

METODOLOGIA DELL'INTERVENTO IN PSICOLOGIA CLINICA

Paradigma della complessità→ secondo questo modello i principi di unitarietà e intelligibilità della scienza classica vanno superati poiché il mondo è rappresentabile come entità in continuo mutamento, riorganizzazione, probabilità e perturbazione. Inoltre l'osservatore non è mai esterno e ininfluenza ma fa parte del sistema che osserva. Non vige quindi un'ottica di causa-effetto. Infatti quando osserva egli decide cosa osservare in base anche alle categorie emozionali condivise dalla cultura a cui egli appartiene. Secondo tal paradigma quindi l'osservazione non è opera solo del singolo ma della collettività di cui fa parte. È per questo motivo che le teorie scientifiche vanno considerate come dei modelli che in un determinato momento storico la società condivide e usa per spiegare i problemi e i fenomeni. Radicato in questa concezione c'è il concetto di sistema che postula il fatto che un determinato elemento può essere letto solo all'interno della griglia di interconnessioni di cui fa parte.

L'intervento psicologico-clinico deve quindi inquadrare l'oggetto all'interno della rete di relazioni in cui è collocato e che egli stesso contribuisce a determinare. Esso deve procedere lungo la logica elemento-connessione-individuazione dei nessi e non lungo la logica separazione-isolamento-semplificazione. Questo significa che ogni nostra conoscenza è una conoscenza di relazioni. È stato merito delle teorie delle relazioni oggettuali far acquisire la consapevolezza che gli eventi accadono all'interno di relazioni, quindi è merito degli autori di questa fazione aver traghettato la psicoanalisi da una forma individualista a una relazionale.

Tutto ciò fa capire l'importanza della relazione duale psicologo-utente e allo stesso tempo deve porre l'accento sull'esistenza del sistema psicologo-utente-contesto dove con contesto non intendiamo il luogo fisico ma l'insieme delle relazioni in cui ogni individuo vive e che fanno da orientamento per le simbolizzazioni affettive dei soggetti parte del contesto. Questo inoltre ci porta alla conclusione che nessi e relazioni hanno senso solo grazie alla collusione, cioè alla condivisione inconsapevole delle simbolizzazioni affettive evocate dal contesto.

Contesto→ risultante dinamica di un insieme di elementi concreti e processi mentali che si qualifica come l'intelaiatura operativa ed emozionale delle relazioni sociali.

Secondo Matte Blanco l'aspetto innovativo del pensiero di Freud non è l'idea di inconscio in sé ma la scoperta che la mente umana funziona sempre secondo 2 modalità, conscia e inconscia le quali anche se in parti diverse sono sempre presenti entrambe in qualsiasi processo mentale e comunicativo. Quindi tutto ciò che costituisce l'oggetto del lavoro psicologico-clinico è considerabile sia come segno della coscienza che come simbolo dell'inconscio. Ogni elemento di qualsiasi tipo (sogni, opinioni, ricordi, ecc.) ha quindi una duplice lettura.

CAPITOLO 1- L'ATTEGGIAMENTO DI BASE

L'atteggiamento può essere o il riflesso di uno stato d'animo o un comportamento deliberatamente assunto. L'attenzione dello psicologo di fronte alla richiesta dell'utente non deve essere di dare la soluzione al problema ma di comprendere le ragioni che ostacolano il soggetto nella ricerca di quest'ultima, cioè le ragioni che lo portano a delegare. Nasce da qui l'esigenza di porsi in un atteggiamento che serva ad esplorare il punto di vista dell'altro e il contesto in cui è inserito. C'è quindi la necessità di consentire all'altro di narrarsi e allo psicologo di formulare ipotesi sul narrato. Lo psicologo non è interessato tanto ai fatti narrati ma al modo di narrarli. La narrazione è infatti determinata dalle scelte dell'individuo e funge anche da attributrice di ruolo a chi ci sta di fronte. Essa racconta sia il là e allora che il qui ed ora. Per realizzare ciò l'atteggiamento dello psicologo deve essere caratterizzato da silenzio, ascolto di se stesso e dell'altro e attenzione fluttuante. Non si può parlare di atteggiamento corretto ma di atteggiamento consono alla propria funzione professionale.

