

Info generali

Orario:

Martedì 9.00 - 10.30 *
 Mercoledì 9.00 - 10.30
 Venerdì 11.45 - 13.15

*Spesso ci saranno interventi di altri orientamenti ma non sono materia d'esame:

14 Marzo: il colloquio orientamento costruttivista intersoggettivo, Prof. Lorenzo Cionini
 21 Marzo: il colloquio orientamento cognitivo-comportamentale, Dott. Paolo Antonelli
 28 Marzo: il colloquio orientamento psicodinamico integrato, Dr. Andrea Innocenti e Pietro Caterini
 4 Aprile: il colloquio orientamento breve strategico, Dott.essa Muriana

Esame:

Esami giugno luglio. Il voto viene mantenuto per 3 sessioni.

Parametri valutazione -> conoscenza materia approfondita o no; padronanza linguaggio tecnico scientifico; capacità collegamenti. Parte domanda generale e poi va su domande particolari.

Materiale esame-> slide + Calvo V. (2007) Il colloquio di counseling. Tecniche di intervento nella relazione di aiuto. Bologna: Il Mulino.

01/03

Il colloquio psicologico si realizza in una interazione tra due persone nella quale uno dei due interlocutori è tenuto a:

- Mettermi da parte e interessarmi
- Mettere da parte il mio valore di significazione degli eventi del mondo
- No elemento giudicante
- La consapevolezza dell'obiettivo dei propri interventi e più in generale del colloquio stesso,
- Uno dei due interlocutori non è tenuto a nulla, arriva alle 8.20 invece che alle 8 -> ci chiediamo perché arriva alle 8.20, orario impossibile perché è solo ed entra alle 8.10 il figliolo? il pz non è tenuto a niente solo il clinico è tenuto a.. io sono tenuto alla lettura professionale non personale
- Allontanarsi dai propri strumenti personali per la conoscenza dell'altro e ad utilizzare tecniche professionali
- Allontanarsi dalle proprie teorie personali per la conoscenza dell'altro in favore di teorie professionali. Ognuno di noi ha una psicologia personale e una teoria personale ingenua (cioè non professionale) e implicita noi in colloquio dobbiamo abbandonarli in teorie professionali teoriche cliniche.

08/03

Colloqui vs intervista

I termini "colloquio" e "intervista" in lingua italiana sono ben distinti mentre nella lingua inglese vengono chiamati con lo stesso termine cioè "interview". Durante un colloquio psicologico non si pongono domande mentre nell'intervista sono il mezzo di indagine predefinito; nel colloquio si hanno delle riformulazioni anziché delle domande su ciò che è stato detto.

Sia il colloquio che l'intervista hanno valenza conoscitiva, ma con un grado di strutturazione differente:

- Intervista strutturata: contenuto, forma e successione delle domande sono predeterminate (risp. libere o predefinite)
- Intervista semi-strutturata: i contenuti delle domande sono predeterminate grazie ad una traccia di riferimento, ma non sono predeterminati il numero, la forma e l'ordine. (risp. libere)
- Colloquio: può essere più o meno orientato ma gli interventi del clinico, per quanto strategicamente orientati, sono legati all'andamento dei contenuti del colloquio stesso.

Non esiste un solo modo per condurre un colloquio psicologico perché innanzitutto l'ambito di applicazione e il diverso scopo, e in secondo luogo il paradigma teorico di riferimento nonché le caratteristiche stesse dell'operatore, possono portare a caratteristiche strutturali a modi di conduzione e a contenuti dello scambio comunicativo molto diversi fra di loro.

Alcuni ambiti del colloquio psicologico:

- Colloquio nella selezione di personale
- Colloquio di orientamento
- Colloquio neuropsicologico
- Colloquio psichiatrico
- Colloquio in psicologia clinica (colloquio di consulenza, colloquio di counseling, colloquio in psicoterapia)

Il colloquio psicologico clinico

Il colloquio psicologico clinico è definibile come quella interazione tra un professionista e una persona che chiede aiuto nella quale il professionista interviene sulla base di una rappresentazione mentale del funzionamento psicologico dell'altro basata su teorie professionali.

Il colloquio è uno strumento di conoscenza e di intervento; infatti, queste sono le sue funzioni fondamentali:

- Il colloquio come strumento di conoscenza che utilizza la comunicazione tra due persone (vs raccolta di informazioni dell'intervista). Anche quando è usato prevalentemente come strumento di conoscenza, coglie la rappresentazione della realtà piuttosto che la realtà stessa. Ci sono dei periodi di attività dello psicologo che hanno dei colloqui di conoscenza per un successivo invio ad altri specialisti.
- Il colloquio come strumento di intervento che utilizza la comunicazione tra due persone.

Il colloquio psicologico-clinico è uno strumento di conoscenza di:

- segni e sintomi (sintomi intesi come qualsiasi sensazione soggettiva in base alla quale il paziente decide di avere qualcosa che "non funziona" e lo riporta al clinico)
- di un modo di funzionare (= di un modo di attribuire significato, di un modo di fare nessi associativi, di un modo di comportarsi, di un modo di mettersi in relazione, ecc.)

La difficoltà del paziente la devo vedere nel modo di funzionare e non singolarmente, il paziente non si separa dal disturbo ma dobbiamo comprendere il suo modo di funzionare. Tra segni e sintomi e il modo di funzionare c'è un'interazione.

Se definiamo il sintomo come la sensazione soggettiva in base alla quale una persona decide che "c'è qualcosa che non va" – in sé stesso o nelle sue relazioni - e lo riporta al clinico allora non esiste modello teorico-clinico che sul piano dell'intervento non si occupi di sintomi

Il colloquio come strumento di conoscenza: "Il colloquio è lo strumento che usiamo per comprendere, nella maniera più precisa possibile, la mente del paziente" (Semi, 1985).

Le aree da indagare del sintomo, che prescindono dal come vengono indagate, sono:

- Caratteristiche;
- Gravità e modificazioni;
- Contesto in cui si presenta;
- Ricorrenze

Indagare le caratteristiche del sintomo significa rilevare le aree di sovrapposizione e quelle di differenza con la definizione psicopatologica del sintomo – quale che sia il mio orientamento. Questo significa che per far ciò devo indagare il significato dei termini descrittivi cui il paziente ricorre, chiedendo, ad esempio:

-Che cosa intende quando dice di essere nervoso?

