



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 della lezione

- 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



Clinica: radici storiche

Radice etimologica: greco “**clìne**”, 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



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, 1876; Wundt, 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)

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*





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

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.





Psicologia Clinica

Rif. Dizionario di psicologia (Galimberti)

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



Psicologia Clinica

- Approccio di natura ermeneutico-comprensivo - metodo indiziario (Musatti, 1953)
- Clinica delle motivazioni
- Attribuzione di significato al sintomo
- Interpretazione – oggetto, metodo, teoria
- Diagnosi funzionale
- “capire *quale* trattamento, fatto da *chi*, è più efficace per *questo* individuo con *questo* specifico problema, in *questo* set di circostanze” (Paul, 1967)



DMSP-PSY



Teoria di riferimento
Modelli rappresentazionali

Complessità
della teoria

Ipotesi
astratte

ragionamento

Situazione
semplice

Complessità
della persona

Attualità
del sintomo e
della relazione

Anamnesi
relazioni
passate

Colloquio
Stesura
Concettualizzazione

reciprocità della relazione - circolarità degli affetti

Gli strumenti della psicologia clinica

- Relazione
- Colloquio
- Osservazione
- Strumenti psicodiagnostici



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)

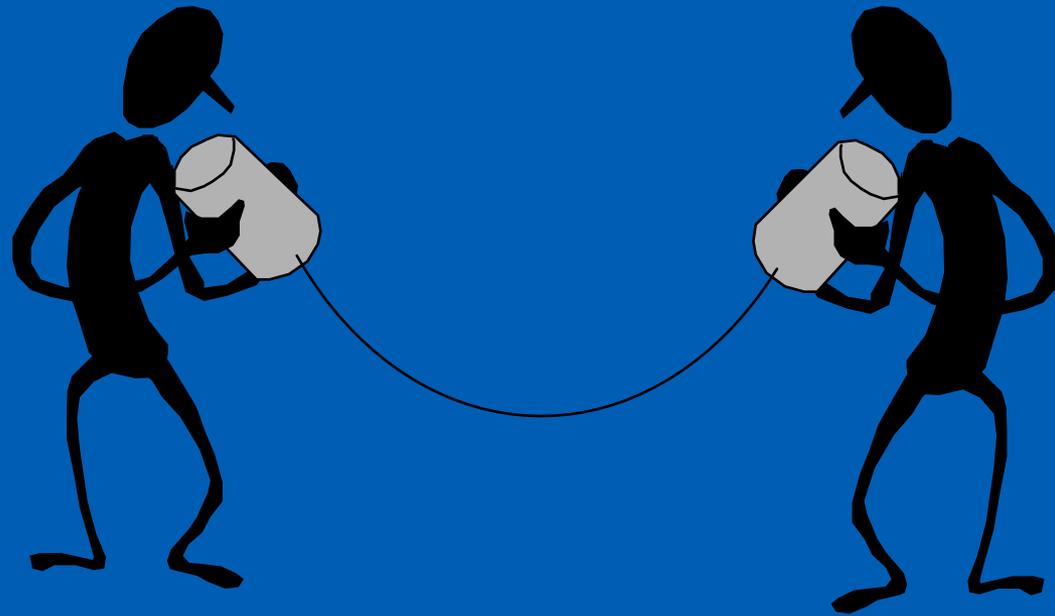


La **RELAZIONE** è oggetto di interesse almeno in tre sensi:

- Il comportamento del 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.
- La relazione è uno strumento assimilabile ad altri strumenti utilizzati in modo **strategico**



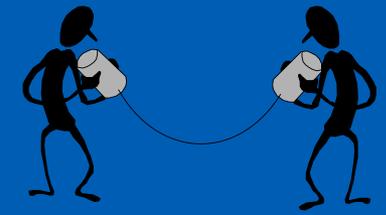
Il colloquio



Cosa significa comunicare?



DEFINIZIONE



COMUNICAZIONE



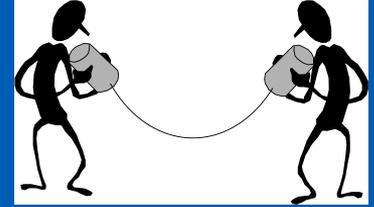
Invio di informazione che ha un **significato**.
Richiede: **sorgente** - **messaggio** – **ricevente**.