In quanto costruito ipotetico atto a coniugare la rappresentazione dell'oggetto con l'azione ad esso rivolta, l'atteggiamento non è direttamente osservabile ma può essere solo inferito attraverso altri elementi. Esso si costituisce dalla doppia categorizzazione (conscia e inconscia) con cui si percepiscono gli eventi e che si manifesta attraverso il comportamento.

Essendo i comportamenti solo l'ultimo aspetto di un processo che affonda le proprie radici nella rappresentazione dell'oggetto, ne deriva che l'atteggiamento in ambito psicologico-clinico esprime le modalità di relazione con cui lo psicologo si propone. Da non dimenticare che un medesimo comportamento può avere anche significati diametralmente opposti (es. il silenzio).

Strategia esploratoria→ è la condotta di colui che confrontato con una situazione nuova cerca di conoscerla esplorando le ipotesi possibili. È una strategia funzionale quando non si hanno certezze su cui basarsi.

Strategia automatizzata→ utile in caso di situazioni ricorrenti in quanto si usano le esperienze passate analoghe per escludere subito senza vagliarle le ipotesi false.

L'atteggiamento di uno psicologo si caratterizza attraverso determinati elementi che andremo ora ad analizzare:

Empatia→ secondo Rogers l'empatia è la capacità di mettersi al posto di un altro, di vedere il mondo come lo vede costui. Tema molto controverso l'empatia è stata scarsamente citata fino agli anni 50 e attualmente se ne hanno visioni differenti. Empatia è quindi avvicinarsi all'altro, conoscere prima di valutare. Essendo però anche un dato grezzo frutto di una interpretazione la definizione di Greenson sembra più adeguata: l'empatia è un'identificazione con l'altro parziale e momentanea, si condividono la qualità delle emozioni ma non l'intensità.

Altra definizione ancora più adeguata è quella che ne dà Kohut per il quale l'empatia è introspezione vicariante, cioè si realizza quando è possibile riconoscere nel vissuto altrui qualcosa che appartiene alla nostra esperienza.

Diversi fattori ostacolano l'empatia, la differenza di sesso tra consulente e utente, la differenza culturale, la differenza di valori sociali, inoltre la capacità empatica non si apprende ma si acquisisce nel rapporto madre-bambino nella prima infanzia. Non tutti quindi hanno capacità empatiche.

Attenzione fluttuante→ introdotta da Freud consiste semplicemente nel non prendere nota di nulla in particolare e di porgere la medesima attenzione a tutto ciò che si ascolta. Questa visione che aveva molto successo ai tempi di Freud oggi non è più sostenibile in quanto l'ascolto è guidato da ciò che proviamo e pensiamo quindi dal contesto nel quale siamo inseriti. È per questo che è impossibile dare ad ogni cosa la stessa attenzione. È quindi necessario ridefinire il concetto di attenzione fluttuante intendendola come la capacità di muoversi tra diversi livelli di comunicazione contemporaneamente (verbale e non verbale).

Silenzio e ascolto→ il silenzio è il necessario elemento che consente l'ascolto. Il silenzio è il far posto all'altro ma si può far posto solo se il posto già esiste nel nostro interno sotto forma di aspettative, motivazioni ecc. in questo modo il silenzio è solo un rumore di fondo cui noi rendendoci consapevoli della sua esistenza, possiamo ascoltare l'altro. È questo rumore di fondo che ci consente di conoscere l'altro. Possiamo accogliere l'altro solo se siamo coscienti della nostra comprensione, così facendo consentiamo il dispiegamento dell'altro. Accogliere l'altro quindi significa fondamentalmente accogliere prima se stessi.

CAPITOLO 2- IL SETTING

Dall'inglese ambiente, scenario, cornice. Se si prende in considerazione il verbo "to set" il significato muta sfumatura esso infatti significa disporre, collocare, stabilire. L'uso dell'ing, cioè del gerundio da al termine una forma polisemia indicando cioè sia l'assetto stabile della situazione sia le azioni che all'interno di esso si svolgono. Quindi setting come contenuto e contenitore.

Setting come confine→ il setting inteso come confine o cornice delimita e circoscrive una precisa porzione spazio-temporale e la configura come scenario in cui svolgere l'azione. Esso opera quindi una differenziazione tra il dentro e il fuori. Il setting però non si limita a circoscrivere una porzione spazio-temporale ma la qualifica attribuendo significati anche se a livello preliminare.

