

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA
CLM in Psicologia Applicata, Clinica e della Salute
AA 2021-2022_I semestre



IL COLLOQUIO IN PSICOLOGIA CLINICA: Definizione, cornice e scopi

MATERIALE AD ESCLUSIVO USO DIDATTICO



Prof.ssa Laura Giusti
Ricercatore in Psicologia clinica
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA, SANITÀ PUBBLICA,
SCIENZE DELLA VITA E DELL'AMBIENTE
laura.giusti@univaq.it



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

6

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)

7

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



8

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.

9

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.***

10

IL COLLOQUIO CLINICO: INTRODUZIONE

- In un colloquio **clinico ben condotto** lo psicologo deve permettere e facilitare che i contenuti della comunicazione e il campo della **relazione interpersonale siano stabiliti e delineati prevalentemente dal paziente.**
- Lo psicologo clinico infatti, oltre a partecipare alla relazione, deve essere consapevole di cosa sta avvenendo, **raccogliendo gli elementi che provengono dalle parole del paziente, dall'osservazione del comportamento non verbale e dal proprio vissuto emotivo.**
- Deve **ascoltare e ascoltarsi, osservare e osservarsi.**

Il colloquio clinico non è dunque uno strumento di facile gestione ed è necessaria una grande capacità ed esperienza per condurre un buon colloquio!!

11

12

COLLOQUIO CLINICO: STRUMENTO IMPORTANTE



Asse portante dell'esame psicodiagnostico

- La finalità del colloquio è l'esame del problema del paziente.
- Non è una procedura passiva di ascolto bensì un processo di indagine attivo.
- Va al di là del semplice livello dell'ascolto empatico e rappresenta **un'attività tecnica** che si avvale di una competenza professionale specialistica.
- Il colloquio clinico utilizza materiale **cognitivo-verbale e non verbale:**

1. Ciò che il paziente pensa e ciò che il paziente dice di sé;

2. Osservazione del comportamento del paziente: postura, contatto oculare, mimica, comportamento non verbale e paraverbale

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

12

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 lentezza**, senza dare cose per scontate.
- 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** per chiedere chiarimenti fino a che non abbia finito il discorso, e
- non accontentarsi di risposte vaghe, ambigue, astratte

13

IL COLLOQUIO CLINICO: Formulazione delle domande (1)

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



14

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.

15

IL COLLOQUIO CLINICO: FORMULAZIONE DELLE DOMANDE

- 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.

16

CIÒ CHE IL CLINICO DOVREBBE EVITARE DI FARE: regole generali



- ✓ *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... (?)**

17

COMUNICAZIONE NON VERBALE : SINTONIZZAZIONE AFFETTIVA



- Il terapeuta dovrebbe essere sensibile **non solo alla comunicazione verbale ma anche a quella non verbale del cliente**, come il tono e il volume della voce, il contatto visivo, il ritmo del linguaggio, della postura, delle espressioni facciali e così via....
- **E ai propri suggerimenti non verbali** elicitati dalla relazione terapeutica stessa.
- In molti modi, questa sensibilità è simile allo strumento musicale che deve essere **attentamente preparato, mantenuto, sintonizzato e protetto.**
- **DUPLICE ATTENZIONE** che consente di agire contemporaneamente sui sentimenti propri e su quelli dei pazienti.

18

L'EMPATIA E LE COMPONENTI DELL'ESPERIENZA INTERSOGGETTIVA



- ✓ 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**)

19

NEURONI MIRROR, EMOZIONI E INTERSOGGETTIVITÀ: 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!).

20

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 "

- ✓ **Contagio emozionale (emotional contagion)**: percettivo- motorio in un agente innescano le emozioni isomorfe in un altro agente) che si verifica senza consapevolezza cosciente.
- ✓ **Meccanismo della "risonanza"** chiamato in gioco durante **l'osservazione e il riconoscimento delle emozioni**, nonché nel processo imitativo.

21

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)

22

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.

23

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.**

24

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.



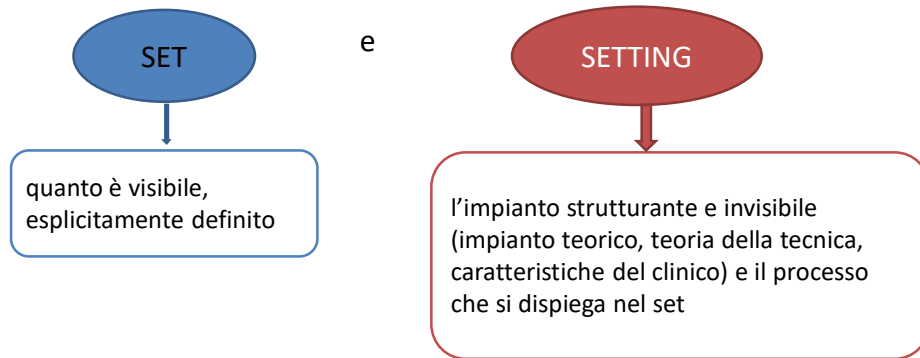
25

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).

