




Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità  
Sezione di Psicologia Clinica  
Università degli Studi di Verona

## Corso di Psicologia Clinica

### Evoluzione della psicologia clinica

### Il colloquio clinico

Lidia Del Piccolo  
lidia.delpiccolo@univr.it

DMSP-PSY



## Programma del corso

- Evoluzione e definizione della psicologia clinica
- Caratteristiche e strumenti del colloquio clinico
- La comunicazione in situazioni difficili
- Il processo di mediazione dei conflitti
- Il colloquio motivazionale
- Nozioni di psicodiagnostica nell'età adulta
- Prevenire e gestire il burn-out

• **Testi per l'esame**

- Sanavio Ezio; Cornoldi Cesare (2010) Psicologia clinica, 2 ed. Il Mulino, Bologna
- Diapositive e fotocopie forniti a lezione

DMSP-PSY



## Programma

- Evoluzione e definizione della Psicologia Clinica
- Gli strumenti della psicologia clinica
- Il colloquio clinico
- Cosa significa comunicare
- Accogliere l'utente/paziente/cliente
- Le tecniche comunicative per la raccolta delle informazioni
- Le tecniche comunicative per la gestione delle emozioni

DMSP-PSY



## Clinica: radici storiche

Radice etimologica: greco "cline", letto "che guarda il letto, il medico che visita il malato al letto"

**Medio Evo:** clinica = scuole di medicina dove l'insegnamento viene impartito al letto del malato, anziché attraverso l'apprendimento di modelli teorici basati sul principio di autorità o il dissezionamento di cadaveri

**Fine XVI sec.:** a Padova nasce una cattedra di clinica nella facoltà di medicina. La Clinica raccoglie patologie omogenee.

Ancor oggi è forte l'associazione concettuale tra clinico e patologico

DMSP-PSY

**Nascita della psicologia clinica**

**Lightner Witmer:** primo psicologo clinico (1896) fondatore della prima "Psychological clinic" per bambini con problemi di adattamento.

Antecedenti storici:

- Psicologia sperimentale (James –Harvard- 1876; Wundt – Lipsia- 1879)
- Psicologia della misura delle differenze individuali (Galton, 1869 "psicologia delle differenze individuali"; Cattell, 1890 "test mentale")
- Tradizione clinica in psichiatria (Pinel, 1801; Rush, 1812 "Medical inquiries and disease of the mind", APA 1844, Kraepelin, Charcot e Janet)
- Movimenti di carattere umanitario (Pinel, Tuke, 1792)

**DMSP-PSY**

**Evoluzione della psicologia clinica**

**EUROPA**

- **S. Freud** (1892 "Studi sull'isteria", 1895 "Interpretazione dei sogni")
- **H. Rorschach** (1921, test proiettivo)

**USA**

- **William Healy** (Chicago, 1909): connessione con la psicologia europea – apertura alla psico-analisi. *Journal of Abnormal Psychology* (1906)
- **L. Terman** (1916) scala Stanford-Binet – QI – diagnostica e ricerca applicata alla clinica – sviluppo di test (1917, *Army Alpha/Beta e Personal Data Sheet*)
- Cattell 1921, *Psychological corporation*
- 1935 Riconoscimento giuridico della psicologia clinica nell'APA
- *Community Mental Health Centers Act* (1963) Psichiatria di comunità – *équipe terapeutica*

**DMSP-PSY**

**Evoluzione della psicologia clinica**

**ITALIA**

- **Fascismo e Secondo dopoguerra:** disconoscimento della disciplina
- **Legge Basaglia numero 180 del 13 maggio 1978**

Box 1. Summary of the main characteristics of the 1978 Italian Psychiatric Reform.

Gradual closure of public mental hospitals by blocking all new admissions, with immediate effect (i.e. from 1978), as well as readmissions, two years later (i.e. from 31 December 1980).

New community-based services (community mental health centres, day hospitals, and residential facilities) were to be established to provide all types of psychiatric care to the population of a given area. Initially, such services had to be staffed mainly through the relocation of mental hospital personnel.

Hospitalization, when necessary, had to take place in general hospital psychiatric wards. These wards were not to exceed 15 beds, in order to avoid an excessive concentration of psychiatric patients, a characteristic of the mental hospital that was considered detrimental to its patients' well-being.

Compulsory evaluation and treatment required in general hospital psychiatric wards. The criteria for involuntary admission were:

- (1) an emergency intervention was needed,
- (2) the patient refused treatment,
- (3) alternative community treatment was impossible.

*International Review of Psychiatry, August 2012; 24(4): 314–320*

**DMSP-PSY**

**Evoluzione della psicologia clinica**

- **1989** istituzione **Ordine degli Psicologi**
- **Art.3 e 35** regolamentazione attività psicoterapeutica
- **DPR 328/2001:**
  - Sezione A:** psicologo con laurea specialistica in psicologia
  - Sezione B:** dottore in tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro / per i servizi alla persona e alla comunità.

**DMSP-PSY**

**Psicologia Clinica**  
Rif. Dizionario di psicologia (Galimberti)

- Rapporto interpersonale come strumento di conoscenza
- Considera l'individuo in un contesto non sperimentale
- Metodo idiografico (≠ nomotetico)
- Ruolo dell'analisi della domanda
- Disciplina applicativa: diagnosi, psicoterapia

DMSP-PSY

**Psicologia Clinica**  
Collegio psicologi clinici università italiane

- La psicologia clinica è un settore della psicologia i cui obiettivi sono la spiegazione, la comprensione, l'interpretazione e la riorganizzazione dei processi mentali disfunzionali o patologici, individuali e interpersonali, unitamente ai loro correlati comportamentali e psicobiologici. La psicologia clinica è identificabile con le metodiche psicologiche volte alla consulenza, diagnosi, terapia o comunque di intervento sulla struttura e organizzazione psicologica individuale e di gruppo, nei suoi aspetti problematici, di sofferenza e di disadattamento e nei suoi riflessi interpersonali, sociali e psicosomatici.
- La psicologia clinica è altresì finalizzata agli interventi atti a promuovere le condizioni di benessere socio-psico-biologico e i relativi comportamenti, anche preventivi, nelle diverse situazioni cliniche e ambientali. La psicoterapia nelle sue differenti strategie e metodiche costituisce l'ambito applicativo che più caratterizza la psicologia clinica, come punto di massima convergenza tra domanda, conoscenze psicologiche disponibili, fenomeni indagati e metodi utilizzabili.

DMSP-PSY

**Gli strumenti della psicologia clinica**

- La relazione terapeutica
- Il colloquio clinico
- L'osservazione
- Gli strumenti psicodiagnostici



DMSP-PSY

**LA RELAZIONE TERAPEUTICA**

C'è un ampio accordo in letteratura e tra i clinici nel postulare che la relazione sia un elemento essenziale del processo terapeutico.

- Horvath e Symonds (1991): attraverso una meta-analisi evidenziano che l'alleanza terapeutica è un predittore dell'esito indipendente dall'orientamento terapeutico.
- Considerata un'ampia gamma di approcci terapeutici, ciò che fa la differenza sono le caratteristiche personali del terapeuta. Evidenze mostrano che dopo sei mesi, 2/3 della varianza dell'esito di un programma per l'alcolismo sono spiegati dall'empatia del terapeuta, metà dopo un anno e il 25% dopo 24 mesi. (Rogers, 1959; Miller et al., 2004)

DMSP-PSY

**La RELAZIONE è oggetto di interesse almeno in tre sensi:**

- Il comportamento dell'utente nel rapporto con il terapeuta è una **fonte di informazioni aggiuntive e/o di supporto alle informazioni verbali del paziente** (funzione diagnostica).
- La relazione è il **luogo e il canale** in cui e attraverso cui viene veicolato l'intervento di cambiamento. E' quindi motivo di cambiamento in sé.
- La relazione è uno strumento assimilabile ad altri strumenti utilizzati in modo **strategico**

**Quali sono le competenze relazionali che caratterizzano la professione dell'assistente sociale?**



**Qualità personali**      **Capacità professionali**

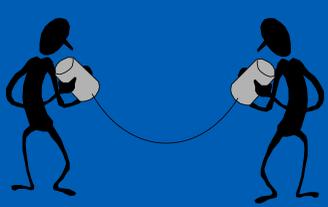
**Qualità personali**

- Motivazione
- Atteggiamento accogliente, non giudicante
- Comprensione e disposizione a vedere i problemi dal punto di vista del paziente
- Empatia
- Buon adattamento, alta tolleranza alla frustrazione
- Fiducia in se stessi
- Non farsi coinvolgere troppo
- Senso di responsabilità

**Le competenze comunicative e relazionali dell'assistente sociale**

- Saper raccogliere le informazioni utili dall'utente
- Saper instaurare una relazione di collaborazione e fiducia
- Saper informare correttamente l'utente
- Motivare l'utente
- Saper ascoltare e gestire eventuali reazioni emotive dell'utente
- Individuazione dei bisogni (individuo e collettività)
- Capacità di comunicare e collaborare con altre figure professionali

**Il colloquio**



**Cosa significa comunicare?**

DMSP-PSY

**DEFINIZIONE**

**COMUNICAZIONE**

↓

Invio di informazione che ha un **significato**.  
Richiede: **sorgente** - **messaggio** - **ricevente**.

