



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

CLM in Psicologia Applicata, Clinica e della Salute
AA 2021-2022_I semestre



**Materiale ad esclusivo uso
didattico**

IL COLLOQUIO PSICOLOGICO COME TECNICA RELAZIONALE NELL'INTERO ARCO DELLA VITA

Laura Giusti
laura.giusti@univaq.it

1

IL COLLOQUIO CON IL BAMBINO: premesse e criticità (1)



- **Spazio di sicurezza e di contenimento**
- Dai 3-4 anni può intraprendere un cammino psicologico
- Non consapevolezza del problema
- Oppositività e diffidenza
- l'egocentrismo intellettuale
- Centralità del primo colloquio poco rigido
- Uso di un linguaggio concreto
- Setting diverso per ogni stadio di sviluppo (**specifiche modalità e peculiarità comunicative**)

2

IL COLLOQUIO CON IL BAMBINO: premesse e criticità (2)



- Tendenza alla fabulazione (per **noia o dispetto**) e risposte casuali
- Risposte poco chiare del pz
- Difficile stabilire il limite tra credenze spontanee e suscitate
- Necessità di integrare prove grafiche e gioco a sostegno dello scambio verbale (**con i più piccoli**)
- Il pensiero del fanciullo **non è socializzato** come quello dell'adulto
- Stare al gioco per creare empatia e accoglienza
- Da 7 anni il colloquio clinico è strumento preferenziale (capacità di meta-rappresentazione più complessa)

3

LA COGNIZIONE SOCIALE: UN COSTRUTTO COGNITIVO COMPLESSO



- La cognizione sociale è un costrutto cognitivo, che comprende una vasta gamma di conoscenze e abilità di tipo sociale ed emozionale, che maturano nel corso dell'evoluzione, consentendo ad un individuo di
 - ✓ modulare il proprio comportamento in riferimento all'organizzazione sociale a cui appartiene e
 - ✓ promuovere lo scambio intersoggettivo che matura col tempo.
- Tale funzione infatti è presente nell'uomo tra il 4° e il 6° anno di vita.

Frith and Frith 2007; Casacchia et al., 2004; Adolphs, 2010; Brothers, 1996; Dunbar, 2009.

4

Aree di cognizione sociale	Descrizione	Disfunzione
Percezione delle emozioni	Percezione e utilizzo delle emozioni	Riconoscimento più lento e meno accurato delle emozioni Regolazione deficitaria delle reazioni emotive
Percezione sociale	Capacità di riconoscere e valutare i ruoli e le regole sociali in situazioni interpersonali	Deficit del riconoscimento degli aspetti significativi in un'interazione sociale Elaborazione deficitaria delle informazioni del contesto sociale
Theory of Mind (ToM)	Capacità di mettersi mentalmente nei panni degli altri e di cogliere le loro intenzioni	Formulazione di supposizioni errate, difficoltà a comprendere comunicazioni ironiche e metafore
Schemi sociali	Strutture di conoscenza sulle regole e i ruoli sociali	Deficit delle strutture di conoscenza Errori nella decodificazione delle informazioni in ingresso
Attribuzioni sociali	Individuazione delle cause di esperienze di successo o insuccesso	Attribuzione eccessiva a se stessi (interna), delle cause di un evento positivo. Attribuzione all'esterno delle cause di un evento, spesso negativo

(Green et al., 2005; Schmidt et al., 2011)

5

LE AREE DA INDAGARE

- Parlare prima con i genitori (senza formulare giudizi)
- Rapporto con i fratelli (percezione delle dinamiche intra-familiari e del suo ruolo)
- Amici e relazione tra pari
- Attività ludica (cosa e con chi)
- Programmazione giornata e impegni
- Scuola (funzionamento affettivo e scolastico) **(mai aprire il colloquio con questo argomento!)**
- Armonia tra età cronologica e livello di pensiero
- Come si rappresenta il bambino (un bambino malato o «difettoso»)



6

ASPETTI TECNICI



- Adeguatezza del setting (confortevole e familiare) stimolante ma non troppo → (distrazioni e non aggancio al colloquio)
- Tavolino, sedie, giocattolo e materiale da disegno e giochi rappresentativi

7

L'IMPORTANZA DEL GIOCO QUANDO NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO LO STRUMENTO VERBALE



- 1) Un importante mezzo di comunicazione
- 2) Un utile strumento per insegnare
- 3) Un mezzo per intervenire sulle problematiche comportamentali e emozionali
- 4) Un mezzo che facilita l'istaurarsi di una positiva alleanza terapeutica

8

ELEMENTI DEL PRIMO COLLOQUIO

- Atteggiamento neutro sebbene già condotto un colloquio con i genitori
- Presentarsi: Come ti chiami e quanti anni hai? Sono un dottore e **parlo con** i bambini....(non si gioca solo o si disegna)
- «Sai perché sei qui?»
-
- Quando abbastanza grande far entrare il bambino da solo e **rassicurarlo** che nella stanza vicina ci sono i genitori.
- Presentare la videoregistrazione al paziente (se si mostra intimorito: «Dopo potrai vederti nello schermo!»)