26

SI DISTINGUONO I CONCETTI DI



27

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

28

IL SET COMPRENDE

- Il dove



- **Lo SPAZIO** /Contesto privato/pubblico
- Caratteristiche del luogo (pulizia, collocazione, arredamento..)

- Il quando



- 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

29

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.

30



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")

31



IL QUANTO:

- Indica il costo di ogni incontro, le modalità di pagamento, la periodicità (ad ogni fine incontro, all'inizio del mese ...)

32

IL "COME":



- Ruoli e relazioni formali delle persone che si incontrano (consulente, committente, cliente; conduttori, partecipanti, osservatori)
- Regole e fattori contrattuali
- Metodologie
- Tecniche

33

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...**

34

La definizione, la costanza, la tutela del setting non è una semplice premura, ma una necessaria competenza che attiene al riconoscimento e all'accoglimento dell'altro.

In questo senso si cercherà di rivendicarlo come strumento indispensabile del proprio lavoro anche là dove i 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...).

35

Nessun set(ing) 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

QUALI REGOLE E CRITERI PER IL SETTING



37

LA CORNICE MATERIALE

- 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!

38

LA CORNICE MATERIALE

- 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.



39

LA CORNICE MATERIALE

- 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 cliente **dubbi sulla piena disponibilità dello psicologo all'ascolto e dubbi sulla 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.

40

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**.

41

LA CORNICE O IL SETTING

- Pertanto è 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 eventi di vita traumatici 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 al caos che è stato creato per esempio da situazioni familiari da cui provengono molto disastrose.

42

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.....

43

ALTRI ASPETTI DEL SETTING: la durata dell'incontro e il prendere appunti durante il colloquio.

- 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!!**

44

APPUNTI: SI 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!!**

45

APPUNTI

- 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**.
- Anche se il paziente non solleva obiezioni riguardo alla registrazione, rimarrebbe comunque un disturbo nella relazione, che potrebbe favorire atteggiamenti narcisistici o al contrario di pudore, alterando la comunicazione. ***In ogni caso il paziente va comunque avvertito e la registrazione non va mai fatta senza il suo consenso!!***

46

SETTING INTERNO

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



47

IL SETTING INTERNO 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

48

IL SETTING-LO 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

49

INGREDIENTI FONDAMENTALI PER CONDURRE UN COLLOQUIO CLINICO: prerequisiti mentali

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

50

LA TOPOGRAFIA DEI PRIMI COLLOQUI UNA MAPPA DA TENERE A MENTE

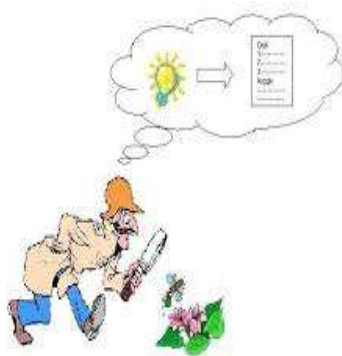
- Un primo colloquio ha di regola un basso livello di strutturazione: non esiste un ordine prestabilito degli argomenti e delle domande: sono le ipotesi e i dati a determinare la sequenza.
- Questa topografia ha, ovviamente, un valore logico e strutturale; non indica un'effettiva successione temporale:

1. PRESUPPOSTI MOTIVAZIONALI
2. FASE DEI PRELIMINARI
3. APERTURA
4. SPECIFICAZIONE DEL PROBLEMA (INIZIALE)
5. ANALISI DELLE VARIABILI FUNZIONALMENTE CORRELATE (MANTENIMENTO)
6. ALLARGAMENTO (FASE DEI PROBLEMI ATTUALI)
7. STORIA DEI PROBLEMI (IPOTESI EZIOPATOGENETICHE)
8. STORIA PERSONALE (PROFILO COMPLESSIVO)
9. ASPETTATIVE DI TRATTAMENTO
10. FORMULAZIONE CONCLUSIVA
11. IPOTESI DI TRATTAMENTO E CHIUSURA