*dal latino **cum**=con **munire**=legare, costruire  
**com-munico** = mettere in comune, far  
partecipe*



DMSP-PSY

**DEFINIZIONE**

**COMUNICAZIONE**

↓

*scambio interattivo fra **due o più partecipanti**,  
dotato di **intenzionalità reciproca** e di un certo  
livello di **consapevolezza**, in grado di far  
condividere un determinato significato sulla  
base di sistemi simbolici e convenzionali di  
significazione (**segni**) e di segnalazione  
(**regole semiotiche**) secondo la cultura di  
riferimento*



DMSP-PSY

**COMUNICAZIONE**

↓

Il repertorio di segni e regole semiotiche può essere:

- **esplicito** (gli agenti sono **consapevoli** del significato che esprimono)
- **implicito** (i segni influenzano gli agenti, ma l'**inviante non è sempre totalmente consapevole dei segnali che invia** e di come questi possano essere decodificati dal ricevente)

↑

Qualunque comportamento può implicare un messaggio, non necessariamente intenzionale, ma dotato di significato da parte di un ricevente.



DMSP-PSY



## Colloquio

Situazione caratterizzata dall'interazione fra **almeno due persone** A ed R delle quali A svolge una **funzione professionale** R è un **cliente/paziente** in un **luogo** S proprio ad A (*setting* specifico e strutturato) o R (es. visita domiciliare) avendo sia A che R degli **scopi** e delle **aspettative** per questo incontro che è per R e per A **non spontaneo, bensì artificiale**

(Lai G., Le parole del primo colloquio, 1993)

DMSP-PSY



## Colloquio clinico

processo di ricerca attiva

- La finalità del colloquio è l'esame completo del problema del paziente.

Il colloquio clinico utilizza:

1. materiale **cognitivo-verbale**: ciò che il paziente pensa e ciò che il paziente dice di sé;
2. **osservazione del comportamento** del paziente;
3. **Relazione**: interazione tra paziente e psicologo.

DMSP-PSY



## LE TRE FUNZIONI DEL COLLOQUIO CLINICO

*The Three Function Approach (Cohen-Cole, 1991), modificato*

Raccolta di **informazioni precise e attendibili** per comprendere tutti i problemi di salute e di vita dell'utente

Creare una **relazione terapeutica** e riconoscere e gestire le emozioni e preoccupazioni dell'utente

**Informare e istruire** l'utente rispetto alle sue problematiche, **concordare** la gestione dei problemi e **motivarlo** a collaborare con il programma

DMSP-PSY



## Obiettivi di una buona comunicazione

- Accuratezza
- Efficienza
- Supporto

(Kurtz, Silverman, Draper, 1998)

**Una comunicazione efficace promuove interazione e non solo passaggio di informazioni**

DMSP-PSY

**Motivazione**

*Motivus - môtus* (ciò che spinge, che suscita a fare)  
 Uno **stato interno che attiva, dirige e mantiene** nel tempo il comportamento di un individuo in direzione di una **meta**.  
**Attività** – movimento verso qualcosa  
**Orientamento** (scopo – obiettivo consapevole)

La motivazione è uno stato dinamico dell'individuo

- Può modificarsi da una situazione all'altra
- E' uno stato interno, influenzato da fattori esterni
- Estrinseca (meta esterna –premi/punizioni)
- Intrinseca (meta stimolante di per sé)

**MOTIVAZIONE**

**Intrinseca:** il colloquio viene richiesto dal "cliente" allo scopo di raggiungere un certo processo di conoscenza: intellettuale - cognitivo (es: colloquio di orientamento) / affettivo - relazionale  
**Estrinseca:** il colloquio non è richiesto dal "paziente" ma da un'altra figura (altro professionista, parente, convivente...)

Conscia ←————→ Inconscia

**Insight completo:** il soggetto espone liberamente i propri sintomi, in quanto li riconosce come egodistonici  
**Insight parziale:** il soggetto riconosce la presenza di un disagio ma la attribuisce a fattori esterni (es: pz psicotici affetti da schizofrenia, disturbo bipolare, abusatori di sostanze)  
**Nessun insight:** negazione completa dell'esistenza di un disagio (si presenta accompagnato, reagisce alle domande mostrando resistenza aggressiva, compliance passiva o mutacismo)

**Aspettativa**

Forma derivata di aspettare – *aspicere* – guardare, stare rivolto verso qualche parte.  
 Previsione (ragionevolmente realistica) dell'individuo circa un evento (la condotta di altri membri sociali, l'effetto di un trattamento, le proprie capacità di fronteggiare la malattia) in un contesto di incertezza.

**Colloquio**

Orientato al <b>sintomo</b> (descrittivo) Disturbi psichici ↓	Orientato all' <b>insight</b> (psicodinamico) Disturbi psichici ↓
segni, sintomi, comportamenti andamento prevedibile risposta trattamento specifica	conflitti profondi che si traducono in agenti patogeni: segni, sintomi, comportamenti, sofferenza individuale <u>transfert</u>
scopo: classificare i disturbi e le disfunzioni del paziente in accordo con categorie diagnostiche definite sistema diagnostico multiassiale	scopo: analisi della relazione per portare alla consapevolezza i conflitti profondi e risolverli

**DMSP-PSY**

## Struttura del colloquio



**DMSP-PSY**

### Fase di preparazione dell'incontro

Predisposizione di un ambiente funzionale  
Elaborazione personale degli obiettivi del colloquio

### Fase di accoglienza

Saluti e presentazione, motivo dell'incontro

### Fase di focalizzazione

L'operatore raccoglie le informazioni utili a circoscrivere e definire i bisogni dell'utente, ascolta e facilita attivamente, sintetizza e verifica la comprensione  
L'utente conferma o corregge (feedback)

### Fase di approfondimento

Il tecnico ridefinisce il problema/i, strategie e risorse. Spiega e informa.  
L'utente ascolta e comunica di aver ricevuto e compreso il messaggio (feedback)

### Fase di chiusura

Sintesi degli aspetti più significativi emersi, le strategie concordate e il modo di verificarne l'efficacia. Saluti e congedo  
Saluti ed eventuali domande

Strutturare il colloquio

- Riassumere
- Orientare
- Esplicitare

**DMSP-PSY**

## LA PRIMA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

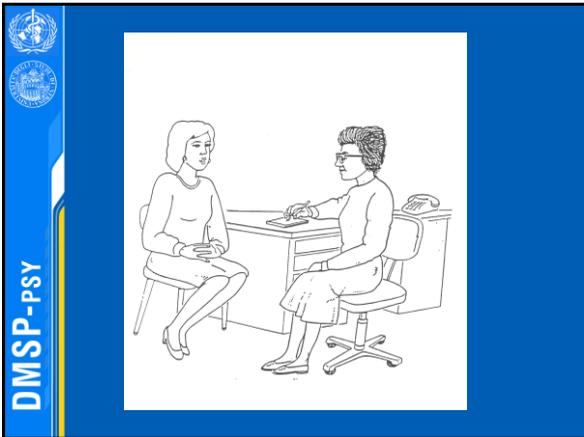
Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita dell'utente

### Compiti

- *Riconoscere e ridurre le barriere comunicative*
- *Facilitare l'utente nel esporre i suoi problemi in modo preciso e accurato*
- *Conoscere il punto di vista dell'utente paziente*

**DMSP-PSY**





DMSP-PSY

## Come prendere appunti durante il colloquio

- Pochi appunti, solo i dati più rilevanti: cronologia, eventi e problemi
- Avvertire l'utente
- Mantenere l'attenzione centrata sull'utente, non perdere il contatto visivo

DMSP-PSY

## BARRIERE COMUNICATIVE

aumentano o diminuiscono la distanza "ottimale" tra operatore e utente e compromettono l'efficacia del colloquio perché

diminuiscono la rilevanza, l'accuratezza e la quantità delle informazioni ottenute, modificando il loro contenuto e il loro significato

