



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELL'AQUILA



DISCAB
Dipartimento di Scienze
Cliniche Applicate
e Biotecnologiche

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA
CLM in Psicologia Applicata, Clinica e degli Interventi



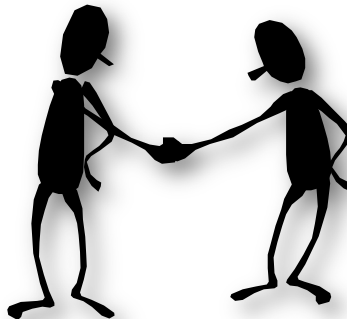
IL COLLOQUIO IN PSICOLOGIA CLINICA: *Definizione, cornice e scopi*

Laura Giusti

1

IL COLLOQUIO

- Etimologicamente la parola colloquio deriva dal latino *colloquium*, *colloqui* che indica il parlare di due o più persone fra loro (Piangiani).



2

COS'È UN COLLOQUIO

- Lis, Venuti e Zordo (1995), propongono: “Il colloquio è un particolare tipo di strumento caratterizzato da uno scambio verbale [...] che permetta lo svilupparsi di un ***processo di conoscenza***”

3



4

SCOPO E SCOPI DEL COLLOQUIO CLINICO

- Perché si fa un colloquio?
- -----
- Per quali scopi si invita una persona a parlare di sè?

- A quale realtà ci si rivolge?
- -----



5

SCOPO E SCOPI DEL COLLOQUIO IN PSICOLOGIA CLINICA

- **Obiettivo:** conoscere la realtà psichica della persona che abbiamo di fronte
- **chiarire** il modo caratteristico di vivere della persona in esame, modo che egli trova molesto o degno di nota e dalla cui chiarificazione si attende un **beneficio** (Sullivan, 1954)
- La peculiarità del colloquio clinico psicologico rende quest'ultimo differente da altri colloqui che indagano altre realtà
- Qualche esempio?

6



7

SCOPO E SCOPI DEL COLLOQUIO IN PSICOLOGIA CLINICA

- ☐ E' un processo interattivo, una forma **specializzata di interazione verbale**, che ha luogo tra almeno due persone, **DIVERSO DALLA CONVERSAZIONE**, in quanto l'interazione è finalizzata al conseguimento di un obiettivo predeterminato –benessere del paziente (Wiens, 1983).
- ☐ E' una conversazione seria, tendente ad un determinato scopo, ad di là del **puro e semplice** piacere della conversazione stessa Moore (1941)
- ☐ Un colloquio clinico è un incontro tra una persona che **soffre e cerca aiuto** e un'altra che si suppone in grado di fornirlo e a cui è richiesto qualcosa di più del semplice ascolto (MacKinnon 1986)

8

COSA GARANTISCE LA SPECIFICITÀ AL COLLOQUIO PSICOLOGICO?

- Possiamo proporre che a rendere specifico il colloquio psicologico sono:



IL SETTING

e

L'USO CONOSCITIVO
DELLA RELAZIONE o
alleanza conoscitiva

9

IL COLLOQUIO CLINICO: INTRODUZIONE

- Il colloquio clinico **è uno strumento** di indagine e di valutazione finalizzato a raccogliere informazioni allo scopo di comprendere e aiutare una persona che si **affida alla competenza e professionalità** di uno psicologo clinico.
- Presuppone che il colloquio produca risultati valutabili sulla base delle conoscenze teoriche e dell'esperienza clinica dello psicologo.

10

IL COLLOQUIO CLINICO: principi base

- Basso grado di strutturazione
- Polo di centratura sull'intervistato
- Modalità di conduzione non direttiva
- Stile di conduzione consultivo o partecipativo
- Una focalizzazione su ciò che il soggetto dice, su come lo dice e sulle modalità relazionali.

*E' una tecnica di indagine e la relativa valutazione dei dati è fortemente **influenzata dal paradigma di riferimento.***

11

12

COLLOQUIO CLINICO: STRUMENTO PORTANTE DELL'ESAME DIAGNOSTICO



□ La finalità del colloquio è l'esame del **problema del paziente.**

□ **Non è una procedura passiva di ascolto bensì un processo di indagine attivo.**

1. **Setting di osservazione specifico e strutturato** (osservazione del comportamento del paziente: postura, contatto oculare, mimica, comportamento non verbale e paraverbale).

2. **Interazione tra paziente e operatore** (l'esame del problema del paziente e stabilire una relazione di fiducia e collaborazione nella diade paziente-operatore)

12

IL COLLOQUIO CLINICO: Formulazione delle domande

- **Evitare l'uso della negazione** perché può orientare la risposta, e della doppia negazione perché può generare incomprensione e può essere difficile valutare il sì o il no della risposta.
- Quando possibile introdurre la domanda con il **come** piuttosto che con il **perché** (es. **come è avvenuta la sua scelta ... piuttosto che perché ha scelto ...?**).
- **Nb. L'espressione perché, può avere una connotazione inquisitoria** e può apparire una richiesta di giustificazione, inoltre il soggetto potrebbe non conoscere la risposta e attenderla dallo psicologo.

13

IL COLLOQUIO CLINICO: quando abbiamo necessita di approfondire.

- Quando desideriamo approfondire il tema verbalizzato dall'intervistato senza rimandare la domanda ad un momento successivo è funzionale utilizzare una delle **tecniche di rilancio**:
- **Semplice ripresa del contenuto** (per es. **In che senso ...; Può dirmi qualcosa di più..; Vorrei capire meglio..**).
- **Il rilancio a specchio** (riproponendo e parafrasando); consiste nella ripetizione ad eco di una frase, o di un concetto, o delle ultime parole pronunciate dall'intervistato.
- **Riassunto sintetico delle ultime cose dette** (per es. **Se ho capito bene...; Per riassumere...; Mi sembra che lei mi abbia detto..**). Si usa quando si fa riferimento a concetti o frasi troppo articolate per un rilancio a specchio, o quando si vuole introdurre un nuovo tema puntualizzando la connessione, o vogliamo anche un riscontro della nostra comprensione di quanto detto.

14

REGOLE GENERALI E TECNICHE SPECIFICHE DI CONDUZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO



- *Lasciate che il paziente riveli se stesso spontaneamente, ma assicuratevi anche di porre le domande necessarie.*
- (Frances, 2013, p. 10)

15

LA COMUNICAZIONE VERBALE NEL COLLOQUIO PSICOLOGICO: REGOLE GENERALI

- Costruire la domanda in maniera aperta così da evitare risposte monosillabiche **come sì o no**
- Formulare una domanda per volta, **in modo chiaro, esplicito, incisivo**
- **Devono essere prive di ambiguità e poste con termini semplici e con lentezza**, senza dare cose per scontate

16

LA COMUNICAZIONE VERBALE NEL COLLOQUIO PSICOLOGICO: REGOLE GENERALI

- Utilizzare un linguaggio adeguato, comprensibile per il paziente
- Fare attenzione a non suggerire implicitamente la risposta
- Evitare di sottoporre il paziente ad una sorta di interrogatorio
- **Non interrompere il paziente MAI** per chiedere chiarimenti fino a che non abbia finito il discorso
- Non accontentarsi di risposte vaghe, ambigue, astratte

17



18

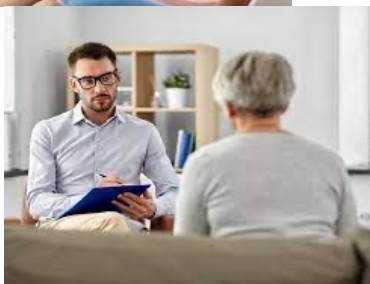
IL COLLOQUIO CLINICO: L'IMPORTANZA DELL'AUTO-OSSERVAZIONE

- Evitare frasi, termini, aggettivi o elementi paralinguistici che indichino valutazioni e preferenze dell'intervistatore.