Setting come proposta relazionale→ in quanto servizio e non prodotto la psicologia ha una connotazione prettamente relazionale. Infatti l'intervento è immateriale e simultaneo (cioè la

produzione e fruizione del servizio avvengono nello stesso momento), dipendente dalle persone. Il servizio è quindi bidirezionale, uno scambio non solo economico ma anche relazionale. Lo psicologo infatti esplicita all'utente non solo gli aspetti procedurali e materiali ma gli rivolge una vera e propria proposta relazionale.

Setting come istituzione → un'istituzione si basa su un insieme di norme, valori e credenze comuni ad un determinato gruppo. Il setting è istituzione in quanto definisce le condizioni materiali e procedurali necessarie alla coppia psicologo-utente per avviare e stabilizzare nel tempo la relazione con cui e su cui si svilupperà l'intervento clinico. In quanto radicate norme e valori nell'identità delle persone, il setting sarà anche espressione dell'identità dei 2 attori.

Il concetto di setting è inquadrabile secondo diverse prospettive, la prima è una prospettiva minimalista in cui il setting viene visto come una mera cornice in cui iniziare l'intervento psicologico che si configura come intervento sull'utente a scapito della relazione. La seconda prospettiva è definibile come complessa in quanto il setting viene visto come una realtà composita che è parte stessa dell'intervento, in questo caso l'intervento si configura invece come intervento sulla relazione.

Volendo a questo punto dare una definizione di setting lo definiamo un contenitore materiale, relazionale e mentale. Esso è quindi l'insieme delle condizioni che delimitano, ospitano e sostengono l'intervento psicologico.

Si iniziò a parlare in modo approfondito di setting solo negli anni 50 grazie ad alcuni radicali cambiamenti nella tecnica psicoanalitica, tra i quali:

1- la revisione del concetto di transfert → il transfert comincia ad essere visto come fenomeno influenzato anche dall'assetto organizzativo della situazione analitica. Si giunse alla definizione di transfert situazionale.

2- la graduale apertura della psicoanalisi ad altri territori come la psicoanalisi infantile e dei gruppi, il setting viene rivisitato per forza di cose. Ci si sposta dall'ottica individualista a quella relazionale. Winnicott è stato il primo a parlare di setting in senso tecnico.

A partire dagli anni 50 si è quindi iniziato ad indagare sul setting in modo analitico secondo 2 prospettive, la prospettiva che tende ad inquadrare il setting relativamente all'impatto che ha sulla fase interpretativa e la seconda che ne sottolinea la valenza terapeutica specie per i disturbi psicotici e della personalità. Attualmente la psicoanalisi considera il setting sia come fattore terapeutico che come chiave interpretativa dei processi che si sviluppano nella relazione analitica.

Il setting come contenitore materiale → è la parte temporale e spaziale del setting. È compito del clinico garantirne stabilità e continuità sia a livello spaziale che temporale.

Il setting come contenitore relazionale → la relazione psicologo-utente si fonda su una serie di norme sia di carattere generale che specifico. Relativamente alle norme di tipo generale ci si riferisce al rispetto degli orari e degli appuntamenti e simili. Relativamente alle norme specifiche si va sul particolare cioè sul contratto che si fonda su 3 aspetti: causa, oggetto e forma. La causa indica la finalità che il soggetto vuole raggiungere, l'oggetto indica il modo in cui raggiungerla e la forma è il modo in cui viene stipulato il contratto (scritto, verbale, esplicito, implicito). La stipulazione del contratto è però altamente influenzata dalle rappresentazioni fantasmatiche che il paziente e lo psicologo hanno della situazione, si basa quindi anche su una dimensione istituzionale.

Il contratto ha quindi 2 versioni:

-iniziale, in cui le 2 parti definiscono l'oggetto in modo diverso perché il paziente non è ancora pienamente cosciente del lavoro da fare

-finale, in cui lo scarto tra le visioni del clinico e quelle del paziente è notevolmente ridotto.

Tra lo stadio iniziale e finale si colloca un processo di negoziazione.

Il setting come contenitore mentale → contiene i pensieri e le fantasie dell'utente e dello psicologo. Lo psicologo mette nel contenitore mentale del setting il suo bagaglio costituito dalle tecniche e metodologie psicologiche e dalle sue esperienze personali e professionali.

La prima cosa che il professionista deve imparare a riconoscere per gestirla meglio è il timore dell'intensità nell'esperienza di contatto e il modo in cui ad essa risponde.