- Mi stava dicendo che si sentiva depressa. Mi faccia capire...
- Quando ha periodi che lei definisce come depressione cosa prova? Cosa fa di diverso?

La gravità del sintomo si indaga secondo quattro parametri: durata, frequenza, intensità e gravità
Questo significa che per indagare la gravità dovrò porre questi quesiti:

Queste difficoltà che lei mi riporta....

- ...sono sempre presenti?
- ...se vanno e vengono, si manifestano di frequente?
- ...quando hanno iniziato a manifestarsi?
- ...da quanto tempo durano?
- ...quanto intense sono?
- ...sono sempre di uguale intensità o cambiano?
- compromettono la sua salute?

Si valuta il contesto in cui si presenta il sintomo in base a sei parametri:

- contesto di insorgenza;
- antecedenti e fattori scatenanti;
- conseguenti rinforzi o vantaggi;
- comprensione del cliente;
- aspettativa di esito, modificabilità, comprensione delle cause

Quindi ponendo quesiti come:

Quando accusa il sintomo? Che cosa lo provoca? Che cosa lo fa accadere? Cosa è successo dopo? Cosa avrebbe potuto secondo lei rendere diversa la situazione? Ci sono elementi che secondo lei sono associabili alla comparsa delle difficoltà?

10/03

La valutazione degli antecedenti

La valutazione degli antecedenti c'è solo se parliamo di situazioni prevedibili. Alcune domande per questa valutazione possono essere:

Di solito come si sente prima che questo accada? Quando si ricorda della prima volta che le è capitato prova una sensazione simile a quella che prova adesso? Quali sono i sentimenti che prova prima che il problema si verifichi e che ne riducono/aumentano l'intensità?

La valutazione delle conseguenze

La valutazione delle conseguenze può rispondere a alcune domande come:

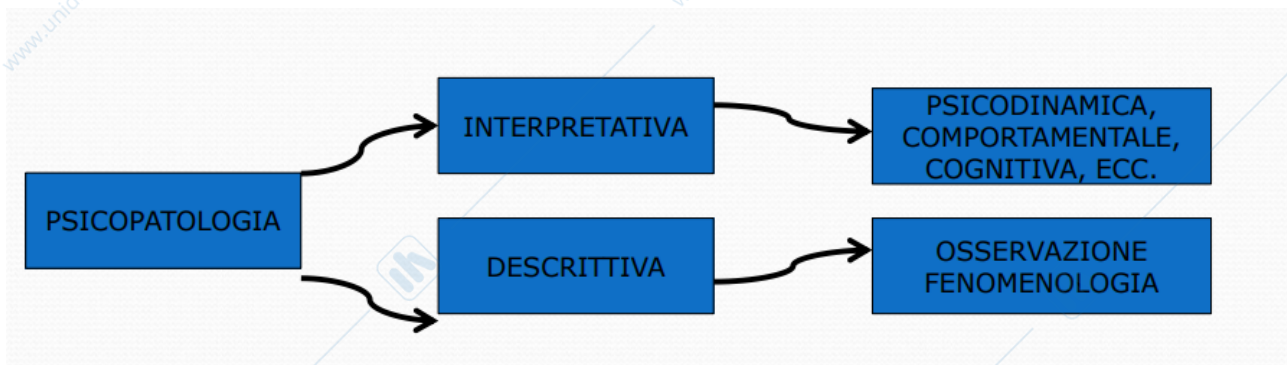
Come si sente dopo che...? Ci sono sensazioni o sentimenti che lei prova dopo che a suo parere tendono a rafforzare ciò che sente?

La raccolta dei dati clinici: descrivere versus interpretare

I primi colloqui clinici dovrebbero porsi nella parte descrittiva, non si interpreta qualcosa che non si conosce e non si esplora.

Psicopatologia "descrittiva": descrizione precisa basata sulla categorizzazione delle esperienze come sono descritte dal paziente (componente fenomenologica, cioè la valutazione empatica dell'esperienza soggettiva) e sull'osservazione del suo comportamento. (esempio: dsm e icd)

Psicopatologia "interpretativa": assunti interpretativi basati su costrutti teorici (per es. teorie cognitive, comportamentali, psicodinamiche ecc.)



La psicopatologia descrittiva non si avventura in interpretazioni né in tentativi di risalire all'eziologia (= ricerca delle cause); non si usa la teoria.

La psicopatologia descrittiva ha due componenti:

- Descrizione dell'esperienza soggettiva
- Osservazione del comportamento

IL CLINICO AL PRIMO COLLOQUIO

Obiettivi del primo colloquio:

- Accogliere la domanda che ci viene rivolta
- Spiegare: costruire una prima ipotesi sulle caratteristiche del problema presentato
- Valutare la presenza di indicazioni per il tipo di intervento necessario: consulenza, sostegno, psicoterapia
- Analizzare le aspettative
- Definire il contratto o effettuare un invio in psicoterapia
- Proporsi nella relazione in modo che il cliente possa costruirci come persona "competente e affidabile, in grado di accoglierlo, comprenderlo, aiutarlo"

Preliminari e apertura della seduta:

- Osservazione del corpo dell'altro
 - Stringersi la mano
 - Postura corporea nel camminare
 - Uso prossemico dello spazio (posizionamento della sedia rispetto alla scrivania)
 - Atteggiamento corporeo e postura
 - Sguardo, tono della voce
 - Abbigliamento, trucco, tipo di cura della persona
- Modalità di apertura della seduta
- Utilizzazione del "tu" e del "lei"

Tenere presente che:

- La relazione si costruisce fino dal primo incontro
- Per la costruzione della relazione hanno rilevanza le reciproche comunicazioni paraverbali e non verbali (il dialogo delle parole e il dialogo dei "corpi")



Utilità di osservare i messaggi corporei, paraverbali e verbali del paziente
 Opportunità di essere consapevoli dei propri comportamenti non verbali e paraverbali e delle proprie reazioni emozionali rispetto al paziente

