

PSICOLOGIA CLINICA

Università degli Studi di Bari - Scuola di Medicina

Corso di Laurea in infermieristica

Corso integrato: Scienze Umane

1° anno – 2° semestre

A.A. 2020-21

Sede di Lecce

PRIMA PARTE



Docente: Pietro DURANTE

Dipartimento Salute Mentale A.S.L. LECCE

Responsabile C.S.M. Maglie

Clinica: radici storiche

Radice etimologica: greco

“klinikos” , “kline”, “klinein”:

“ letto, piegarsi, chinarsi;
azione del medico che visita il malato al letto”

Radici storiche

- Sin dai tempi più remoti l'uomo ha cercato di scoprire le cause della malattia mentale, di classificarla nelle sue manifestazioni, di curarla con gli strumenti culturali che aveva a disposizione e che riflettevano le ideologie imperanti nei vari momenti storici e convinzioni superstiziose contemporanee.

Radici storiche

- I primi filosofi greci si interessarono a quella che essi chiamavano "scienza dell'anima", attribuendo alla follia un'origine divina.
- Ippocrate può essere considerato il padre della psichiatria naturalistica
- considerava la follia il frutto di uno squilibrio degli umori e delle qualità del cervello, confinando quindi la malattia mentale al corpo e con lui iniziarono le cure mirate al corpo quali salassi, diete, docce fredde, purganti

Radici storiche

- A queste epoche vanno forse fatti risalire i primi mezzi propriamente farmacologici
- Già nei racconti omerici si ritrovano riferimenti a farmaci e pozioni capaci di agire sulla sfera psichica
- l'elleboro, capace di indebolire la furia dei pazienti con diarrea e vomito, le pozioni a base di oppiacei o di altre sostanze vegetali come la reserpina o lo stramonio
- Il Nepente, la “magica medicina” che dissolta nel vino aveva la capacità di “allontanare angustia e tristezza”

Radici storiche

- Galeno postulava che l'affezione poteva interessare il cervello anche a causa di lesioni prodottesi in altri organi. Per esempio l'ostruzione dell'utero poteva essere la causa dell'isterismo nelle donne;
- Cornelio Celso con la sua teoria terapeutica per gli alienati "fame, vinculis, e plagis" contribuì, a radicare nella gente e nei terapeuti o guaritori l'idea della perversità e della pericolosità del malato
- Asclepiade raccomandava di tenere i "melanconici" in luoghi aperti e luminosi.

Radici storiche

- Medio Evo: clinica = Scuole di Medicina dove l'insegnamento viene impartito al letto del malato, anziché attraverso l'apprendimento di modelli teorici basati sul principio di autorità o il dissezionamento di cadaveri
- Fine XVI sec.: a Padova nasce una cattedra di Clinica nella facoltà di Medicina. La Clinica raccoglie patologie omogenee. Ancor oggi è forte l'associazione concettuale tra clinico e patologico.

Radici storiche

Movimenti di carattere umanitario (Pinel, Tuke, 1792)



Tony Robert-Fleury:
Le docteur Philippe Pinel faisant tomber les chaînes des aliénés.

- L'atto di Pinel, nel 1794, di liberare i reclusi al Bicêtre da "ceppi e catene" simboleggia l'inizio della nuova Psichiatria, la scienza della liberazione dell'uomo. In realtà segna l'inizio dell'era manicomiale, con la creazione di nuovi luoghi per lo studio, la cura e la "custodia" della follia

Il Manicomio

“I cupi malinconici saranno messi in un sito piacevole e in un luogo adatto alla coltivazione dei vegetali; i maniaci in stato di furore ... saranno confinati nel luogo più appartato dell’ospizio, in un locale silenzioso e buio ... I convalescenti. E’ soprattutto l’isolamento di questi ultimi che deve rappresentare il fattore più importante di ogni ospizio ben organizzato, onde evitare le ricadute.”

(Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie - 1800)



Il Manicomio

- Il disturbo psichico non è comunemente sentito come una malattia vera e propria, bensì come una forma di devianza. Il concetto di malattia mentale viene spesso confuso con quello di anormalità infatti spesso si attribuisce alla follia tutto ciò che non rientra in una serie di codici di comportamento accreditati e tutto ciò che è incomprensibile
- Nelle realizzazioni di fine '800 vennero costruiti asili che diventavano in realtà vere e proprie imprese agricole a economia chiusa, con più di mille ricoverati, quasi tutti poveri e non assistiti, utilizzati come forza lavoro a bassissimo costo “ ergoterapia”
- Il soggetto internato viveva in una realtà separata, che lo rendeva sempre meno reintegrabile, meno adatto agli standard sociali e produttivi della vita urbana