Inizialmente nella psicoanalisi c'era la concezione dell'asimmetria tra paziente e analista e per questo motivo si postulava che l'analista fosse uno specchio, uno schermo opaco in cui il paziente doveva proiettare i propri vissuti e riproporre i legami intessuti fin dall'infanzia. Per questo motivo si era molto rigidi nel non dare alcuna informazione di se stessi e il transfert veniva interpretato proprio come la riproposizione dei rapporti infantili all'interno della relazione terapeutica. Dal canto suo l'analista pensava di salvarsi attraverso il lavoro sul proprio inconscio fatto con l'analisi personale. In tal modo l'analista si illudeva di diventare un ascoltatore asettico le cui emozioni e risonanze erano dovute solo al riflesso delle attribuzioni dell'altro. Infatti alla teoria di transfert corrispondeva quella del controtransfert. Il paziente quindi viene visto come un soggetto che immette nel rapporto con l'analista i suoi vissuti del "la e allora" e in quanto l'analista è asettico non possono esserci aspetti dovuti al "qui ed ora".

È comunque vero che tra paziente e terapeuta c'è un'asimmetria, quello che c'è da capire è in cosa risiede questa asimmetria che è anche la responsabile del potere curativo della psicoterapia.

Solo negli ultimi anni si è prodotta una visione del setting come campo bipersonale e si è prodotta una descrizione del dialogo clinico come un andamento a spirale e non una sequenza lineare. Si è quindi iniziato a considerare i 2 attori della coppia terapeutica come coinvolti nello stesso processo dinamico. Questo significa che il comportamento di ognuno dei 2 protagonisti può essere compreso solo prendendo in considerazione il comportamento dell'altro.

Il dialogo clinico è quindi un andamento a spirale in cui si susseguono delle sequenze di interazioni comunicative fra loro concatenate. È la singola interazione che orienta quanto accadrà in seguito, la singola interazione è quindi da considerarsi l'unità di analisi dell'intero processo. Ogni interazione è formata da uno scambio comunicativo all'interno del quale a turno lo psicologo e il paziente prendono la parola. Il salto epistemologico avviene relativamente alla questione che quello che accade durante l'ora del colloquio prende forma nel presente della relazione dai significati attribuiti da entrambe le parti. Allo stesso modo muta il ruolo e la posizione del clinico che è finalmente sceso dal suo piedistallo di asetticità e neutralità e si trova a fare i conti con le risposte del paziente al suo atteggiamento.

Parliamo ora più approfonditamente della relazione. È da dire che tutte le relazioni avvengono in un contesto (setting).

La relazione è anche regolazione reciproca nel senso che all'inizio il paziente giunge dallo psicologo con le sue aspettative e la sua visione del problema ma queste aspettative e questa visione inevitabilmente durante i colloqui vanno a modificarsi così da venire a crearsi una vera e propria regolazione reciproca, regolazione che definiamo delle rispettive simbolizzazioni. La regolazione è quindi la chiave per comprendere la relazione.

Nel susseguirsi degli scambi comunicativi si creano infatti delle aspettative di comportamento interattivo che con il tempo portano alla prevedibilità e quindi all'adattamento ad una specifica relazione. La relazione è quindi fatta dell'incontro tra intrapsichico e interpersonale. La regolazione reciproca riguarda il livello intrapsichico ma dipende direttamente dal livello interpersonale. L'influenza è infatti sempre reciproca e bidirezionale.

Abbiamo detto che l'unità di misura elementare della relazione è l'interazione. Essa è composta dallo scambio di 2 messaggi di cui in genere uno parte dal paziente e l'altro dallo psicologo. Sul piano sincronico le singole interazioni vanno a costituire la relazione. Sul piano diacronico invece un insieme di interazioni definisce delle sequenze e quindi un andamento processuale che si svolge nel tempo. Sul piano diacronico si può quindi rilevare la dinamicità della relazione.

Una relazione è secondo Stern è il prodotto cumulativo della storia delle interazioni, cioè l'interazione è un evento comportamentale osservabile, la relazione è una rappresentazione astratta derivante dalla somma delle interazioni.