19

IL COLLOQUIO CLINICO: L'IMPORTANZA DELL'AUTO-OSSERVAZIONE



- Il clinico può suggerire, attraverso il proprio comportamento (perlopiù non verbale e - per così dire - automatico, ciò che può/deve essere detto o non detto.
- Si tende ad esprimere **approvazione**, **disapprovazione**, sorpresa o interesse attraverso la mimica facciale o la postura del corpo o il tono della voce e così via.
- Questi "stimoli" possono **pesantemente** condizionare le risposte fornite dal paziente.

20

....QUINDI ?



- **DUPLICE ATTENZIONE** che consente di agire contemporaneamente sui sentimenti propri e su quelli dei pazienti.

21

IL COLLOQUIO CLINICO: Formulazione delle domande

- **Evitare l'uso della negazione** perché può orientare la risposta, e della doppia negazione perché può generare incomprensione e può essere difficile valutare il sì o il no della risposta.
- Quando possibile introdurre la domanda con il **come** piuttosto che con il **perché** (es. **come è avvenuta la sua scelta ... piuttosto che perché ha scelto ...**).

L'espressione perché, può avere una connotazione inquisitoria e può apparire una richiesta di giustificazione, inoltre il soggetto potrebbe non conoscere la risposta e attenderla dallo psicologo.

22

IN SINTESI: CIÒ CHE IL CLINICO DOVREBBE EVITARE DI FARE



- ✓ *non interpretare*
- ✓ *non rassicurare o minimizzare i problemi del paziente;*
- ✓ *non criticare;*
- ✓ *evitare valutazioni di qualsiasi genere;*
- ✓ *evitare esclamazioni di sorpresa;*
- ✓ *evitare di compiangere il paziente,*
- ✓ *DEL TU ???*
- ✓ *evitare di parlare di se stessi... (?)*

23

POSSIBILI BIAS.....

1. La tendenza a cercare conferme per l'ipotesi formulata, piuttosto che a vedere se essa può essere smentita (**confirmation bias**),
2. L'eccessiva sicurezza (**overconfidence bias**),
3. la decisione prematura di considerare acquisiti gli elementi necessari per la diagnosi (**premature closure**)



24

RISCHI

1. PREGIUDIZIO DEL PROFESSIONISTA
2. RESISTENZE DEL PROFESSIONISTA
3. ALLEANZA DI LAVORO CARENTE
4. DOMINIO DEGLI ASPETTI EMOTIVO-AFFETTIVI (coinvolgimento personale)
5. PREVALENZA DELL'AGITO SUL PENSIERO
6. BISOGNO IMPELLENTE DI FARE QUALCOSA E DI DARE RISPOSTE IMMEDIATE



25

PER RIASSUMERE: TECNICHE CHE FACILITANO LA COMUNICAZIONE

Categoria di risposta	Definizione	Valore terapeutico
Ascolto	Processo attivo per capire	Empatia, riconoscimento, disponibilità verso il paziente.
Silenzio	Periodo di non comunicazione	Utile per riflettere e organizzare idee e concetti da esprimere.
Riflettere o rispecchiare	Rinviare al paziente emozioni, idee e significati che sta comunicando	Legittima il vissuto del paziente permettendogli riflessione e consapevolezza
Focusing	Incoraggiare il paziente a non divagare	Dirigere la comunicazione verso aspetti importanti
Chiarificare	Chiarire il messaggio del paziente, stabilire se il messaggio trasmesso coincide con quello ricevuto	Esprime il desiderio di comprendere la comunicazione del paziente

26

PER RIASSUMERE: TECNICHE CHE NON FACILITANO LA COMUNICAZIONE

Categoria di risposta	Definizione	Valore terapeutico
Falsa rassicurazione (banalizzazione)	Utilizzare frasi stereotipate prive di significato nel tentativo di rassicurare il paziente.	Nega la paura, i sentimenti, il significato della comunicazione del paziente.
Fornire consigli	Dire al paziente ciò che deve o non deve fare.	Nega la possibilità del paziente di condividere le decisioni con l'operatore.
Dare giudizi (risposte moralizzanti)	Approvare o disapprovare i comportamenti del paziente, esprimendo i propri valori su ciò che è giusto o sbagliato usando parole come "buono" o "cattivo".	Crea dipendenza dall'operatore. Soddisfa bisogni narcisistici di autoapprovazione dell'operatore. Difficile creare un rapporto fondato sulla reciprocità.
Cambiare argomento	Dirigere l'interazione in un'area personale piuttosto che seguire il discorso del paziente.	Genera ansia e rabbia per il mancato riconoscimento dei sentimenti provati dal paziente.
Insuccesso nell'ascolto	Non ascoltare il messaggio del paziente, non prestare attenzione.	Disinteresse, negazione dell'altro. I bisogni dell'operatore vengono prima di quelli del paziente.

27

QUALE SETTING?

- un insieme di condizioni materiali, una cornice statica quanto più idonea in termini di **"oggettività"** all'applicazione di una tecnica, volta a raccogliere informazioni sull'altro;

Ma anche

- un insieme di **condizioni simboliche**, che parlano della specificità della relazione e al tempo stesso **contribuiscono a organizzarla e ad analizzarla.**

28

LA CORNICE O IL SETTING

- La parola **SETTING** significa sfondo, la messa in scena in cui avviene il colloquio psicologico. Consta sia *dell'ambiente fisico* (luogo, tempo...) sia *dell'ambiente psicologico* all'interno del quale si svolge il colloquio
- Il setting fa riferimento all'insieme degli "elementi esterni" che articolano lo **spazio fisico e relazionale** dell'incontro terapeutico, ed altresì all'insieme degli "elementi interni", connessi con **l'atteggiamento mentale di paziente e dello psicologo**, che definiscono la dimensione psicologica dell'incontro.



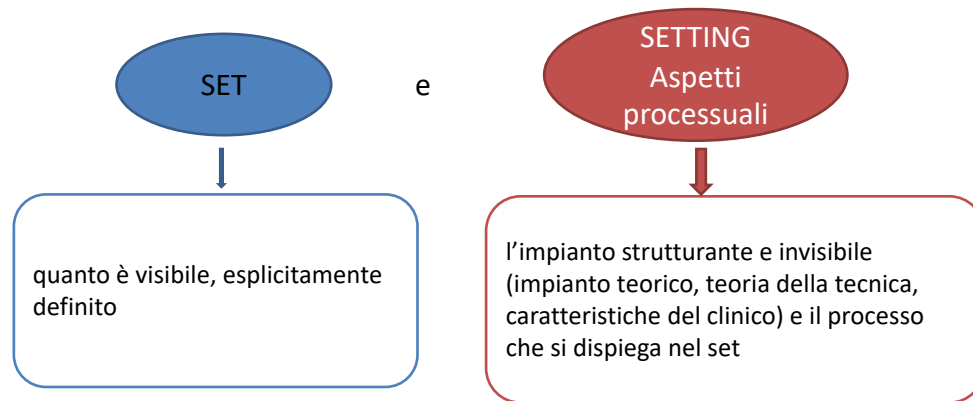
29

IL SETTING: CONTENUTO E CONTENITORE

- Aspetti **formali** (elementi storici, materiali e **contrattuali del colloquio**) e **processuali**, visibili e invisibili, risultano così integrati da rendere difficile una codificazione dell'uno senza la definizione dell'altro.
- Ecco che a indicarne la stretta interdipendenza si propone il **termine set (ting)** (Ceruti, Lo Verso, 1998).

