



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**



**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, 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

- **Journal of Abnormal Psychology** (1906)
- **William Healy** (Chicago, 1909): connessione con la psicologia europea – apertura alla psico-analisi
- **L.Terman** (1916) scala Stanford-Binet – QI – diagnostica e ricerca applicata alla clinica (Cattell, 1921)
- Studio dei disturbi del comportamento
- Riconoscimento giuridico della psic. clinica nell’APA
- Psichiatria di comunità (1960) – *équipe thérapeutica*



# Evoluzione della psicologia clinica

## ITALIA

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





**DMSP-PSY**

# 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.

MA c'è scarso accordo su:

- qualità e caratteristiche che rendono la relazione "terapeutica"
- il "cosa" della relazione è elemento di cambiamento



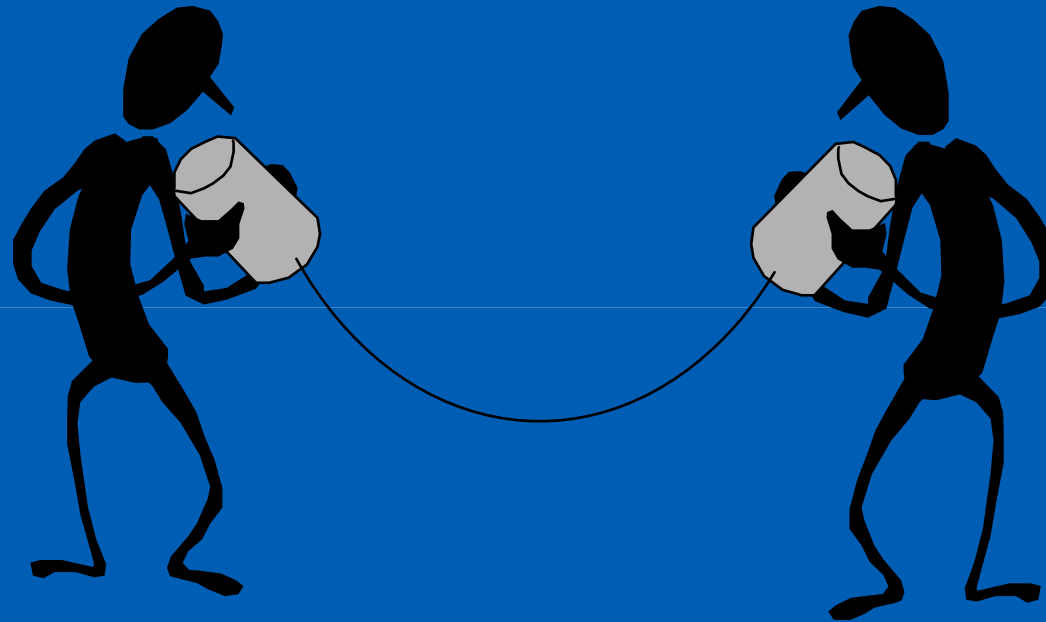
## La **RELAZIONE** è oggetto di interesse almeno in tre sensi:

- 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**



**DMSP-PSY**

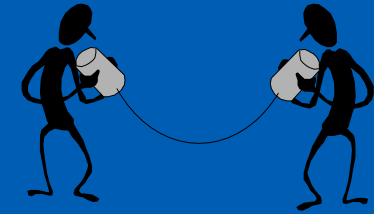
# Il colloquio



Cosa significa comunicare?



# DEFINIZIONE



## COMUNICAZIONE



Invio di informazione che ha un **significato**.

Richiede: **sorgente** - **messaggio** – **ricevente**.

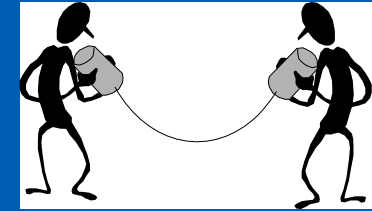
**Interazione** tra **almeno due agenti** mediata da **segni condivisi** e dallo stesso repertorio di **regole semiotiche**

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)





# 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 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.



# 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)



# 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

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  
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**



**DMSP-PSY**



**Come si può rendere la  
propria comunicazione  
verbale più efficace?**



**DMSP-PSY**

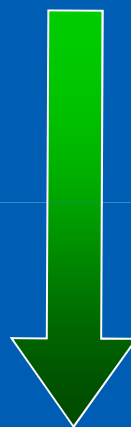
# ***TECNICHE COMUNICATIVE***



***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



## Esempio

M: lei mi ha detto che ho avuto degli attacchi di ansia, degli attacchi di panico... Come si sono espressi, me li descrive?