Il Manicomio

- I manicomi erano luoghi di contenzione, di isolamento; svolgevano funzione di preservazione e sicurezza per la società. La funzione di esclusione sociale fu resa evidente dall'eterogenea tipologia di internati (poveri, prostitute, alienati, alcolizzati, storpi, vagabondi, ecc.) accomunati solo dalla poverissima estrazione sociale. Una maniera della società moderna in fase di rapida industrializzazione di eliminare gli elementi non produttivi e le contraddizioni interne
- Nel Novecento si assistette a un rafforzamento della pratica di internamento degli alienati, legittimata nel nostro Paese dall'approvazione della legge del 1904.
- L'istituzione manicomiale si perfezionò, e in questo modo recluse e isolò sempre più tenacemente, oltre ai pazienti, anche se stessa: si specializzò nella funzione sociale di contenitore della follia, ma venne meno ad ogni effettivo programma di cura e di riabilitazione

Il Manicomio

- Si costruirono nuovi OO.PP., molti dei quali diverranno tristemente famosi per le pratiche segregazioniste violente praticate sui ricoverati. Alla vigilia della I Guerra Mondiale si registravano 54.000 pazienti psichiatrici ricoverati in Italia.
- Il manicomio si erge quindi sull'ideologia di ordine e protezione della società dall'altro, dal difforme, rinchiuso entro un recinto che "delimita una soglia extraterritoriale ed extratemporale, in cui il corpo umano è sciolto dal suo statuto politico normale ed è abbandonato alle più estreme peripezie, e dove l'esperimento, come un rito d'espiazione, può restituirlo alla vita o donarlo definitivamente alla morte"

Emil Kraepelin

(Neustrelitz, 1856 - Monaco di Baviera, 1926)

- Secondo la sua osservazione i disturbi psichiatrici sono determinati da cause endogene ed esogene, organiche e psico-emotive (nelle “nevrosi psicogene”).
- Sia nel disturbo bipolare, nella demenza precoce e nei comportamenti sociopatici che nelle psiconevrosi dette degenerative (isterica e ossessiva) la predisposizione costituzionale gioca un ruolo decisivo.
- Sul piano nosografico attua una sintesi clinicamente valida: i disturbi psichiatrici possono essere suddivisi in due ampi gruppi secondo la causa: esogeni ed endogeni.

Jean-Martin Charcot

(Parigi, 1825 - Montsauche-les-Settons, 1893)

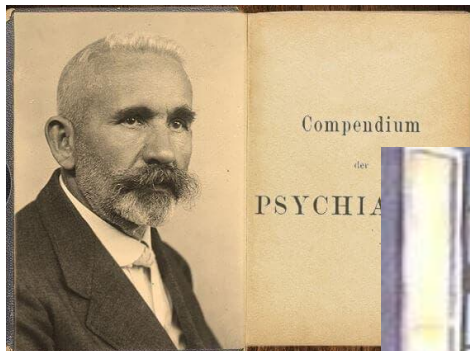
- Neurologo (a lui dobbiamo la descrizione della sclerosi a placche e della sclerosi laterale amiotrofica), tenta un approccio scientifico all'ipnosi.
- Nel 1862 entra all'ospedale della Salpêtrière, dove gli venne affidato il reparto delle convulsionarie.
- Interessandosi in particolar modo all'isteria decide di separare nel suo reparto le epilettiche dalle isteriche.



Nascita della psicologia clinica

Antecedenti storici:

- Rush, 1812 “Medical inquiries and disease of the mind”, APA 1844, Kraepelin, Charcot e Janet)



Nascita della psicologia clinica

Antecedenti storici:

- Psicologia della misura delle differenze individuali (Galton, 1869 "psicologia delle differenze individuali");
- Cattell, 1890 "test mentale"



Nascita della Psicologia clinica

- 1875: Viene fondata a Lipsia da Wundt il primo laboratorio di psicologia sperimentale



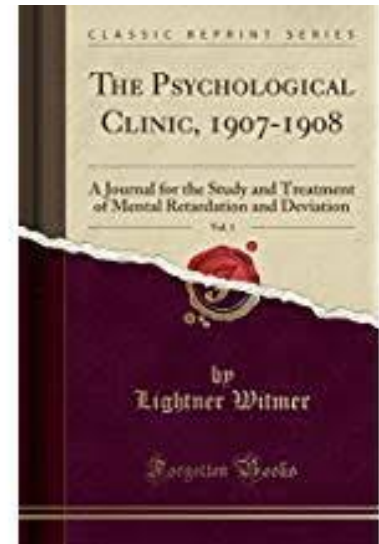
Nascita della Psicologia clinica

- 1880: Charcot ottiene l'abilitazione ad usare l'ipnosi in ambito medico
- 1883: Kraepelin pubblica il suo manuale che lo renderà al mondo come il padre della psichiatria clinica
- 1890: Janet, fonda alla Salpetriere (invitato da Charcot) il lab. di Psicologia Patologica dove studiare l'isteria
- 1892: Viene fondata AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION



Nascita della Psicologia clinica

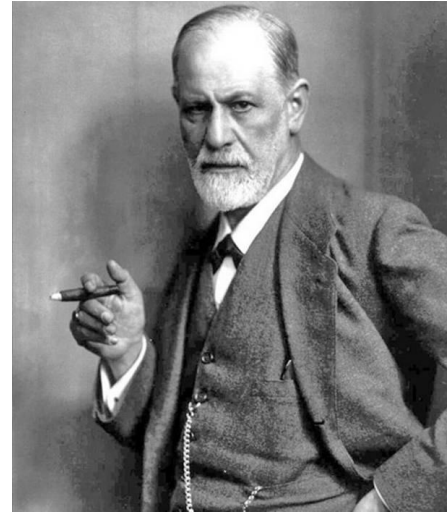
- Lightner Witmer (allievo di Cattell/Wundt) : primo psicologo clinico (1896) fondatore della prima “Psychological clinic” per bambini con problemi di adattamento.
- 1896: University of Pennsylvania, Witmer prima lezione nella storia di psicologia clinica



Evoluzione della Psicologia Clinica

EUROPA

- S. Freud (1892 “Studi sull’isteria”, 1895 “Interpretazione dei sogni”)
- Herman Rorschach pubblica le sue famose tavole (1921, test proiettivo)
- 1921: Jung pubblica la sua teoria dei TIPI psicologici dove parla di Introversione/ Estroversione;



XX secolo

- Se l'istituzione manicomiale restò immobile, viceversa, con l'inizio del XX secolo, prese avvio la più ampia rivoluzione storica nel campo delle conoscenze psicologiche. Il primo nome da ricordare, naturalmente, è quello di Freud
- Un vasto moto di rinnovamento radicale, che lavorava a margine rispetto alla ortodossia accademica e manicomiale, sconvolse la psicologia generale e la psichiatria. In particolare, confluirono e trovarono riscontro nelle nuove tendenze i risultati dell'antropologia e della riflessione fenomenologica
- Alla luce di questi nuovi indirizzi venne rivisitato il concetto di identità della persona, del rapporto tra individuo e contesto sociale, dei confini tra salute e malattia mentale.

La nascita della Psicoanalisi

- Krafft-Ebing, approva questa impostazione - nell'opera *Trattato delle malattie mentali*, scrive: “sono le idee che sviluppano i desideri [...] la fantasia eccitata e vivace è all'origine di molti sintomi isterici”.
- D. H. Tuke (1827-1895), nell'opera *The influence of the mind upon the body* codifica questa impostazione: l'immaginazione agisce sul corpo e causa la stessa sintomatologia.
- Kraepelin nel *Trattato di psichiatria*, pur avvalorando l'esistenza di una “tara degenerativa”, ritiene che nelle psiconevrosi l'aspetto clinico nasca da “una disarmonia psichica [...] da una minor resistenza ai problemi della vita [...] e che, di conseguenza, nascano rappresentazioni mentali psicopatogene”.

Sigmund Freud

(Příbor, 1856 - Londra, 1939)

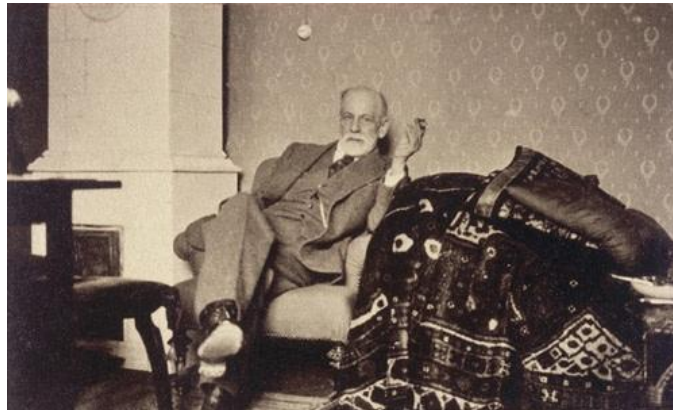
- Elabora una teoria, secondo la quale l'inconscio esercita influssi determinanti sul comportamento e sul pensiero umano, e sulle interazioni tra individui.
- Neurologo, tenta fin dall'inizio di stabilire una connessione tra la sua teoria dell'inconscio e una base esplicativa neurobiologica.
- Tra il 1885 e il 1886 inizia i suoi studi dall'isteria. Ritiene che attraverso l'analisi del sogno, del conflitto sessuale e del contenuto simbolico delle rappresentazioni mentali si può giungere al nucleo psicopatogeno.
- L'esplicitazione conscia del conflitto libererebbe così il paziente dal sintomo.