9

L'importanza dell'empatizzare: contenere e trattare bene ciò che il piccolo pz ci riferisce

- «Ti capisco , deve essere stato proprio difficile...».
- «Hai ragione, non deve essere stato facile»
- Continuare a mantenere l'interesse alto e motivare il pz
- Aiutare a verbalizzare le emozioni («Deve essere stato un po' imbarazzante vero? Immagino che non faccia piacere essere rimproverati, soprattutto davanti ai compagni»)
- **Evitare domande chiuse:**
- E' vero che sei arrabbiato?
- **Evitare domande multiple:**
- Ma sei andato a scuola oggi? Ti sei divertito? Con la maestra è andata un po' meglio?
- Mantenere un **atteggiamento curioso** per decodificare quanto detto: Mi spieghi meglio? Mi fai un esempio?
- Evitare la domanda «**Perché**» preferire «**Come mai**»
- «Il clinico per comunicare al bambino può far riferimento agli altri bambini «**Normalmente quando i bambini.....**»....

10

L'INCONTRO CON I GENITORI: RIFLESSIONI E CRITICITÀ « Che cosa c'entriamo noi?» (1)

- I genitori come **strumenti preziosi** nel percorso evolutivo del bambino
 - mancato raggiungimento delle tappe evolutive
 - momenti legati a nuovi assetti familiari o di crisi (gravidezze, ingresso al nido)
 - problematica legata nucleo familiare piuttosto che al figlio
- Entrambi i genitori impegnati in un processo di sviluppo per comprendere il bambino e le sue reali esigenze
- **Il bambino rappresentato dai genitori diverso da quello della realtà ?**

11

L'INCONTRO CON I GENITORI: RIFLESSIONI E CRITICITÀ « Che cosa c'entriamo noi?» (2)

- **Il terapeuta deve identificarsi con ogni componente, non solo con il bambino (avere in mente la triade)**
- La sofferenza del bambino è legata a quella del genitore, al loro senso di colpa, vergogna, di fallimento, di invidia verso il terapeuta (amplificatori del sentimento di essere un genitore **cattivo/imperfetto vs «relazione perfetta»** istaurata con il terapeuta)--> **diversi terapeuti bambino vs coppia genitoriale Solo quando i bambini sono molto piccoli lo stesso clinico vede entrambi per l'osservazione diretta dell'interazione durante il gioco**
- Il terapeuta ha il compito di :
 - **aiutare i genitori ad essere sufficientemente buoni per quel particolare bambino**
 - **riattivare un processo di genitorialità positiva**
 - **aiutare i genitori a riconoscere l'importanza della regolazione emotiva a partire da quella genitoriale**

12

L'INCONTRO CON I GENITORI: TECNICA E SETTING

▪ I colloqui prevedono

- ✓ Una fase di raccolta anamnestica
- ✓ Uno o più colloqui con i genitori
- ✓ Una fase di valutazione del bambino con o senza la partecipazione dei genitori
- ✓ Una restituzione
- ✓ Coinvolgimento da subito di **entrambi i genitori** (consenso di entrambi e posizione collaborativa)
- ✓ **Il bambino deve percepire che i genitori sono entrambi preoccupati per lui.**
- ✓ **Lo scetticismo, la sfiducia e la frustrazione vanno affrontati dal clinico tranquillizzando i genitori su scopi, modalità e tempi dei colloqui e non intrusività -->alleanza terapeutica**



13

ESEMPI DI COLLOQUIO CON I GENITORI E IL BAMBINO VISTI DALLO STESSO CLINICO

- Giovane coppia padre carabiniere, madre impiegata
- Entrambi i genitori non capiscono il motivo del comportamento del figlio, non avendo mai fatto differenze tra i due fratelli
- **Figlio** Roberto ,10 aa momento critico della crescita puberale
- **Motivo della richiesta:** distraibilità e mancanza di attenzione a scuola , aggressività verso il fratellino Giorgio di 5 aa, problema dell'obesità
- **Clinico:** Ricostruire con la coppia la storia dello sviluppo di Roberto a partire dalla gravidanza
- Parto a termine
- Cresciuto senza supporto perché madre in conflitto per cause economiche con i genitori
- Supporto nella crescita per il secondogenito
- ricovero per bronchite
- Inizio aumento di peso e diversi controlli specialistici (diete e sport)
- Difficoltà a controllarsi, bullismo verso i compagni
- Madre spaventata, ansiosa e sofferente che si autocolpevolizza «Mio figlio troppo grosso, troppo difficile, troppo aggressivo»!