Comprendere aspettative e motivazioni del paziente rispetto alla domanda

- **Aspettative:**
 - o Rispetto al cambiamento atteso
 - o Ruolo che attribuisce allo psicologo (aspettative miracolistiche, di consigli, di aiuto nella soluzione concreta del problema, sostegno emotivo, comprensione di sé ecc.)
- **Motivazioni personali, analizzando anche:**
 - o Agente inviante e modalità dell'invio
 - o Eventuali influenze esterne (genitori, partner, inviante ecc..) rispetto alla scelta di richiedere un aiuto psicologico (motivazione intrinseca/estrinseca)

Comprendere il paziente e la domanda che ci rivolge

- Permettere al paziente di presentare il problema, limitando al massimo i propri interventi
- Intervenire più attivamente nell'interazione verbale quando l'elaborazione spontanea si esaurisce o si fa ripetitiva; se il paziente non l'ha già fatto spontaneamente, farsi descrivere:
 - o Le caratteristiche del problema e la sua storia nel tempo
 - o Le eventuali spiegazioni del paziente rispetto al problema e alla sua genesi
 - o Eventuali interventi psicologici già tentati e gli effetti percepiti di questi interventi

Nel tentativo di "comprendere":

- Essere consapevole dei propri presupposti personali e professionali, per cercare di "metterli da parte" e potersi aprire alla novità del racconto
- Sottoporre a verifica la nostra comprensione (ricercare una condivisione di significato) riformulando quanto affermato dal paziente o cercando di anticipare il corso della sua elaborazione spontanea
- Evitare di costruire come contraddittorio, incoerente, privo di senso il racconto del paziente a partire dal presupposto che ciò che ci racconta ha comunque una sua logica interna anche se questa può sfuggire sia a noi, sia al paziente stesso

Decidere:

- Qual è il tipo di intervento adeguato alle caratteristiche del problema e della domanda
- Se si posseggono le competenze formali e sostanziali per effettuare l'intervento
 - o in caso contrario ipotizzare e proporre un diverso tipo di intervento illustrando la motivazione di tale suggerimento
- Se riteniamo di poterci far carico personalmente del paziente (controindicazioni alla presa in carico)
 - o in caso contrario giustificare l'invio ad un collega

Definire gli aspetti contrattuali del rapporto:

- Frequenza e durata delle sedute,
- Onorario e modalità di pagamento,
- Criteri di gestione per le sedute mancate,
- Tempi dell'intervento
- Privacy (modulo)

17/03

IL CLIENTE AL PRIMO COLLOQUIO

Perché proprio ora questa persona si presenta dal clinico? È una domanda che ci dobbiamo porre come clinici. Non dobbiamo confondere l'intensità di un sintomo con l'urgenza che la persona ha di trattare quel

sintomo, questo perché non necessariamente vanno in parallelo. Le possibili motivazioni dell'arrivo del paziente sono:

- Apice; la persona è arrivata "al limite", ci deve essere qualcosa che reagisce con il sintomo per muovere la persona a chiedere aiuto; interventi esterni e consapevolezza del soggetto al problema
- Allentamento; si è allentato il problema e quindi diventa possibile parlarne. Parlare e riconoscere una difficoltà può sembrare minaccioso, sono intimorito "io non ce la faccio da solo"
- Rischio di disvelamento; "mi sgamano", pressioni esterne per cui la difficoltà diventa visibile quindi diventa urgente risolvere il problema. La violazione delle norme sociali è un criterio importante per la definizione di un disturbo in un concetto.

Cosa chiede di fare il cliente al clinico?

La domanda viene spesso letta come portatrice di un bisogno psicologici che vuole sollecitare l'azione tecnica dello psicologo (per alcuni modelli questo è un approccio bio-medico). La domanda deve essere analizzata, interrogata, perché sono le fantasie evocate nel rapporto con lo psicologo relative a ciò che potrà fare rispetto a quel problema in quel modo presentato a consentire di giungere a una diagnosi. Conosco la domanda quando comprendo queste fantasie.

Come arriva questa persona dal clinico?

L'intervento del clinico al primo incontro dovrebbe essere minimo; cenno del capo o al massimo un "mi dica". Deve essere il paziente a parlare e non il clinico, questo per favorire un'elaborazione spontanea del paziente perché io clinico non so chi ho davanti.

Le aperture tipiche delle persone durante i colloqui

Ce ne sono alcune classiche ed è importante conoscerle perché tendono, con l'andare del tempo e con il ripetersi delle situazioni, ad ingannare (sono quelle che più probabilisticamente tendono a non farmi chiedere perché proprio ora e che cosa mi chiede questa persona). Mentre una apertura atipica attira subito l'attenzione, l'apertura tipica tende, con il tempo, ad annebbiare le nostre facoltà critiche (come se permettesse di prevedere chi si ha di fronte).

Il primo modo classico di presentarsi è quello che consiste nel presentare il o i sintomi che hanno portato a chiedere aiuto. A volte questo si accompagna ad un minimo di storia del sintomo, altre volte viene buttato lì, nudo e crudo, solo il disturbo. Cosa potrebbe esserci dietro questo modo di presentarsi? Non ci si impegna molto a capire se la persona si identifica separata dal sintomo. Potrebbe esserci il tentativo di separazione tra la sindrome psicopatologica e se stessi come persone. Ma potrebbe anche essere una sorta di test che il cliente fa per vedere se ci interessiamo a lui come persona o se invece poniamo la cosa in termini medici (questo è più raro quando i sintomi sono estremamente invalidanti).

Il secondo modo tipico di presentarsi è quello di iniziare a raccontare la propria storia. Spesso tutto questo viene presentato come una "premessa" ("le racconto alcuni fatti che le serviranno a rendersi conto del perché adesso sto così male" oppure "non so da che parte cominciare, forse è meglio che le dica qualcosa della mia vita" ...) (se il racconto della sua storia è molto lungo e non è una pressa può darsi che qui ci sia un tentativo di ritardare le cose che sono più scottanti per me, non tutto ciò che ci raccontano è importante in un contesto clinico o al contrario). L'intera storia della propria vita o parte di essa è una finta premessa: costituisce una barriera messa davanti alle questioni più scottanti e ha in genere funzione di ritardarle.

