare ogni suo bisogno. In questa fase chi è in forma progressiva cura l'altro, mentre chi è in fase regressiva viene soddisfatto nei suoi bisogni. Il bambino spingerà sempre più la madre a soddisfare bisogni complessi, fino al punto di non essere più in grado di farlo; ella verrà definita una cattiva madre. A questo punto inizierà ad attuare comportamenti distruttivi verso l'altro.
3. Collusione sadico-ale: l'amore tra partner è inteso come un'appartenenza reciproca totale. Nella relazione madre bambino, la madre è in conflitto tra il bisogno di guidare attivamente il bambino e quello di lasciarlo ai suoi voleri. Nella relazione con il partner la collusione è tra il dominante, che vuole progredire verso il dominio e l'autonomia e il dominato che assume un atteggiamento di sottomissione. Sono frequenti i tentativi di agire in autonomia mediante il tradimento, costringendo l'altro sulla difensiva; quest'ultimo reagisce alle angosce da separazione attuando la gelosia e il controllo sul partner. Entrambi mantengono le rispettive posizioni. Più il partner viene perseguitato dalla gelosia e più continuerà a tradire per dimostrare la sua autonomia. Può anche accadere che entrambi i partner lottino per il potere autonomo; ne deriva una coppia litigiosa in cui non è possibile comunicare con l'altro.
4. Collusione edipico-fallica: i partners sono portatori di un rapporto irrisolto con il genitore del sesso opposto e non hanno avuto la possibilità di identificarsi con il genitore dello stesso sesso. Se il complesso edipico non viene superato, sarà difficile formare una relazione coniugale. Si tenderà a scegliere un partner simile al genitore del sesso opposto.

La coppia potrebbe superare il conflitto dandosi il permesso di vivere le parti di sé stessa soffocate, che nella donna sono la vitalità, la forza e la potenza, e nell'uomo la fragilità, la sensibilità e il bisogno di aiuto.

L'INTERVENTO DELLO PSICOLOGO COUNSELLOR NEL CONFLITTO DI COPPIA

Alcune aree di conflitto sulle quali il counsellor può prestare attenzione sono:

1. **Comunicazione:** incongruenze, omissioni verbali, incompletezza dei messaggi. Il compito è quello di addestrare i partners ad una comunicazione efficace per ricercare il conflitto nascosto.
2. **Attribuzione:** vengono attribuite all'altro caratteristiche negative e si negano le proprie. Qui è importante lavorare sulle proprie ed altrui caratteristiche negative per poterle rendere più accettabili agli occhi dell'altro.
3. **Le regole:** regolamento che la coppia stabilisce per garantire stabilità del proprio sistema e la sua durata nel tempo. Le regole sono modificabili e riadattabili; il compito del professionista è quello di esplicitare tali regole per poterle modificare e giungere ad una condivisione del potere.
4. **Valori:** il conflitto dei valori dipende dalle differenze esistenti all'interno della coppia. È proprio questa diversità che permette alla coppia di arricchirsi. Esplicitando questo e portarlo all'attenzione della coppia può significare maggiore accettazione.
5. **I confini:** l'area del confine dell'io riguarda il conflitto tra il bisogno di isolamento e il bisogno di intimità.

MODALITÀ UTILIZZATE DAI PARTNER NELLA GESTIONE DEI LORO CONFLITTI

- **Simmetrica:** toni esasperati del litigio, in cui ciascuno cerca di annullare l'altro; ognuno sente di non essere riconosciuto dall'altro.
- **Evitante:** assenza del conflitto e dalla sterilità della comunicazione; difficoltà ad accedere ai propri stati emotivi.
- **Complementare:** l'aumento del comportamento conflittuale di uno corrisponde ad una diminuzione del comportamento conflittuale dell'altro, fino ad arrivare ad un atteggiamento passivo. Un gioco di ruolo, in cui essi sono invertiti può aumentare l'empatia.
- **Ricerca degli alleati:** vivere i conflitti al di fuori della coppia e negarli all'interno del proprio sistema. Compito del professionista è far sperimentare il contatto.
- **Negoziabile:** l'altro è percepito senza giudizio, si parla del rapporto e non della persona. il conflitto rappresenta la possibilità di trovare un nuovo equilibrio più consono allo sviluppo evolutivo di ciascuno.