14

RIFLESSIONI CLINICHE –TERAPEUTA COME HOLDING

- Bambino crescita puberale
- Secondogenito percepito dai genitori come sano e «una salvezza» per la famiglia
- **Due binari per l'intervento: medico e psicologico**
- Lavoro clinico con i genitori:
 - *Psicoeducazionale* sulla consapevolezza di una problematica
 - Favorire l'accettazione dell'idea che Roberto avesse problemi
 - Lavorare sulla rappresentazione di Roberto come bambino con delle fragilità
 - Lavorare sul senso di colpa rispetto ai problemi del figlio
- I problemi di peso ---**attenzione genitoriale rivolta più verso il secondogenito-salvezza**
- Mancanza , evidenziata sin dall'infanzia, di regolarità nel ciclo-sonno veglia e nell'alimentazione
- Incapacità genitoriale nel fornire una **regolazione emotiva** oltre che fisica – scarsa capacità di contenimento del bambino stesso.

15

IL COLLOQUIO/INCONTRO CON IL PREADOLESCENTE E CON L'ADOLESCENTE (10-11,13-14 AA) TERRA DI CONFINE

- **Tre fattori cruciali del passaggio dalla latenza all'adolescenza:**
 - *-Processo di individuazione*
 - *-Maturazione di pensiero autoriflessivo e autocosciente*
 - *-Emancipazione dall'autorità genitoriale necessaria ma dolorosa*
 - *-Sentimento di solitudine*
 - *-Tempo di attesa*
- **Ruolo fondamentale della presenza genitoriale**
 - Principali motivi di richiesta: scarso rendimento scolastico, irritabilità, silenzio, comportamenti incomprensibili
 - Non corrispondenza tra mondo interno e livello di espressività
(riservatezza formale e prematura saggezza, indifferenza apparente ma anche vivace curiosità che nasconde un'inquietudine di fondo)

16

TIMORI E CRITICITÀ

- Cosa dire , cosa chiedere?
- Paura di turbare
- Paura di esercitare pressione eccessiva
- Paura di interferire con un equilibrio precario
- Paura del silenzio (angosciante e inopportuno)
- Il gioco non è considerato e viene sostituito dalla parola
- Sì al disegno e alla scrittura → **strumenti silenziosi di comunicazione**



17

L'INCONTRO CON L'ADOLESCENTE



- A differenza del preadolescente, nell'adolescente tutto si svolge all'insegna dell'**urgenza** («Sto male adesso, voglio stare bene subito»)
- Urgenza legata alla sofferenza del ragazzo e della sua famiglia
- Urgenza legata alle richieste e ai compiti evolutivi
- **Richiesta di aiuto non stabile.....carpe diem!!**
- Occasione unica per aiutarlo e far capire di poter essergli utile
- **L'incertezza del clinico** («Avrò il tempo per capirlo ed aiutarlo?»)
- Attrezzare correttamente lo spazio e il tempo dell'incontro con l'adolescente

18

CHI E PERCHÉ FORMULA LA DOMANDA /RICHIESTA: SEGNALAZIONE (GENITORI O ALTRI ADULTI)

- Uno o più incontri con i genitori per
- **decodificare la domanda**
- -essere aiutati nel loro compito genitoriale
- -delegare il clinico (inviati)
- Capire se il figlio è stato coinvolto nella loro decisione.
- Lavorare con loro per coinvolgere il figlio assente per responsabilizzarlo e comunicare indirettamente all'adolescente che non è possibile aiutarlo senza una sua richiesta