Interazione tra **almeno due agenti** mediata da **segni condivisi** e dallo stesso repertorio di **regole semiotiche**

Rappresentazioni della realtà che sottendono un **significato** per gli agenti coinvolti

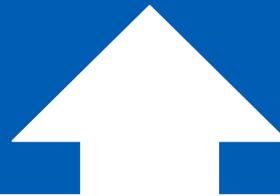
Principi organizzatori del sistema di segni (grammatica)

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 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.





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)



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.



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.



Motivazione

Motivus - mōtus (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)

Combinazione di elementi necessari al cambiamento

Fattori cognitivi

Fattori emotivi

Elementi
positivi

**COMPETENZA
autoefficacia**

**Fiducia
AUTOSTIMA**

Elementi
negativi

**Consapevolezza
DEI PROBLEMI**

Preoccupazione





Colloquio



Orientato al sintomo
(descrittivo)

Disturbi psichici



segni, sintomi, comportamenti
andamento prevedibile
risposta trattamento specifica

scopo: classificare i disturbi e le
disfunzioni del paziente in
accordo con categorie
diagnostiche definite

sistema diagnostico multiassiale

Orientato all'insight
(psicodinamico)

Disturbi psichici



conflitti profondi che si traducono
in agenti patogeni: segni,
sintomi, comportamenti,
sofferenza individuale

transfert

scopo: analisi della relazione per
portare alla consapevolezza i
conflitti profondi e risolverli



Colloquio educativo

Ha il fine di far emergere le risorse della persona, la capacità di individuarle e farne uso affinché la persona stessa possa divenire protagonista della sua vita, aumentare la consapevolezza di sé, il grado di autonomia e di integrazione sociale (Recrosio 1995; Simeone, 2002)

- *colloquio di consulenza*
- *colloquio di progettazione*
- *colloquio di sostegno*



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
Il paziente conferma o corregge (feedback)

Fase di focalizzazione

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

Fase di approfondimento

Il tecnico ridefinisce il problema/i, strategie e risorse. Spiega e informa.
Il paziente 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 relazione

- *Non-verbale*
- *Ascolto attento*
- *Gestire le emozioni*
- *Sollecitare domande*
- *Coinvolgere il paziente*



Obiettivi di una buona comunicazione

- ☀ Accuratezza
- ☀ Efficienza
- ☀ Supporto

(Kurtz, Silverman, Draper, 1998)

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



Come si può rendere la propria comunicazione verbale più efficace?

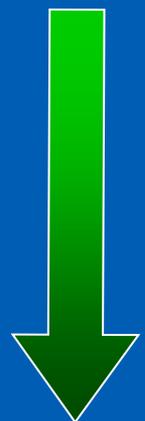


TECNICHE COMUNICATIVE



***RACCOLTA DELLE
INFORMAZIONI***

***GESTIONE delle
EMOZIONI***



***INTEGRARE
gli ambiti di competenza***

Il paziente/utente segnala la propria agenda



Esprimendo
esplicitamente il proprio
disagio/preoccupazione

AGENDA ESPLICITA



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

AGENDA NASCOSTA



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





La fase di raccolta delle informazioni

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

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”

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)



Facilitazione

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

ESEMPI:

“Continui pure....”

“Sì....., mi dica”

“Mmmh...”

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?” “che esame deve fare?” “Quale è il motivo della sua visita?” “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

ESEMPI:

“Come va il dolore in questo momento?”

“Come si sente rispetto a questa situazione?”





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



ESERCITAZIONE A PICCOLI GRUPPI



“Le domande aperte”



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. E' calata di peso?
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?



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. Com'è variato il suo peso?
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?

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

➤ **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

ESEMPI:

“ mi può spiegare meglio cosa intende per...?”

“ in che senso dice che le cose non funzionano ”



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 sì...

operatore: che cosa la preoccupa?

domanda aperta centrata sulle emozioni

Utente: non mi è mai piaciuto fare esami

operatore: non le è mai piaciuto

commento riflessivo

Utente: non sapere qual è l'esito, ci si sente un po'...

Operatore: ci si sente un po' in ansia

commento riflessivo

Utente: eh, sì. Sono andata a fare una visita di controllo e adesso mi trovo qui da un giorno all'altro a fare la biopsia perché hanno trovato questo nodulo...

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...