CARL ROGERS INDIVIDUA 4 CONDIZIONI FONDAMENTALI PER LA BUONA RIUSCITA DI UN RAPPORTO DI COPPIA

- Impegno personale di ciascuno
- Corretta comunicazione
- Dissoluzione dei ruoli
- Essere due sé distinti e incoraggianti l'uno per l'altro

L'evoluzione del rapporto di coppia comporta il superamento delle naturali crisi e l'istaurazione del legame profondo denominato amore.

23. MULTICULTURALITÀ, IDENTITÀ DI GENERE E DISABILITÀ

Le fasce di popolazione a cui rimandano gli ambiti in questione sono stigmatizzate, discriminate, emarginate e soggette a limitazioni. Razze, etnie, disabilità e identità di genere richiamano sicuramente il concetto di diversità. La dicotomia noi-loro rappresenta la naturale tendenza dell'essere umano di identificarsi con un certo gruppo e di guardare agli altri come appartenenti ad un gruppo diverso dal proprio.

Queste categorizzazioni vengono fatte dall'essere umano per dare ordine al caos. L'utilizzo degli stereotipi rappresenta la parte difensiva di questa funzione e può portare ad un'amplificazione delle differenze e ad una distorsione della percezione dell'altro. Lo stereotipo non consente una conoscenza oggettiva; piuttosto è dato da costruzioni sociali ed arbitrarie ed è legato al concetto di cultura. Essa influenza il modo di guardare alle cose in maniera profonda e complessa e varia a seconda dell'area geografica e del periodo storico.

La cultura influenza tutti gli aspetti legati al mondo della psicologia, tra cui il concetto di salute e malattia, il modo in cui viene vissuta una particolare condizione psicologica, la richiesta di aiuto, la figura del counsellor, come vengono valutati i sintomi, ecc.

Quindi è molto importante che lo psicologo Counsellor abbia una buona conoscenza della cultura di appartenenza dei suoi pazienti. Questa competenza implica anche la consapevolezza dei propri atteggiamenti e pregiudizi verso alcune categorie di persone, affinché il mondo del cliente venga accolto in modo empatico. Questo atteggiamento rispettoso consente al Counsellor di porre più attenzione e di comprendere meglio la persona che ha davanti; libero da qualsiasi pregiudizio o stereotipo.

Questo è di fondamentale importanza dal momento che uno degli elementi centrali del counselling è l'empatia e che l'obiettivo principale è quello di stabilire un forte legame con il cliente, in modo tale da poterlo aiutare ad aiutarsi.

Per raggiungere questo obiettivo ci deve essere accettazione incondizionata dell'altro.

MULTICULTURALITÀ

Il counselling multiculturale implica l'incontro, in una relazione di aiuto, tra due o più persone provenienti da retroterra culturali diversi.

È emerso che i risultati ottenuti da una relazione di counseling in cui il terapeuta apparteneva ad una cultura diversa da quella del cliente, erano meno soddisfacenti rispetto alla situazione in cui terapeuta e cliente condividevano la medesima cultura. Alla luce dei fatti si ritiene necessario lo sviluppo di competenze culturali, da parte del counsellor, in modo tale da offrire un servizio soddisfacente a tutti e in modo tale da offrire una maggior empatia ai suoi clienti. Questo è particolarmente importante ai giorni d'oggi, visto il continuo flusso migratorio che interessa la nostra realtà e società. È importante puntare all'integrazione, e per fare questo è indispensabile un bagaglio culturale ampio.

Sono principalmente tre le dimensioni individuate per definire la competenza multiculturale:

1. Consapevolezza dei propri valori da parte dell'operatore.
2. Atteggiamenti, credenze e pregiudizi culturali.
3. Consapevolezza della visione del mondo del cliente.

Sviluppare una autoconsapevolezza culturale costituisce il primo passo fondamentale per chi vuole lavorare con utenti culturalmente differenti. Il counselor deve essere in grado di valutare in modo critico le proprie conoscenze e di descrivere in modo specifico i modi in cui il proprio contesto culturale ed etnico di appartenenza influenza sia a livello personale che professionale le definizioni di normalità e anormalità. È importante che questa consapevolezza si accompagni alla comprensione e valorizzazione delle differenze presentate dagli utenti senza cadere nel rischio della stereotipizzazione.