30

SI DISTINGUONO I CONCETTI DI:



31

IL SET E LE SUE COMPONENTI (Giannone e Lo Verso)



Indichiamo con set i fattori contrattuali e le regole costanti, predefinite e mantenute fisse che strutturano l'esperienza, ovvero i fattori pratici che delimitano ed esplicitano i limiti dell'esperienza:

- Durata e periodicità
- Disposizione
- Presenza o meno di osservatori e co-conduttori e modalità di gestione di tale presenza
- Contesto ambientale (pubblico/privato)
- Modalità di pagamento
- Modalità di gestione eventuale dell'uso di psicofarmaci
- Modalità di gestione di eventuali «presenze» familiari o istituzionali;
- Motivazioni di tali scelte, in termini di teoria della tecnica e in riferimento a tipo di obiettivi e psicopatologia

32

IL SET COMPRENDE

- Il dove



- **Lo SPAZIO** /Contesto privato/pubblico

- Il quando



- Caratteristiche del luogo (collocazione, arredamento..)

- Condizioni logistiche...

IL TEMPO Orario, giorni, frequenza degli incontri, sospensioni

- Il quanto



Costo della consulenza, modalità di pagamento

- Il come



Ruoli e relazioni formali delle persone coinvolte (utenti, committenti, consulenti), regole, strumenti ...teoria della tecnica

33

IL DOVE

- E' il contesto d'ambientazione (privato, pubblico, caratteristiche del luogo, condizioni logistiche, ecc.) dove si struttura la relazione tra il cliente che formula una richiesta e l'esperto che si rende disponibile ad esplorarla.



34

IL QUANDO

- E' il tempo in cui si svolge il colloquio: la durata effettiva dell'incontro (ad es. 50 minuti), il giorno (es. martedì), l'orario ("alle 17.00"), le sospensioni istituzionalizzate (es. "sospenderemo dal 22 dicembre al 2 gennaio e dall'1 al 30 agosto").



35

Nessun set(ting) è precostituito

La sua realizzazione è conseguente quanto meno **all'analisi della domanda**, che guiderà la struttura di uno specifico setting con specifici obiettivi e modalità operative.



36

COMPETENZE DELLO PSICOLOGO

- Pensare e istituire il setting
- Osservare il modo del cliente di reagire all'istituzione di tali condizioni (che uso fa il cliente del tempo, dello spazio, dell'onorario ...)
- **Organizzare un pensiero** intorno a tali comportamenti
- Mantenere **costante** il setting



37

Anche la visita medica si svolge normalmente in uno studio; anche la visita medica si svolge entro un tempo finito; anche la visita medica ha un costo, un obiettivo, dei ruoli.

PERO'

Il fatto che un paziente chieda al medico di recarsi a casa sua, il fatto che il paziente arrivi in ritardo, nel caso sia stato fissato un appuntamento, il fatto che il paziente si dimentichi di pagarlo, non costituiscono indizi del problema che si prova a diagnosticare.

Nel colloquio psicologico **SI...**

38

La definizione, la costanza, la tutela del setting



- **NON** è una semplice premura, ma una necessaria competenza che attiene al riconoscimento e all'accoglienza dell'altro.
- In questo senso si cercherà di rivendicarlo come **strumento indispensabile** del proprio lavoro anche laddove contesti tenderanno a farci dichiarare "**impossibile**" la possibilità di preservarlo da eventuali perturbazioni esterne (rumori di traffico, squilli di telefonino, persone non desiderate che irrompono all'improvviso...).

39

QUALI REGOLE E CRITERI PER IL SETTING



40

LA CORNICE MATERIALE: lo spazio fisico

- L'ambiente fisico del setting è la stanza entro cui si svolge il colloquio, che deve **essere sufficientemente confortevole e isolata**, in modo da garantire la dovuta riservatezza oltre a permettere di parlare senza essere disturbati e di potersi ascoltare reciprocamente senza interferenze.
- La porta è l'elemento fondamentale della stanza. Deve essere una porta a tutti gli effetti: non dovrebbe essere trasparente alla luce nè ai suoni, dovrebbe essere dotata di una maniglia e di una serratura: la porta serve ad essere aperta e ad essere chiusa.

Ha un significato concreto, materiale, ma anche simbolico di confine!

41

LA CORNICE MATERIALE: no ad interruzioni della sequenza comunicativa

- Anche il **telefono** è un elemento di intrusione importante, e la sua presenza nella stanza non è consigliabile.
- Un telefono che squilla, oltre che creare nella mente di entrambi i partecipanti fastidio e curiosità, può interrompere una sequenza comunicativa importante.



42

LA CORNICE MATERIALE: NO AD INTERRUZIONI COMUNICATIVE

- Tanto più rispondere alla telefonata di un familiare o peggio di un altro paziente può distrarre la mente dello psicologo anche per lungo tempo, e creare nella mente del paziente, **dubbi sulla piena disponibilità dello psicologo all'ascolto e dubbi sulla sua riservatezza.**
- In un colloquio senza queste interferenze il paziente apprezzerà molto il constatare che siamo disponibili solo per lui e che rispettiamo la sua intimità.



43

LA CORNICE MATERIALE



- Dell'aspetto fisico della stanza fanno parte anche il colore delle pareti, la luce e l'arredamento.
- Un colore neutro o gradevole delle pareti e una luce non troppo intensa contribuirà a creare un ambiente confortevole e accogliente.
- Per quanto riguarda l'arredamento, è bene **ricordare che è un canale di comunicazione non verbale**, e che sarà recepito come tale dal cliente, che su tale base può formarsi un **pregiudizio**, che **assimila le caratteristiche dell'arredamento alla competenza e alla personalità del clinico.**

44

LA COSTANZA DEL SETTING

- E' bene che, per quanto possibile, il setting venga **mantenuto costante** e quando, eventualmente, venga modificato, il cambiamento deve essere tenuto in considerazione.
- **Perché??**
- Questo perché dobbiamo poter supporre che ciò che avviene durante il colloquio sia relativo il più possibile alla persona, alle caratteristiche dell'intervistato e non derivi, invece, dai problemi dell'ambiente in cui avviene il colloquio.
- **Con chi si deve avere maggiore attenzione?**
- Il mantenimento del setting ha una grande importanza specialmente con i pazienti più gravi o comunque quelli che provengono da situazioni di trauma che non hanno mai avuto nessuno che regolasse la loro vita, che non hanno mai avuto la possibilità di avere uno spazio personale è bene un setting che dia loro sicurezza.
- In questo caso il setting è un qualcosa che struttura la loro mente rispetto ciò al caos che è stato creato per esempio da situazioni familiari da cui provengono molto disastrate.



45

LA CORNICE O IL SETTING

- Preferibilmente, clinico e paziente dovrebbero sedere in modo da potersi guardare o meno secondo il desiderio reciproco (*Due poltroncine comode, poste alla stessa altezza per evitare una definizione non verbale di dominanza dello psicologo nella relazione*), **né troppo vicine alla distanza intima né troppo lontane rispetto** alla distanza personale (**per permettere un buono scambio comunicativo**) sembrano creare la condizione ideale.
- Ci sono pareri contrastanti per quanto riguarda l'uso della scrivania:
- alcuni preferiscono interporre, tra sé e il paziente, una scrivania o un tavolo, per potersi appoggiare e prendere appunti, oppure semplicemente per evitare a sé e all'altro la completa esposizione del corpo
- **per altri questa è una condizione limitante.....**



46

ALTRI ASPETTI DEL SETTING: LA DURATA DELL'INCONTRO

- Un tempo di 45-50 minuti è di solito sufficiente per acquisire informazioni, senza stancare né chi parla né chi ascolta.
- **È bene comunicare prima la durata del colloquio** e, nel caso che sia necessario un ulteriore approfondimento, o che lo psicologo ritenga opportuna una pausa di riflessione prima della restituzione, è **buona regola** dare un secondo appuntamento, o anche un terzo.
- Se uno psicologo ha la possibilità di lavorare molto, è bene comunque, per mantenere un buon livello di lavoro e non penalizzare i pazienti con mancanza di attenzione, **non andare oltre le 5 o 6 h consecutive!!**

47

APPUNTISI O NO???