Semi distingue poi una terza apertura tipica (sottogruppo della seconda) ovvero il cominciare parlando del proprio ambiente (il proprio lavoro, la propria famiglia, la propria casa, ecc.). Potremmo essere di nuovo davanti ad una finta premessa.

21/03

“Lo psicologo non cura i disturbi psichici, non cura l’ansia, né l’anoressia...Lo psicologo risponde a queste domande ma nella convinzione che prima esse debbano essere tradotte, interpretate (esistono varie teorie del funzionamento psicologico e dello scompensamento, quanto si trova convincente questa frase? Questa frase non è per tutti i modelli perché per alcuni trattamenti non è necessario il comprendere la domanda quindi essere tradotta e interpretata, tradotta e interpretata non significa che c’è qualcosa di nascosto e complicato es tipo si trasferisce dalla Puglia a Firenze e iniziano attacchi di panico dobbiamo chiederci perché proprio ora attacchi di panico?); che, come ogni altro comportamento, nascondano sotto il testo manifestato, che parla di sintomi o problemi organizzativi, un altro testo che parla di relazioni e rappresentazioni di sé in crisi” (Montesarchio e Venuleo, 2016, p.25).

Esercitazione in aula: Scrivere di una difficoltà posta alla nostra attenzione per essere poi analizzata in aula sulla base di ciò che abbiamo appreso fino ad ora.

1. “Ho difficoltà a gestire le sensazioni fisiche che sento, mi sembra di poter morire da un secondo all’altro, mi si informicola il braccio, mi sento pulsare la testa, ho delle fitte in varie parti del corpo, mi sembra di svenire e non è qualcosa di legato a un pensiero evento specifico”

Che domande ci facciamo?

- Da quanto tempo
- Quando è stata la prima volta
- Ogni quanto capita
- Quando è stata l’ultima volta e cosa stava facendo e pensando
- Dov’è successo
- Se è solo/a quando gli/le succede
- Quanto invalida la vita di tutti i giorni/il lavoro
- Quanto dura questa sensazione
- Come si sente dopo
- Che modalità mette in atto per stare meglio, per gestire questa situazione
- Se ne ha già parlato con qualcuno

La frase sopra è prettamente la descrizione del sintomo, tranne la prima parte “ho difficoltà a gestire” ci fa andare oltre al sintomo, ci dà un’apertura per passare oltre al sintomo, ci fa capire che questa persona vuole gestire la cosa e che ha provato a gestire in qualche modo sperimentando una difficoltà, questo è una persona che di fronte a una situazione di questo tipo ha preso la situazione di petto.

2. T1: “Sono arrivata ad un punto in cui mi rendo conto di avere delle difficoltà nelle relazioni... mi spiego meglio... con i ragazzi. Mi sembra che loro si aspettino qualcosa da me, cioè si aspettino una Maria diversa o comunque che sanno che si comporta in un certo modo”

T2: “Diverso in che senso?”

T1: “Diversa, ad esempio, rispetto a come posso essere con te. Con te sono libera di dire e fare ciò che voglio perché sei tu e quindi mi permetto di essere la Maria che voglio e che mi sento di essere in quel momento. Invece con i ragazzi è come se io mi sentissi di soddisfare delle aspettative che loro hanno nei miei confronti... poi mi arrabbio con me stessa perché mi sento cretina perché io non sono solo così cioè quella che fa la “scema” e che si deve per forza comportare in modo carino”

- Problema presentato -> difficoltà relazionali
- La cosa grave è che parla in terza persona come se interpretasse un ruolo
- Perché questa persona è qui? Perché è incastrata, non riesce a cambiarla, non funziona più, non so più dove spostarmi tra soddisfare queste aspettative e il non farlo
- Non vuole più fingere ed essere sé stessa
- Non è libera di essere sé stessa con i ragazzi

- Si sente il peso di aspettative esterne, sente di dover soddisfare sempre aspettative quindi di dover mantenere sempre uno standard di comportamento però non vuole più soddisfare queste aspettative
 - Giudica sé stessa perché non riesce a soddisfare queste aspettative
 - Sensi di colpa nei propri confronti nell'atteggiarsi in un modo
3. "Avevo bisogno della mia migliore amica per sfogarmi e piangere e lei non c'era, forse non c'è mai stata mentre io ci sono sempre stata per lei, che faccio?"

Che fa il clinico davanti a ciò? Non c'è un'apertura, l'unica finestra è la frase "forse non c'è mai stata" che è BOOM e l'unica cosa da fare è spingere sulla finestra "forse non c'è mai stata" e approfondire su questa cosa. Davanti a me ho una persona che sta mettendo in dubbio/in discussione la relazione con la sua migliore amica, quindi una persona cara-> Rappresentazione del sé in crisi

22/03

Esercitazione in aula come quella del 21/03

24/03

Studio Rosenhan

28/03

Incontro Psicodinamico integrato

31/03

Esercitazione in aula: Riformulare il testo del cliente.

1. Cliente: "Ho fatto di tutto per aiutarla a raggiungere certe posizioni, lavorativamente parlando intendo, e nel momento in cui le ha raggiunte, appena ha potuto, ha iniziato a escludermi da cose che tra l'altro avevo costruito io professionalmente parlo!!"

Counselor 1: "Mi sembra di capire che sta affrontando una situazione difficile a lavoro, come se il comportamento della sua collega la facesse sentire usata ed estromessa dai suoi progetti. È corretto?" OK

Counselor 2: "Mi sembra di capire che dopo aver offerto aiuto a questa persona si è sentita tagliata fuori. È corretto?" OK

Counselor 3: "Se ho capito bene lei mi sta dicendo che non sente riconosciuto il lavoro che ha svolto e ciò mette in difficoltà dato anche il fatto che ci ha messo molto impegno, è corretto?"