DMSP-PSY

LE BARRIERE COMUNICATIVE TRA OPERATORE E UTENTE	
BARRIERE	COME RIDURRE LE BARRIERE
<b>1. Barriere ambientali</b> (rumori, interruzioni, mancanza di privacy, arredo, distanza, comunicazione per interposta persona)	Migliorare l'ambiente
<b>2. Barriere culturali</b> (linguaggio, stizz., religione, educazione, età, sesso)	Adottare un linguaggio comprensibile per il paziente; aumentare il feedback
<b>3. Barriere sociali</b> (gerarchia, status sociale, classe sociale)	Non assumere comportamenti di superiorità
<b>4. Stato emotivo dell'utente</b> (paura, timori, preoccupazioni, vergogna, colpa, pudore, depressione, ostilità, rabbia). Facilitare l'espressione delle emozioni	Riconoscere e rispondere alle emozioni espresse
<b>5. Stato emotivo dell'operatore</b> (irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)	Riconoscere le proprie emozioni saperle controllare
<b>6. Comportamento dell'operatore</b> (frettoloso, distaccato, autoritario, critico, prevenuto, invadente)	Evitare comportamenti che aumentano o riducono la distanza tra operatore e utente
<b>7. Stile dell'intervista</b> (intervista centrata sull'operatore)	Formulare domande aperte, di verifica, facilitare, fare commenti empatici, ecc... Intervista centrata sull'utente
<b>8. Caratteristiche del messaggio</b> (mancanza di chiarezza)	Formulare il messaggio in modo chiaro logico, precisione e concisione
<b>9. Intonazione ed articolazione delle parole</b>	Perfezionare la pronuncia, l'articolazione, il tono ed il ritmo

DMSP-PSY

LE BARRIERE COMUNICATIVE TRA OPERATORE E UTENTE	
BARRIERE	COME RIDURRE LE BARRIERE
1. <b>Barriere ambientali</b> (rumori, interruzioni, mancanza di privacy, arredo, distanza, comunicazione per interposta persona)	Migliorare l'ambiente
2. <b>Barriere culturali</b> (linguaggio, istruz., religione, educazione, età, sesso)	Adottare un linguaggio comprensibile per l'utente; aumentare il feedback
3. <b>Barriere sociali</b> (gerarchia, status sociale, classe sociale)	Non assumere comportamenti di superiorità
4. <b>Stato emotivo del paziente</b> (paura, timori, preoccupazioni, vergogna, colpa, pudore, depressione, ostilità, rabbia). Facilitare l'espressione delle emozioni	Riconoscere e rispondere alle emozioni espresse dall'utente
5. <b>Stato emotivo dell'operatore</b> (irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)	Riconoscere le proprie emozioni e saperle controllare
6. <b>Comportamento dell'operatore</b> (frettoloso, distaccato, autoritario, critico, prevenuto, invadente)	Evitare comportamenti che aumentano o riducono la distanza tra utente e operatore
7. <b>Stile dell'intervista</b> (intervista centrata sull'operatore)	Formulare domande aperte, di verifica, di facilitazione, fare commenti empatici, riflessivi ecc
8. <b>Caratteristiche del messaggio</b> (mancanza di chiarezza)	Formulare il messaggio con chiarezza, logicità, precisione e concisione
9. <b>Intonazione ed articolazione delle parole</b>	Perfezionare la pronuncia, l'articolazione, il tono ed il ritmo

LE BARRIERE COMUNICATIVE TRA OPERATORE E UTENTE	
BARRIERE	COME RIDURRE LE BARRIERE
1. <b>Barriere ambientali</b> (rumori, interruzioni, mancanza di privacy, arredo, distanza, comunicazione per interposta persona)	Migliorare l'ambiente
2. <b>Barriere culturali</b> (linguaggio, istruz., religione, educazione, età, sesso)	Adottare un linguaggio comprensibile per l'utente; aumentare il feedback
3. <b>Barriere sociali</b> (gerarchia, status sociale, classe sociale)	Non assumere comportamenti di superiorità
4. <b>Stato emotivo del paziente</b> (paura, timori, preoccupazioni, vergogna, colpa, pudore, depressione, ostilità, rabbia). Facilitare l'espressione delle emozioni	Riconoscere e rispondere alle emozioni espresse dall'utente
5. <b>Stato emotivo dell'operatore</b> (irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)	Riconoscere le proprie emozioni e saperle controllare
6. <b>Comportamento dell'operatore</b> (frettoloso, distaccato, autoritario, critico, prevenuto, invadente)	Evitare comportamenti che aumentano o riducono la distanza tra utente e operatore
7. <b>Stile dell'intervista</b> (intervista centrata sull'operatore)	Formulare domande aperte, di verifica, di facilitazione, fare commenti empatici, riflessivi ecc
8. <b>Caratteristiche del messaggio</b> (mancanza di chiarezza)	Formulare il messaggio con chiarezza, logicità, precisione e concisione
9. <b>Intonazione ed articolazione delle parole</b>	Perfezionare la pronuncia, l'articolazione, il tono ed il ritmo

Non è possibile ridurre le barriere?

Esplícitarle e commentarne la loro presenza con l'utente!

### LA PRIMA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita dell'utente

**Compiti**

- Riconoscere e ridurre le barriere comunicative
- Facilitare l'utente nel esporre i suoi problemi in modo preciso e accurato
- Conoscere il punto di vista dell'utente paziente

### Il concetto di Agenda



- Dal latino *agenda* "cose da fare"  
"Taccuino dove sono notati i giorni dell'anno e si segnano le cose da farsi via via ogni giorno. Fig. il programma delle attività previste e degli impegni presi"
- In ambito medico, termine usato da Peter Tate (1994) per indicare gli *aspetti rilevanti* (obiettivi ed aspetti che si vogliono discutere modulati anche da altri fattori, es. stato emotivo, credenze, esperienze passate) *per il medico e per il paziente* che entrano in gioco durante una consultazione medica.
- IN OGNI COLLOQUIO, I PARTECIPANTI HANNO una sorta di agenda mentale caratteristica per ogni individuo.

**L'AGENDA DELL'OPERATORE**

OPERATORE

- ✓ EDUCARE
- ✓ CONVINCERE
- ✓ SPIEGARE
- ✓ INFORMARE
- ✓ INSISTERE
- ✓ GIUSTIFICAR

DMSP-PSY

**L'AGENDA DELL'UTENTE**

?

DMSP-PSY

**Le quattro dimensioni dell'agenda dell'utente**

Percezione soggettiva del problema; idee ed interpretazioni

Aspettative e desideri

L'impatto emotivo del problema sull'utente: timori, preoccupazioni (dipende dal significato personale del problema)

Il contesto psicosociale; qualità di vita; problemi sociali; eventi stressanti

DMSP-PSY

**CAMBIARE L'AGENDA**

Utente

- ✓ PROBLEMA
- ✓ CONVINZIONI
- ✓ ASPETTATIVE
- ✓ TIMORI
- ✓ BISOGNI
- INFORMATIVI

Operatore

- ✓ Conoscere l'agenda del paziente

DMSP-PSY

**Concetti chiave**  
**Integrare le agende**

La conoscenza reciproca delle diverse agende

↓

Collaborazione efficace: decisioni condivise, concordate o negoziate

↓

Premesse essenziali per una adesione ottimale al programma

**DMSP-PSY**

**Sull'integrazione delle due agende si basa L'ALLEANZA DI LAVORO**

- Una relazione di reciproca collaborazione, per il raggiungimento di un fine comune (*partnership*)
- La qualità dell'alleanza aumenta
  - con la fiducia che l'utente ha nei confronti dell'operatore o del programma
  - nella misura in cui si sente libero di esplicitare e discutere con l'operatore preoccupazioni, aspettative, dubbi, disaccordi e contrarietà

**DMSP-PSY**

**Esplicitare la propria agenda professionale**

- Indicare i motivi e gli obiettivi del colloquio e indicare il tempo a disposizione.

"Oggi dovremo parlare di... per..."

"Vorrei capire meglio come... per..."

"In questo incontro dovremmo discutere...per capire come..."

**Sollecitare l'agenda dell'altro**

"Prima di andar avanti mi può dire per favore quali sono gli argomenti che Lei invece avrebbe bisogno di discutere oggi?"

**DMSP-PSY**

**Per raccogliere le informazioni utili dall'utente occorre...**

- Buon accoglimento (presentazione, saluto, ecc...)
- Raccolta di dati anagrafici
- Condivisione del motivo per cui si svolge il colloquio
- Verifica di esperienze precedenti
- Dopo aver raccolto le informazioni fare una sintesi
- Mantenere un atteggiamento di **ascolto attivo**
- Completare l'elenco delle informazioni inserendo alla fine la domanda  
"Cos'altro vorrebbe aggiungere a quanto mi ha detto?"