Nel momento in cui si è riconosciuto che il sapere dello psicologo non è oggettivo e che anche lui con la sua persona entra nella relazione si è resa indispensabile una continua riflessione su come lo psicologo con la sua soggettività partecipi al processo della relazione. L'unico strumento che abbiamo a disposizione è il possesso di una consapevolezza, consapevolezza su 3 livelli:

1- consapevolezza della propria professionalità cioè delle conoscenze teoriche e tecniche possedute

2- consapevolezza di sé cioè delle proprie caratteristiche personali

3- consapevolezza relativa al processo, cioè relativa al fatto che non esistono cose giuste o sbagliate da fare ma che qualsiasi cosa si farà comunque questa cosa avrà degli effetti sul paziente e quindi sull'andamento della relazione. Messi in quest'ottica processuale da un lato si ha maggior responsabilità, dall'altro si perde di autorità. Il non essere più depositari di regole giuste comporta quindi una condizione di maggior vulnerabilità ed esposizione.

Quello che qui ci si chiede è come si sviluppi nello psicologo clinico una consapevolezza del processo? In 2 modi, cioè l'acquisizione delle competenze teoriche e tecniche e una confidenza con il proprio modo di entrare nelle relazioni con gli altri, quindi sviluppare una consapevolezza sia della tecnica che di se stessi.

La comunicazione durante un colloquio in quanto fatta di intrapsichico e interpersonale può essere analizzata a più livelli che non sono gerarchicamente posti ma si intersecano continuamente. Il fatto che le si gerarchizzi dipende solo dal piano che interessa rilevare all'osservatore, quindi allo psicologo.

I 2 principali livelli coinvolti nell'osservazione e nell'ascolto delle comunicazioni del paziente sono:

1- verbale/non verbale

2- manifesto/latente → il contenuto manifesto nasconde, maschera ma allo stesso tempo rivela i contenuti latenti. I derivati sono le rappresentazioni mascherate delle fantasie inconsce che sottostanno ai significati manifesti comunicati dal paziente.

Lo psicologo nelle comunicazioni del paziente deve riuscire ad organizzare i contenuti e le associazioni in maniera corretta in modo da sistematizzarli secondo configurazioni significative. Per comprendere le comunicazioni del paziente le si deve quindi porre su un punto di partenza, una sorta di punto di ancoraggio, punto che secondo Langs va ricercato in quello che lui ha definito contesto adattivo cioè il problema più pesante per il paziente nel momento in cui va dallo psicologo.

Il comportamento comunicativo dello psicologo: il comportamento comunicativo dello psicologo è riducibile a 2 categorie cioè quella del porre una domanda e quella dell'affermare qualcosa. La prima da inizio ad una sequenza, la seconda propone un termine o un punto di svolta.

Analizziamo innanzitutto il domandare:

1- le domande riflettono la teoria di riferimento e l'esperienza di chi le pone nonché la stagione esistenziale in cui si trova. Una stessa situazione può suscitare 2 domande completamente diverse in 2 psicologi diversi proprio per questo motivo.

2- un colloquio è clinico se ha una coerenza cioè possiede potenzialità trasformative quando definisce condizioni di coerenza e sistematicità. Lo psicologo deve riflettere costantemente sulla coerenza delle sue domande.

3- ogni domanda dovrebbe avere un senso, riusciamo infatti a porre una domanda solo quando intravediamo un senso in ciò che il paziente porta nel colloquio

4- le domande dello psicologo hanno lo scopo di amplificare le comunicazioni del paziente, hanno cioè lo scopo di arricchirle, di chiarificare aspetti oscuri o omessi. Una domanda è opportuna non tanto in funzione della risposta ma delle domande che si riesce a tirare dietro.

5- le domande hanno l'obiettivo di integrare i livelli di comunicazione consapevoli con quelli inconsapevoli favorire cioè una percezione più piena e consapevole delle diverse istanze che operano dentro il paziente, da parte del paziente.

6- non intercettare il paziente quando sta procedendo da solo con domande poiché si rischia di interrompere un processo produttivo e anche di interrompere la costruzione del senso di autonomia. Le domande migliori secondo Langs appaiono dopo l'ascolto e non al suo posto.

7- il valore esplorativo della domanda cioè mantenere un carattere della domanda morbido ed esplorativo in quanto si rischia facendo domande più puntuali di mettere sulla difensiva il paziente.