Counselor 4: "Mi sembra di capire che si sia sentita usata da questa persona, è corretto?" OK

Counselor 5: "Mi sembra di capire che ha dato tanto a questa persona ma in cambio non ha ricevuto un giusto trattamento." NO, dice di più questa persona; come riformulazione è troppo blanda

2. Cliente: "Non si era mai comportato così, lavoriamo insieme da 16 anni e mezzo, anche in periodi nei quali io ero oggettivamente un sottoposto e avrebbe -se vogliamo- avuto più senso mai si era imposto, non capisco, e non ho intenzione di stare con questo coppia al collo"

Il cliente ci sta dicendo che non capisce, non che è confuso. Il problema non è che soffoca tra 5 minuti, il problema è che non gli piace che gli impongono le cose.

Counselor 1: "È come se si sentisse spiazzato e messo alle strette nel fare qualcosa e non riuscisse adesso ad accettare questo suo cambiamento, è corretto?" NO, è pochina

Counselor 2: "Sembra che le imposizioni del suo collega nell'ultimo periodo le provochino un senso di soffocamento" Ci sta, ma abbiamo messo qualcosa in più

Counselor 3: "Mi sembra che ultimamente non si senta libero a causa dell'imposizione del suo collega e che non vuole continuare a sentirsi così, è corretto?" Insomma, non è proprio corretto

Counselor 4: "Mi sembra di capire che un suo collega abbia assunto inspiegabilmente un atteggiamento autoritario che la sta soffocando e lei non vuole rimanere in questa situazione." SNI, è troppo spostata sul collega

Counselor 5: "Mi sembra di capire che lei sia rimasto sorpreso dal comportamento del suo collega e non vuole assolutamente continuare a essere trattato in questo modo che la fa sentire costretto, è giusto?" SNI, essere trattato è centralizzato un po' più sul collega che sul cliente

3. Cliente: "Quando le persone mi rifiutano taglio i ponti del tutto con loro"

Counselor 1: "

4. Cliente: "Non mi sarei mai aspettata un comportamento del genere da lui"

Counselor 1: "Questo come ti fa sentire? Delusa, arrabbiata?"

5. Cliente: "A nessuna delle persone che ho conosciuto è accaduto ciò che è accaduto a me"

Counselor 1: "Mi sembra di capire che tu ti senta triste e scoraggiato"

6. Cliente: "Se una persona ti vuole bene non ti manca di rispetto"

Counselor 1: "Quindi per te non portare rispetto è anche non voler bene ad una persona?"

12/04

LE MOSSE DEL CLINICO

Tecniche comunicative e di colloquio – le azioni del clinico

Alcuni autori le suddividono in: (non è l'unica divisione possibile)

- Passive -> il clinico si limita a prendere ciò che fa l'altro e a restituirglielo, per aiutarlo a soffermarsi su ciò che ha detto: si sofferma sul contenuto; può farlo in vari modi ad esempio con la riformulazione.
- Attive -> il clinico introduce, direzione l'attenzione su altri contenuti
- Interpretative -> né attiva, né passiva, introduce un elemento interpretativo (in senso professionale, non ci mette del suo)

Le mosse (per lo SCTM "abilità"):

1. APERTURA/CHIUSURA

Tocca sempre al clinico.

Il primo colloquio ha una modalità abbastanza rigida, ma non i colloqui successivi: potrebbero partire con un riassunto ad esempio. Non fa parte della suddivisione in attive/passive/interpretative.

Esempio

"Da dove vogliamo iniziare oggi?"

2. TECNICHE PASSIVE

| | | |
|-------------------|--|---|
| Enfatizzare | Affermare ciò che il cliente sta provando | "Adesso lei è arrabbiata" |
| Parafrasare | Affermare il nocciolo di ciò che la persona ha detto | "Ha richiesto un counseling per i suoi problemi di ansia" |
| Dare un feed-back | Affermare ciò che è stato osservato | "Ha abbassato il tono della voce" |

o *Parafrasare/riflettere/*

reformulare/mirroring/riassumere (chiamata in diversi modi)

Non apre mai su altro, come invece fanno le domande.

Può essere definito come l'intervento del clinico che consiste nel ridire con altre parole, in modo più conciso e chiaro, ciò che l'altro ha appena detto.

Sono mosse attraverso le quali il clinico dice ai clienti ciò che ha sentito da loro con le proprie parole. L'obiettivo principale è permettere al cliente di cogliere il core della sua affermazione.

Alcuni autori distinguono la riflessione dalla parafrasi: nella prima si riafferma il nocciolo, l'essenza di quello che è stato detto, focalizzandosi in modo particolare sui sentimenti. Nella parafrasi si riformula in modo più articolato il contenuto. Con la riformulazione si ripetono alcune parole usate dal cliente e contemporaneamente ne vengono aggiunte altre.

"A paraphrase is a rephrasing of the client's statement in a way that communicates to the client the therapist's understanding of what the client has said. The paraphrase is used to focus the communication on issues that appear to be the most relevant and appropriate. When paraphrasing, therapists don't simply parrot or repeat the client's exact words. By making an active attempt to rephrase the client's statement in their own words, therapists are able to maintain the flow and focus of the conversation" Kleinke, 1994

Esempio

Cliente: "Mio padre non è una persona così orribile. Ci prova, ma la sua vita è difficile. A volte quando torna a casa dal lavoro è ubriaco e nessuno sa cosa fare. Dovremmo essere calmi? Dovremmo essere felici e accoglierlo? Non sappiamo mai come comportarci"

Clinico: "Quando suo padre torna a casa ubriaco, lei non sa come lo troverà e di conseguenza non sa come agire" (questa riformulazione rimane un po' più in superficie)

Clinico: "Quello che sta dicendo è che a causa di una vita complicata suo padre ha comportamenti rispetto ai quali non sapete dovete mettere le mani" = riprende lo stato affettivo, non orienta la conversazione.

Esempio

Cliente: "Quando sono arrabbiato con Ferruccio, semplicemente cambio argomento o me ne vado"

Counselor: "Quando è arrabbiato con Ferruccio non glielo dice." = apre sulle possibili conseguenze

Attenzione all'eco (utile nei primi colloqui)

o *Enfatizzare*

L'enfatizzazione richiede che il counselor sia capace di capire come ci si sente ad essere quel tipo di persona. L'aspetto chiave non sta nel sentire quell'esperienza o quel sentimento ma nel desiderio di capire che cosa significhi esperirlo -> concetto di empatia, intesa più come sforzo di entrare nella tua struttura interna di riferimento, più che come risultato.