**DMSP-PSY**

**DMSP-PSY**

## Indagine "aperta"

- Uso del silenzio
- Incoraggiamento non verbale
- Facilitazioni e incoraggiamenti verbali
- Domande aperte non direttive

Tecniche non direttive (aperte, centrate sul paziente)

- Commenti riflessivi, ripetizioni
- Domande aperte direttive
- Sintesi, riformulazioni

Tecniche direttive (aperte, centrate sul paziente)

**DMSP-PSY**

## Facilitazione

- Incoraggia l'utente a dire di più o a continuare la sua storia
- Trasmette ascolto (passivo)

**ESEMPI:**

"Continui pure..."

"Sì..... mi dica"

"Mmmh..."

**DMSP-PSY**

## Domanda aperta non direttiva

- Usata per aprire l'intervista o per introdurre un'ulteriore area d'indagine
- Segnala la disponibilità di ascolto
- Da usare tutte le volte che il paziente/utente introduce un nuovo argomento

**ESEMPI:**

**Espressioni utilizzate per iniziare il colloquio**

"Come mai è qui?" "Quale è il motivo della sua richiesta?" "Mi dica..."

**Espressioni che non impongono un contenuto specifico alla risposta**

"Come mai?" "Cosa è successo?" "Perché?" "E poi?" "... Allora..."

**Espressioni che hanno lo scopo di ottenere maggiori informazioni (completano l'agenda)**

"Mi dica di più a proposito di..." "Mi spieghi meglio" "cos'altro vorrebbe aggiungere"

**DMSP-PSY**

## Domanda aperta direttiva

- Usata per indagare aree specifiche
- Consente la chiarificazione di dettagli e scoraggia una elaborazione irrilevante da parte del paziente

**ESEMPI:**

"Come va con il lavoro in questo momento?"

"Come si sente rispetto a questa situazione?"

**DMSP-PSY**

## Indagine "chiusa"

**Domande chiuse che implicano risposte si/no**  
 Operatore: ha difficoltà a livello scolastico?  
 Utente: no

**Domande chiuse che consentono risposte brevi**  
 Operatore: da quanto tempo ha difficoltà in ambito scolastico?  
 Utente: *da circa un anno*

**Domande multiple**  
 Operatore: preferisci le materie scientifiche o quelle umanistiche?  
 Utente: né una né l'altra

**DMSP-PSY**

## Esercizio: trasformare in domande aperte

1. Va d'accordo con i suoi familiari?
2. Ha già fatto questo test?
3. Questo colloquio glielo ha consigliato qualcuno?
4. Lavora?
5. Adesso non sta facendo nulla?
6. Beve vino?
7. Sua moglie è preoccupata?
8. Lei è di Verona?
9. Ha sofferto molto per questa situazione?
11. Sa di che esame si tratta?
12. E' accompagnata da qualcuno?
13. Ha sempre fatto la casalinga?

**DMSP-PSY**

## Esercizio: trasformare in domande aperte

1. Come va in famiglia?
2. Quando ha fatto questo test?
3. Chi le ha consigliato di fare questo colloquio?
4. Che lavoro svolge?
5. Che cosa sta facendo ora?
6. Che cosa beve di solito?
7. Come ha reagito sua moglie?
8. Dove vive?
9. Come si è sentito in questa situazione?
11. Che cosa sa di questo esame?
12. Da chi è accompagnata?
13. Che attività svolge?

**DMSP-PSY**

## Commento riflessivo

➤ **Ripete o riformula parte di ciò che l'utente ha detto o completa un sua frase aiutandolo a continuare il discorso in quella direzione**  
*Utente: ...scusi sa ma mi sento ...*  
*Operatore: ... un po' imbarazzato ...*  
*Utente: sì, è la prima volta che mi trovo in questa situazione e non so se ho fatto bene a venire*  
*Operatore: ... non sa se ha fatto bene a venire ...*

➤ **Evidenzia un segnale non verbale inviato dal paziente**  
*Utente: non dice nulla, ma ha un volto sofferente*  
*Operatore: mi sembra che non si senta molto bene, in questo momento*



## **Chiarificazione**

- Viene usata quando il paziente ha scelto una parola con significato ambiguo, confuso o vago
- E' usata anche per conoscere il significato che il paziente attribuisce all'espressione scelta

**ESEMPLI:**

*"mi può spiegare meglio cosa intende per...?"*  
*"in che senso dice che le cose non funzionano"*

**DMSP-PSY**



## **Verifica**

- Usata per controllare l'accuratezza dell'informazione ottenuta. Da usare quando si è confusi od incerti
- Indispensabile quando sono presenti dei dubbi
- Rassicura il paziente/utente che percepisce interesse nei suoi confronti
- Consente al paziente/utente di correggere eventuali errori di comprensione

**ESEMPLI:**

*"Se ho capito bene ha già fatto quest'esame tre volte, quindi sarebbe la quarta volta..."*

**DMSP-PSY**



## **Sintesi**

- Usata per riepilogare quanto detto dal paziente/utente sottolineando tutti gli aspetti che fino a quel momento sono stati espressi.
- Trasmette ascolto attento e comprensione
- E' un'utile tecnica per porre struttura al colloquio e verificare la completezza dell'agenda (stabilendo anche le priorità dell'interlocutore)
- Consente di correggere eventuali errori di comprensione da parte nostra.

**ESEMPLI:**

*"Allora...lei mi ha detto che soffre di mal di testa da una settimana, in più ha questo dolore allo stomaco e negli ultimi giorni fa fatica anche a prendere sonno"*

**DMSP-PSY**



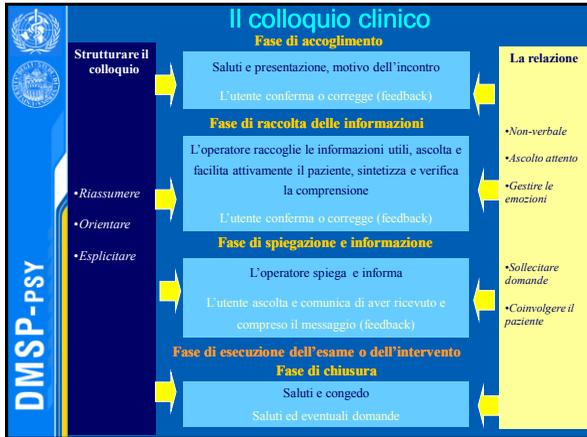
## **Transizione**

- E' un'espressione che viene utilizzata per indicare un momento di passaggio all'interno del colloquio
- Orienta il paziente rispetto a ciò che si intende fare

**ESEMPLI:**

*"vorrei farle alcune domande per capire meglio la sua situazione attuale"*

**DMSP-PSY**



**LA SECONDA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO**

**creare, mantenere e concludere una relazione terapeutica e rispondere alle emozioni dell'utente**

**Obiettivi**

- Garantire
  - la disponibilità dell'utente a dare tutte le informazioni rilevanti
  - Riduzione del disagio emotivo dell'utente dovuto alle sue problematiche o al contesto
  - la soddisfazione dell'utente
  - la soddisfazione dell'operatore
- Far sentire l'utente compreso e sostenuto

**Compiti**

- Comunicare professionalità
- Comunicare l'interesse, rispetto, sostegno e empatia
- Riconoscere e risolvere le barriere comunicative
- Conoscere il punto di vista dell'utente (l'agenda)

**DMSP-PSY**



**Il paziente/utente segnala la propria agenda emotiva**

Esprimendo esplicitamente il proprio disagio/preoccupazione

**AGENDA ESPLICITA**

In modo non esplicito, manifestando segnali verbali/non verbali di insoddisfazione, incoerenza, disagio

**AGENDA NASCOSTA**

**DMSP-PSY**

**DMSP-PSY**

**Come l'utente segnala la propria agenda "NASCOSTA"**

- Introducendo spontaneamente aspettative, idee, sensazioni, preoccupazioni
- Utilizzando un linguaggio colorito o metaforico
- Introducendo espressioni che apparentemente non hanno relazione con quanto riferito fino a quel momento
- Introducendo spontaneamente precisazioni e tentativi di spiegazione personale
- Esprimendo disagio o parlando di emozioni mentre vengono descritti sintomi o disturbi organici
- Descrivendo una situazione difficile senza apparente partecipazione emotiva
- Eccedendo nell' espressività verbale o non verbale

**DMSP-PSY**

**Per far sentire l'utente sostenuto e compreso occorre...**

- **Conoscere e saper riconoscere le emozioni dell'utente** (es. paura, imbarazzo, ansia)
- **Dare un nome all'emozione**
- **Incoraggiare l'elaborazione:** facilitare il paziente a esprimere le emozioni (es. *come si sente, come va?, tutto bene?*)
- **Ascolto attivo**
- **Comprendere e legittimare applicando le tecniche di base per la gestione delle emozioni** (legittimazione, commento empatico, rassicurare, contatto fisico, commenti di rispetto su comportamenti ed emozioni)
- **Evitare rassicurazioni premature**

**DMSP-PSY**

**Emozione definizione**

Dal latino "ex-movere" - **reazione affettiva breve e intensa** a eventi di rilievo personale, caratterizzata da:

- una **configurazione caratteristica** (es. rabbia, gioia...) che usa il corpo come teatro (Damasio, 2000)
- indotta da uno **stimolo esterno** (evento, oggetto che attiva i sensi) / **interno** (evocazione di un'immagine, alterazione neurochimica)
- Correla a cambiamenti sia sul piano **fisiologico** che **cognitivo** (giudizio sul valore dell'esperienza in relazione a scopi e credenze).