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

DMSP-PSY

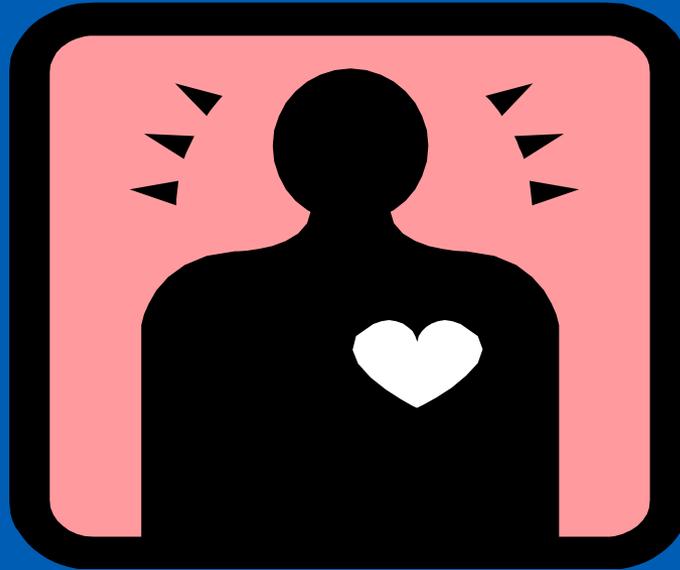


Per far sentire l'utente sostenuto e compreso occorre...

- 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 và?, 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



Cos' è un'emozione?





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)
- Indotta da cambiamenti sia sul piano **fisiologico** che **cognitivo** (giudizio sul valore dell'esperienza in relazione a scopi e credenze).

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





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)



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 cortecce 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.



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



Quali sono le emozioni principali?





LE PRINCIPALI EMOZIONI

Le emozioni di base

- **Paura/ansia**



- **Rabbia**



- **Tristezza**



- **Gioia**



- **Disgusto**



- **Sorpresa**



Emozioni secondarie o sociali

- Invidia

- Colpa

- Vergogna

- Gelosia

- Pena

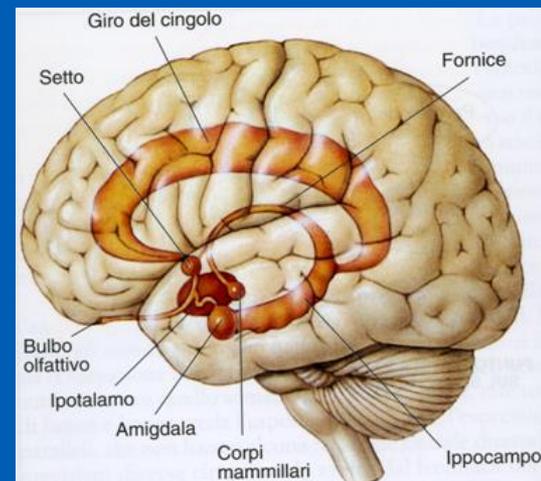
- Delusione

- Disprezzo

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

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

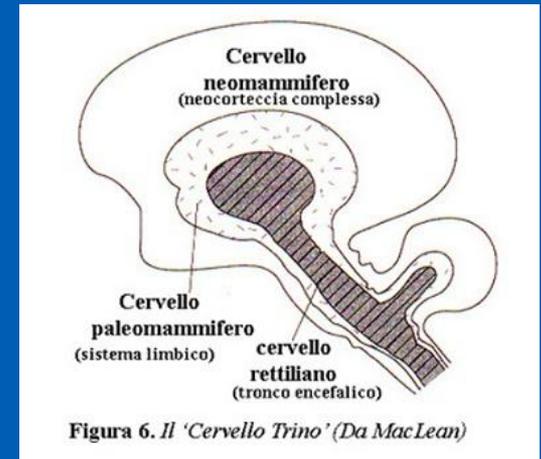
Sulla base di dati provenienti dalla neuroanatomia comparativa, MacLean (1955, 1990) ha proposto la presenza in senso evoluzionistico di tre sistemi nel cervello dei mammiferi:

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.



http://www.lospaziodeluomo.org/0_sito/0_articoli/tre_cervelli.htm

Sistema limbico ed emozioni

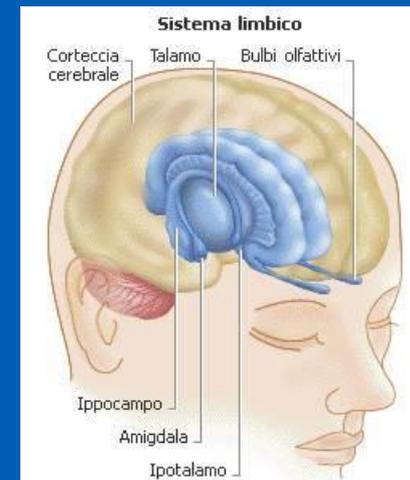
Il comportamento di relazione implicante il riconoscimento durevole fra conspecifici coincide con la comparsa del cervello limbico.