In situazioni in cui il counsellor si trova a relazionarsi con una persona appartenente ad un contesto culturale diverso dal proprio, può adottare delle difese; tra queste vi è la sindrome dell'antropologo clinico, ossia la tendenza a focalizzare l'attenzione sugli aspetti culturali, tralasciando le difficoltà personali; vi è poi il color-blindness che porta il counsellor a negare le differenze anche quando esse esistono, inoltre comportamenti razzisti vengono sottostimati. Il counsellor evita di affrontare questi temi e di conseguenza non tiene conto dell'impatto di questi temi sulla vita reale delle persone che ne sono coinvolte e sulle risorse che eventualmente hanno a disposizione per fronteggiarli e superarli.

I fenomeni discriminatori hanno come conseguenza la perdita di autostima e di orgoglio rispetto alla propria identità culturale.

Un incontro puro con l'altro è possibile solo se c'è accettazione e se c'è accettazione vi è empatia.

Una componente importante dell'empatia è la capacità di role taking culturale che consente al counsellor di assumere la posizione e la prospettiva dell'altro, pur mantenendo una chiara differenziazione sé-altro rispetto alle specifiche differenze culturali. Questa competenza si raggiunge attraverso la conoscenza dell'ambiente culturale del cliente e del suo rapporto specifico con la propria cultura. Tale conoscenza può essere diretta o indiretta.

È importante che il counselor abbia consapevolezza delle proprie reazioni emotive.

È importante che il counsellor sia disponibile a parlare delle differenze, in modo tale da far emergere frustrazioni, sofferenze e vissuti dolorosi all'interno di una relazione d'aiuto.

Ovviamente l'operatore deve essere sensibile. Questo significa che è importante riconoscere il momento giusto per affrontare certe tematiche; non tutti hanno gli stessi tempi.

Spesso l'intervento di counseling multiculturale si concentra sul disagio e sui problemi di adattamento che derivano direttamente dall'esperienza migratoria. Il periodo premigratorio, quello migratorio e quello di insediamento nel paese ospitante e la risposta dell'impatto con la cultura dominante del paese d'arrivo costituiscono potenziali fonti di stress.

L'evento stesso della migrazione può essere fonte di shock, così come l'impatto con la cultura dominante. Difficoltà linguistiche, esposizione a situazioni discriminatorie, condizioni socioeconomiche precarie, rottura dei legami affettivi importanti, assenza di un gruppo a cui far riferimento nel paese di arrivo, responsabilità verso la famiglia rimasta nel paese di origine, costituiscono solo alcune delle sfide importanti cui la popolazione migratoria deve far fronte.

Una vera e propria crisi d'identità può aver luogo nel caso in cui l'immigrato tenti di adeguarsi e adattarsi alla cultura dominante, disconoscendo quella di origine. Il rifiuto del gruppo di cui si vorrebbe far parte, il senso di fallimento percepito dal non rispondere a certi standard rappresentano l'innescò di stati d'ansia e depressione e/o comportamenti devianti.

Il conflitto può emergere in modo ancor più drammatico in adolescenti e bambini che si confrontano con modelli culturali multipli. Il tentativo di adattamento di un figlio, alla nuova cultura, può essere visto come un tradimento dalla famiglia, come un allontanamento da essa e dai suoi valori.

La competenza multiculturale prevede:

- Sviluppo e gestione di una buona comunicazione interculturale
- Spiegare con chiarezza il proprio ruolo e la propria professione
- Comprensione delle regole comunicative del cliente
- Rispetto delle diversità
- Consapevolezza delle diversità culturali (questo ridurrebbe i fallimenti nella comunicazione)
- Attenzione particolare agli aspetti religiosi e spirituali del cliente, innanzi tutto in termini di rispetto
- Promozione di un confronto fatto di collaborazione e di scambio di esperienze fra clinici e ricercatori di paesi e culture diverse.

IDENTITÀ DI GENERE

Identità di genere: genere in cui una persona si identifica, se si percepisce uomo, donna o qualcosa di diverso.