8- le inferenze del paziente sulle domande dello psicologo, cioè le fantasie del paziente su una domanda posta dallo psicologo. Lo psicologo deve sempre tener presente questa produzione fantasmatica del paziente per accorgersi dell'effetto prodotto dalle sue domande

9- le domande al posto delle risposte, cioè il clinico deve essere in grado di tollerare ambivalenze, dubbi e incertezze e non usare le domande per ridurre il disagio ma al solo scopo di scoperta.

10- meglio una parola in meno che una in più in quanto si rischia di frammentare l'intervento dando origine a quella che Langs definisce una terapia irrilevante, quindi mai soffocare il paziente con domande.

11- quando una domanda è appropriata? Quando viene valicata dal paziente, cioè quando produce nuove associazioni significative, quindi quando non riporta su ruminazioni e razionalizzazioni.

Andiamo ora ad analizzare la tipologia delle domande:

- domande aperte e domande chiuse a seconda delle quali possono originarsi effetti di diffusione o concentrazione (imbuto) nelle risposte.

- il contenuto nelle domande che può esplicitarsi su:

aspetti concreti, emozioni e affetti, episodi relazionali

- la correlazione delle domande, a seconda che riguardino o meno l'argomento di cui si sta parlando infatti le domande possono essere catalogate come correlate e non correlate. Quest'ultima categorizzazione rende conto della fluidità o frammentazione del colloquio dandoci quindi indicazioni sul ritmo.

Ora analizziamo gli interventi:

Tutte le forme di lavoro psicologico comprendono al loro interno elementi espressivi ed elementi supportivi esiste quindi un continuum espressivo-supportivo. Da ricordare sempre è il fatto che gli interventi dello psicologo anche se a lungo termine sono funzionali al paziente, a breve termine risultano dolorosi poiché lo pongono di fronte ai suoi aspetti disfunzionali. È per questo che il cammino terapeutico è in fondo l'elaborazione di un lutto, lutto per quello che si era prima e che con la terapia non si sarà più.

Tecniche espressive, attraverso di esse lo psicologo propone la costruzione di un senso riguardo ai contenuti portati dalla persona, attraverso il lavoro di analisi, confronto ed elaborazione. Le più note sono:

1- chiarificazione/riformulazione → consente di allenare la persona a tollerare l'esistenza di molteplici verità e a rendersi conto che la propria non è l'unica valida. Rende quindi meno rigida la visione delle cose.

2- confrontazione → mette a confronto affermazioni o comportamenti tra loro contraddittori. Serve a rinforzare l'esame di realtà del paziente e si usa quando è ancora troppo presto per una tecnica più esplicitamente espressiva. Con essa si stimola la parte sana del paziente. Si basa solo sul contenuto manifesto.

3- interpretazione → comunicazione con cui lo psicologo mira a portare alla coscienza del paziente in modo che risulti emotivamente toccante, qualcosa che prima era inconscio. Non si basa solo sul contenuto manifesto come la confrontazione. Deve, per essere efficace, aderire al qui ed ora dell'incontro ed essere espressa con lo stesso linguaggio del paziente altrimenti gli risulterà estranea. La sequenza che si segue è "materiale del paziente-interpretazione-conferma da parte del paziente". Questo processo distingue un'interpretazione valida da una non valida. Relativamente a quando è il caso di usare le interpretazioni si può dire che questo dipende fondamentalmente dall'esperienza e dalla sensibilità del clinico ma è necessario interpretare nei casi di passaggi all'atto dolorosi per se e per altri, nel caso di regressioni gravi e sintomi acuti, nel caso di comparsa di nuove difese o l'alterarsi in negativo dell'alleanza terapeutica.

4- identificazione di nessi → collegamento tra contenuti narrati e comportamenti apparentemente non inerenti a questi.

5- elaborazione/ricostruzione → fornisce un apporto, un anello mancante, il colmare di una lacuna nel momento in cui nonostante il paziente abbia associato del materiale quest'ultimo sembra non essere in grado di spiegare il sintomo. Si usa colmare queste lacune riprendendo

da elementi narrati dal paziente nel passato, quindi il clinico si basa alla precedente esperienza avuta col paziente su altri argomenti.