Sigmund Freud

- In un primo momento si dedica allo studio dell'ipnosi, influenzato dal contatto con Charcot e in seguito dagli studi di Josef Breuer sull'isteria.
- In particolare dalle difficoltà incontrate da Breuer nel caso *Anna O.* (Bertha Pappenheim, futura fondatrice dei movimenti di assistenza sociale e di emancipazione femminile) Freud costruisce progressivamente alcuni principi basilari della psicoanalisi relativi alle relazioni medico-paziente:
 1. la *Resistenza*
 2. il *Transfert*

Sigmund Freud

- La psicoanalisi si costituisce come il metodo di indagine basato sull'analisi di tutti i fenomeni che danno accesso all'inconscio (associazioni libere, lapsus , atti involontari, atti mancati e sogni).
- Si costituiscono concetti come la pulsione (Eros e Thanatos), le componenti della vita psichica (Es, Io, Super-Io), il Complesso di Edipo, la libido e le fasi dello sviluppo psicosessuale.



Evoluzione della Psicologia Clinica

USA

- William Healy (Chicago, 1909): connessione con la psicologia europea – apertura alla psico-analisi. *Journal of Abnormal Psychology*
- L.Terman (1916) scala Stanford-Binet – QI – diagnostica e ricerca applicata alla clinica – sviluppo di test (1917, Army Alpha/Beta e Personal Data Sheet)
- 1935 Riconoscimento giuridico della psicologia clinica nell'APA
- 1942: Con lo scoppio della 2° guerra mondiale la psicologia diventa uno strumento fondamentale soprattutto per la valutazione diagnostica. Nasce MMPI dagli psicologi Hathway e McKinley
- Community Mental Health Centers Act (1963) Psichiatria di comunità – équipe terapeutica

Evoluzione della Psicologia clinica

ITALIA

- 1904: arriva anche in Italia la legge sul trattamento degli “alienati” e sui manicomi
- 1910: Viene fondata la Società Italiana di Psicologia
- “Ventennio” e Secondo dopoguerra: disconoscimento della disciplina



SIPs
SOCIETÀ
ITALIANA DI
PSICOLOGIA

Evoluzione della Psicologia clinica

ITALIA

- 1947: Musatti ebbe la prima cattedra di Psicologia all'Università di Milano nella Facoltà di Filosofia.
- Legge Basaglia numero 180 del 13 maggio 1978



Evoluzione della Psicologia clinica

ITALIA

- 1988: aprono in tutta Italia le Scuole di Specializzazione in Psicologia clinica.
- 1989: viene fondato l'Ordine degli Psicologi. Ci si avvia alla regolamentazione dell'attività psicoterapeutica
- 2010 : Le scuole di specializzazione in Psicologia Clinica vengono spostate dall'area medica a quella psicologica

Definizione di Psicologia clinica

(American Psychological Association)

- “ La Psicologia Clinica integra scienza, teoria e pratica sia al fine di capire, predire e alleviare disadattamento, disabilità e disagio sia al fine di promuovere l’adattamento umano e lo sviluppo personale. La psicologia clinica si concentra sugli aspetti intellettivi, emotivi, biologici, psicologici, sociali e comportamentali del funzionamento umano lungo tutto l’arco di vita, nelle varie culture e a tutti i livelli socioeconomici.”

Psicologia clinica

- La psicologia clinica è una disciplina che comprende l'insieme delle conoscenze e delle competenze psicologiche utilizzate per affrontare i problemi dell'adattamento e i disturbi del comportamento.
- Analizza il comportamento della persona umana in relazione ai problemi di salute e malattia.

Psicologia clinica

- I suoi obiettivi sono la spiegazione, la comprensione, l'interpretazione e la riorganizzazione dei processi mentali disfunzionali o patologici, individuali e interpersonali, unitamente ai loro correlati comportamentali e psicobiologici.
- E' finalizzata agli interventi atti a promuovere le condizioni di benessere socio-psico-biologico e i relativi comportamenti, anche preventivi, nelle diverse situazioni cliniche e ambientali. La psicoterapia nelle sue differenti strategie e metodiche costituisce l'ambito applicativo che più caratterizza la psicologia clinica.
- Individua i suoi 'oggetti' di studio e di intervento nei processi che possono limitare o disturbare anche gravemente le capacità di adattamento intrapsichico, interpersonale o di gruppo, generando situazioni di disagio, di sofferenza e di devianza.

Focus della Psicologia clinica

- La Psicologia clinica focalizza l'attenzione sugli stati di malessere e di sofferenza psicologica espressa sia a livello mentale (disturbi psichici) sia a livello corporeo (disturbi psicosomatici).