Un counsellor preparato rispetto ai disagi connessi all'identità di genere è a conoscenza dei pregiudizi: il suo lavoro con le donne si concentrerà sull'emergere delle risorse e sulla prevenzione, individuando gli stress psicosociali e gli eventi di vita responsabili.

L'attuale aumento delle violenze sulle donne e di femminicidi è un fenomeno legato alla cattiva cultura di genere derivati dal fatto che le donne escono dai tradizionali ruoli culturali, e gli uomini sono impreparati a cogliere e ad elaborare i propri vissuti emotivi.

Anche gli uomini sono vittime di una società che li vuole forti e virili, questo suscita in loro una paura e angoscia della femminilità.

Le nozioni stereotipate di femminilità e mascolinità così culturalmente determinate e rigide sono all'origine del disagio di genere.

Per fare un percorso di counselling il counsellor deve essere convinto che non ci sono qualità femminili e qualità maschili ma solo qualità umane. Il counsellor deve quindi tenere conto degli stereotipi di genere. Anche nel lavoro di coppia è importante che il counsellor consideri le pressioni e le aspettative culturali legate al genere, rilevandone gli effetti di influenzamento sul comportamento e sulle relazioni.

Bisogna adottare una prospettiva slegata dal genere e agevolare l'emersione dei bisogni che possono essere legati a un genere ma che primariamente sono umani.

Compito del counsellor è: conoscere a fondo le differenze biologiche, di sviluppo, di sensibilità, di valori, di ruolo, di potere, ecc. tra uomini e donne e le differenti percezioni della realtà che ne derivano; conoscere le differenti modalità di espressione emozionale; agevolare l'abbandono dei ruoli di genere, favorendo il potenziale di crescita e di autorealizzazione; considerare le differenze tra i sessi come caratteristica di personalità, che possono integrarsi in un'identità sana e completa; agevolare il proprio cliente ad abbandonare etichette e stereotipi di genere.

Transgenderismo: travestiti, transessuali, androgini e persone intersessuali.

DIG: disturbo d'identità di genere: caratterizzato da una profonda discordanza tra il vissuto soggettivo di appartenenza ad un dato genere sessuale e il vissuto reale del proprio corpo sessuato in assenza di una chiara e definita anomalia genetica o biologica.

In Italia le persone che avvertono una condizione di disforia di genere e vogliono mutare il proprio sesso anagrafico possono farlo attraverso l'intervento di riattribuzione chirurgica del sesso con preliminare sentenza positiva del tribunale; è durante questo iter che la persona viene inviata ad uno psicologo clinico; la prima fase di assessment comprende la somministrazione di test e colloqui clinici; un ascolto attento e non giudicante è necessario. È importante comprendere la sofferenza di chi si trova a vivere il proprio corpo come estraneo e i propri genitali come odiosi.

Disabilità

È un termine ombrello che include persone che per specificità, caratteristiche, tipo e grado di menomazione sono molto diverse tra di loro.

Problema della disabilità all'interno della famiglia --> colpevolizzazione della famiglia

Il momento della diagnosi è molto delicato e ha un forte impatto iniziale.

Problema della sessualità del disabile all'interno della famiglia. Per affermare il diritto di ognuno alla propria sessualità è nato il progetto "Sessualità e handicap" della cooperativa ASPIC in collaborazione con la provincia di Roma che ha coinvolto gruppi di ragazzi disabili, i loro genitori e i loro operatori socioassistenziali. In questo lavoro il counsellor è stata prevista per lavorare con il gruppo dei ragazzi disabili; sono state impiegate strategie cognitivo-comportamentali, tecniche immaginative e di rilassamento, linguaggi creativi-espressivi e improvvisazione teatrale. L'elemento innovativo è stato l'uso di videoterapia.

È stato fatto anche un programma di formazioni in ASPIC mediante "Counselling espressivo per gli stati autistici nei bambini e negli adulti". La formazione prevedeva una preparazione che consentirà di intervenire con le persone autistiche, con le loro famiglie e con la comunità di appartenenza.