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.





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)



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).



Che effetto hanno le cognizioni sulle emozioni?

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

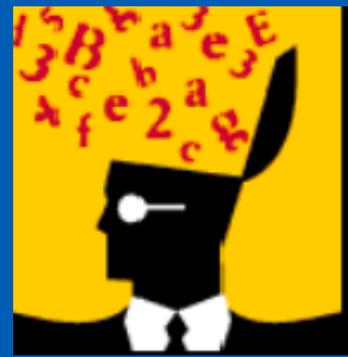
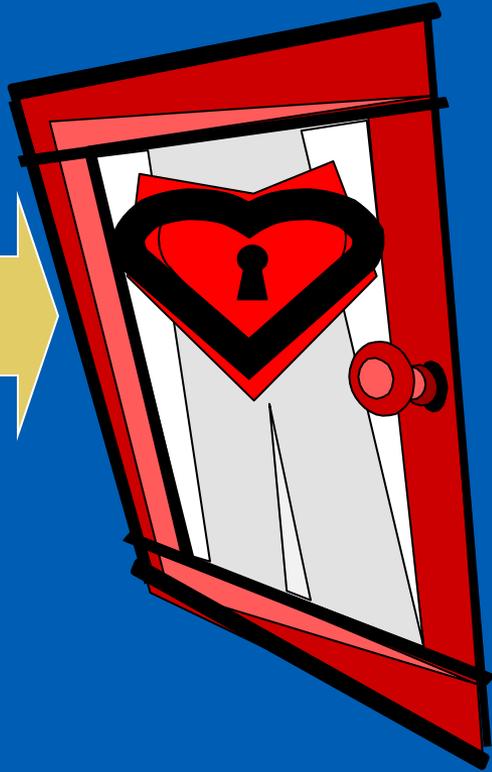
Soggetti esposti a immagini inducenti paura divisi in due gruppi:

- 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.



COME GESTIRE LE EMOZIONI?



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

- Domanda aperta direttiva
- Domanda di chiarificazione
- Commento riflessivo



Tecniche che aiutano l'utente ad esprimere le sue emozioni

Utente: affronta il compito riabilitativo di malavoglia

Operatore: mi sembra che oggi faccia un po' fatica ad affrontare il compito... (Commento riflessivo)

Utente: tace

Operatore: come mai? (Domanda aperta direttiva)

Utente: non ce la faccio piu'...

Operatore: cosa vuol dire non ce la faccio più?
(Domanda di chiarificazione)

.....





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.

Riconoscere ed esplicitare l'emozione

Con commenti riflessivi ed empatici:

- **Parafrasi:** 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



TECNICHE CENTRATE SULLE EMOZIONI

Tecniche che aiutano a gestire le emozioni espresse

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



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.





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



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



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



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!)

ESEMPI:

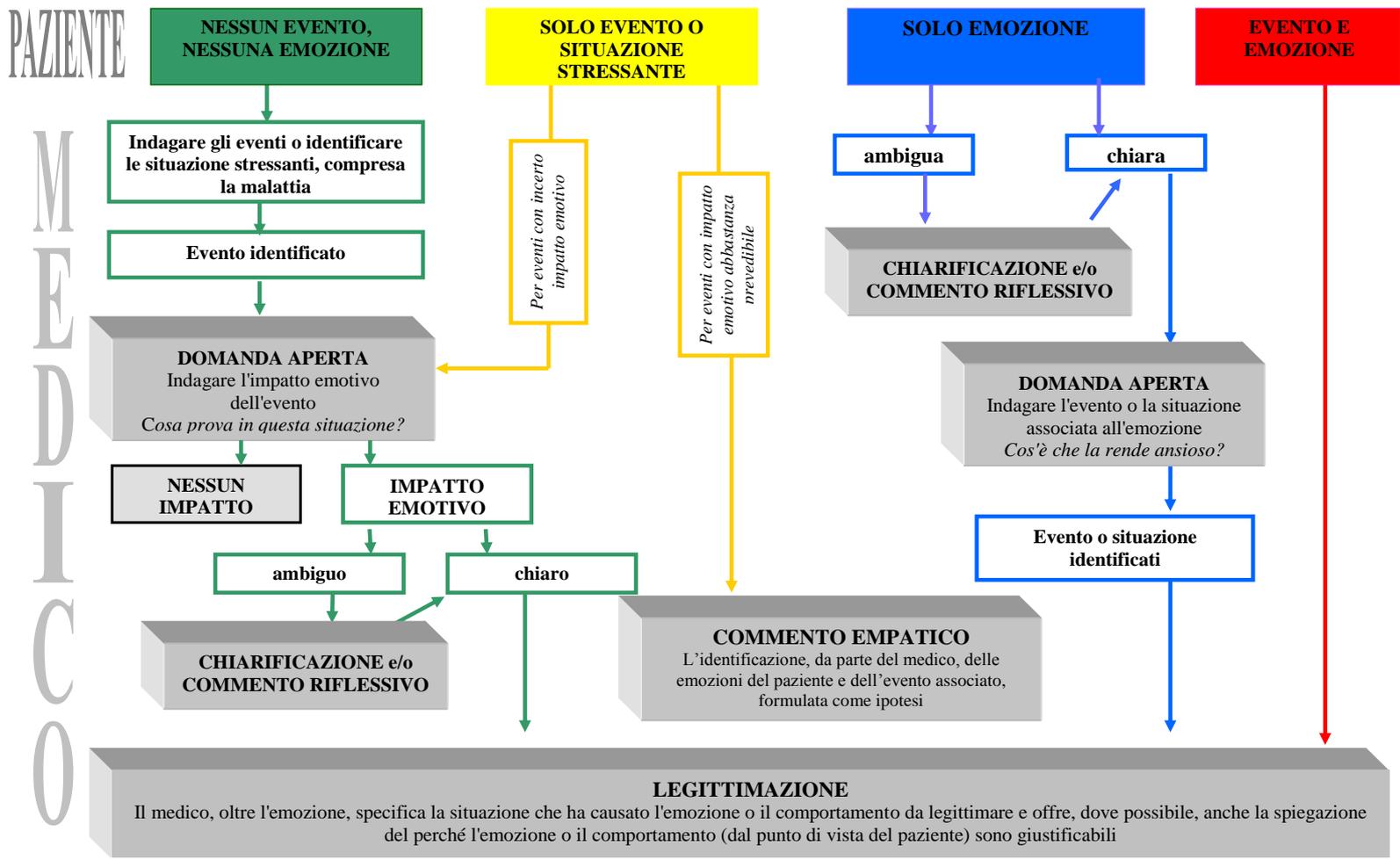
Cercheremo di esserle vicino in tutte le fasi della sua malattia

Può contare su di noi



Criteri con cui affrontare le emozioni

DMS-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.





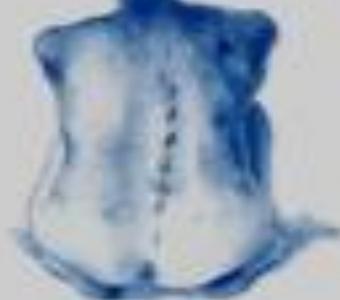
La malattia, il disagio spesso inducono intense emozioni: paura, vergogna, rabbia.

L'aggressività è il correlato comportamentale della rabbia (insieme di pensieri, sensazioni e reazioni fisiologiche).

Non è necessariamente un fenomeno patologico, ma corrisponde al modo in cui una persona dà senso e risponde a fattori stressanti in uno specifico contesto.

La rabbia è "patologica" quando si manifesta in maniera afinalistica e illogica

R A B B I A



COSA PROVOCA OSTILITA'



Perché si determini una risposta aggressiva, un evento deve essere percepito come significativo sul piano personale al punto da evocare la necessità di preservare l'autostima.

1. Sentirsi umiliati (il sanitario che si comporta come una persona infallibile, che mette in dubbio le capacità cognitive o personali e assume atteggiamenti agonistici). L'aggressività è la risposta per ristabilire la propria importanza personale.
2. Sentirsi forzati (consigli non richiesti, sentirsi pressati a cambiamenti non sentiti come necessari). L'aggressività è la risposta per ristabilire la propria libertà o potere personale.
3. Sentirsi vulnerabili, non sentirsi capiti (rassicurazioni premature e irrealistiche, ottimismo banalizzante, atteggiamenti falsamente empatici). L'aggressività è la risposta di fronte al vissuto emotivo dell'abbandono, dell'esclusione, della percezione di essere trascurati.