- Permette la stesura di un resoconto cartaceo più fedele
- chi ne sottolinea gli aspetti di interferenza sull'ascolto dello psicologo
- possibile fonte di disagio per il paziente e di interferenza nei contenuti della sua comunicazione
- Un buon compromesso può essere quello di prendere il minimo di annotazioni durante il colloquio, monitorando le reazioni del paziente.
- **In ogni caso, è molto importante distinguere con chiarezza le risposte del soggetto dalle interpretazioni dell'esaminatore.**
- **(chiederlo???)**
- Se lo scrivere dello psicologo viene interpretato come segno dell'importanza o meno di ciò che viene detto in quel momento, in linea di massima, **è molto raro che prendere appunti crei particolare disagio al paziente, ma è necessario sincerarsene!!**

48

APPUNTI/registrazioni/videoregistrazioni

- Nel primo colloquio, è opportuno riportare le affermazioni del paziente il più fedelmente possibile, rinviando a un momento successivo la riflessione sul loro significato («.....»).
- Ancora più controverso è **l'uso della videoregistrazione del colloquio**, perché all'eventuale vantaggio della fedeltà del resoconto si contrappone **lo svantaggio di compromettere l'atmosfera di intimità e riservatezza del colloquio**.
- ***In ogni caso il paziente va comunque avvertito e la registrazione non va mai fatta senza il suo consenso!!***

49

OLTRE LA CORNICE MATERIALE: IL SETTING INTERNO

- Le componenti interne del setting riguardano invece lo specifico assetto mentale assunto dal ***terapeuta e dal paziente***.



50

IL SETTING INTERNO O ASSETTO PSICOLOGICO DELLO PSICOLOGO (Orefice 1995)

- L'assetto è caratterizzato dalla
 - momentanea **sospensione del giudizio**,
 - della decisione e
 - delle aspettative di intervento
- Ossia
- non si chiede al paziente di cambiare nulla del suo abituale modo di essere, compresi i sintomi ma di collaborare a un lavoro di conoscenza su di sé, i cui risultati verranno poi discussi con lui ("**restituiti**") e solo allora si deciderà se e che cosa fare

51

IL SETTING INTERNO DELLO PSICOLOGO



- In un setting ottimale la mente dello psicologo deve essere **libera da preoccupazioni e pregiudizi**, disponibile ad un **ascolto attento** e ad un interesse genuino, consapevole del proprio stile comunicativo verbale e non verbale

52

- *“L'importante è che la coppia al lavoro **rifletta e “mentalizzi”** l'uso che fa degli strumenti.*
- *È il suo assetto mentale lo strumento principale del terapeuta.”*
- *il setting è come un ambiente in cui si sviluppa una **danza/ relazione** basata **anche sui sentimenti del terapeuta.....***

Terapie e terapeuti on-line (Lingiardi, Giovanardi)

53

INGREDIENTI FONDAMENTALI PER CONDURRE UN COLLOQUIO CLINICO: prerequisiti mentali

- ✓ **Disponibilità all'ascolto**
- ✓ **Professionalità**
- ✓ **Sospensione del giudizio**
- ✓ **lavoro di osservazione , conoscenza e familiarità con il proprio mondo interno**
- ✓ **Umiltà**
- ✓ **Empatia**
- ✓ **Studio della teoria e della tecnica del colloquio**

54

L'EMPATIA E LE COMPONENTI DELL'ESPERIENZA INTERSOGETTIVA



- ✓ In termini evolutivisti l'empatia è un prerequisito **per la cooperazione sociale**
- ✓ E' un insieme di **processi interconnessi** che ci permettono di comprendere e rispondere alle esperienze affettive degli altri, favorendo le relazioni interpersonali:
 - Condivisione affettiva
 - Flessibilità e immedesimazione nell'altro
 - Capacità di riconoscersi come separato dall'altro
 - Capacità di autoregolazione emotiva (**insensibilità/ egocentrismo o ipercoinvolgimento**)

55

NEURONI MIRROR, EMOZIONI E INTERSOGETTIVITÀ: LA SIMULAZIONE INCARNATA (Rizzolatti, Gallese 1998)



- ✓ Il meccanismo della **«SIMULAZIONE INCARNATA»** senza alcuna mediazione linguistica e riflessiva rappresenta la forma più elementare di intelligenza sociale
- ✓ Questi sistemi ci permettono di riconoscere le emozioni altrui mediante un processo di simulazione degli stati corporei ad esse correlati (**ricostruzione di uno stato emotivo simulando uno stato corporeo**) → **MECCANISMO EMPATICO**

- Attraverso la **simulazione incarnata** si ha la capacità di riconoscere in quello che si vede qualcosa con cui "risuonare", di cui ci si appropria esperienzialmente, che si possa fare proprio.
- Il significato delle esperienze altrui è compreso non in virtù di una spiegazione, ma grazie **ad una comprensione diretta**, per così dire, dall'interno (viscerale!).

56

EMPATIA AFFETTIVA

- Il termine **empatia affettiva** si può spiegare nel seguente modo:
- **"I feel what you feel too"**: "io sento ciò che senti anche tu "



57

EMPATIA COGNITIVA



- ✓ Il termine **empatia cognitiva** si può spiegare nel seguente modo:

"I understand what do you feel"

«Capisco come ti senti»

□ **Il Sistema della Mentalizzazione e Teoria della Mente (ToM)**
(attribuzione di stati mentali in termini di intenzioni, desideri ed emozioni credenze a sé e agli altri e di prevedere sulla base di tali inferenze il proprio e altrui comportamento) (Frith 1992)

58

LA COMUNICAZIONE EMPATICA

- ❑ Non si fabbrica a tavolino con formule verbali, né si può fingerla;
- ❑ Va sviluppata e coltivata.
- ❑ Non si recita o produce forzandosi, si può apprendere
- ❑ Viene naturale se ci si pone con la mente nella posizione dell'altro, ci si chiede cosa possa provare in quella situazione, ci si rispecchia anche solo un momento e si prova uno stato d'animo semplice, genuino dell'emozione nostra per lui/lei
- ❑ **Poco ha a che vedere con la simpatia né con la partecipazione o il condividere, l'abbracciarsi o l'intristirsi insieme**
- ❑ È basata sul senso di rispetto per l'altro
- ❑ **È un'abilità di esperienza di sé, comunicativa e verbale da sviluppare e mettere a punto**
- ❑ Bisogna allenarsi dapprima a lungo in situazioni normali, comuni, addestrandosi, fino a parlare con altri ("**come si sente in questo momento?**"), esplorare, sviluppare un **buon vocabolario di aggettivi relativi** a stati d'animo, chiedersi cosa sta provando quella persona; solo dopo questo addestramento testare le proprie abilità con persone in situazioni molto critiche

59

IL NOSTRO CERVELLO È CALIBRATO PER L'INTERSOGGETTIVITÀ, L'EMPATIA E LA GENTILEZZA?

- La scienza è in grado di **dare una corrispondenza biologica alla gentilezza**, alla compassione, mostrando quanto questi valori siano fondamentali per vivere a lungo, sani e felici, ma soprattutto per la **sopravvivenza e l'evoluzione del genere umano**.