24. IL COUNSELLING SCOLASTICO

Problema della dispersione scolastica → Italia: 4 posto per la maggior dispersione scolastica

Dispersione scolastica: processo attraverso cui l'incidenza di alcuni fattori, che affondano le proprie radici nel contesto economico, sociale, familiare, scolastico e nella soggettività dell'individuo, è causa diretta o indiretta di ritardi, rallentamenti e uscite anticipate dal sistema scolastico.

La dispersione scolastica è legata al concatenarsi di:

- Fattori socioeconomici e socioculturali
- Caratteristiche proprie dell'istituzione scolastica
- Dinamiche familiari
- Fattori individuali legati all'adolescenza.

Il counsellor psicologico scolastico ha il rischio di collusione con:

- Lo studente, utente-vittima da salvare
- L'insegnante, lavoratore depauperato del suo ruolo e della sua competenza formativa
- I genitori
- La dirigenza, garante economico dell'intervento di counselling.

L'orientamento è il principio integratore degli interventi di counselling scolastico. È importante orientare, cioè indicare tra le vie percorribili, quella che è più conveniente per raggiungere una determinata meta. Fasi dell'orientamento:

- 1 fase: analisi diagnostico-attitudinale → l'orientamento è percepito strettamente sulla base del controllo attitudinale

- 2 fase: adattamento caratteriologico-affettivo → ci si orienta su quello che il soggetto si sente di voler fare, non su quello che sa fare
- 3 fase: adattamento dinamico → si sottolinea che accanto agli elementi coscienti che guidano e motivano il comportamento umano, ve ne sono altri incoscienti a carattere emozionale che hanno radici profonde nel passato del soggetto.
- 4 fase: esistenziale-vocazionale → inserimento esistenziale dell'individuo nella vita, in modo tale che il suo adattamento alle situazioni concrete in cui verrà a trovarsi diventi una progressiva autodeterminazione, che favorisca lo sviluppo della sua personalità.

ORIENTAMENTO SCOLASTICO: tutti quegli interventi che mirano ad aiutare l'allievo, i genitori e gli insegnanti a risolvere i problemi di studio. Interventi diretti a:

- Prevenire, ridurre e bloccare le cause degli insuccessi scolastici
- Orientare verso un approfondimento della conoscenza delle situazioni individuali di sviluppo intellettuale e attitudinale per adottare strategie didattiche di intervento adeguate alle possibilità
- Abituare i docenti all'autocontrollo delle loro metodologie
- Aiutare gli allievi ad acquisire una metodologia di studio che faciliti l'assimilazione, la fissazione, l'annotazione e l'esposizione sia scritta che orale di quanto viene insegnato
- Motivare gli allievi allo studio, facendone percepire la funzionalità in rapporto all'autonomia di giudizio e di controllo della realtà
- Favorire positive interazione socioaffettive sia all'interno dei gruppi che in relazione agli insegnanti

ORIENTAMENTO PROFESSIONALE

L'obiettivo dell'intervento è focalizzato sulla preparazione alla scelta degli studi (o del lavoro) che permetteranno una maturazione professionale ed un inserimento nella vita progressivamente soddisfacente le esigenze della persona e della società.

ORIENTAMENTO PERSONALE: insieme di tutti gli interventi individuali e di gruppo che mirano a stabilire una relazione di aiuto nel rapporto interpersonale a salvaguardia di squilibri emotivi e a sostegno della fiducia in sé per promuovere un'azione di adattamento diretta al superamento degli ostacoli individuali e all'instaurazione di quell'armonia d'ambiente che facilita la comunicazione, l'amicizia e la libertà d'azione nel rispetto delle esigenze di sé e del gruppo.

Il counselling scolastico ha una duplice funzione orientativa:

- Informativa, in quanto dà al soggetto le informazioni che gli permettono di leggere la complessa realtà dominata dal cambiamento e di servirsene in funzione delle proprie potenzialità
- Formativa, in quanto offre occasioni di sviluppo della personalità dell'utente un tutte le direttive

Obiettivi operativi del counselling scolastico:

- Conoscenza di sé: consiste nell'offrire all'individuo una guida per conoscere bene sé stesso nelle sue realtà individuali, ambientali, familiari e sociali. Un intervento di counselling efficace consente all'individuo di scoprire le proprie attitudini, che rappresentano la sua capacità di fare.
- Conoscenza dell'ambiente: ciò che circonda il soggetto e le strade percorribili. L'obiettivo è quello di dare un metodo per imparare a scegliere e a diventare capace di decidere.
- Abilità progettuale: è ottenuta attraverso l'esercizio ragionato del confronto tra la realtà personale conosciuta, quella sociale e familiare con le opportunità ambientali.