Psicologia clinica

Campi di applicazione

- Oggetto della psicologia clinica è il disadattamento (maladjustment, disability, discomfort) nel corso di vita (life span). Psicologia clinica come campo teorico-pratico volto a comprendere, predire ed alleviare tale disadattamento, focalizzando l'attenzione sugli aspetti intellettuali, emozionali, biologici, psicologici, sociali e comportamentali del funzionamento umano. (Lis, 1993)
- Il dominio di applicazione/l'oggetto della psicologia clinica possono essere i problemi di adattamento di individui, micro-gruppi, gruppi e organizzazioni, sulla base di un'idea di psicologia clinica come psicologia applicata, che utilizza leggi e tecniche ottenute dalla ricerca sperimentale per spiegare i comportamenti individuali, elaborare interventi terapeutici e valutarne l'esito. Kendal e Norton-Ford (1991)

Competenze della Psicologia Clinica

- *Psicodiagnostica*: individuare e spiegare le diverse forme di disagio psicologico (es. depressione - ansia);
- *Psicoterapeutica*: fornire interventi curativi;
- *Preventiva*: prevenire l'insorgenza o il peggioramento degli stati di disadattamento promuovendo e favorendo quelli adattativi e salutari

PSICOLOGIA CLINICA E VISIONE DEL PAZIENTE

- Il corpo del paziente è un corpo biologico ed un corpo vissuto dove il sintomo è connotato emotivamente ed esprime un significato esistenziale - relazionale e comunicativo (sia se di natura essenzialmente psichica che organica) che si coglie nella relazione tra operatore sanitario e paziente.
- *“Tutti i disturbi biologici hanno elementi psicologici e tutti i disturbi psicologici hanno elementi biologici”* (Lachman, 1972)

Psicologia clinica

Ambiti di pertinenza :

- Metodi e tecniche per la ricerca in psicologia clinica,
- Psicopatologia
- Neuropsicologia clinica,
- Psicofisiologia clinica,
- Psicosomatica,
- Psicologia delle dipendenze,
- Psicologia Clinica forense
- Psicosessuologia
- Psicologia della salute,
- Psicologia ospedaliera,
- Psicologia della riabilitazione,
- Psicoterapia.

Psicologia clinica

Metodi

- Sono codificati da protocolli operativi, riconosciuti e legittimati dalle diverse tradizioni di studio, di ricerca e di applicazione clinica. I differenti procedimenti diagnostici, valutativi, e di terapia, pur utilizzando anche metodiche psicobiologiche o socio-psicologiche, si qualificano come 'psicologici' in virtù dei mezzi impiegati e degli effetti perseguiti. Tra le metodiche presenti nella Psicologia Clinica assume particolare rilevanza, come strumento d'intervento, il sistema soggettivo dello psicologo clinico. Sistema emotivo, cognitivo e relazionale costruito attraverso la formazione specifica e l'attività clinica.

Psicologia clinica

Autonomia e settori disciplinari limitrofi

- E' caratterizzata da contiguità e rapporti interdisciplinari con altri settori scientifici e professionali. Tali contiguità riguardano a vario titolo alcuni settori della medicina, tra cui la Neurologia e la Psichiatria, delle scienze sociali, tra cui la sociologia e l'antropologia culturale e altre discipline storiche, filosofiche e pedagogiche attinenti al comportamento umano. Nonostante queste contiguità, la Psicologia Clinica mantiene una sua autonoma caratterizzazione di ricerca, di metodo e di assunti metateorici, per cui le sue competenze e pratiche operative non sono di pertinenza dei settori limitrofi, né di altre discipline psicologiche non finalizzate alla pratica clinica diretta.

Concetto di STRESS

- Lo *Stress* è la risposta non specifica (va oltre l'adattamento) dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso. Stressor è il fattore che ha provocato la risposta. Il rapporto tra benessere e stress è messo in evidenza dagli studi di Psiconeuroendocrinologia, Psiconeuroimmunologia.

**MODELLI TEORICI DI RIFERIMENTO
DELLA
PSICOLOGIA CLINICA**

Psicologia clinica

- La tradizione di ricerca ed intervento della psicologia clinica è proficuamente alimentata da una pluralità di modelli. Tali modelli sono guidati da differenti presupposti epistemologici e teorico-metodologici, e connotati da irrinunciabili differenze nelle strategie cliniche e di ricerca, peraltro in costante evoluzione scientifica e culturale.

Le “Psicologie”

- In Psicologia, in quanto disciplina scientifica, non esiste un approccio unitario o universalmente accettato. Esistono invece sia diversi livelli di analisi sia diverse metodologie di studio e diverse logiche d'interpretazione dei fenomeni.

Teorie psicodinamiche e prassi clinica

- **La psicoanalisi di Freud:** Inserito nel mutato clima culturale Sigmund Freud si accostò al disagio mentale in maniera totalmente nuova ipotizzando l'esistenza di un dinamismo psichico inconscio responsabile della sofferenza psicologica, o per meglio dire della sofferenza dell'anima (Seele). Freud postulò l'esistenza di tre istanze psichiche in conflitto tra loro nella struttura di personalità di ogni individuo: ES, IO , SUPER IO

Teorie psicodinamiche e prassi clinica

- L'**Es** corrisponde alla parte istintuale, i suoi bisogni sono regolati dal principio di piacere secondo il quale la libido non può esimersi dall'esigenza di scarica. È un'istanza inconscia che rappresenta e si identifica con l'alterità rispetto all'io e si serve principalmente dei processi primari della fantasia e dell'immaginazione piuttosto che di quelli secondari come la logica o la sublimazione.
- L'**Io** obbedisce al principio di realtà, che è un processo secondario e si fonda sul ragionamento conscio.
- Il **Super-io** è la struttura psichica che si sviluppa per ultima, dopo l'Es e l'io; rappresenta l'aspetto normativo della personalità, include i valori e le regole trasmesse dalle figure genitoriali. Secondo Freud la salute psichica è garantita da un buon funzionamento dell'io che funge da mediatore tra le altre due istanze.