LE NEUROSCIENZE DELL'EMPATIA E DELLA GENTILEZZA



60

PROGETTATI PER ESSERE EMPATICI : EVIDENZE SCIENTIFICHE



I bambini dimostrano comportamenti di aiuto : Più studi li hanno osservato nei bambini di 14 -18 mesi prima dello sviluppo morale *Cirelli et al.2014;Warneken F. 2017, 2016.*



Selezione dei partner : La selezione dei partner a lungo termine è significativamente influenzata dalla gentilezza del potenziale partner. Essere descritti come gentili aumenta l'attrattiva fisica del potenziale partner *Ehlebracht et al 2018.*



L'altruismo è presente in molte specie: più specie si sacrificano per i propri membri, tra cui formiche, pipistrelli, roditori e primati *de Waal 2008.*

61

LE NEUROSCIENZE SOCIALI: I CIRCUITI CEREBRALI dell'intersoggettività

- Le **NEUROSCIENZE SOCIALI** studiano i collegamenti tra cervello, emozioni e comportamento sociale,
 - ✓ indagando su come la pressione evolutiva favorisca l'emergere di **reti cerebrali sociali** specializzate che permettono agli esseri umani di **costruire società complesse.**

EJN *2012* EUROPEAN JOURNAL OF NEUROSCIENCE
European Journal of Neuroscience, Vol. 29, pp. 2247–2252, 2009 doi:10.1111/j.1460-9568.2009.067
COGNITIVE NEUROSCIENCE

The brain structural disposition to social interaction

Maël Lebreton,^{1,2,3} Anna Barnes,^{1,2,3} John M. Murray,^{1,2,3} James Bullock,^{5,6} James Bull,^{1,2} L. M. Mäkelä,⁴ Päivi Tanskanen,⁸ John Suckling,^{1,2,3} Edward T. Bullmore,^{1,2,3} and Graham K. ...

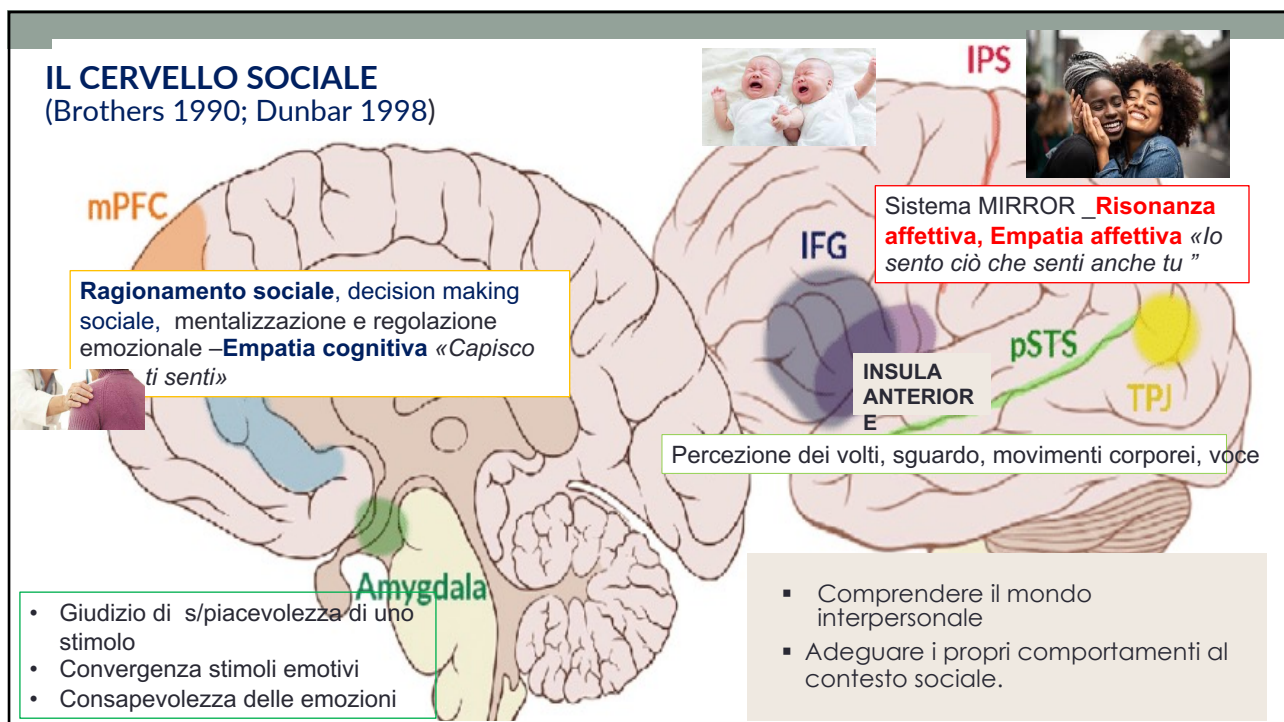


62

IL CERVELLO SOCIALE: (Brothers 1990; Dunbar 1998)

- Durante il corso dell'evoluzione, il cervello umano ha sviluppato **reti neurali specifiche** al fine di adattarsi a società sempre più complesse.
- Secondo **l'ipotesi del Cervello sociale** gli esseri umani si sono evoluti sia **filogeneticamente** che **ontogeneticamente** nella loro abilità di coinvolgersi in relazioni sociali sviluppando **L'INTELLIGENZA O COGNIZIONE SOCIALE**.

63



64



QUINDISIAMO TUTTI EMPATICI??

65

L'EMPATIA SI PUÒ APPRENDERE?

- **È IN PARTE UNA DOTE NATURALE E IN PARTE APPRESA.**
- **E' UN'ABILITÀ CHE SI PUÒ APPRENDERE E PERFEZIONARE.**
- La sintonia di contatto richiede una mente preparata ed esatte procedure, con ogni parola o gesto al suo posto, guidata dal rispetto per la persona, il riconoscimento della sua sofferenza.
- **Saper comunicare e mettersi in relazione è costituito da un sapere, con principi della comunicazione verbale e non verbale e della relazione sanitario-paziente e da un fare, procedure da mettere in atto, scegliendo modi, tempi e contenuti (cosa sia appropriato e corretto dire e non; quali frasi, parole e toni) con una mappa in mente che guidi il processo di comunicazione.**

66

ALCUNI ESEMPI DI FRASI "BUONE" MA NON EMPATICHE

- "Stia tranquillo"
- "La aiuteremo"
- "Non si preoccupi"
- "Tutto è sotto controllo"
- "Stia calmo"
- "Non c'è motivo di preoccuparsi"
- "Sono qui per lei"
- "Forza che quest'anno vinciamo lo scudetto"

67



**Siete più empatici
affettivi o cognitivi?**

68

ISTRUZIONI

Nelle pagine successive troverai una lista d'affermazioni che possono essere più o meno vere/false per te.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate: basati sulle tue sensazioni ed opinioni.