"Empathy as a form of human communication involves listening to clients, understanding them and their concerns to the degree that this is possible, and communicating this understanding to them so that they might understand themselves more fully and act on their understanding" Egan (1994).

L'empatia non è provare dispiacere per l'altro, manifestare compassione o mostrare gentilezza. Tutto ciò può essere fatto anche quando siamo all'interno di una struttura esterna di riferimento (senza una reale comprensione di ciò che l'altro sta vivendo)

Esempio

Avendo esperienza indiretta di quella stessa esperienza che ci sta raccontando il paziente.

Relativamente all'enfatizzazione e la riformulazione:

- Intensità: È possibile sbagliare sottraendo o aggiungendo intensità. Quindi, nel rispecchiamento, cercare di riflettere l'intensità. Per es., Ferruccio ha avuto una brutta esperienza, rispetto alla quale potrebbe sentirsi devastato (alta intensità), piuttosto turbato (moderata intensità), un pochino turbato (lieve intensità). Le parole corrispondenti per il rispecchiamento potrebbero essere sconvolto (alta intensità), stressato (moderata intensità), un po' sotto stress (lieve intensità) Relativamente alla riformulazione e al riflettere/enfatizzare...
- Sentimenti/sensazioni multiple e miste: i clienti possono usare molti termini per descrivere come si sentono.
 - Le parole possono essere una sorta di cluster intorno allo stesso tema oppure no. Nel primo caso si tende a scegliere di riflettere solo il nocciolo della questione.
 - I clienti possono avere vari livelli di sentimenti differenti completamente opposti (felice/triste) o che stanno tra loro in modo complesso (ferito/arrabbiato). Una buona riformulazione coglie tutti gli aspetti chiave.

Esempio 1

Cliente: "Sa, non ho più sentito nessuno di loro. Avrebbero potuto chiamarmi" -> "Si sente dimenticato" = empatia, comunica alla persona che abbiamo ascoltato, che abbiamo individuato il core del discorso e non richiede di sentire ciò che sente l'altro.

Se il counselor rispondesse "capisco perfettamente come si sente" = non c'è empatia, da un punto di vista clinico il paziente non se ne fa niente.

Esempio 2

Cliente: "mi fa piacere ma sono anche preoccupato dal fatto che lei mi trova attraente"

Counselor: "ti emoziona ma ti dà anche preoccupazioni questo fatto"

Esempio 3 riformulazione e enfatizzazione

Cliente: "Ho portato mio padre in tribunale per avere i soldi, avrei voluto da lui almeno il mantenimento economico"

Riformulazione sul sentimento: "Suona come se lei sentisse che suo padre per lei ha fatto poco, si aspettava che gli desse come minimo il mantenimento economico, ma non avendolo ricevuto lo ha portato in tribunale."

Enfatizzazione (si enfatizza solo il sentimento vs riformulazione sul sentimento): "Non si è mai sentito accudito da suo padre"

Esempio 4 riformulazione e enfatizzazione

Cliente: "Ogni volta che il mio relatore apre bocca sento che inizio a sudare e mi blocco"

Riformulazione sul sentimento: "Da quello che mi ha detto sembra che si senta paralizzato ogni volta che il suo relatore le parla." (non "mi suona come se..." perché il pz ci ha già detto quando si sente in quel modo)

Riformulazione sul contenuto: "Suona come se questi incontri con il suo relatore non fossero particolarmente fruttuosi" (potrei fare questo tipo di riformulazione se ad esempio il pz all'ultimo minuto della seduta mi dice questo)

Enfatizzazione: "Ha la sensazione di essere paralizzato"

○ *Dare un feedback*

Può essere relativo al comportamento verbale come a quello non verbale e fa riferimento al riferire al cliente precisamente ciò che si è visto o sentito in quel momento (“Ho visto che ha sorriso”; “Il tono di voce si è abbassato quando ha detto...”). Essere specifici e notare comportamenti non tratti di personalità! Vs “ogni volta che parla di sua nonna le si addolcisce la voce” è notare un tema (tecnica interpretativa).

Un feedback può aumentare la consapevolezza o essere minaccioso (può essere utile far seguire un feedback da un controllo da parte del pz).

○ *Riassumere*

È una tecnica passiva nel senso che si forma al contenuto detto dal paziente, ma fa uscire le cose insieme in un modo personale seppur professionale, è una storia su una storia-> quindi pur essendo passiva, ha una parte di attività.

Importante perché è raro che i clienti parlino in modo strutturato e anzi spesso le affermazioni appaiono incoerenti, slegate o frammentate. Offre quindi:

- l’opportunità di passare in rassegna quanto detto e attraverso questo processo di identificare e soffermarsi su alcune aree di preoccupazione che sono prioritarie.
- di aggiungere dettagli ritenuti importanti
- l’opportunità di rendersi conto che le proprie esperienze sono state ascoltate e riconosciute

Richiede:

- Una comprensione accurata di ciò che è stato detto
- Un’accurata selezione degli elementi e dei temi chiave
- L’espressione verbale di tali elementi in modo chiaro ed empatico

3. TECNICHE ATTIVE

Se siamo all’interno di un intervento di counseling (anche impostando una relazione di questo tipo) è difficile ci si trovi a direzionare; spesso non c’è altro.

| | | | |
|-----------------|--|---------------------------------|--|
| Chiarificazione | Chiedere al cliente di essere più specifico | “Mi dica di più su questo” | |
| Direzionare | Cambiare la direzione di una seduta o dare una direttiva | “Fermiamoci su questo pensiero” | ○ <i>Chiarire</i> È simile a chiedere espressioni specifiche e concrete nel Skilled Counselor Training Model. |
| Domandare | | | |

Non si riferisce a ciò che il counselor fa ma a ciò che il counselor chiede di fare. Il clinico incoraggia il cliente ad essere più chiaro rispetto a questioni per le quali ha usato generalizzazioni o è stato molto sintetico.

