




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

- 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**

**Gli strumenti della psicologia clinica**

- Relazione
- Colloquio
- Osservazione
- 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**

**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 partecipare*



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

**Struttura del colloquio**



**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

**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**

**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**

umentano 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
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 il paziente; aumentare il feedback
3. <b>Barriere sociali</b> (gerarchia, status sociale, classe sociale)	Non assumere comportamenti di superiorità
4. <b>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
5. <b>Stato emotivo dell'operatore</b> (irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)	Riconoscere le proprie emozioni saperle controllare
6. <b>Comportamento dell'operatore</b> (frettoloso, distaccato, autoritario, critico, prevenuto, invadente)	Evitare comportamenti che aumentano o riducono la distanza tra operatore e utente
7. <b>Stile dell'intervista</b> (intervista centrata sull'operatore)	Formulare domande aperte, di verifica, facilitare, fare commenti empatici, ecc.. Intervista centrata sull'utente
8. <b>Caratteristiche del messaggio</b> (mancanza di chiarezza)	Formulare il messaggio in modo chiaro logicità, precisione e concisione
9. <b>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 il paziente; aumentare il feedback
3. <b>Barriere sociali</b> (gerarchia, status sociale, classe sociale)	Non assumere comportamenti di superiorità
4. <b>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 dall'utente
5. <b>Stato emotivo dell'operatore</b> (irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)	Riconoscere le proprie emozioni saperle controllare
6. <b>Comportamento dell'operatore</b> (frettoloso, distaccato, autoritario, critico, prevenuto, invadente)	Evitare comportamenti che aumentano o riducono la distanza tra operatore e utente
7. <b>Stile dell'intervista</b> (intervista centrata sull'operatore)	Formulare domande aperte, di verifica, di facilitare, fare commenti empatici, ecc.. Intervista centrata sull'utente
8. <b>Caratteristiche del messaggio</b> (mancanza di chiarezza)	Formulare il messaggio in modo chiaro logicità, precisione e concisione
9. <b>Intonazione ed articolazione delle parole</b>	Perfezionare la pronuncia, l'articolazione, il tono ed il ritmo

**DMSP-PSY**

*Non è possibile ridurre le barriere?*

*Explicitarne 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

**DMSP-PSY**



**IL CONCETTO DI AGENDA**  
Tate, 1994

Ogni volta che ci si avvicina al colloquio con un'altra persona si ha in mente una serie di obiettivi e di aspetti che si vogliono discutere.

Alcuni elementi che fanno parte della nostra persona subentrano a modulare il modo in cui cercheremo di perseguire i nostri obiettivi (es. stato emotivo, credenze personali, precedenti eventi di vita, ecc.).

Tutti questi diversi aspetti vadano a comporre una sorta di agenda mentale caratteristica per ogni individuo.

DMSPP-PSY



- L'AGENDA DELL'UTENTE**  
Le quattro dimensioni
- Percezione soggettiva del problema; idee ed interpretazioni
  - L'impatto emotivo del problema sull'utente: timori, preoccupazioni (dipende dal significato personale del problema)
  - Aspettative e bisogni
  - Il contesto psicosociale: qualità di vita; problemi sociali; eventi stressanti
- DMSPP-PSY



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

DMSPP-PSY

**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

**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?”

**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?”*

**Indagine “aperta”**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso del silenzio</li> <li>Incoraggiamento non verbale</li> <li>Facilitazioni e incoraggiamenti verbali</li> <li>Domande aperte non direttive</li> </ul>	} Tecniche non direttive (aperte, centrate sul paziente)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Commenti riflessivi, ripetizioni</li> <li>Domande aperte direttive</li> <li>Sintesi, riformulazioni</li> </ul>	} Tecniche direttive (aperte, centrate sul paziente)

**Facilitazione**

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

**ESEMPLI:**

“Continui pure...”  
 “Sì..... mi dica”  
 “Mmh...”

**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

**ESEMPLI:**  
 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”



## Domanda aperta direttiva

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

**ESEMPLI:**

*“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: *si , 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*

**DMSP-PSY**



## 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

**ESEMPI:**

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

**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 strutturare il colloquio e verificare la completezza dell'agenda (stabilendo anche le priorità dell'interlocutore)
- Consente di correggere eventuali errori di comprensione da parte nostra.