19

CHI E PERCHÉ FORMULA LA DOMANDA /RICHIESTA: SEGNALAZIONE RICHIESTA DIRETTAMENTE DALL'ADOLESCENTE



-Richiesta che esclude i genitori dal lavoro clinico

- Comprendere dal primo incontro le ragioni della richiesta
- Nessun coinvolgimento dei genitori nel disagio percepito e nella richiesta di aiuto
- Timore di non essere compreso, essere ritenuto debole «matto»
- Timore di essere rimproverato
- Desiderio di nascondere comportamenti per i quali teme delle conseguenze (uso di sostanze o relazioni pericolose con coetanei o adulti)
- Presenza di conflitti familiari (separazioni familiari e perdita di riferimenti affettivi)
- Indice di solitudine e sentimenti di abbandono
- Richiesta matura e autonoma
- **I genitori devono essere coinvolti nel processo diagnostico e terapeutico perché ogni cambiamento non può non coinvolgere la relazione con loro**

20

IL RUOLO DEL CLINICO

- Figura adulta non genitoriale e non un' autorità istituzionale
 - Stessa relazione con le immagini genitoriali
 - **Svantaggi:**
 - Probabile difficoltà nell'esprimere pienamente il disagio (genitori-adulti spesso percepiti come fonte del disagio)
 - **Vantaggi**
 - Prezioso strumento terapeutico che mobilita affetti sopiti o sconosciuti
 - **Aree di indagine :**
 - Indagare attraverso un linguaggio non tecnico e difficile:
 - tappe e compiti evolutivi appropriati;
 - aspettative dell'adolescente rispetto alle sue competenze sociali, cognitive e affettive;
 - l'esperienza del cambiamento corporeo (fonte di ansia e paura);
 - la maturità sessuale ed eventuali prime relazioni;
 - il ruolo informativo della famiglia, scuola e gruppo dei pari;
 - Il rapporto con i pari quali seconda famiglia.
 - Di fronte al silenzio **non cercare MAI di voler sapere a tutti i costi !!**
 - **Distanza e silenzio vanno condivisi per creare un luogo relazionale sicuro, di contenimento e accogliente e NON COMPETITIVO!**
- Accoglienza e disponibilità e rappresentare una presenza reale è la chiave per favorire l'apertura e superare il senso di mortificazione che il dover chiedere aiuto causa**
E' per il clinico un lavoro difficile di ricerca di continui equilibri emotivi....ma possibile !!

21

L'INCONTRO CON I GENITORI DELL'ADOLESCENTE: CRITICITÀ



- Vissuti di colpa
- Fallimento
- Vergogna
- Inadeguatezza
- Invidia verso il clinico
- Rischio di vissuto collusivo o espulsivo rispetto ai genitori
- Mantenere una neutralità (non restando acritico)
- Alleanza di lavoro con i genitori
- «Ero anch'io come lui....Ha preso dal padre, dal nonno...»
- E' tutta colpa suanostra...
- ...attenzione.....lavorare su dubbi costruttivi!

22

PRIMO COLLOQUIO CON LA FAMIGLIA ADOLESCENTE E CON I GENITORI

- Osservazione delle dinamiche relazionali (turni nel parlare, se vi è polemica, distacco, noia, chi più coinvolto e dettagliato nel racconto)
- Il **colloquio congiunto** per ristabilire una comunicazione interrotta o distorta
- Importante area di indagine il processo maturativo del ragazzo
- Valutazione di problematiche psicopatologiche genitoriali e della relazione di coppia
- Analizzare se presente una differenza tra bisogni individuali, del figlio e genitoriali.
- Rappresentazione genitoriale del problema del figlio (negarlo o attribuire alla volontà la causa del suo persistere «Non vuole fare», E' solo una questione di volontà)
- ->**clima empatico, di comprensione della sofferenza** dei genitori che spesso li rende disfunzionali

23

IL COLLOQUIO CON L'ANZIANO (1)



- La vecchiaia non è una malattia non è una condizione che necessita di intervento psicologico
- **Diagnosi differenziale tra depressione e demenza**
- **(condizione patologica su base organica vs una su base psichica)**
- **Esame dello stato mentale, insight e Valutazione neuropsicologica!!!**
- L'importanza di un approccio multidisciplinare
- Setting flessibile e non rigido (si rinforza la rigidità già presente)
- Patologie psichiche principali riferite: **ansia e depressione o condizione ansioso-depressiva**

24

IL COLLOQUIO CON L'ANZIANO (2)

- **L'esperienza di perdita in ogni campo:**
- Il lutto dei cambiamenti corporei
- Problemi fisici-parziali o totali
- Pensionamento
- Difficoltà economiche
- Restringimento della rete sociale
- Lutti o separazioni traumatiche (**coping:** razionalizzazione, negazione o minimizzazione, umorismo e ricerca supporto emotivo, **ripiegamento totale su di sé**)
- Confronti con il passato o con ciò che erano e vorrebbero essere («non ricordo più», «non vedo bene»)-**tristezza e delusione**
- **Non solo perdite!!!Occasione per rimaneggiare il proprio mondo interno e le proprie forze !**