5 stadi:

- Stadio del sincretismo dei progetti → compito del counsellor è quello di lottare contro i possibili stereotipi e favorire l'apertura alla realtà ambientale esterna
- Stadio della ricerca confusa e disorganizzata di informazioni dall'ambiente (8-12 anni) → compito del counsellor consiste nel partire dalle conoscenze dei ragazzi e far prendere interrogativi su di sé, che li stimolino ad un cammino attivo verso il vero senso della scelta
- Stadio della ricerca esclusiva su di sé, sulla propria identità (13 anni) → lo psicologo deve avviare problematiche e interrogativi che portino ad una sempre migliore conoscenza di sé e delle reali possibilità di far valere al meglio attitudini, interessi, valori e risultati scolastici in funzione del proprio avvenire: il fine è l'appropriazione dell'informazione da parte del ragazzo e l'emergenza del principio di realtà

- Stadio dell'emergenza delle scelte e dei progetti (13-18 anni) → aiutare il ragazzo ad allargare gli orizzonti e far emergere convergenze di possibilità, di valori raggiungibili, di contrasti di aspettative al fine di portarli a considerare anche possibili progetti compensatori di aspirazione che vanno oltre le scelte immediate.
- Stadio della formazione dei progetti personali → compito dello psicologo counsellor è quello di accompagnare il giovane adulto a sentirsi il progettista del suo avvenire in piena responsabilità e autonomia delle sue scelte.
- Capacità di decidere: preparare l'individuo a considerare le varie alternative che si presentano, le venti possibili di ciascuna di esse e le loro probabilità di successo, commisurandole di volta in volta con i suoi interessi, per poter decidere, scegliere quella che gli pare più conveniente. Il modello dell'"Expected Utility" E.U. dell'utilità attesa può offrire uno schema di agevolare la presa di decisione.
- Flessibilità al cambiamento: far percepire all'individuo il giusto senso del relativo sul valore della scelta raggiunta.

Metodologia nell'intervento di Counselling scolastico

Dopo l'individuazione degli obiettivi generali e specifici è necessario pianificare il tipo di intervento selezionando le tecniche più adatte alla sua realizzazione e le caratteristiche del ruolo investite dallo psicologo counsellor durante l'azione operativa. Viene utilizzato un metodo non-direttivo centrato sull'utente, e non sul disagio. Competenze tecnico-operative di base:

- Osservazione dell'utente, del sistema, del setting e dei processi relazionali
- Ascolto attivo
- Feedback fenomenologico: restituire quanto ascoltato, visto, pensato, sentito emotivamente e immaginato.

Da evitare: VISSI:

- Valutare: dare giudizi di carattere morale sul comportamento o esperienza dell'altro
- Investigare: fare troppe domande in particolare chiuse
- Soluzionare: dare un'idea precisa che quindi non nasce dall'utente
- Sostenere eccessivamente: apportare un incoraggiamento e una consolazione, minimizzando spesso il problema vissuto
- Interpretare: deformare i significati portati dall'utente

3 atteggiamenti-capacità fondamentali del counsellor:

- Empatia e capacità di indentificarsi con gli stati d'animo degli utenti
- Congruenza e capacità di essere autentici, spontanei, reali, umani
- Accettazione incondizionata

Progetto: percorsi formativi in merito alla problematica giovanile dispersione scolastica

25. COUNSELLING PSICOLOGICO PER LA TERZA E QUARTA ETA'

Problemi:

- Pensionamento: può avere risvolti stressanti, creare disagio, vuoto relazionale, affettivo, crisi di identità personale
- Famiglia: cambiamenti della struttura familiare
- Solitudine ed emarginazione (passaggio da uno stato di indipendenza ad uno di dipendenza; morte del coniuge, amici, parenti; importanza di rimanere nella propria casa, ...)
- Attività sociale: desiderio di essere utile, opportunità di frequentare centri di aggregazione sociale, università della terza età, laboratori creativi ecc....
- Affettività e sessualità

Utilizzo del counselling in terza età

Anche i soggetti di età avanzata sono capaci di nuovi apprendimenti e dotati di possibilità evolutiva. La terza età è la fase della vita che può offrire nuove possibilità di sviluppo.