**ESEMPI:**

*"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"*

**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

**ESEMPI:**

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

**Identificare le tecniche**

Utente: mi scusi, ma mi sento molto agitata...  
 operatore: in effetti vedo che è piuttosto tesa  
**Commento riflessivo centrato sulle emozioni**  
 Utente: eh si...  
 operatore: che cosa la preoccupa?  
**Domanda aperta centrata sulle emozioni**  
 Utente: ho paura che neanche voi siate in grado di aiutarmi...  
 operatore: mi può spiegare meglio?  
**Domanda di chiarificazione**  
 Utente: ormai non so più da chi andare, ho perso il lavoro, non ho i soldi per pagare l'affitto, ho una bambina piccola e non ho nessuno su cui contare! Non so più dove sbattere la testa!  
 Operatore: una situazione davvero non facile da affrontare...  
**commento riflessivo-empatico**  
 Utente: eh si... ho provato a cavarmela da sola in tutti i modi, ma adesso non so più che pesci pigliare!  
 operatore: quindi, ha pensato di chiedere aiuto... in particolare qual è l'aspetto che in questo momento la preoccupa di più e sul quale vorrebbe essere aiutata?  
**Commento riflessivo - Domanda aperta volta a indagare le aspettative**



**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)

**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**

**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**

**Cos' è un'emozione?**

**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 emozioni sono modulate:**

- Sul piano **percettivo**: selezione delle esperienze rilevanti
- Sul piano **fisiologico**: risposta fisiologica automatica
- Sul piano della risposta comportamentale: **regole di esposizione**
- Sul piano **motivazionale**
- Sul piano **simbolico**: significato dell'emozione rispetto alla storia personale

**DMSP-PSY**



## 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)

DMSP-PSY



## 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)

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 corteccie 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

### Le emozioni di base

• Paura/ansia

• Rabbia

• Tristezza

• Gioia

• Disgusto

• Sorpresa

### Emozioni secondarie o sociali

- Invidia
- Colpa
- Vergogna
- Gelosia
- Pena
- Delusione
- Disprezzo

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

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**.



DMSP-PSY



## MECCANISMI BIOLOGICI DI BASE: IL CERVELLO TRIPARTITO

Sulla base di dati provenienti dalla neuroanatomia comparativa, MacLean (1955, 1990) ha proposto la presenza in senso evolutivistico 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.**



Figura 6.8 'Cervello Tripartito' (Da MacLean)

DMSP-PSY



## Sistema limbico ed emozioni

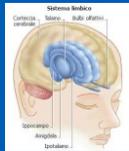
Il comportamento di relazione implicante il riconoscimento durevole fra conspecifici coincide con la comparsa del **cervello limbico**.



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.



DMSP-PSY



## Le emozioni

Rapporto specifico tra certi siti, l'elaborazione e il riconoscimento di date emozioni

Es. Stimolazione elettrica del sistema limbico:

- 1- zone ipotalamiche, connessioni col fascio mediale del proencefalo, connessioni con mesencefalo (piacere)
- 2- aree olfattive, area del setto, amigdala, ippocampo (paura, difesa, aggressività)
- 3- giro cingolato e area entorinale/giro paraippocampale (attenzione/sorpresa)

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



## Le emozioni

**Definizione:** (dal latino "muovere") reazione affettiva complessa molto intensa indotta da uno stimolo che provoca dei cambiamenti fisici e psicologici

**Caratteristiche:**

- Relazione con un **evento**
- Componente fisiologica/somatica
- Componente psicologica
- Componente comportamentale
- Hanno un oggetto e spesso un destinatario
- Relazione con scopi e credenze

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**

Gravi discussioni con uno stretto familiare  
Rottura di una relazione stabile  
Gravi discussioni con il partner  
Fidanzamento di un figlio  
Pensione  
Termine degli studi  
Trasferimento ad altra nazione  
Inizio di una relazione extra-coniugale  
Nascita di un figlio per il padre  
Gravidanza non desiderata  
Modifiche orario lavorativo  
Fidanzamento  
Grave insuccesso scolastico  
Disaccordi sul lavoro  
Licenziamento  
Fallimento  
Separazione coniugale  
Cambiamento scuola, università  
Retrocessione  
Prigione  
Un figlio va a vivere per conto suo  
Matrimonio di un figlio  
Modificazione sostanziale nelle condizioni di lavoro

Promozione  
Problemi legali di un familiare stretto  
Miglioramento delle condizioni economiche  
Morte del coniuge  
Menopausa  
Grave malattia di un stretto familiare  
Divorzio  
Trasloco  
Processo con azione legale  
Multe  
Rottura di fidanzamento  
Cambiamento di lavoro  
Nascita di un figlio per la madre  
Aborto  
Gravidanza desiderata  
Morte di un familiare stretto  
Smarrimento di documenti (patente, passaporto)  
Nuova persona che entra in casa  
Sostenuto un importante esame  
Grave malattia fisica  
Morte di un figlio  
Perdita o furto di oggetti di valore personale