P: sì, allora, mi vengono spesso, al mattino quando mi sveglio mi sveglio già con la tachicardia

M: mh

P: e poi se sono in mezzo ad ambienti chiusi mi vengono proprio... mi sento come soffocare poi devo uscire e magari mi passa, però devo uscire un attimo sviarmi e poi mi passa... e di notte, di notte dormo pochissimo da quando mi è successo questo, di notte sogno sempre di essere violentata o comunque che mi vogliono come uccidere o rincorrere o prendere... sempre sempre sempre, tutte le notti questo sogno

M: senta lei mi diceva che si sente soffocare in ambienti chiusi però poi se esce la cosa si risolve

P: sì

M: però non c'è mai stato un episodio in cui la sintomatologia è diventata così intensa nell'arco di breve tempo tale da sentirsi male al punto di dire aiuto sto per morire, sta per impazzire

P: no questo no... o forse sì, quando ho fatto l'intervento della Fivet, che è un'operazione abbastanza lunga

M: mh mh

P: tra l'altro a Negrar è un ospedale cattolico quindi ti mandano a Reggio Emilia, sono stata a Reggio Emilia il giorno che ho fatto il colloquio c'era anche il medico... va beh... anche lì ho avuto mi si è manifestato questo attacco di panico molto più forte degli altri, ho fatto tutto il pomeriggio a piangere, a stare proprio malissimo, cioè mi sentivo proprio una cosa qua che non riuscivo più a mangiare, non riuscivo a mandar giù niente... ecco quel giorno lì sì, però è stato l'unico episodio che...

M: che potremmo anche descrivere un po' come groppo in gola, quasi come un crollo emotivo



P: esatto sì

M: cioè non era tanto il terrore quanto il crollo emotivo da come me lo descrive

P: sì adesso non so come... era così comunque, ho fatto come un crollo...

M: mh... perché a volte si utilizzano dei termini immaginando

P: ah...

M: quindi preferisco capire cosa intende lei per attacco di panico

P: certo

M: e lei mi sta dicendo che l'episodio più importante che lei ricordi è questo a Reggio Emilia caratterizzato da groppo in gola, pianto

P: sì

M: in quel momento aveva sensazione di svenimento?

P: sì un po' mi girava la testa

M: giramento di testa... nausea?

P: **sì, quella mi viene spessissimo... quella ce l'ho quasi sempre**

M: non legata però ai momenti di ansia?

P: al mattino sì, quando ho questi momenti di ansia oppure quando le ripeto sono in un ambiente chiuso e mi viene proprio da soffocare mi viene sempre questo senso di nausea

M: e il giorno quindi mi diceva giramento di testa, pianto #

P: **e mi sentivo proprio crollare, mi sentivo proprio strana, come se non esistesse proprio la persona**

M: mh... ma come se lei fosse al di fuori del proprio corpo e si osservasse dall'esterno o come se ciò che la circondava fosse come ovattato

P: **sì, sentivo proprio il mondo crollare addosso, non c'era proprio nessuno che potesse fare qualcosa...**



## La fase di raccolta delle informazioni

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

**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
- 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



**DMSP-PSY**

## Esercizio: le domande aperte

1. Va d'accordo con i suoi familiari?
2. Ha già fatto questo test?
3. Questo colloquio glielo ha consigliato qualcuno?
4. Lei fa attività sportiva?
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?