Leggi attentamente ciascuna affermazione e indica la tua risposta cerchiando il numero corrispondente nella tabella accanto ad ogni frase.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 1 se la frase è Mai vera per te
- 2 se la frase è Raramente vera per te
- 3 se la frase è Qualche volta vera per te
- 4 se la frase è Spesso vera per te
- 5 se la frase è Sempre vera per te

Esempio:

- a) Preferisco vedere la televisione
che leggere un libro.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

69

INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX

SCALA DI RISPOSTA

Mai vera	Raramente Vera	Qualche volta vera	Spesso vera	Sempre vera
1	2	3	4	5

- Sogno ad occhi aperti e fantastico, con una certa regolarità, sulle cose che potrebbero accademi.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- Provo spesso sentimenti di tenerezza e preoccupazione per le persone meno fortunate di me.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- A volte trovo difficile vedere le cose dal punto di vista di un'altra persona.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- A volte non mi sento molto dispiaciuto/a per le altre persone che hanno problemi.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- Resto veramente coinvolto/a dagli stati d'animo dei protagonisti di un racconto.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- In situazioni di emergenza, mi sento apprensivo/a e a disagio.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- Riesco solitamente ad essere obiettivo/a quando assisto ad un film o ad una rappresentazione teatrale e raramente mi lascio coinvolgere del tutto.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- In caso di disaccordo, cerco di tener conto del punto di vista di ognuno prima di prendere una decisione.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- Quando vedo che qualcuno viene sfruttato, provo sentimenti di protezione nei suoi confronti.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- A volte mi sento indifeso/a quando mi trovo in situazioni emotivamente molto coinvolgenti.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- A volte cerco di comprendere meglio i miei amici immaginando come le cose appaiono dalla loro prospettiva.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- Mi accade raramente di essere molto coinvolto/a da un buon libro o da un bel film.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- Quando vedo qualcuno farsi male, tendo a restare calmo/a.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

70

14. Le sventure delle altre persone a volte non mi turbano molto.	1	2	3	4	5
15. Se sono sicuro/a di aver ragione riguardo a qualcosa, non spreco molto tempo ad ascoltare le argomentazioni degli altri.	1	2	3	4	5
16. Dopo aver visto una rappresentazione teatrale o un film, mi sono sentito/a come se io stesso fossi uno dei protagonisti.	1	2	3	4	5
17. Trovarmi in una situazione che provoca tensione emotiva mi spaventa.	1	2	3	4	5
18. Quando vedo qualcuno che viene trattato ingiustamente, talvolta mi capita di non provare molta pietà per lui.	1	2	3	4	5
19. Sono di solito piuttosto efficiente nel far fronte alle situazioni di emergenza.	1	2	3	4	5
20. Le cose che accadono agli altri mi colpiscono molto spesso.	1	2	3	4	5
21. Credo che esistano due opposti aspetti in ogni vicenda e cerco di prenderli in considerazione entrambi.	1	2	3	4	5
22. Potrei descrivermi come una persona dal cuore piuttosto tenero.	1	2	3	4	5
23. Quando guardo un buon film, riesco molto facilmente a mettermi nei panni del personaggio principale.	1	2	3	4	5
24. Tendo a perdere il controllo in casi di emergenza.	1	2	3	4	5
25. Quando sono in contrasto con qualcuno, di solito cerco di "mettermi nei suoi panni" per un attimo.	1	2	3	4	5
26. Quando leggo una storia o un racconto interessante, immagino come mi sentirei se gli avvenimenti della storia stessi accadendo a me.	1	2	3	4	5
27. Quando vedo qualcuno che ha urgente bisogno di aiuto in una situazione di emergenza, crollo.	1	2	3	4	5
28. Prima di criticare qualcuno, cerco di immaginare cosa proverei se fossi stato al suo posto.	1	2	3	4	5

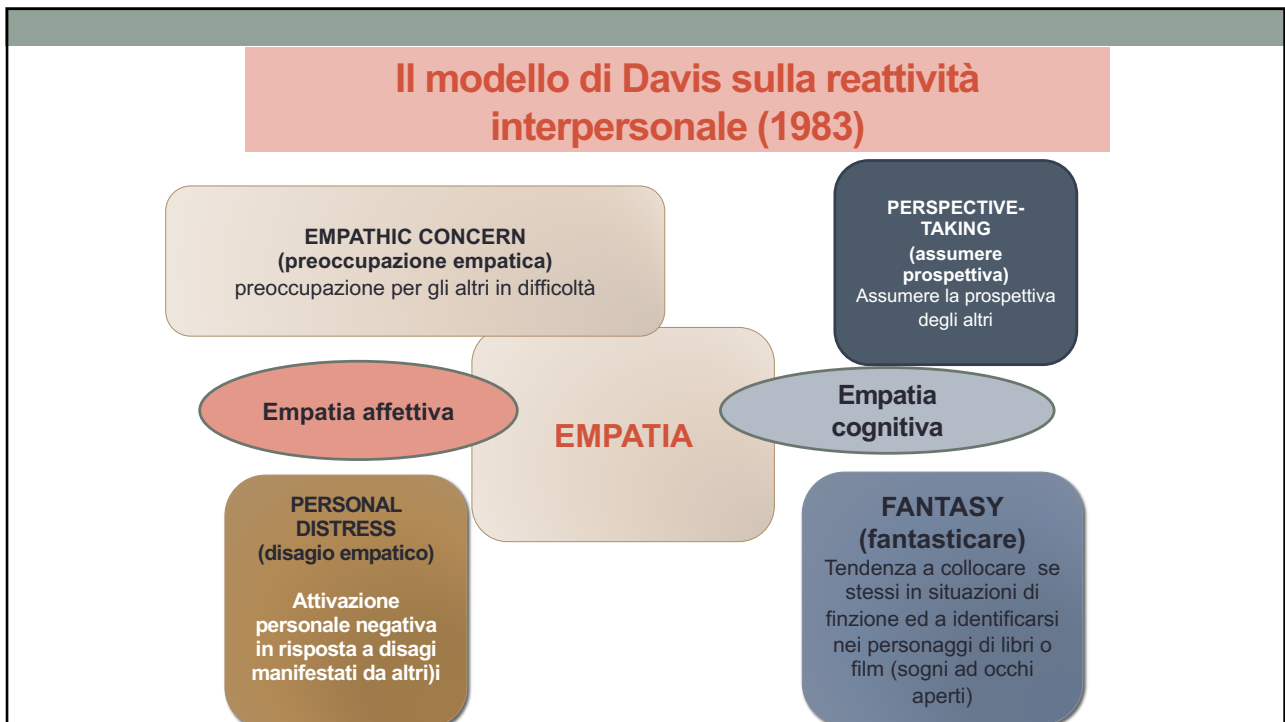
71

IRI_INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX (SCORING)

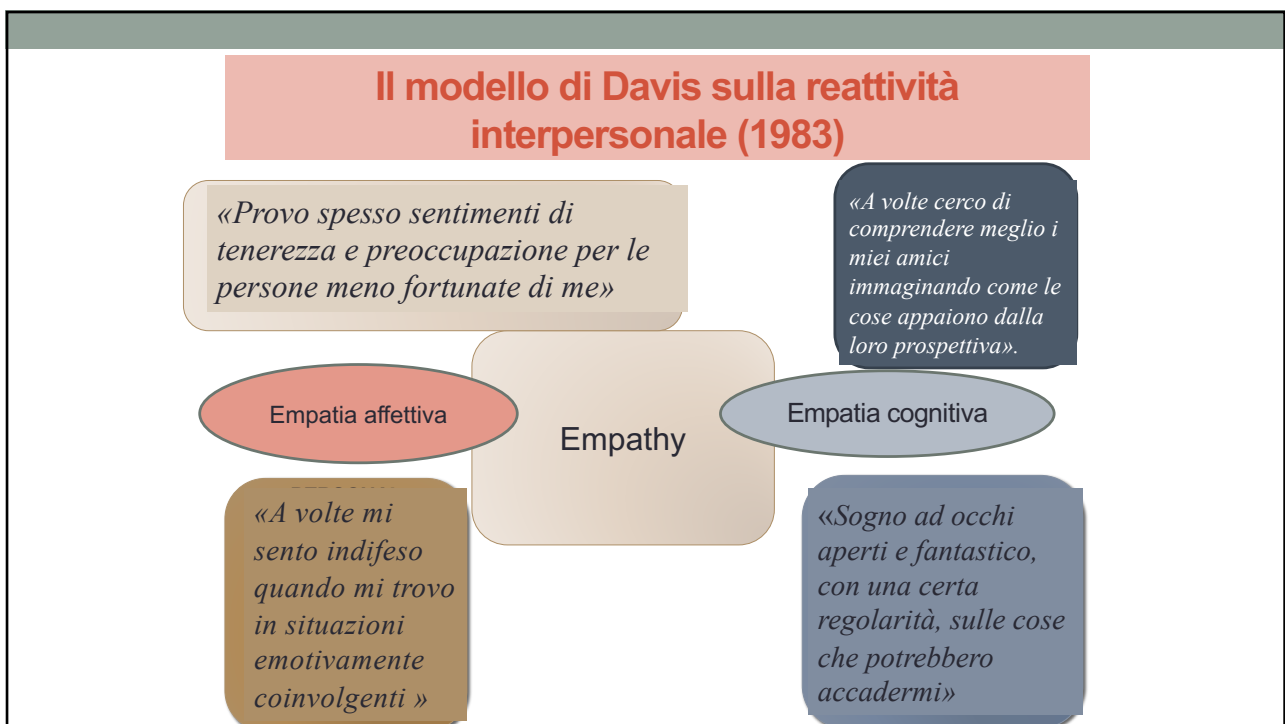
Siamo più cognitivi o affettivi nell'interagire con gli altri ?