Teorie psicodinamiche e prassi clinica

- **La psicologia analitica di Jung:** La riflessione freudiana si sofferma sul conflitto psichico interno all'individuo e particolarmente sul passato; la concezione junghiana trascende l'esistenza del singolo individuo e rimanda alla teoria dell'inconscio collettivo considerato come patrimonio arca. Riguardo all'inconscio collettivo, in una conferenza nel 1936 Jung asserisce: «L'inconscio collettivo è una parte della psiche che si può distinguere in negativo dall'inconscio personale per il fatto che non deve, come questo, la sua esistenza all'esperienza personale e non è perciò un'acquisizione personale. [...] l'inconscio personale consiste soprattutto in complessi; il contenuto dell'inconscio collettivo, invece, è formato essenzialmente da archetipi. Il concetto di archetipo, che è un indispensabile correlato dell'idea di inconscio collettivo, indica l'esistenza nella psiche di forme determinate che sembrano essere presenti sempre e dovunque».

Teorie psicodinamiche e prassi clinica

- Gli **Archetipi** si manifestano attraverso i simboli. L'individuo li avverte come bisogni e li esprime sulla base delle diverse situazioni storiche, etniche, nazionali o familiari in cui è inserito. Lasciano le loro tracce nei miti, nelle favole e nei sogni. L'obiettivo terapeutico non consiste, come per Freud, nel recupero del rimosso ma nel recupero cosciente degli archetipi, promotori del processo di individuazione attraverso il veicolo dei simboli. Questi ultimi attraverso la loro funzione mediatrice fra conscio e inconscio possono operare come agenti trasformatori dell'uomo, conducendolo ad individuarsi sempre più articolatamente come un Io nella tensione verso il Sé.

Teorie psicodinamiche e prassi clinica

- **La psicologia individuale di Adler:** l'interesse di Adler fu rivolto non all'inconscio come rappresentante principale della dinamica psichica ma all'ambito della conoscenza concreta, pratica dell'individuo. Adler ritenne che il principale impulso umano fosse nel superare il senso d'inferiorità e nella spinta alla supremazia. Il mezzo attraverso il quale si possono realizzare questi bisogni primari e vivere in una condizione di salute mentale, si concretizza nelle relazioni con i pari e non nei rapporti arcaici con i propri genitori. Secondo la sua teoria ogni individuo istintivamente si percepisce inferiore e, per superare quest'angoscia di base, deve procedere alla realizzazione di un processo che si articola in tre fasi: compensare i sentimenti di inferiorità; tendere verso la superiorità; creare un sé completo.

Teorie psicodinamiche e prassi clinica

- L'individuo partendo da una condizione di inferiorità, è destinato o a sviluppare una nevrosi o a organizzarsi in uno stile caratteriale improntato alla compensazione. I sentimenti di inferiorità, originati da mancanze reali o immaginarie, possono essere compensati, autonomamente o con un supporto psicologico, attraverso i rapporti positivi con gli altri che si articolano su tre settori: le relazioni stabili e soddisfacenti in coppia, nell'amicizia e nel settore lavorativo inserite in una dinamica che prevede lo sviluppo del coraggio di fronteggiare le continue spinte all'adattamento.

Il Comportamentismo

- Si definisce *Comportamentismo* quella prospettiva della ricerca psicologica che esclude a priori dal campo di studio tutti i fattori che non sono direttamente osservabili e quantificabili. Per i comportamentisti, gli unici fatti osservabili sono gli *stimoli* e le *risposte*. Pertanto, questa corrente di pensiero, detta anche psicologia del paradigma S-R, esclude dal campo della ricerca i processi mentali.
- Il fondatore della psicologia comportamentista è stato WATSON (1878-1958). Le linee di ricerca non si limitano al comportamento motorio o muscolare come Pavlov, ma comprendono tutta una gamma di apprendimenti come il comportamento verbale e i sintomi psicopatologici

Il Comportamentismo

- In questo modo, la Psicologia diventa la Scienza dello studio del comportamento e si prefigge lo scopo di prevedere e controllare il comportamento stesso.
- Uno dei concetti chiave è la nozione di *plasmabilità*, secondo cui la differenza fra individui non è innata, ereditaria o strutturale, ma dipende esclusivamente da diverse esperienze di vita.