# *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
- Evidenzia un segnale non verbale inviato dal paziente

## **ESEMPI:**

*Utente: non dice nulla, ma ha un volto sofferente*

*Operatore: mi sembra che non si senta molto bene, in questo momento*

*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*





# ***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*



**DMSP-PSY**

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



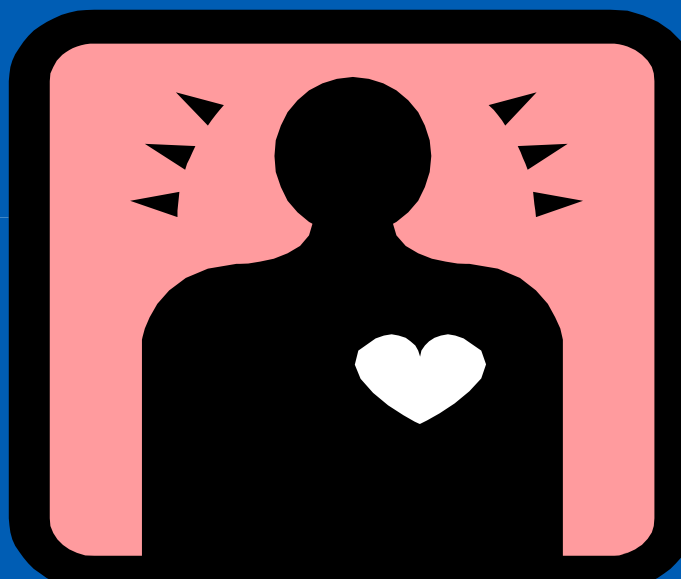
## Per far sentire l'utente sostenuto e compreso occorre...

- 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
- 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?**





# 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)
- che induce dei cambiamenti sia sul piano **fisiologico** che **cognitivo** (in relazione a scopi e credenze) e **comportamentale**





## Sentimento, umore

**Sentimento** (derivato dal latino sentire, percepire con i sensi) si intende una condizione affettiva che dura più a lungo delle emozioni. Stato soggettivo dell'IO, caratterizzato dalla proprietà del "piacevole", "spiacevole". Contenuto intenzionale del soggetto che reagisce allo stato emotivo [Max Scheler].

**Umore.** Condizione affettiva di durata maggiore, di natura non sempre reattiva. Temperamento, indole.



# 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 emozioni

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

Le emozioni hanno una duplice funzione biologica:

1. produzione di una reazione specifica alla situazione induttrice (biologicamente/culturalmente rilevante)
2. regolazione dello stato interno dell'organismo in modo da prepararlo alla reazione specifica sia sul piano fisiologico, cognitivo e comportamentale.



## Le emozioni

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 evuzionistico 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.**

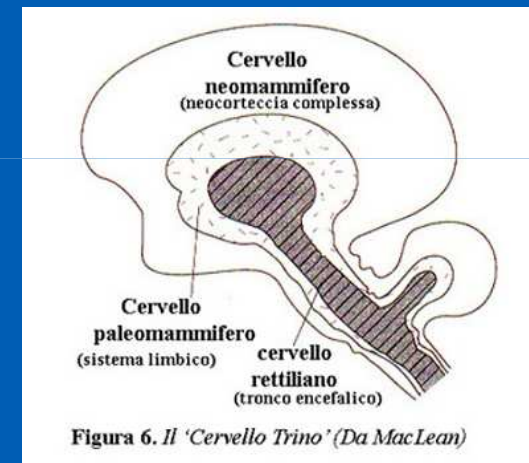


Figura 6. Il 'Cervello Trino' (Da MacLean)

[http://www.lospaziodeluomo.org/0\\_sito/0\\_articoli/tre\\_cervelli.htm](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)