- FS-Fantasy Scale (items: 26, 5, 7, 16, 1, 12, 23)_____ (range:7-35)
- PT-Perspective-Taking Scale (items: 28, 15, 11, 21, 3, 8, 25) _____ (range:7-35)
- EC-Empathic Concern Scale (items: 9, 18, 2, 22, 4, 14, 20) _____ (range:7-35)
- PD-Personal Distress Scale (items: 27, 10, 6, 19, 17, 13, 24)_____ (range:7-35)
- Items inversi (-)
- 12, 3, 4, 14, 13, 18, 19

72



73



74

LA COMPASSIONE NON è EMPATIA



Una profonda consapevolezza della sofferenza di se stessi e degli altri esseri viventi, unita al desiderio, all'impegno e allo sforzo di alleviarla e prevenirla.

Paul Gilbert, PhD

75



Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Behavioral
Sciences

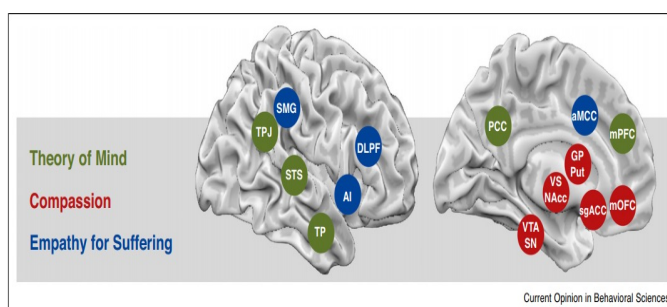
On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind

Katrin Preckel¹, Philipp Kanske^{1,2} and Tania Singer¹



La compassione risulta essere una strategia di regolazione emotiva che si basa sulla **GRATIFICAZIONE**. Nella compassione c'è l'intenzione

-> IMPLICITO DESIDERIO CHE L'ALTRO STIA BENE



Neural networks underlying empathy, compassion and Theory of Mind. The separable neural networks underlying empathy (blue), compassion (red), and Theory of Mind (green) are presented. Abbreviations: AI, anterior insula; aMCC, anterior middle cingulate cortex; dlPFC, dorsolateral prefrontal cortex; GP, globus pallidus; mOFC, medial orbitofrontal cortex; mPFC, medial prefrontal cortex; NAcc, nucleus accumbens; PCC, posterior cingulate cortex; Put, putamen; sgACC, subgenual anterior cingulate cortex; SN, substantia nigra; STS, superior temporal sulcus; SMG, supramarginal gyrus; TP, temporal poles; TPJ, temporoparietal junction; VS, ventral striatum; VTA, ventral tegmental area.

76

FIN DAL PRIMO COLLOQUIO

- E' utile e necessario arrivare all'essenza della sintomatologia del paziente, attraverso la conoscenza dell'essenza causale che ha portato la persona a chiedere aiuto:
-Entriamo **nel cuore del suo dramma, cercando di cogliere ciò che ha portato a chiedere aiuto e a vedere in esso l'unica speranza.**



77

IL PRIMO COLLOQUIO È IMPORTANTISSIMO

- **Nel primo colloquio può iniziare una guarigione**, almeno un fattore di guarigione... e lo si può vedere nel volto: quando vi congedate la persona non vede l'ora di rivedervi e il viso lo indica, nel volto si vede che non vede l'ora di occuparsene.....
- Se possibile, dovremo trovare il modo di parlare e di dire cose che lo riguardano **ma in un modo che non lo spaventino** e che anzi **aprano ad un incoraggiamento....(tanto esercizio dialettico)**

78

LA CAPACITÀ DEL TERAPEUTA

- L'ideale della nostra capacità retorica (**nel primo colloquio e in quelli successivi**) deve soddisfare alcuni criteri:
- 1. non spaventare;
- 2. motivare;
- 3. attivare un prudente indirizzamento
- Considerare di trasformare qualsiasi cosa dica il paziente in una **grande opportunità** piuttosto che **in una grande minaccia**.

79

La patologia come una grande opportunità-una mission

- La sintomatologia arriva con una **missione**:
- **Dare alla persona l'opportunità di ritrovare l'ordine e reindirizzarla nella giusta espressione delle proprie potenzialità.**
- Questa è la sua missione e se non viene raccolta viene ripetuta all'infinito!!
- Usare sempre il **noi universale...**



80

LA VALIDAZIONE EMPATICA IN TERAPIA

Processi e
funzioni

81

COSA SIGNIFICA VALIDARE??

---Riconoscere al paziente tutta la propria comprensione per la sofferenza ma in qualche modo continuare a trasmettere la propria non comprensione verso le strutture cognitive che generano la sofferenza.



82

La validazione in terapia

- È una strategia **fondata sull'empatia** e vuol dire **riconoscere il senso, l'autenticità e la saggezza di un'emozione, un pensiero o un comportamento.**
- Vuol dire comunicare e restituire ad un'altra persona **che ciò che sta vivendo non è il risultato di irrazionalità, pazzia, o qualcosa che non dovrebbe essere sperimentato ma che invece ha delle ragioni, ha un senso ed è valido.**
- **OBIETTIVI:**
 - ridurre l'attivazione emotiva
 - consolidare il legame terapeutico
 - aumentare la capacità del paziente di risolvere i problemi e rinforzare i progressi clinici.



83

LA VALIDAZIONE IN TERAPIA

- La validazione è implicata anche nel processo di cambiamento perché contribuisce a strutturare le condizioni ideali perché questo possa realizzarsi.
 - La conseguenza è che **l'individuo si sente**
 - **connesso**
 - **compreso**
 - **riconosciuto**
 - **accolto**
 - **valorizzato**
- e sente che il suo vissuto ha un senso**

(Swenson, 2016)

84

I TRE MOMENTI/FUNZIONI DELLA VALIDAZIONE

1. **OSSERVAZIONE ATTIVA.** L'aspetto chiave di questa prima funzione consiste nella presenza, nell'attenzione e nella consapevolezza del terapeuta: si devono abbandonare i modelli precostituiti, i pregiudizi e ogni variabile personale che potrebbe intaccare la capacità di osservare le emozioni che al momento sono presenti.
2. **RISPECCHIAMENTO.** La seconda funzione del terapeuta è quella di rispecchiare fedelmente l'immagine di stati d'animo, pensieri, cognizioni precostituite e comportamenti del paziente. Nel farlo bisogna conservare un atteggiamento non giudicante e comunicare all'altro di essere presenti, consapevoli e attenti alle sue comunicazioni.