Il Cognitivismo

- Il cognitivismo non è una scuola unitaria, né un'unica teoria, ma, piuttosto, un approccio particolare allo studio della psiche. Tale approccio ha un alto grado di astrazione, e tende a privilegiare lo studio delle capacità delle persone di acquisire, organizzare, ricordare e fare uso concreto della conoscenza per guidare le proprie azioni. I cognitivisti studiano quindi la mente umana attraverso delle inferenze tratte dai comportamenti osservabili.
- Ogni giorno eseguiamo un gran numero di operazioni mentali: risolviamo problemi, prendiamo decisioni, spieghiamo le nostre azioni, impariamo nuovi concetti. L'obiettivo del cognitivismo è appunto quello di spiegare in che modo ognuno di noi riesce a compiere tali operazioni mentali.

Il Cognitivismo

- Lo psicologo cognitivista cerca di capire come il sistema cognitivo, la mente, entra in relazione con l'ambiente esterno, manipolando le informazioni che riceve da esso (Input) e producendo a sua volta informazioni (Output). Perché ciò possa avvenire il sistema cognitivo umano deve compiere delle operazioni non direttamente sull'informazione, bensì su oggetti mentali che permettono di rappresentare quelle informazioni. Questi oggetti sono le rappresentazioni.
- Per il cognitivista il modello è una rappresentazione semplificata della realtà, che non pretende di costituire una riproduzione fedele di ciò che vi può essere nel sistema nervoso dell'individuo. È concepito, invece, come assolutamente realistico per ciò che riguarda le funzioni svolte dalla mente

Teoria Sistemico - Relazionale

- Deriva dagli studi della scuola di Palo Alto, in particolare da Bateson e Watzlawick, e considera il singolo individuo come originariamente inserito in un sistema di comunicazione, dove, come in ogni sistema, vigono i criteri della totalità, per cui la parte può essere compresa solo a partire dal tutto, della retroazione: l'attività di ogni singolo elemento influenza ed è influenzata dall'attività di ogni altro elemento, e dell'equifinalità, in base alla quale ogni sistema è la miglior spiegazione di se stesso perché i parametri del sistema prevalgono sulle condizioni da cui esso ha tratto origine. Ne consegue che la spiegazione del disturbo psichico non va cercata nel passato, ossia in dati che non appartengono al sistema, ma nei parametri e nelle regole che appartengono al sistema stesso, che può essere modificato dall'intervento terapeutico. Esso infatti interviene, attraverso la comunicazione, a modificare l'altro sistema rappresentato dal paziente, dalla famiglia, dal gruppo o dalla comunità, mediante quell'area di contatto dove i due sistemi entrano in relazione.

Differenza tra Psicologo clinico,
Psicoterapeuta, Psichiatra, Psicoanalista

PSICOLOGO CLINICO

- Lo **Psicologo Clinico** è un laureato in Psicologia o in Medicina e specializzato in Psicologia Clinica. Questa specializzazione universitaria esiste solo dal 1987 e dal 2007-08 è solo appannaggio degli psicologi. Lo Psicologo Clinico si occupa della diagnosi e della valutazione delle problematiche psicologiche. Si occupa anche di psicoterapia, secondo i vari indirizzi, attività di counseling, sostegno, prevenzione e riabilitazione.

PSICHIATRA

- Lo **Psichiatra** é un laureato in medicina e specializzato in Psichiatria. “La **Psichiatria** è quella branca della medicina che studia e cura le anomalità psichiche e comportamentali. (UTET, Torino). La tradizionale distinzione tra Psichiatria, che si occupa della anomalità, e Psicologia Clinica, che si occupa del disagio psichico di individui normali, appare scarsamente fondata, proprio per le difficoltà di definizione. Esistono vaste aree di sovrapposizione, in quanto entrambe, ad esempio, si occupano di psicopatologia, ma le metodiche di approccio sono diverse; la Psichiatria pone maggiore attenzione alla neuro biologica, (intervento psicofarmacologico). Ciò presuppone una classificazione nosografica dei sintomi psichici e comportamentali ed una distinzione, anche se difficile, tra normalità e patologia.

PSICOTERAPEUTA

- Lo **Psicoterapeuta** é un laureato in Psicologia, in Medicina o, come retaggio degli anni precedenti alla legge di regolamentazione (la 56/1989), in altre discipline, che abbia conseguito una specifica formazione in una delle varie scuole psicoterapeutiche: psicoanalisi, psicoterapie cognitive, comportamentali, sistemico-relazionali, centrate sul cliente etc.
- La **Psicoterapia** può essere definita come: *“La somministrazione intenzionale di tecniche psicologiche da parte di uno specialista, allo scopo di determinare modificazioni augurabili nella personalità o nel comportamento del paziente”* (S. Korchin, *Psicologia Clinica Moderna*, Borla, Roma, 1977).