“Le situazioni problematiche vengono chiarite nella misura in cui sono descritte in termini di specifiche e rilevanti e sperienze, comportamenti e sentimenti” (Egan, 1986)

Si possono direttamente o indirettamente chiedere informazioni più concrete e specifiche “Mi può dire di più su questo?” “ah-ha” “e poi?”

Si aiuta il cliente a dire di più circa le proprie risposte e a definire le proprie preoccupazioni più concretamente in termini di esperienze, comportamenti e sentimenti.

Fanno parte di questo tipo di mossa i chiarimenti sul significato del termine utilizzato.

- Chiarire per espandere
 Cliente: “Sono così in pena per mio padre, è diventato anziano, è sempre solo e”
 Counselor: “e...”
 Cliente: “Ho paura che gli capiti qualcosa di brutto mentre non ci sono”
- Chiarire per incoraggiare la specificità

Cliente: "Ed ogni volta che si comporta così mi sento depressa. Sembra quasi un'azione-reazione, lui fa così e io mi deprimò"

Counselor: "Cosa intende con depressione?"

o *Direzionare*

Dopo che si è stabilito un rapporto e si è creata una relazione di fiducia, è possibile fare interventi direttivi (stabilire la "direzionare" verso la quale si va, per es. tornare su qualcosa di detto in precedenza).

"To give a directive you simply tell the client what to do, what action to take, or what to say or think next"

Gli interventi direttivi sono solitamente fatti con l'intento di esplorare e/o di sfidare (e: chiediamo di esplorare e questo può rappresentare una sfida).

Direzionare per esplorare: a inizio colloquio mi aveva detto questa cosa che mi è rimasta in mente.

Direzionare con domanda proiettiva, è sfidante (più che esplorativo) ->

Counselor: "Immagini di avere la possibilità di confrontarsi con suo padre in questo momento. Cosa gli direbbe?"

o *Interrogare* (vedi i tipi di domande)

Riconoscere, esplorare, sfidare.

Ha l'obiettivo di portare il cliente a valutare se i propri comportamenti, pensieri e sentimenti sono efficaci nel raggiungere ciò che si desidera.

4. TECNICHE INTERPRETATIVE

Tentativi di interpretazione basati sulla fotografia del paziente e della sua situazione. Qualsiasi azione interpretativa (non intesa come nei modelli psicodinamici) si mette in atto solo dopo avere qualche pezzo del puzzle, dei colloqui in cui siamo tornati più volte su una faccenda.

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Giocarsi un'impressione | Presentare una possibile interpretazione | "Ho la sensazione che questo aspetto sia per le più importante di quanto non appaia" |
| Notare un tema | Presentare un pattern o tema ricorrente | "Questo senso di fatica torna in ogni cosa della quale parla" |
| Notare una discrepanza | Presentare due elementi che non sembrano combaciare | "Mi sta parlando di questa tristezza che sente mentre sorride" |
| Notare un collegamento | Presentare due elementi che sembrano associati | "Mi sembra di vedere un collegamento tra lo stress di cui mi parla e il modo in cui si sente trattato" |
| Reframing | Affermare un modo differente di guardare alla cosa | "Un altro modo di guardare alla cosa è che ha imparato una cosa importante" |

o *Giocarsi un'impressione*

Per farlo è necessario che sia stato stabilito un certo livello di fiducia. Giocarsi un'impressione ha il fine di arrivare ad una più profonda comprensione delle difficoltà di chi ho davanti.

Per giocare un'impressione è necessario che sia stato stabilito un certo livello di fiducia. Giocarsi un'impressione ha il fine di arrivare ad una più profonda comprensione delle difficoltà di chi ho davanti. Non è necessario avere la certezza che un'impressione sia corretta per potersela giocare; è un'azione che ha l'obiettivo di dare al cliente l'opportunità di reagire a nuove informazioni.

○ *Notare un tema*

Non si intende solo la messa in luce di un denominatore comune o di un pattern: può essere accompagnato da una attribuzione di significato.

Esempio

Attribuzione di significato con pattern della fatica, aggiungerci un significato, notare un tema misto a giocare un'impressione = "come se recentemente la vita la stesse mettendo a dura prova da questo punto di vista".

○ *Notare una discrepanza*

Non discrepante secondo il nostro funzionamento psicologico, ma per ciò che il pz dice. A differenza della riformulazione, non ha l'obiettivo di riconoscere ma quello di sfidare. Posso farlo solo se credo nella capacità del cliente di "processare" la discrepanza. La discrepanza può includere differenze tra:

- Ciò che il cliente dice (o non dice) e la percezione del counselor di ciò che sta sperando
- Ciò che il cliente dice al momento e ciò che ha detto in un altro momento
- Ciò che dice durante il colloquio e il modo in cui agisce nella quotidianità

Non è un semplice far notare che si è osservata una discrepanza: questo sarebbe dare un feedback; l'intento in questo caso è di sfida.

Nel qui e ora oppure tra ciò che racconta di sé e il comportamento che ci dice di aver avuto -> non discrepante secondo il nostro funzionamento psicologico, ma per ciò che il pz dice.

○ *Notare un nesso*

Non si nota un tema che ricorre o una contraddizione ma si fa un'interpretazione su un'associazione.

Cliente: "Ieri sera ho bevuto troppo e stamattina mi sentivo malissimo. Almeno oggi non avevo lezione; certo non mi sento nelle condizioni di studiare. L'esame che ho fatto l'altra settimana, sa l'esame di matematica, sono stato bocciato. Non so cosa farò, è già la seconda bocciatura di fila"

Counselor: "Forse dovremmo iniziare a parlare del suo bere e di come questo influenza il rendimento negli esami"

○ *Reframing (riconcettualizzare)*

Da non confondere con la riformulazione. È il razionale teorico della psicologia positiva (corrente che parte da Seligmann, che denuncia una focalizzazione eccessiva della psicologia clinica sul malessere). Non necessariamente mostrare l'altra faccia della medaglia (lato positivo), ma un modo diverso di vedere la stessa faccia della medaglia.

È un'azione volta a dare un altro significato ad una esperienza, pensiero, sentimento o comportamento. È un tentativo di cambiamento di prospettiva.