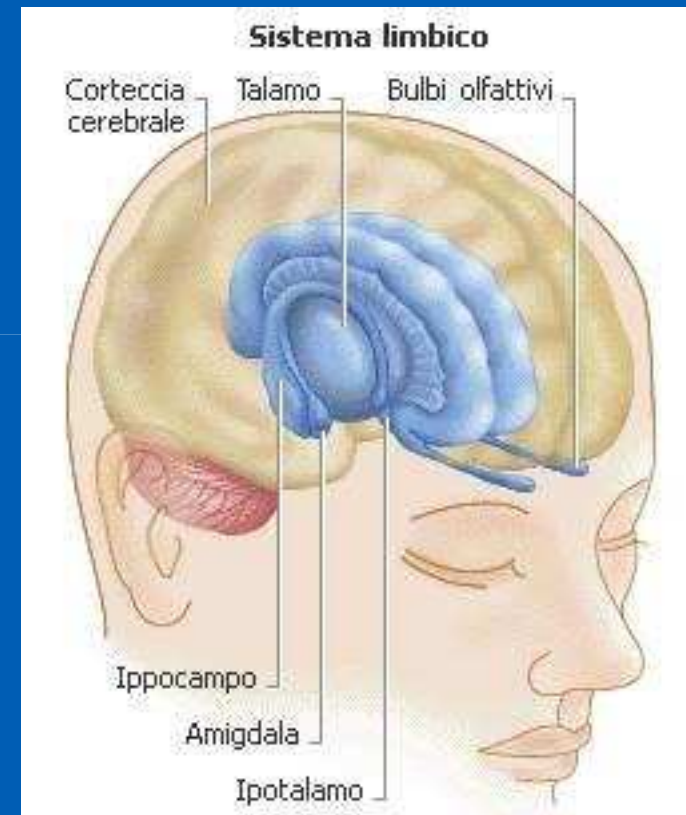




# Sistema Limbico

Il sistema limbico comprende alcune regioni del diencefalo e del telencefalo che “coordinano le afferenze sensoriali con le reazioni corporee e le necessità viscerali” (Papez 1958) e che “rappresentano il luogo di origine delle emozioni”(Fulton 1951).

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)



## Emozioni e motivazioni

Grazie alle funzioni e alle strutture del sistema limbico compaiono motivazioni primarie (es. attaccamento) che in presenza delle risposte ambientali (es. accudimento) consentono di stabilire diverse relazioni con i conspecifici – **le emozioni costituiscono il segnale della qualità di tali relazioni**

- paura → ricerca di vicinanza, attaccamento;
- affetto → accudimento
- rabbia → attacco-difesa



## 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:**

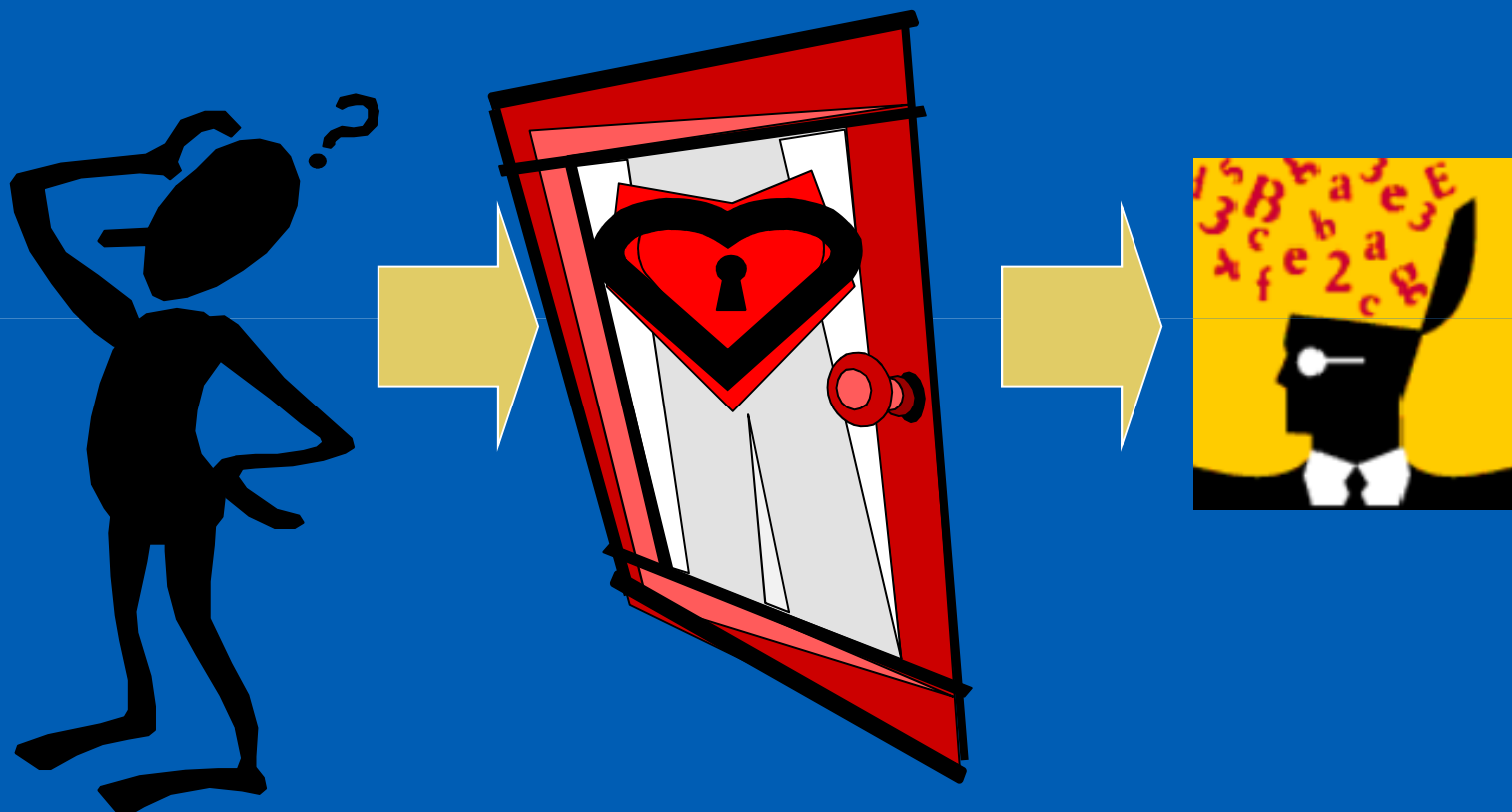
- No istruzioni**
- Istruzione di verbalizzare l'emozione.**