**DMSP-PSY**

Le aree cerebrali coinvolte nell'**origine** delle emozioni sono prevalentemente **sottocorticali** e si trovano nella regione del **tronco encefalico**, dell'**ipotalamo**, del **prosencefalo basale**.

Le aree **corticali** induttrici sono l'**amigdala**, il **cingolo anteriore** e la **regione prefrontale ventromediale**.





## MECCANISMI BIOLOGICI DI BASE: IL CERVELLO TRIPARTITO

Sulla base di dati provenienti dalla neuroanatomia comparativa, MacLean (1955, 1990) ha proposto la presenza in senso evolutivo di tre sistemi nel cervello dei mammiferi:

**Protoreptilian** (rettili, uccelli, mammiferi)

**Paleomammalian** (mammiferi)

- (i) Presenza di cure materne
- (ii) Comunicazione audio-vocale al fine di mantenere la vicinanza e il contatto
- (iii) Presenza di gioco, indispensabile per lo sviluppo del comportamento sociale.

**Neomammalian brain.**



Figure 4.8 Il 'Cervello Tripartito' (Da MacLean)



## Sistema limbico ed emozioni

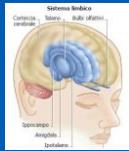
Il **comportamento di relazione** implicante il **riconoscimento durevole fra conspecifici** coincide con la comparsa del **cervello limbico**.



In assenza del cervello limbico si hanno comportamenti predatori, di accoppiamento sessuale, esploratori e di difesa del territorio **privi di relazioni sociali durevoli e riconoscimento reciproco.** (MacLean, 1984)



Il **sistema limbico** (archipallio) ha connessioni con le aree neocorticali che ne modulano l'intensità e il significato.



## Funzione delle emozioni

In **termini evolutivi**, o darwiniani, la loro principale funzione consiste nel **rendere più efficace la reazione dell'individuo a situazioni in cui si rende necessaria una risposta immediata ai fini della sopravvivenza**, reazione che non utilizzi cioè processi cognitivi ed elaborazione cosciente.

Gli stimoli che inducono emozioni mirano alla sopravvivenza e al recupero di uno stato di benessere.

(Wikipedia)



## Funzione delle emozioni

Le emozioni rivestono anche

una **funzione relazionale** (comunicazione agli altri delle proprie reazioni psicofisiologiche)

e una **funzione autoregolativa** (comprensione delle proprie modificazioni psicofisiologiche)

**Effetti delle emozioni**

Alterazione **attenzione**

Modifica delle **gerarchie comportamentali**

Attivazione di rilevanti network associativi in **memoria**

Creazione rapida di un **milieu che sia ottimale ad una risposta rapida ed efficace.**

(Levenson, 1999)

DMSP-PSY

**Sentimento**

Stato soggettivo dell'IO, caratterizzato dalla proprietà del "piacevole", "spiacevole". Contenuto intenzionale del soggetto che reagisce allo stato emotivo e che dura più a lungo delle emozioni.

Lo stimolo emotigeno viene contemporaneamente inviato dal talamo alle cortece associative, dove viene elaborato in maniera più lenta ma più raffinata; a questo punto, secondo la valutazione, viene emessa un tipo di risposta considerata più adeguata alla situazione, soprattutto in riferimento alle "regole di esibizione" che appartengono al proprio ambiente culturale.

Le emozioni, quindi, inizialmente sono inconsapevoli; solo in un secondo momento noi "proviamo" l'emozione, abbiamo cioè un sentimento.

DMSP-PSY

**Umore**

Condizione affettiva di durata maggiore, di natura non sempre reattiva.

Temperamento, indole, correlato emotivo di fondo della nostra attività mentale. Questo può essere considerato come caratteristico del soggetto, quale abitudine caratteriale e come parte del temperamento della persona.

Esso è il risultato sia di una dotazione biologica di base dell'individuo, ovvero la sua costituzione ereditaria, sia delle modificazioni dovute all'ambiente di crescita e sviluppo della personalità

DMSP-PSY

**LE PRINCIPALI EMOZIONI**

<p><b>Le emozioni di base</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Paura/ansia</b> </li> <li>• <b>Rabbia</b> </li> <li>• <b>Tristezza</b> </li> <li>• <b>Gioia</b> </li> <li>• <b>Disgusto</b> </li> <li>• <b>Sorpresa</b> </li> </ul>	<p><b>Emozioni secondarie o sociali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Invidia</li> <li>• Colpa</li> <li>• Vergogna</li> <li>• Gelosia</li> <li>• Pena</li> <li>• Delusione</li> <li>• Disprezzo</li> </ul>
--	---

Ekman, P. & Friesen, W. V (1969)

DMSP-PSY

I sistemi motivazionali - EMOZIONI

## Emozioni e sistemi motivazionali

Le funzioni delle emozioni ...

- ci danno informazioni su come stiamo nelle diverse situazioni
- ci orientano/muovono all'azione
- danno informazione agli altri sulle nostre intenzioni
- danno il senso alle cose

DMSP-PSY

## Evoluzione e sistemi motivazionali

L'uomo (MacLean, 1984) ha un cervello evolutivamente tripartito, formato dalla sovrapposizione di:

- **complesso R** (motivazione all'alimentazione, all'esplorazione dell'ambiente, territorialità),
- **sistema limbico** (mantenimento delle relazioni tra conspecifici: attaccamento, accudimento, accoppiamento sessuale, competizione per il rango)
- **Neocorteccia** (coordinazione reciproca e sistema simbolico).

DMSP-PSY

## Evoluzione e sistemi motivazionali

- Vita di relazione fondata su alcune forme o tipi basilari di interazione sociale a cui anche l'uomo è predisposto per via innata
- Struttura motivazionale innata e molteplice in continuo dialogo con l'ambiente (Liotti, 2007)
- I programmi comportamentali di base, evolutivamente strutturati sono attivati da adatti segnali comunicativi emessi dai conspecifici.
- In funzione dell'apprendimento, i programmi innati vengono ampliati e modificati, determinando nuove interconnessioni tra le reti neurali, attraverso processi di ricategorizzazione che ampliano la gamma dei comportamenti umani

DMSP-PSY

## I SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (Liotti, 2001)

Sono forme fondamentali di interazione prodotte, favorite (Edelman, 1992) dall'evoluzione. Prendono forma nell'intersoggettività

- SISTEMA DELL'ATTACCAMENTO
- SISTEMA DELL'ACCUDIMENTO
- SISTEMA ANTAGONISTA
- SISTEMA COOPERATIVO
- SISTEMA SESSUALE

DMSP-PSY

**DMSP-PSY**

**Emozioni e sistemi motivazionali**

I sistemi motivazionali interpersonali tendono a diventare coscienti attraverso l'esperienza delle emozioni:

- paura o collera quando chi si prende cura si allontana, tristezza quando la separazione si protrae nel tempo (sistema attaccamento)
- Tenerezza protettiva, senso di colpa per un mancato aiuto nella relazione di cura (sistema accudimento)
- Vergogna per la sconfitta, orgoglio per la vittoria (sistema agonistico)
- Pudore e desiderio (sistema sessuale)
- Gioia, condivisione (sistema cooperativo)

**DMSP-PSY**

**I Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti, 2001)**

- SISTEMA DELL'ATTACAMENTO
- SISTEMA DELL'ACCUDIMENTO
- SISTEMA ANTAGONISTA
- SISTEMA COOPERATIVO
- SISTEMA SESSUALE

**DMSP-PSY**

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

**IL SISTEMA DELL'ATTACAMENTO**



*"cerca protezione, trova qualcuno che si prenda cura di te!"*

**DMSP-PSY**

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

**IL SISTEMA DELL'ATTACAMENTO**

**META DEL SISTEMA:**  
conseguimento della vicinanza protettiva di una persona, possibilmente disponibile a fornire conforto e protezione.