51

IL COLLOQUIO, INOLTRE, NON È UN PROCESSO INDUTTIVO



- Ma è un processo prevalentemente **ipotetico-deduttivo**:
- **si parte da una base di conoscenza** di carattere generale (leggi, principi, modelli ecc.),
- **si passa attraverso un processo di selezione /esclusione** di ipotesi,
- **si perviene a una formulazione specifica**, che è indicata appunto come “formulazione” o “concettualizzazione” del caso e che opera il massimo di restringimento del ventaglio di ipotesi

52

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 occuparsi di questa cosa.....
- 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)**

53

LA CAPACITÀ DEL TERAPEUTA

- L'ideale della nostra capacità retorica (**nel primo colloquio o in colloqui 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

54

La patologia come una grande opportunità-una mission

- La patologia è il punto in cui parte tutto.
- La sintomatologia viene con una **missione**:
- **elevare il gradiente d'ordine, di sviluppo, di espressione della propria potenzialità, dare l'opportunità.**
- Questa è la sua missione e se non viene raccolta viene ripetuta all'infinito!!



55

LE OPERAZIONI INVESTIGATIVE DEL COLLOQUIO PSICOTERAPEUTICO

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

56

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**.

57

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 ...” (A. Tamburello).

58

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!** (A. Tamburello, 2001).

59

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

60

ANALISI DEI SIGNIFICATI (ESEMPIO)

- ***Ho vissuto la morte di mio madre come un fallimento personale***
- *Quando è morta mia madre mi sono sentita in colpa perché potevo dare e fare di più*
- ***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.*

61

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!!!***

62

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: “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 ?”)*

63

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.....*



64

I NUOVI SETTING TERAPEUTICI CONFINI LIQUIDI TRA "DENTRO" E "FUORI"

PRIMA

- Limite e controllo delle informazioni sul terapeuta e sul paziente
- Controllo sulle possibilità di contatto terapeuta-paziente: separazione netta tra "dentro" e "fuori" lo studio
- Numero limitato di terapeuti e a approcci tra cui scegliere

OGGI

- Scarso controllo dell'accessibilità alle informazioni (sul terapeuta e sul paziente)
- Numerose possibilità di contatto terapeuta-paziente
- Confini liquidi tra "dentro" e "fuori" lo studio
- Grande numero di terapeuti tra cui scegliere

65

IL NUOVO SETTINGai tempi del Covid 19

- Nella **videoterapia** vengono a mancare una serie di variabili:
 - il corpo fisico,
 - l'ambiente sensoriale,
 - la postura del terapeuta,
 - l'arredamento,
 - la distanza interpersonale,
 - il modo in cui sono posizionate sedie e poltroncine, il modo in cui ci regoliamo nella prosodia e nella gestualità,
 - gli odori dello studio e i rumori ambientali.
- **Viene a mancare quella che potremmo chiamare interregolazione corporea e sintonizzazione emotivo-relazionale.**

66

IL NUOVO SETTINGai tempi del Covid 19

- La terapia si svolge oggi prevalentemente attraverso mezzi video: computer, tablet e telefonini
- Mostrandoci in video, nelle mura domestiche, scegliamo cosa di noi mostrare
- Dobbiamo sviluppare una riflessione su cosa stiamo comunicando attraverso quello che mostriamo



67

QUALI CAMBIAMENTI NEL SETTING?

- Possiamo decidere di adattare lo sfondo al paziente
(Self-disclosure involontaria-nuovo elemento metacomunicativo)
- Ricordiamoci che il paziente, mentre guarda lo sfondo in cui lavoriamo, ovvero la nostra casa, farà inferenze sulla nostra personalità, il nostro stato civile, il nostro reddito, i nostri gusti.
- Dobbiamo esserne consapevoli ed esplorarlo. Qualunque riflessione o reazione il paziente abbia, dobbiamo accoglierla in modo non giudicante ed esplorarla: sarà probabilmente una finestra sugli schemi



68

ACCORGIMENTI....

- E' bene che il terapeuta si presenti con un'inquadratura sufficientemente ampia, almeno un mezzo busto.
- In questo modo il corpo del terapeuta sarà presente e potrà offrire condizioni di maggiore vicinanza e scambio non verbale.
- Grazie a un'inquadratura più ampia il terapeuta potrà mostrare la propria gestualità e quindi comunicare in modo più efficace.
- Questo sarà ancora più utile nel momento in cui decidiamo di utilizzare tecniche che coinvolgono il corpo.



69

laura.giusti@univaq.it

Nb. Si ricorda che tutto il materiale prodotto è ad esclusivo uso didattico. E' vietata la riproduzione, distribuzione, pubblicazione, copia, trasmissione, adattamento dei contenuti

70