**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.**



**DMSP-PSY**

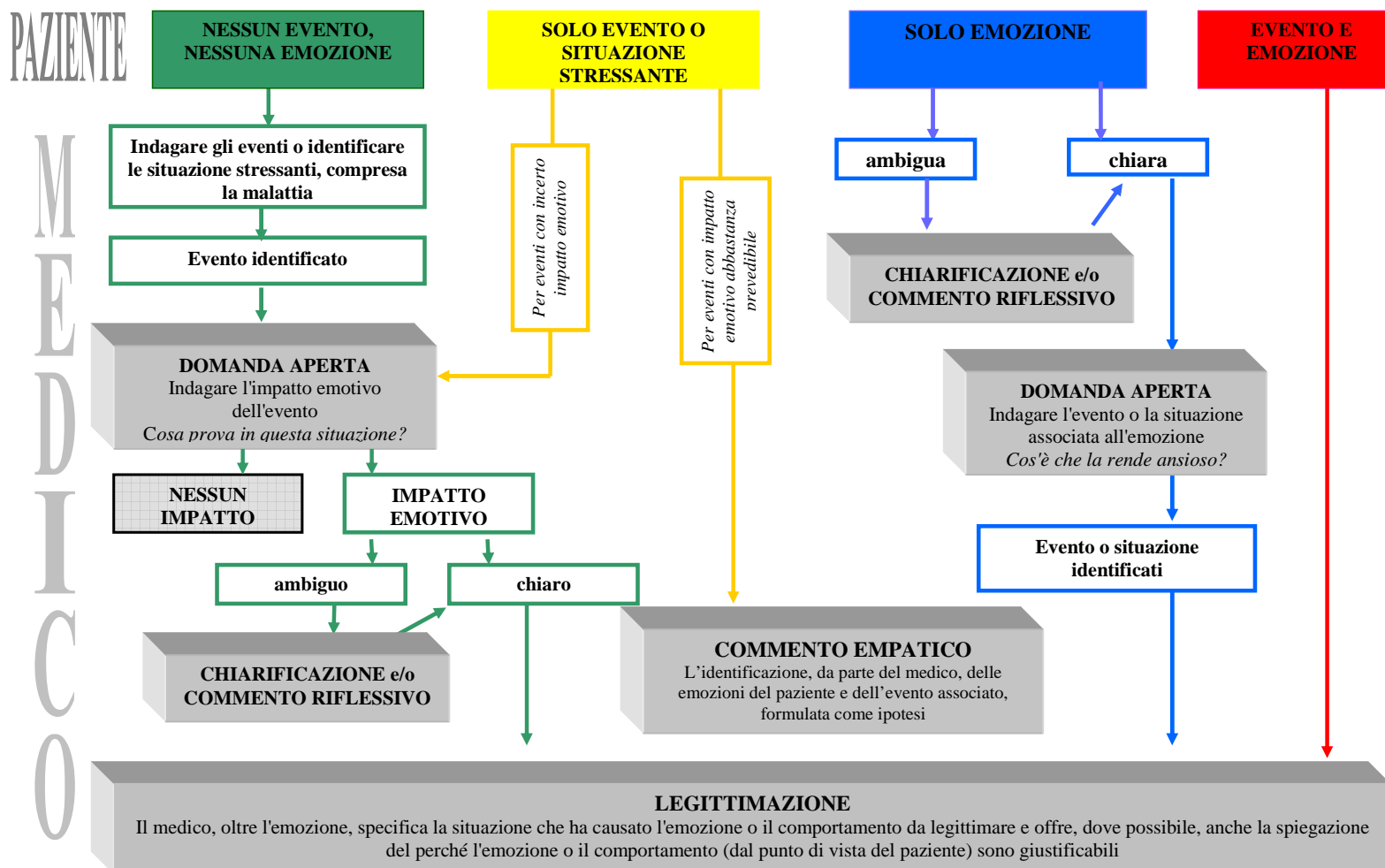
## COME GESTIRE LE EMOZIONI?