**VALORE BIOLOGICO:**  
le popolazioni in cui gli individui rimangono vicini e sanno chiedere aiuto (per la difesa ed il sostentamento) hanno migliori probabilità di sopravvivenza.

**È ATTIVATO DA:**

1. fatica, dolore fisico e/o emozionale, solitudine;
2. generale percezione di essere vulnerabile a pericoli ambientali, o di non poter soddisfare da soli i bisogni necessari alla sopravvivenza (alimentarsi, proteggersi dal clima sfavorevole, dormire).

**È DISATTIVATO DA:**

1. conseguimento della vicinanza protettiva ad una persona
2. protratta impossibilità di conseguire la meta (diventa distacco emozionale, forma patogena).

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

**IL SISTEMA DELL'ACCUDIMENTO**



*“proteggi, prenditi cura, aiuta la persona che ti appare più fragile e debole di te!”*

DMSP-PSY

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

**IL SISTEMA DELL'ACCUDIMENTO**

**META DEL SISTEMA:**  
Offrire vicinanza protettiva, tutelare il soggetto più debole

**VALORE BIOLOGICO:**  
Favorire le possibilità di difesa e sostentamento degli altri individui della propria popolazione.

**È ATTIVATO DA:**  
1) segnali di richiesta di protezione provenienti da un conspecifico (attaccamento);  
2). Percezione di difficoltà, fragilità di un conspecifico

**È DISATTIVATO DA:**  
1) segnali di sollievo e sicurezza provenienti dal conspecifico

DMSP-PSY

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

**IL SISTEMA ANTAGONISTA**



*“Difenditi, lotta, aggredisci o fuggi dalla minaccia di pericolo che hai davanti! Proteggi le tue risorse in quanto limitate!”*

DMSP-PSY

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

**IL SISTEMA ANTAGONISTA**

**META DEL SISTEMA:**  
Definire il rango di dominanza e sottomissione, proteggere le proprie risorse

**VALORE BIOLOGICO:**  
in un gruppo con ranghi sociali definiti e mantenuti nel tempo i litigi e le lotte sono meno frequenti l'efficienza generale del gruppo è superiore e quindi la sua sopravvivenza

**È ATTIVATO DA:**  
1) percezione che una risorsa è limitata;  
2) segnali mimici di sfida provenienti da un conspecifico (o interpretati come tali)

**È DISATTIVATO DA:**  
1. segnali di resa e sottomissione da parte dell'antagonista;  
2. attivazione di altro sistema motivazionale (ad es. trasformazione dell'agonismo in cooperazione o accudimento).

DMSP-PSY

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

**IL SISTEMA COOPERATIVO**



*“ unisciti a qualcuno se questo può favorire la possibilità di raggiungere un obiettivo importante o non rischi di perdere le tue risorse primarie!”*

DMSP-PSY

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

**IL SISTEMA COOPERATIVO**

**META DEL SISTEMA:**  
Raggiungere un obiettivo comune e condiviso

**VALORE BIOLOGICO:**  
Talvolta la collaborazione tra conspecifici permette una efficienza superiore rispetto all'impegno sordinato dei singoli

**È ATTIVATO DA:**  
1) percezione di un obiettivo comune  
2) segnali di non minaccia agonistica (sorriso)

**È DISATTIVATO DA:**  
1) euforia o rilassamento per il conseguimento dell'obiettivo  
2) attivazione di altri sistemi motivazionali (es. agonistico)

DMSP-PSY

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

**IL SISTEMA SESSUALE**



*“ cerca un compagno per unirti con esso, se funziona mantieni nel tempo questo legame !”*

DMSP-PSY

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

**IL SISTEMA SESSUALE**

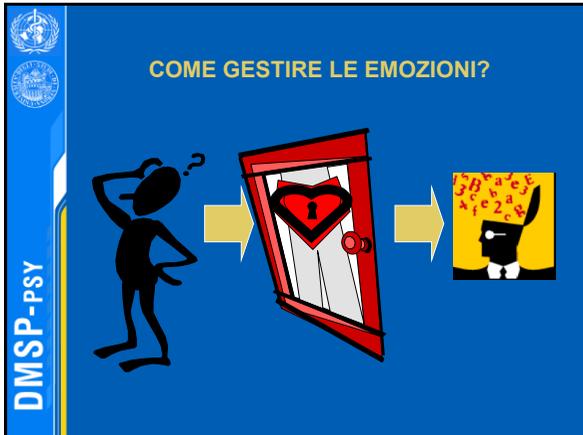
**META DEL SISTEMA:**  
Raggiungimento del piacere sessuale

**VALORE BIOLOGICO:**  
Assicura la prosecuzione della specie

**È ATTIVATO DA:**  
1) livelli periodicamente variabili di ormoni;  
2) segnali comportamentali (seduzione) provenienti da un conspecifico;  
3) stimolazioni sensoriali (immagini, fotografie, profumi, etc.)

**È DISATTIVATO DA:**  
1. raggiungimento dell'orgasmo  
2. attivazione di altri sistemi motivazionali in forme incompatibili con la sessualità

DMSP-PSY



LE EMOZIONI COINVOLGONO DUE ASPETTI ESSENZIALI DELL'ATTIVITA' DELLA MENTE:

- ❖ REGOLAZIONE DEL FLUSSO DI ENERGIA (ATTIVAZIONE)
- ❖ ELABORAZIONE DI INFORMAZIONI (SOPRATTUTTO RELAZIONALI)

Siegel .La mente relazionale , 2013

DMSP-PSY

**Che effetto hanno le emozioni sulle abilità cognitive?**

Diversi studi hanno dimostrato gli effetti esercitati dalle emozioni sulle capacità cognitive del soggetto. Esse riducono o compromettendo le capacità mnestiche, attentive o di processare informazioni (Beck et al., 1976; Butler et al. 1983; Eysenck et al., 1987; Zuroff et al., 1983).

DMSP-PSY

**Che effetto hanno le cognizioni sulle emozioni?**

Rif. Studio di Hariri et al. (2000).

Soggetti esposti a immagini inducenti paura divisi in due gruppi:

- No istruzioni
- Istruzione di verbalizzare l'emozione.

Brain imaging ha rivelato che nel primo gruppo si osservava un'attivazione bilaterale dell' amigdala (associata alla presenza di emozioni negative), mentre nel gruppo a cui era chiesta una valutazione cognitiva e una verbalizzazione dell'emozione la risposta di attivazione dell'amigdala era ridotta, parallelamente a un aumento dell'attivazione della corteccia prefrontale destra e della corteccia cingolata anteriore.

DMSP-PSY

**DMSP-PSY**

**Empathic communication**

“a provider’s cognitive capacity to understand a patient’s needs, effective sensitivity to a patient’s feelings and a behavioural ability to convey understanding.” (Feighny *et al.*, 1995, p. 435)

↓

Abilità cognitive, affettive e comportamentali

**DMSP-PSY**

**Comunicazione empatica**

- Riconoscere e riprendere i “segnali” con i quali l’interlocutore esprime emozioni (soprattutto se non esplicitate)
- Facilitare l’espressione di emozioni
- Rispondere alle emozioni e le preoccupazioni
- Far sentire l’interlocutore compreso e sostenuto

**DMSP-PSY**

**TECNICHE CENTRATE SULLE EMOZIONI**

**Tecniche che aiutano il paziente ad esprimere le sue emozioni e a chiarire il significato di ciò che afferma il paziente**

- Riconoscere i segnali emotivi
- Facilitare con:
  - Domanda aperta direttiva
  - Domanda di chiarificazione
  - Commento riflessivo

**DMSP-PSY**

**Tecniche che aiutano il paziente ad esprimere le sue emozioni**

Paziente affronta il compito riabilitativo di malavoglia:  
 Faccio fatica a fare gli esercizi  
 Operatore: *fa un po’ fatica ...*  
 Commento riflessivo  
 Pz: tace  
 Operatore: *come mai?*  
 Domanda aperta direttiva  
 Pz: difatto, sono ai limiti’ ...  
 Operatore: *cosa vuol dire per Lei “sono ai limiti” ?*  
 Domanda di chiarificazione  
 o ..ai limiti Commento riflessivo  
 .....