Gestire la rabbia

La rabbia rappresenta un attacco e induce risposte di difesa... E' importante esserne consapevoli ma non agirle.

1. Riconoscere che si è di fronte a emozioni intense
2. Fermare il processo: identificare l'emozione che si prova (spesso è l'anticamera per capire cosa prova il paziente)
3. Identificare l'emozione del nostro interlocutore e verbalizzarla, verificando se l'impressione è corretta

"Mi sembra che lei sia molto arrabbiato..."

4. Individuare cos'ha determinato la rabbia
5. Esprimere empatia (non accordo). Dimostrare che ci si sforza di capire cosa sta provando il paziente. Talvolta basta un commento riflessivo o una legittimazione.

"Quindi lei è arrabbiato perché Inon riscontra i risultati che si aspettava e le sembra di perdere tempo a venire qui..."

6. Pausa



Esercitazione





12. RABBIA

Situazione: una paziente chiede ripetutamente l'intervento dei servizi sociali perché vuole che le trovino un lavoro e un sostegno economico.

Paziente

Non ce la faccio più! Non siete capaci di fare niente! Sono mesi che vado avanti e voi non sapete far altro che farmi aspettare ancora!

Operatore

- Non ce la fa più...
- Secondo lei non siamo capaci di fare niente!
- Sono mesi che va avanti...
- Mi sembra molto arrabbiata...
- Mi dispiace che non riusciamo ad aiutarla. Ma non è colpa nostra.
- Abbiamo fatto tutto il possibile. Più di così non possiamo fare.
- Se vuole possiamo rifare la domanda assieme
- Non sempre i servizi sono in grado di rispondere a tutte le richieste dei loro pazienti.



12. RABBIA

Situazione: una paziente chiede ripetutamente l'intervento dei servizi sociali perché vuole che le trovino un lavoro e un sostegno economico.

Paziente

Non ce la faccio più! Non siete capaci di fare niente! Sono mesi che vado avanti e voi non sapete far altro che farmi aspettare ancora!

Operatore

- Non ce la fa più...
- Secondo lei non siamo capaci di fare niente!
- Sono mesi che va avanti...
- Mi sembra molto arrabbiata...
- Mi dispiace che non riusciamo ad aiutarla. Ma non è colpa nostra.
- Abbiamo fatto tutto il possibile. Più di così non possiamo fare.
- Se vuole possiamo rifare la domanda assieme
- Non sempre i servizi sono in grado di rispondere a tutte le richieste dei loro pazienti.



GENITORE INCREDULO

Situazione: lo psicologo ha comunicato al genitore di un giovane paziente che il figlio è affetto ritardo cognitivo.

Genitore: Come è possibile! Si è sicuramente sbagliato!

Psicologo

- 1. Cosa la preoccupa di più adesso?*
- 2. Come mai pensa che mi sono sbagliato?*
- 3. Ha avuto davvero una diagnosi che non si aspettava.*
- 4. Le ho dovuto dare una notizia inattesa. Cosa prova ora di fronte a questa notizia?*
- 5. pensa che c'è un errore...*
- 6. Immagino che per un genitore che ha sempre desiderato il meglio per il proprio figlio, non deve essere facile accettare l'idea che abbia una disabilità.*
- 7. La vedo incredulo...*
- 8. Capisco il suo disappunto, ma purtroppo questa è la realtà con la quale dobbiamo fare i conti.*



GENITORE INCREDULO

Situazione: lo psicologo ha comunicato al genitore di un giovane paziente che il figlio è affetto ritardo cognitivo.

Genitore: Come è possibile! Si è sicuramente sbagliato!

Psicologo

1. *Cosa la preoccupa di più adesso?*
2. *Come mai pensa che mi sono sbagliato?*
3. *Ha avuto davvero una diagnosi che non si aspettava.*
4. *Le ho dovuto dare una notizia inattesa. Cosa prova ora di fronte a questa notizia?*
5. *pensa che c'è un errore...*
6. *Immagino che per un genitore che ha sempre desiderato il meglio per il proprio figlio, non deve essere facile accettare l'idea che abbia una disabilità.*
7. *La vedo incredulo...*
8. *Capisco il suo disappunto, ma purtroppo questa è la realtà con la quale dobbiamo fare i conti.*