# Criteri con cui affrontare le emozioni

DMS-PSY





**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**

- 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:

- **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 sfiduciata 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 sfiduciata 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



# *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!)

**DMSP-PSY**

## **ESEMPI:**

*Cercheremo di esserle vicino in tutte le fasi della sua malattia*

*Può contare su di noi*



## 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: esatto, l'idea di non sapere

operatore: non deve essere facile affrontare una visita con queste sensazioni di incertezza

*commento empatico*

Utente: sì, ma penso anche che durerà poco e che non è nulla...

operatore : bene, mi fa piacere che cerchi di trovare il modo migliore per affrontare il disagio che le crea l'esame

*commento di rispetto.....*



**DMSP-PSY**

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).

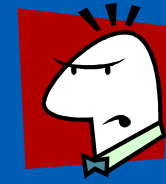
Non è necessariamente un fenomeno patologico, ma corrisponde al modo in cui una persona dà senso e risponde a fattori stressanti in uno specifico contesto.

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

**R  
A  
B  
B  
I  
A**



## COSA PROVOCA OSTILITÀ



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

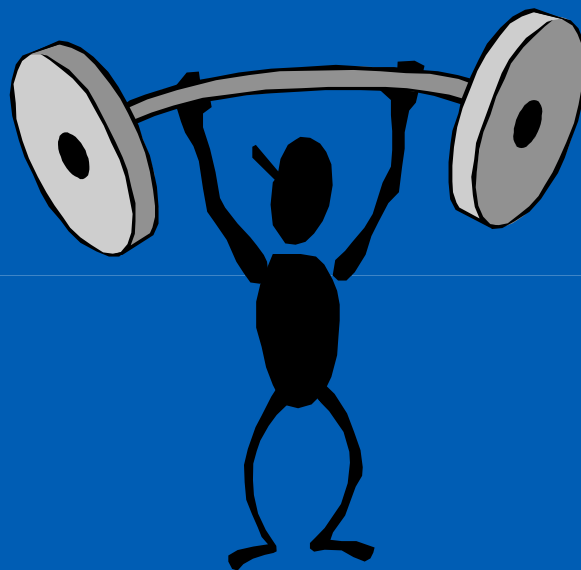
La rabbia rappresenta un attacco e induce risposte di difesa... E' importante esserne consapevoli ma non agirle.

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 non incontra i risultati che si aspettava e le sembra di perdere tempo a venire qui..."*
6. **Pausa**



**DMSP-PSY**

# 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.



## **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.***