**Riconoscere ed esplicitare l'emozione**

Se l'ostacolo è una forte emozione del paziente:  
**ESPLICITARE L'EMOZIONE**

**Con commenti riflessivi:**

- **Ripetizione:** ripetere un elemento di ciò che il nostro interlocutore ha detto  
*P: Non ce la faccio più!*  
*D: Non ce la fa più.*
- **Riprendere attraverso un sinonimo** o riformulare leggermente ciò che il nostro interlocutore ha detto  
*P: Non ce la faccio più!*  
*D: E' stanco di questa situazione.*

DMSP-PSY

**Riconoscere ed esplicitare l'emozione**

**Con commenti riflessivi ed empatici:**

- **Parafraresi:** l'ascoltatore inferisce il significato di quanto è stato detto e lo riflette con parole nuove.  
*P: Penso che tutte queste medicine non servano più a niente, non siete capaci di curarmi!*  
*D: In questo momento il fatto di non vedere risultati la rende sfiduciato verso ciò che possiamo offrirle*
- **Riflettere il sentimento:** parafrasi che enfatizza la dimensione emozionale, attraverso affermazioni e metafore relative al sentimento (senza cadere nell'interpretazione)  
*D: Mi sembra che in questo momento lei si senta profondamente sfiduciato sia nei nostri confronti*

DMSP-PSY

**TECNICHE CHE AIUTANO A GESTIRE LE EMOZIONI ESPRESSE**

- Commento empatico
- Legittimazione
- Commento di rispetto
- Commento di partecipazione
- Rassicurazione

DMSP-PSY

**Commento empatico**

L'empatia non è solo lo stato emotivo o l'identificazione con i vissuti del paziente, bensì è una forma di comprensione dello stato attuale del paziente/utente (aspetti emotivi e cognitivi).

Si esprime attraverso l'attenzione a tutti gli aspetti dell'interazione: parole, emozioni e gesti.

Nell'atteggiamento empatico entrano in gioco osservazione e intuizione.



DMSP-PSY

**DMSP-PSY**

**Commento empatico**

- Identificazione delle emozioni del paziente/utente e dell'evento associato, formulata sottoforma di ipotesi
- Il commento empatico comunica al paziente/utente che si è colta, compresa ed accettata la sua situazione emotiva
- Sentendosi accettato il paziente/utente può affrontare le sue emozioni apertamente e quindi in modo più efficace

**ESEMPIO:**

*Immagino che sia difficile mantenere un atteggiamento positivo con suo figlio dopo tutto quello che è successo ultimamente*

**DMSP-PSY**

**Legittimazione**

- Si comunica al paziente che le sue emozioni sono giustificabili o comprensibili dal suo punto di vista.

**ESEMPI:**

*Molte persone sono in ansia quando devono fare un esame*

*E' comprensibile la sua rabbia per il fatto di aver aspettato così tanto prima di poter effettuare questo esame.*

*Immagino abbia le sue buone ragioni per non voler parlare*

**DMSP-PSY**

**Commento di rispetto**

- Serve per mettere a fuoco le risorse e le capacità dell'interlocutore e lo incoraggia ad affrontare situazioni difficili.

**ESEMPI:**

*Noto che ce la mette tutta a collaborare attivamente e questo è molto importante.*

*(Bambino) Bravo, sei proprio bravo e mi stai aiutando molto*

**DMSP-PSY**

**Commento di partecipazione**

- Espressione che indica partecipazione e attenzione nei confronti dell'interlocutore

**ESEMPI:**

*Sono molto dispiaciuto che abbia dovuto aspettare tanto ...*

*Cerchi di resistere abbiamo quasi finito*

*Accidenti in che brutta situazione si è trovato!*

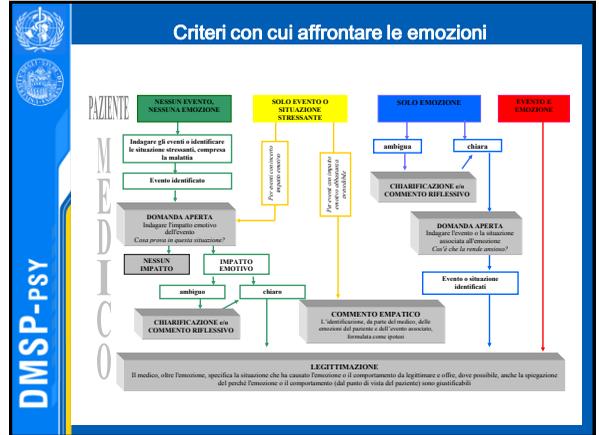
**Rassicurazione**

espressioni attraverso le quali si segnala al paziente/utente ottimismo, incoraggiamento, rassicurazione.  
(Attenzione agli interventi prematuri e/o inappropriati!)

**ESEMPLI:**

*Cercheremo di esserle vicino in tutte le fasi della sua malattia  
Può contare su di noi*

**DMSP-PSY**



**Le tecniche che aiutano a gestire le emozioni espresse**

Paziente: mi scusi, ma mi sento molto agitata...  
Operatore: **in effetti vedo che è piuttosto tesa** Commento riflessivo centrato sulle emozioni  
Paziente: eh sì...  
Operatore: **che cosa la rende cos' agitata?** Domanda aperta che indaga la situazione associata all'emozione  
Paziente: L'esame che dovrò fare mi spaventa  
Operatore: **La spaventa** Commento riflessivo  
Paziente: non sapere qual è l'esito, ci si sente un po'così...  
Operatore: **...ci si sente un po' ...** Commento riflessivo  
Paziente: in ansia, l'idea di non sapere come finirà  
Operatore: **non dev'essere facile affrontare una visita con esito incerto** Commento empatico  
Paziente: infatti, ma ce la metto tutta, anche perché so che dura poco e che non è nulla  
Operatore: **ha un buon modo di affrontare questa situazione di incertezza** Commento di rispetto

**DMSP-PSY**

**Le tecniche che aiutano a gestire le emozioni espresse**

Paziente: quando mi prende quest'ansia così forte, faccio così fatica a respirare che mi sembra di morire  
Operatore: **immagino che sia proprio una sensazione angosciata** Commento empatico  
Paziente: infatti, ma i medici hanno detto di stare tranquillo, è solo l'agitazione  
Operatore: **solo l'agitazione** Commento riflessivo  
Paziente: sì, dopo un po' mi passa, devo solo aspettare un po'  
Operatore: **ora come si sente?** Domanda aperta che indaga le emozioni.  
Paziente: beh un po' agitato per la visita che dovrò fare  
Operatore: **che cosa in particolare la fa agitare?** Domanda aperta che indaga la situazione associata all'emozione.  
Paziente: ho paura che mi dicano che non c'è più niente da fare, che resterò invalido per tutta la vita  
Operatore: **Pensare di poter rimanere invalido dopo un incidente come il suo è un pensiero che metterebbe in crisi chiunque.** Legittimazione

**DMSP-PSY**




**Situazione:** La paziente, una donna di 35, attualmente ospite presso una casa famiglia con la figlia di cinque anni, a seguito dei maltrattamenti subiti dal marito, che ha denunciato, deve affrontare l'udienza preliminare, prevista per il giorno dopo.

**Paziente**

Sono molto spaventata per la situazione, non dormo, le mani mi sudano e ho lo stomaco sotto sopra...

**DMSP-PSY**




**Operatore**

1. Non si preoccupi. Vedrà che tutto andrà bene
2. Vuole che le faccia prescrivere un ansiolitico? Forse starà meglio
3. Si faccia coraggio. E' importante che affronti questa prova.
4. In effetti, vedo che è piuttosto preoccupata
5. Cos'è che la spaventa di più?

**DMSP-PSY**




**Paziente**

Sono preoccupata... come andrà domani? Non so se sarò in grado di guardare negli occhi quell'uomo. Ho paura di non farcela e che magari mi tolgano anche la bambina. Ho paura che mi minacci. Ho paura di non farcela.

**Operatore**

Vedo che ha molti motivi per essere preoccupata. Farò il possibile per aiutarla. Cercherò di sostenerla domani durante l'udienza e anche dopo.