25

DEPRESSIONE DELL'ANZIANO

- Perdita -> doloroso stato d'animo, malinconia,
- Angoscia profonda, avvilitamento del sè, autoaccusa, riduzione dell'interesse per il mondo esterno, riduzione della capacità di amare
- Non differisce da quella dell'adulto
- **Sintomi depressivi in forma psichica**
- Deflessione dell'umore
- Mancanza di progettualità
- Bassa fiducia nel futuro
- Senso di vuoto /inutilità
- Senso di abbandono
- Paura di essere incompresi
- **o somatica e organica**
- Dolori
- Cefalea nausea
- Disturbi neurovegetativi
- **Rischio di sopravvalutazione (stereotipo vecchietta=depressione o sofferenza psicologica etichettata come depressione o sottovalutazione (solo patologie mediche)**

26

DIAGNOSI DIFFERENZIALE: DEMENZA E DEPRESSIONE



Non riuscire...



Non aver voglia...

27

DIAGNOSI DIFFERENZIALE DEMENZA /DEPRESSIONE- PSEUDODEMENZA DEPRESSIVA

1. Insorgenza insidiosa
2. I sintomi cognitivi compaiono per
3. Progressione lenta
4. Non consapevolezza
5. Sminuiti i deficit
6. Comportamento congruo all'entità deficit
7. Mancanza di risposte
8. Umore incongruo
9. Paziente cooperativo con performance ridotta
10. Confabulazioni
11. Anedonia assente
12. Afasia, aprassia
13. I sintomi cognitivi non rispondo
14. Pochi sintomi vegetativi
15. Rari precedenti psichiatrici
16. Basso rischio di suicidio
17. I sintomi cognitivi non rispondono agli antidepressivi

NON POTERE!

1. Insorgenza improvvisa
2. I sintomi depressivi compaiono per primi
3. Progressione rapida
4. Consapevolezza
5. Enfatizzazione deficit
6. Comportamento incongruo all'entità del deficit
7. Risposte globali (non so)
8. Umore depresso
9. Disturbi della memoria
10. Paziente non cooperativo
11. Anedonia presente
12. No afasia, no aprassia
13. Freq sintomi vegetativi
14. Freq precedenti psichiatrici
15. Rischio suicidio alto
16. I sintomi cognitivi rispondono agli antidepressivi

• NON VOLERE!

28

L'INCONTRO CON L'ANZIANO E DIFFICOLTÀ DEL CLINICO

- Vulnerabilità dell'anziano
- Rappresentazione dei propri genitori
- Rappresentazione del proprio sé più anziano
- **Ascolto profondo ed empatico**
- **Molta pazienza richiesta** (i tempi si dilatano e si rallentano, restituzione lenta e graduale)
- Stabilire una sintonizzazione autentica
- **Curiosità centrale** per favorire l'apertura nell'anziano (sentimento di chiusura prevalente)
- Utilizzare un registro concreto

29

IL COLLOQUIO CON LA FAMIGLIA

- Invii ad opera di terzi
- Richiesta in ambito istituzionale
- Segnalazione del medico curante
- Domanda esaminata e compresa in modo attento (aiuto per l'anziano o per le figure che se ne occupano)
- Genitori non più protettivi ma bisognosi di protezione (figli come genitori del genitore)
- Attenzione alla domanda di consultazione portata dai figli...una loro ansia...
- *«Mio figlio mi vorrebbe come una volta, ma non capisce che sono diverso, non sono più come prima, lui vorrebbe che io faccia le stesse cose»*
- mantenere la neutralità
- Eventualmente suggerire trattamento psicoterapeutico al figlio

30

ELEMENTI IMPORTANTI DA VALUTARE



- La persona ha la capacità di muoversi in avanti e indietro nel tempo con memoria ?
- E' emotivamente in contatto con le sue emozioni?
- Le sue emozioni sono coerenti con le difficoltà esposte?
- Angoscia per il futuro
- Sentimento di Solitudine
- Ambivalenze dell'anziano : bisogno di un sostegno vs paura di riconoscere i propri limiti

31

«Le depressioni o gli stati di sofferenza sono diversi da soggetto a soggetto, nascono da personali e uniche vulnerabilità in ogni fascia di età»

32

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