**DMSP-PSY**

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

**FREQUENZA DI PROBLEMI PSICOSOCIALI IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI DELLA MEDICINA DI BASE**

CAMPIONE N=458

Pazienti **senza problemi** psicosociali o eventi N= 139 (30.3%)

Pazienti **con problemi** psicosociali o eventi N= 319 (69.7%)

Pazienti **con disagio emotivo** N=32 (23%)

Pazienti **con disagio emotivo** N=171 (53.6%)

Pazienti **che parlano** dei problemi psicosociali o eventi N=130 (76%)

Del Piccolo et al (1998) Which patients talk about stressful life events and social problems to the general practitioner? *Psychological Medicine* 28, 1289-1299

**DMSP-PSY**

**FATTORI PSICOSOCIALI E LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE**

ANSIA

Eventi futuri con esito *incerto*

Eventi accaduti o futuri che introducono *cambiamenti*

Eventi di *perdita* accaduti o futuri (perdita reale o simbolica)

DEPRESSIONE

**DMSP-PSY**

**ANSIA E DEPRESSIONE "NORMALI" E "ANORMALI"**

ANSIA NON PATOLOGICA  
Risposta adattiva transitoria un evento o una situazione stressante

DEPRESSIONE NON PATOLOGICA  
Risposta adattiva a un evento di perdita

ANSIA E DEPRESSIONE PATOLOGICHE

- Intensità e durata maggiore
- Indipendenza da stimoli esterni
- Interferenza disorganizzante con il funzionamento normale
- Comportamenti di evitamento

**DMSP-PSY**

**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



## FATTORI PSICOSOCIALI E LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE

### Eventi di vita e problemi sociali significativi per l'individuo richiedono un adattamento efficace

- Un mancato adattamento si associa a un aumento della presenza di (catecolamine – ormoni dello stress) inducendo uno stato continuativo di attivazione (*arousal*)
- Conseguenze: aumento di pressione, tensione muscolare e dolori, abbassamenti dei livelli di calcio nel sangue, disturbi dell'alimentazione, amenorrea, diminuita libido, anoressia, disturbi del sonno, disturbi della memoria e della concentrazione, ansia, invecchiamento precoce

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).

DMSP-PSY



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



### 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



### IL SISTEMA ANTAGONISTA



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

DMSP-PSY



### 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



### 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



### 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 del 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



### 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

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

SISTEMI MOTIVAZIONALI NORMALMENTE ATTIVI NELLA RELAZIONE TRA COLLEGHI

**SM COOPERATIVO**

SM ATTACAMENTO

SM ACCUDIMENTO

SM SESSUALE

SM ANTAGONISTA

DMSP-PSY

COME GESTIRE LE EMOZIONI?

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

.....

DMSP-PSY



## 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:

- **Parafraasi:** 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 ci 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 CENTRATE SULLE EMOZIONI

### 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



## 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.

### ESEMPLI:

*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

### ESEMPLI:

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

*Cerchi di resistere abbiamo quasi finito*

*Accidenti in che brutta situazione si è trovato!*

DMSP-PSY



## Rassicurazione

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

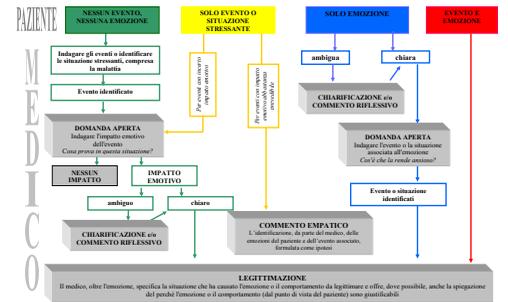
### ESEMPLI:

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

DMSP-PSY



## Criteri con cui affrontare le emozioni



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

**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**

**Identificare le tecniche**

Operatore: mi sembra di capire che è accaduto tutto molto rapidamente, e ora si ritrova qui a fare un esame del tutto inaspettato, che le crea molta ansia...

**sintesi**

Utente: sì, e ho tanta paura che mi trovino qualche brutto male...

Operatore: **E' comprensibile che provi ansia se teme di poter avere un brutto male**

**Commento di legittimazione**

Utente: sa, a mia mamma è successa la stessa cosa. E' andata a fare un controllo al seno, hanno trovato un nodulo e dopo pochi giorni l'hanno operata d'urgenza per un tumore al seno...

Operatore: **immagino sia stato un momento difficile per tutti**

**Commento empatico**

Utente: sì. Anche perché mia mamma non si è più ripresa ed è morta un anno dopo...

Operatore: **mi dispiace molto che le sia successo tutto questo e quindi posso comprendere tutta la sua preoccupazione per questo esame. E' importante comunque che sia riuscita a venire a farlo...**

**Commento di partecipazione + commento di legittimazione + commento di rispetto.**

**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**

**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**