Il counsellor può aiutare il cliente incoraggiandolo a riesaminare la propria vita e le proprie relazioni per chiarire questioni che risultano problematiche, attraverso l'ascolto attivo e la capacità di empatia; deve riconoscere e aumentare i punti di forza, le capacità, le risorse senza doversi porre come obiettivo il cambiamento. Lo scopo del counselling psicologico non è il cambiamento ma la comprensione di sé. Il counselling in tarda età ha dunque l'obiettivo di perseguire il benessere ottenuto dal ricostruire in modo soggettivamente soddisfacente passato, presente e futuro. Deve rafforzare le risorse psiche, mitigare i sentimenti di solitudine e stimolare le competenze pratiche nella vita quotidiana del soggetto anziano.

Importante strumento in tarda età è la narrazione; bisogna agevolare la narrazione e la retrospettiva di vita. La rinarrazione permette di integrare le parti dimenticate o discordanti della propria storia personale, e anche quando il lavoro resta a lungo momento di rinarrazione del passato, non si tratta mai di una semplice rievocazione ma di narrazione attiva e riorganizzata.

Uno dei più grandi rischi della vecchiaia è lo scivolamento dell'anonimato e nella perdita di fisionomia.

26. IL VIDEOMODELING NEL COUNSELLING PSICOLOGICO

VIDEOMODELING: utilizzo del video e dei suoi prodotti- riprese, film, scene, fotogrammi, ecc. - all'interno di vari contesti terapeutici: nel counselling (video counselling), nella psicoterapia (videoterapia), nella formazione (videodidattica) e nella supervisione (videosupervisione) con lo scopo di modellare e rinforzare alcuni aspetti della ripresa.

Il videocounselling utilizza il video come valido supporto terapeutico nell'orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del cliente, promuovendo atteggiamenti importanti e proattivi, e stimolando competenze relazionali efficaci molto importanti come la comunicazione e l'ascolto.

La videoterapia si differenzia dal videocounselling; nel contesto del counselling psicologico si occupa di salutogenesi, si lavora sul miglioramento dell'empowerment personale e sociale, mentre la psicoterapia si occupa di patogenesi, e per questo il supporto del video è orientato al lavoro di ristrutturazione, in parte o in toto, della personalità dell'individuo.

La videodidattica utilizza il video per facilitare l'apprendimento nell'ambito della formazione.

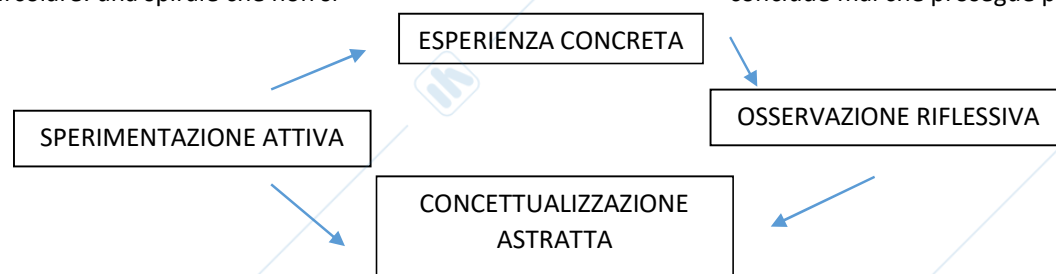
La videosupervisione utilizza le videoriprese delle sedute all'interno delle sessioni di supervisione per ricavare dati attendibili rispetto a ciò che realmente è accaduto nella relazione con il cliente in termini di transfert e controtransfert.

Il videomodeling utilizza come tecnica la videoconfrontazione, che si svolge o in modalità diretta, in cui il cliente può auto-osservarsi e cogliere istintivamente aspetti di sé molto importanti che saranno poi oggetto di riflessione, o in differita, dove il processo di revisione avviene in un secondo momento il cliente può intervenire sulle riprese in modo interattivo, con più consapevolezza e intenzionalità.