Il Reframing può essere su:

- Esperienza: "mi chiedo se potrebbe essere un'opportunità di cambiamento"
- Sentimento: "mi sta parlando in termini di ansia, ma un altro termine potrebbe essere eccitazione"
- Pensiero: "Dice di non aver imparato niente da questa situazione, ma sembra che abbia imparato a sopravvivere"

- Comportamento: "Questa sensazione potrebbe essere un segnale di evitare la situazione"

Esempio

"Mi sento molto debole nell'ammettere quanto sono manipolativa"

"Un altro modo di vederla è considerare quanto lei è coraggiosa nell'ammetterlo"

Da non confondere con la riformulazione. È il razionale teorico della psicologia positiva (corrente che parte da Seligman, che denuncia una focalizzazione eccessiva della psicologia clinica sul malessere). Non necessariamente mostrare l'altra faccia della medaglia (lato positivo), ma un modo diverso di vedere la stessa faccia della medaglia.

14/04

Gli intenti delle mosse del clinico:

- Riconoscere = rimandare (comunicare attivamente) al cliente che è stato ascoltato e compreso (parafrasi)
- Esplorare = volere che il cliente approfondisca (domandare)
- Sfidare = volere che il cliente veda la sua situazione sotto una luce differente (notare una discrepanza)

Questi sono importanti perché ogni intervento del clinico ha e deve avere un razionale, a volte può essere più implicito, e devo conoscere le azioni associate a quel razionale.

Terminologie differenti a seconda dei modelli:

- Enfatizzare/ empatia/ riflettere il sentimento o contenuto/empatia di base
- Parafrasare/riassumere
- Chiarificazione/incoraggiare
- Giocare un'impressione/empatia avanzata
- Notare una discrepanza/interpretazione

18/04

Esercitazione sulle mosse del clinico

Specificare accanto ad ogni mossa del counselor il tipo di mossa che sta mettendo in atto, su quali aspetti si sta focalizzando (comportamenti, sentimenti, ecc.) E con quale intento (esplorare, sfidare, ecc.)

| | | | |
|---|--------|--|---|
| 2 | CLIENT | Ieri ho incontrato mia madre e come sempre abbiamo discusso. Ha sempre qualcosa da ridire sulla mia vita, su come la conduco, su cosa faccio e non faccio... Mi tratta sempre come una bambina. | |
| 3 | COUNS | Cosa significa esattamente che ti tratta come una bambina? | Domanda aperta, chiarificazione per incoraggiare la specificità |
| 4 | CLIENT | È sempre a ripetermi cosa devo o non devo fare, dire e pensare. Mettiti il cappotto, sei troppo magra, sei troppo grassa, mangia di più, tagliati i capelli, vestiti meglio... Ora si è fissata... che devo andare a trovare più spesso mia nonna, che vive in una casa di cura... | |
| 5 | COUNS | Ho notato che la tua voce è cambiata quando hai nominato tua | Feedback, per |

| | | | |
|--------|--------|---|---|
| | | nonna e la casa di cura... | aumentare la consapevolezza |
| 6 | CLIENT | Oh, non me ne ero accorta... | |
| 7 | COUNS | (Il counselor non risponde) | Utilizzo del silenzio per far riflettere il cliente |
| 8 | CLIENT | (Dopo qualche minuto) Sì, se penso alla casa di cura in cui vive mia nonna... beh, le case di cura mi fanno sentire a disagio... | |
| 9 | COUNS | Cosa c'è nelle case di cura che ti fa sentire a disagio? | Domandare, con i fini di esplorare. Dare feedback |
| 10 | CLIENT | Beh, mi sento a disagio ad esempio se mia madre mi critica... ad esempio se mi fa notare che sono ingrassata... | |
| 11 | COUNS | Non hai risposto alla mia domanda. | Dare feedback |
| 12 | CLIENT | Ok, non amo le case di cura perché sono posti tristi! | |
| 13 | COUNS | Posti tristi? | Chiarificazione/ allineamento verbale |
| 14 | CLIENT | Sì, posti tristi. Le persone che vivono lì sono tutte anziane e per la maggior parte malate (più o meno gravemente). | |
| 15 | COUNS | Ti senti tanto triste quando visiti le case di cura... | Riformulazione/ parafrasi |
| 1 6 | CLIENT | Sì, tutti sono tristi! Si va in quei posti per andare a trovare qualche vecchietto della nostra famiglia che è "parcheggiato" lì perché troppo malato per starsene da solo e troppo sano per vivere con gli altri familiari | |
| 17 | COUNS | Tu mi stai parlando di tristezza, ma mi sembra di sentire anche tanta rabbia... | Notare una discrepanza/giocarsi impressione/ dare feedback (dipende anche dal tono del counselor) |
| 18 | CLIENT | Beh.... Sì, sono arrabbiata, sono arrabbiata e furiosa perché le persone anziane vengono "parcheggiate" lì perché è troppo faticoso solo il pensare di tenerle in casa propria... Ho discusso molto in passato con mia madre di questo, sono veramente furiosa con lei! Possibile che non capisca? Io sono più legata a mia nonna di quanto non lo siano gli altri familiari che la vanno a trovare una volta a settimana... Sono stata l'unica ad oppormi alla casa di riposo. Mia nonna non abita più con me, e questo mi fa soffrire! Ma noi ci sentiamo, le telefono e le scrivo tante lettere per raccontarle la mia vita... | |
| 23 | COUNS | Come ti senti dopo aver detto tutto ciò? Come ti fa sentire esserti liberata? | Domanda multipla |

| | | | |
|----|---------|--|--|
| 24 | CLIENT | Mi fa sentire meglio... e, paradossalmente, mi fa venire voglia di andare da mia nonna, per dire anche a lei queste cose... Non le ho mai detto tutto questo esplicitamente, ma lei lo sa che ho combattuto per tenerla a casa con me... Ora ho solo voglia di andare a trovarla e di abbracciarla, e non perché me lo dice mia madre... | |
| 25 | COUNS | Andrai a trovarla perché vuoi farlo e non perché te lo dice qualcuno... | Parafrazare, per permettere al cliente di cogliere il cuore della sua affermazione |
| 26 | CLIENT. | Sì, voglio andare a trovarla per me, unicamente per lei e per me! | |