**DMSP-PSY**




**FATTORI PSICOSOCIALI E DI RISCHIO**

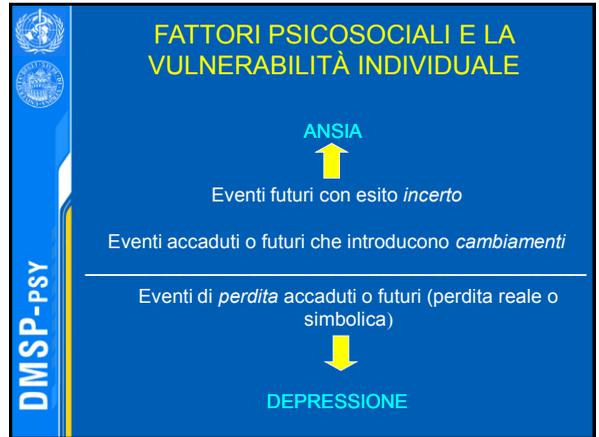
Eventi di vita recenti  
e  
Problemi sociali  
Circostanze, condizioni di vita avverse che perdurano nel tempo

**DMSP-PSY**

**DMSP-PSY**

Gravi discussioni con uno stretto familiare	Promozione
Rottura di una relazione stabile	Problemi legali di un familiare stretto
Gravi discussioni con il partner	Miglioramento delle condizioni economiche
Fidanzamento di un figlio	Morte del coniuge
Pensione	Menopausa
Termine degli studi	Grave malattia di un stretto familiare
Trasferimento ad altra nazione	Divorzio
Inizio di una relazione extra-coniugale	Trasloco
Nascita di un figlio per il padre	Processo con azione legale
Gravidanza non desiderata	Multa
Modifiche orario lavorativo	Rottura di fidanzamento
Fidanzamento	Cambiamento di lavoro
Grave insuccesso scolastico	Nascita di un figlio per la madre
Disaccordi sul lavoro	Aborto
Licenziamento	Gravidanza desiderata
Fallimento	Morte di un familiare stretto
Separazione coniugale	Smarrimento di documenti (patente, passaporto)
Cambiamento scuola, università	Nuova persona che entra in casa
Retrocessione	Sostenuto un importante esame
Prigione	Grave malattia fisica
Un figlio va a vivere per conto suo	Morte di un figlio
Matrimonio di un figlio	Perdita o furto di oggetti di valore personale
Modificazione sostanziale nelle condizioni di lavoro	

Wagner BM (1990) Major and daily stress and psychopathology. *Stress Med* 68, 290-298



**DMSP-PSY**

Espressioni non verbali di emozioni				
	VOCE	SGUARDO	VISO	CORPO
<b>ANSIA</b>	tremante volume alto frequenze alte parla molto incrinata ritmo veloce affannata esposizione verbale disorganizzata	mobile spaventato occhi aperti, continuo cambiamento del focus visivo	contratto macchie rosse teso sudore	irrequietezza motoria manipolazione di oggetti tendenza a gesticolare iperattività seduto sulla punta della sedia tensione muscolare tremore sudorazione delle mani
<b>DEPRESSIONE</b>	bassa monosillabe silenzio sospiri ritmo lento	occhi abbassati evita contatto visivo	pallido mimica inespressiva	ralentamento motorio scarsa reazione agli stimoli esterni si trascina trascuratezza tendenza all'immobilità ripiegato su se stesso mani fredde stereotipe dei movimenti

**DMSP-PSY**

## ANSIA E DEPRESSIONE "NORMALI" E "ANORMALI"

<b>ANSIA NON PATOLOGICA</b>	<b>DEPRESSIONE NON PATOLOGICA</b>
Risposta adattiva transitoria un evento o una situazione stressante	Risposta adattiva a un evento di perdita
<b>ANSIA E DEPRESSIONE PATOLOGICHE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensità e durata maggiore</li> <li>• Indipendenza da stimoli esterni</li> <li>• Interferenza disorganizzante con il funzionamento normale</li> <li>• Comportamenti di evitamento</li> </ul>	

**LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE**

La vulnerabilità psicofisica rispetto ad eventi e circostanze stressanti varia da persona a persona

Molte persone con problemi sociali notevoli e con molti eventi anche gravi non si ammalano, non hanno incidenti e non si scompensano da un punto di vista emotivo

Da quali fattori può dipendere questa vulnerabilità?

**DMSP-PSY**

**Fattori che mediano gli effetti di eventi e problemi sociali**

**Le risorse sociali**

- l'aiuto ed il supporto materiale e psicologico da parte della famiglia del partner e degli amici
- disponibilità economiche
- l'accesso a informazioni e servizi

**Le risorse personali**

- abilità, capacità ed intelligenza,
- convinzioni
- esperienze
- caratteristiche di personalità
  - l'autostima
  - tenacia
  - indipendenza
  - fiducia in sé
  - stabilità emotiva
  - ottimismo

**DMSP-PSY**

**LA TERZA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO**  
**Informare e istruire l'utente e concordare il programma (progetto)**

**Compiti**

- Identificare eventuali contrasti tra operatore e utente e negoziare la loro risoluzione
- Comunicare la "diagnosi" del problema
- Suggestire le procedure e azioni appropriate e la relativa verifica di efficacia
- Coinvolgere l'utente nel progetto
- Migliorare le strategie di  *coping*

**DMSP-PSY**

**Fasi nell'informare e prescrivere un trattamento**

**Operatore**  
informa  
propone

**Condivisione**  
Ricapitolazione delle informazioni e verifica

↓

**Spiegazione**

↓

**Pianificazione e negoziazione**

**Utente**  
esprime:  
idee  
emozioni  
aspettative  
desideri  
informazioni

**DMSP-PSY**




## Fase della spiegazione

### 1. Individuare la giusta quantità e qualità di informazione

- **Cosa l'utente già sa e quanto vuole sapere?**
  - M:* Non so che cosa già sappia del diabete
  - P:* So qualcosa. Un mio zio ce l'aveva
  - M:* Sarebbe utile per me capire quello che sa, così posso aggiungere le informazioni che le mancano
- **Chunks** - fornire informazioni brevi e assimilabili
- **Checks** - verificare la comprensione - le risposte dell'utente forniscono la guida su come procedere
- Verificare se c'è **qualcos'altro** che vuole conoscere

DMSP-PSY



## 2. Favorire il ricordo e la comprensione

- **Numerare, ordinare** gli aspetti che si ritengono rilevanti
  - Es: ci sono tre importanti cose che le dovrei dire...
- **"focusing"** attirare l'attenzione dell'utente sull'informazione che sta per ricevere
  - Es: Ora le devo dire una cosa molto importante



Mettere al primo posto l'informazione più importante

- **Ripetere o chiedere di ripetere** (aumenta dal 70% al 90% le informazioni ricordate, Kupst et al., 1975)
  - Es: vorrei essere sicuro di essere stato chiaro. Mi può ripetere ciò che le ho detto? oppure "Vuole che rivediamo assieme le cose importanti da ricordare?"
- **Uso di un linguaggio semplice**

DMSP-PSY




## 3. Favorire una comprensione condivisa del problema

- **Collegare** la spiegazione alle idee, preoccupazioni, aspettative espresse dall'utente
 

Concordiamo sul fatto che il suo problema principale è che non riesce a trovare un lavoro. Ci sono diversi modi con cui possiamo procedere per affrontare il problema.
- Attenzione ai **cues** verbali e non verbali (ogni informazione determina una reazione)
- **Elicitare** l'espressione di **opinioni, idee, interpretazioni, emozioni, aspettative e desideri**
- **Sollecitare** se vi è la necessità di avere chiarificazioni

DMSP-PSY



## 4. Essere positivi



- **Formulare frasi in modo positivo**

*Es negativo: Signor Bianchi vedo che lei dovrebbe compilare dei moduli per questa richiesta, ma non la posso aiutare se lei non mi porta la sua carta d'identità e il suo CF...*

*Es positivo: Signor Bianchi vedo che compilare dei moduli per questa richiesta, appena a sua carta d'identità e il suo CF potremo procedere*
- Fare riferimento ad esperienze positive di altri utenti
- Concludere con una visione positiva
- Non utilizzare la paura come strumento di convincimento

DMSP-PSY




## Fase della discussione e negoziazione

**Indicare una o più proposte con relativi pro e contro**  
Fornire spiegazioni il più possibile basate su evidenze empiriche

**Elicitare l'opinione dell'utente al riguardo**  
benefici percepiti  
Barriere e motivazione  
responsabilità personale e figure di supporto

**Si condividono le informazioni e la responsabilità della decisione**

DMSP-PSY



## I CRITERI PER UN COLLOQUIO EFFICACE

L'utente fornisce in modo preciso e attendibile, il **massimo delle informazioni rilevanti** necessarie per comprendere i suoi problemi di salute e di vita, **nel minor tempo possibile**.

L'utente si sente **compreso e sostenuto** dall'operatore e **libero** nell'esprimere le sue preoccupazioni ed emozioni

La comprensione dei problemi principali emersi è **condivisa** da operatore e utente

L'utente **partecipa e collabora** al programma

DMSP-PSY



## Verificare la propria efficacia

Pendelton et al., 2003: The New Consultation

### Dopo il colloquio

- Ero curioso?
- Ho ascoltato?
- Ho indagato le preoccupazione, le attese, le opinioni dell'utente
- Ho riconosciuto il suo punto di vista
- Ho coinvolto l'utente nel colloquio?
- L'utente si è sentito compreso e sostenuto?

DMSP-PSY