Tecniche supportive, mirano a fornire supporto emotivo alle difficoltà del paziente, le più note sono:

- 1- commenti empatici
- 2-rassicurazioni
- 3-consigli
- 4-informazioni
- 5-spiegazioni
- 6- riproposizioni di quanto detto dall'altro così da facilitarne l'eloquio

questo tipo di interventi deve poter fornire al paziente un supporto attivo ma mai direttivo, inoltre bisogna valutare bene cosa dire e come e quando dirlo poiché si rischia invece di aiutare il paziente ad essere autonomo, di farlo scivolare in uno stato di dipendenza regressiva estremamente dannosa. Un intervento supportivo corretto è in grado di promuovere la sicurezza personale del paziente, di rinforzare la struttura, la capacità di fronteggiare la realtà, il tutto senza produrre effetti collaterali indesiderabili.

Il silenzio: si intende per silenzio quell'insieme di situazioni in cui lo psicologo non si inserisce con un intervento su una pausa del paziente ma lascia a quest'ultimo la facoltà di riprendere come e quando vuole.

Lo psicologo può mantenere il silenzio per 2 diversi scopi:

- 1- per ascoltare→ buona regola è infatti iniziare un incontro in silenzio in modo da dare spazio al soggetto di esprimersi liberamente
- 2- per inviare una comunicazione di tipo non-verbale dai molteplici significati→ per segnalare al paziente l'autonomia di pensiero dello psicologo.

I possibili errori in cui si può incorrere riguardo al silenzio sono il mantenerlo troppo o troppo poco. Questi errori però li si può evitare solo attraverso una analisi del tipo di paziente che ha di fronte, se infatti dopo un certo silenzio esso tende a regredire e a sentirsi a disagio, evidentemente per lui quella lunghezza di silenzio è eccessiva, se invece è produttivo e disponibile all'elaborazione forse si è sulla strada giusta.

Oltre al silenzio ci sono anche i segni verbali e non verbali che vanno a costituire la dimensione relazionale dello psicologo e sono suddivisi in:

- segni verbali e non che servono al mantenimento della relazione
- segni verbali e non di inibizione della comunicazione e della relazione
- segni verbali e non di difficoltà e/ o imbarazzo.

Il comportamento comunicativo del paziente: sono le risposte del paziente a consentire allo psicologo di verificare la sequenza, cioè a consentirgli di capire se le sue comunicazioni sono state o meno accolte. Le conferme però non vanno prese per come appaiono poiché a volte si innescano dei meccanismi di compiacenza quindi lo psicologo deve essere in grado di cogliere i segni di questo processo. Se la conferma è infatti solo di facciata si manifestano vuoti nel materiale successivo, ripetizioni, frammentazioni che creano un vicolo cieco. Altri modi in cui si manifesta la mancanza di sintonia sono gli acting out, le regressioni e i sintomi acuti che sono più indiretti e quindi più subdoli.

Racconto di fatti e racconto di emozioni: i racconti dei pazienti possono essere racconti prevalentemente di fatti o prevalentemente di emozioni. All'interno di questa più generale distinzione possiamo farne altre distinguendo tra quando una persona parla di se, di persone della sua famiglia, di altre persone significative o infine quando parla di qualcosa inerente alla relazione con lo psicologo. Queste situazioni però non devono fuorviare in quanto spesso dietro a racconti di fatti si nascondono grandi spunti di materiale inconscio mentre dietro a racconti carichi di emozioni c'è solo uno sviamento per evitare la riflessione sul materiale doloroso.

Dati anamnestici: ci si riferisce a tutte quelle volte che il paziente o spontaneamente o attraverso domande dello psicologo fornisce informazioni di se e del suo modo. Quando si è nel pieno dell'esplorazione di qualcosa di profondo è meglio lasciare andare e tornare in un secondo momento alla raccolta dei dati anamnestici.

Le domande: ci si riferisce a tutte quelle interazioni in cui è il paziente a fare domande allo psicologo. Lo psicologo deve rispondere nel momento in cui il paziente necessita di reali informazioni su ciò che attiene il setting, la terapia, la parte economica e simili.

Il silenzio: il silenzio del paziente è una delle dimensioni più complicate con cui ci si deve confrontare ad inizio carriera. Per questo lo psicologo deve avere ruolo contenitivo del silenzio, o meglio ruolo contenitivo verso tutto quello che il silenzio veicola ma che non ha ancora un nome. Deve far sentire al paziente che anche quello che non dice è da lui accettato e che non si sta perdendo tempo stando zitti.

Relativamente alla dimensione relazionale sono valide le 3 categorie che si hanno anche per lo psicologo.