Rogers e i suoi colleghi furono i primi a registrare, trascrivere e pubblicare sedute complete di relazioni terapeutiche. Un altro pioniere dell'uso di video fu Strupp che raccolse molte registrazioni da parte di psicologi, psichiatri e assistenti sociali ai fini della ricerca.

Il boom delle videoregistrazioni nel counselling avvenne negli anni '60 con la pubblicazione del famoso video Gloria di Shostrom.

Kolb ritiene che ogni individuo ha uno stile preferenziale di conoscenza e assimilazione e descrive questo processo in modo circolare: una spirale che non si conclude mai che prosegue per tutto il ciclo di vita.



È possibile accedere nel circuito da una qualsiasi delle quattro sfere.

Il videomodeling nel counselling può essere utilizzato nel setting individuale, di coppia, familiare e in gruppo, con diverse modalità e impostazioni.

La sedia vuota o bollente è una delle tecniche d'elezione utilizzate dall'approccio gestaltico in quanto stimola il dialogo fra le due polarità al fine di promuovere l'integrazione ed è strettamente correlata alla videoconfrontazione. Nella pratica della sedia vuota il cliente immagina e parla con un'altra persona o con parti di sé proiettata nella videoconfrontazione il dialogo avviene direttamente con sé stessi. Al posto della sedia c'è un monitor in cui il cliente immagina di proiettare la sua immagine.

Nel counselling di coppia il videomodeling restituisce a ciascun partner il modo di comunicare e di stare in relazione con l'altro attraverso la lettura della loro espressione comportamentale e posturale, stessa cosa nell'ambito familiare.

Per riprendere bisogna avere il consenso del cliente; per avere il consenso bisogna spenderci un po' di tempo e impostarla nel modo corretto e appropriato. Il videomodeling non viene usato nella prima fase del percorso di counselling (pre-contatto), il cui obiettivo è la conoscenza, la fiducia e l'alleanza terapeutica.

Generalmente gli incontri di videomodeling prevedono 4 fasi fondamentali:

- 1- Fase pre-contatto: preparazione della telecamera nel setting terapeutici
- 2- Avvio del contatto: ripresa
- 3- Contatto pieno: revisione delle riprese
- 4- Post-contatto: riflessione e feedback.

Kagan ha sviluppato un processo strutturato e un'impostazione teorica dell'utilizzo dello strumento audiovisivo nella supervisione: l'IPR interpersonal process recal, richiamo del processo interpersonale, che parte dal presupposto che esaminando i pensieri e i sentimenti dello psicologo counsellor sia possibile comprendere il suo funzionamento molto più profondamente. Il compito del supervisore è quello di aiutare la persona a esplorare i pensieri, sentimenti, dinamiche e concettualizzazioni dall'osservazione delle videoriprese.

Vantaggi videomodeling:

- Elevato livello di fedeltà delle osservazioni rispetto alla relazione cliente/psicologo counsellor
- Incremento del potenziale del processo di crescita ed evoluzione
- Facilità di monitoraggio dei cambiamenti del cliente e del clima relazionale.

Svantaggi:

- resistenza a registrare
- distorsione del processo di counselling psicologico
- rottura della relazione d'aiuto
- problematiche tecniche

27. ETICA E DEONTOLOGIA DEL COUNSELLING PSICOLOGICO

Codice deontologico:

42 articoli → suddividi in 5 gruppi tra loro omogenei e riuniti in 5 capi

CAPO 1: (art 1-21) **principi generali** → regole di enunciazione di principi generali

CAPO 2: (art. 22-32) **rapporti con l'utenza e la committenza** → condotte che lo psicologo deve assumere nei rapporti con l'utenza e la committenza

CAPO 3: (art. 33-38) **rapporti con i colleghi** → mantenere un comportamento rispettoso e corretto nei confronti degli altri psicologi tutela gli utenti e garantisce un dialogo sereno, che arricchisce la visibilità della propria attività professionale e dell'intera categoria

CAPO 4: (art. 39-40) **rapporti con la società** → obblighi che lo psicologo ha di tutelare l'immagine professionale nel rapportarsi con la società

CAPO 5: (art. 41-42) **norme di attuazione**