Sarà, inoltre, necessario corrispondere empaticamente alle sue emozioni e in modo puntuale, **comprendendo (senza obbligatoriamente condividere) le credenze, le aspettative e gli schemi che sottendono i comportamenti attuati.**

3. **VALIDAZIONE DIRETTA.** Il terapeuta cerca infine di identificare nelle risposte comportamentali prodotte dal paziente gli elementi di "saggezza" e gli aspetti più funzionali, "rispecchiandoli" e comunicando la loro comprensibilità, tendendo in considerazione che **ogni sentimento, pensiero o azione abbiano un evidente significato in relazione alle sue esperienze attuali o pregresse.**

Il terapeuta porrà in evidenza come ogni comportamento possa avere una funzione importante in quanto permette all'individuo di adattarsi al suo ambiente.



85

Strategie di validazione

Disposizione del terapeuta centrata sulla disponibilità

- La **sincerità, la calma, la chiarezza** e il rispetto per ciò che il paziente porta in seduta conducono alla costruzione di una relazione solida, terapeuticamente orientata, ma anche accogliente e adeguata.
- ***Mi sembra molto importante quello che mi sta dicendo. Potremmo, se se la sente, approfondire?***
- ***Questi primi incontri ci aiutano a capire meglio cosa per lei è importante ora, cosa la fa stare così male.***
- ***Con calma, non abbiamo nessuna fretta. Che ne pensa se ricominciamo da capo?***

11/16/25

86

Strategie di validazione

Disposizione del terapeuta centrata sulla chiarezza

- Dal punto di vista sia della comunicazione verbale sia di quella non verbale, l'atteggiamento del terapeuta dovrebbe essere **diretto verso la chiarezza**, soprattutto negli episodi relazionali difficili e confusi.
- *«Guardi, non so lei come si senta, ma io sono molto confuso. Ho la sensazione che se continuiamo così non andremo molto lontano. Cosa ne pensa?»*

11/16/25

87

Strategie di validazione

Empirismo collaborativo e condivisione degli obiettivi

- La **condivisione degli obiettivi terapeutici** è uno degli elementi fondamentali per promuovere e mantenere l'alleanza terapeutica. Beck e Freeman in un loro famoso lavoro (1990) scrivono: "L'efficacia della terapia cognitiva dipende [...] dal **livello di congruenza che si stabilisce tra le aspettative del paziente, relative agli obiettivi terapeutici, e quelle del terapeuta.**"
- La **natura collaborativa del setting** è una delle più importanti componenti della terapia cognitiva!!!

11/16/25

88

Strategie di validazione

Validazione delle emozioni

- Altro indicatore centrale per la regolazione dell'alleanza terapeutica e per la costruzione e il mantenimento di un setting empatico è la validazione emotiva. Linehan ritiene che il compito essenziale del terapeuta sia quello di riconoscere e legittimare gli stati mentali, le emozioni e le credenze del paziente. Questo, nelle prime fasi della terapia, contribuisce a creare una relazione terapeutica costruttiva e accettante.
- ***Mi sembra che quello che è successo l'abbia fatta arrabbiare...***
- ***Mi sembra molto triste in questo momento...***
- ***Deve essere stato duro per lei affrontare tutto questo..***

11/16/25

89

PER RIASSUMERE

La regola centrale è "**validare le emozioni per
disputare i pensieri**".

Gli aspetti principali della validazione sono

**l'osservazione
il rispecchiamento
la chiarezza
la disponibilità
la cooperazione
la condivisione**

11/16/25

90

LE OPERAZIONI INVESTIGATIVE DEL COLLOQUIO PSICOTERAPEUTICO

- L'ASCOLTO
- LA SELEZIONE
- ANALISI DEI SIGNIFICATI
- RIFLESSIONE
- INDIRIZZAMENTO



91

L'ASCOLTO

- L'ascolto è la prima operazione investigativa del colloquio psicoterapeutico, in cui il terapeuta accoglie l'altro che è di fronte e chiede aiuto e sostegno (Lucchesi, Zeppi, Tamburello, 2008).
- Lo psicologo si pone in una condizione di **silenzio interno** al fine di cogliere **il reale significato delle parole del paziente**.

92

LA SELEZIONE

- La selezione rappresenta **la seconda** operazione investigativa che consiste nel selezionare i dati significativi e le frasi non neutre riferite dal soggetto durante il colloquio.
- “**Estrarre, selezionare frasi, parole, tracce su un evento, ecc. che ci rapporti a qualcosa**, che segnali la possibilità di trovare qualcosa, che non è neutro per il soggetto e privo di significato, ma che sia legato ad una motivazione che scopriremo pian piano, avere forza, interesse per la persona ...”

93

L'ANALISI DEI SIGNIFICATI

- L'analisi dei significati è la **terza operazione investigativa** che consiste nel conoscere e verificare qual è il significato attribuito dal soggetto alle sue parole.
- Le parole possono essere usate con intenzione di significazione molto diversa da persona a persona. La parola è la via per conoscere la direzione della sua volontà, la finalità che aveva il soggetto, quello che lui vedeva e voleva trasmettere. **Non si tratta di una generica comprensione delle parole che mi arrivano!”** .

94

- *Cosa vuole intendere? Cosa vuole sottolineare?*
- *Cosa di importante vuole farmi capire con questa frase? Quale significato ha per lei?*
- *Mi spieghi meglio?*

95

ANALISI DEI SIGNIFICATI (ESEMPIO)

- *Ho vissuto la morte di mio padre come un fallimento personale*
- *Quando è morto mio padre mi sono sentita in colpa perché potevo dare e fare di più*
- *Vorrei imparare a respirare*
- *Vorrei imparare a sentirmi libera*
- *Non riesco a dire di no*
- *Non riesco a rifiutare le richieste degli altri, anche se non ho tempo e non mi sento bene, cerco di essere disponibile.*
- *A volte mi sento inutile*
- *Andare a lavorare mi faceva sentire utile per qualcuno, adesso che non faccio nulla sento di essere una persona inutile.*

96

Perché scegliere alcune frasi e non altre???

- ***Viene posta particolare attenzione a ciò che il paziente dice più frequentemente o che esprime con maggiori implicazioni emotive!!!***

97

LA RIFLESSIONE

- La riflessione rappresenta **la quarta fase** in cui comincia la **“contemplazione”** dei dati che il paziente ha fornito di modo da poter individuare quelle aree in cui si hanno poche conoscenze, dove manca ancora qualcosa.
- La riflessione culmina con la scelta di un indicatore che assume rilevanza superiore rispetto ad altri indicatori.
- *(LO PSICOLOGO CLINICO: “Cosa cerca a tutti i costi di evitare e cosa cerca di ottenere?”; “Qual è il fine ultimo che vuole e desidera ottenere?”; “Dove si ferma il mio conoscere? Cosa devo ancora approfondire ?)*

98

L'INDIRIZZAMENTO

- Nella V fase, il terapeuta mette in atto una serie di azioni utili per approfondire le zone che mancano, individuate nella *Riflessione*.
- *Es: rapporti sociali, percezione di sè.....*



99

**LE 5 OPERAZIONI
INVESTIGATIVE SONO DA
TENERE COSTANTEMENTE
ATTIVE DURANTE TUTTO IL
PERCORSO TERAPEUTICO E
NELLE SUE DIVERSE FASI !**



100

laura.giusti@univaq.it