PSICOANALISTA

- La Psicoanalisi é un'insieme di teorie esplicative del funzionamento psichico e dei processi di pensiero. Gli interventi psicologici effettuati da professionisti che abbiano loro stessi sperimentato direttamente una psicoanalisi personale possono denominarsi "psicoanalisi". Si definisce "**Psicoanalista**" chi si sia formato seguendo l'iter degli Istituti Psicoanalitici e "**Psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico**" chi ha effettuato analisi personale, supervisioni e didattica al di fuori degli istituti psicoanalitici tradizionali. (M. Gill, Psicoanalisi in transizione, Cortina, Milano, 1996).

SCUOLE E INDIRIZZI DI PSICOTERAPIA



PSICOTERAPIE

- Psicoanalisi
- Psicoterapia breve – Intervento sulla crisi
- Terapia Comportamentale
- Terapia Cognitiva
- Terapia di gruppo
- Terapia familiare e di coppia
- Ipnosi, biofeedback
-

PSICOANALISI

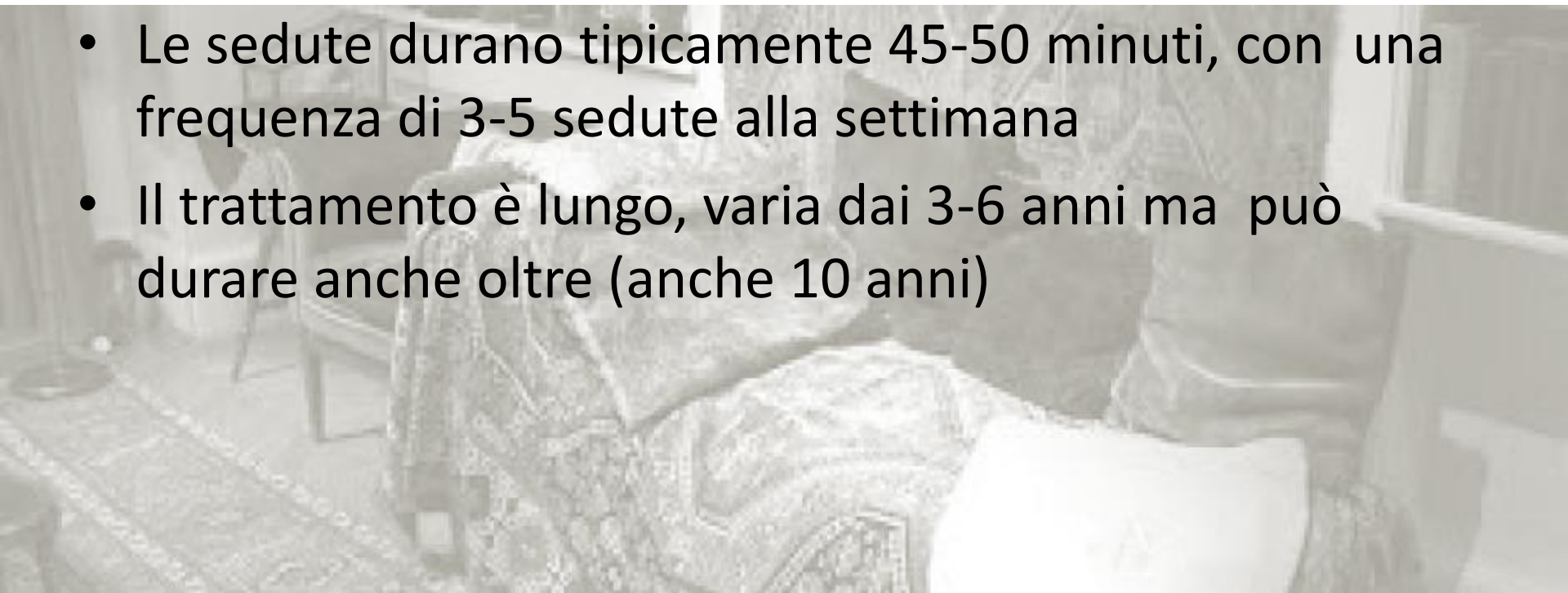
Sigmund Freud (1856-1939)

Le prime formulazioni sistematiche di tale forma di terapia risalgono alla fine del 1900

- Presupposto: i sintomi originano da pulsioni o conflitti inconsci
- Scopo: graduale integrazione del materiale incoscio nella struttura globale della personalità

PSICOANALISI

- Il pz è sdraiato su un lettino o divano, l'analista siede dietro di lui fuori dal suo campo visivo.
- Al pz viene chiesto di dire tutto ciò che gli viene in mente senza alcun tipo di censura.
- L'analista interpreta le associazioni del pz
- Le sedute durano tipicamente 45-50 minuti, con una frequenza di 3-5 sedute alla settimana
- Il trattamento è lungo, varia dai 3-6 anni ma può durare anche oltre (anche 10 anni)



Psicoterapia Breve

- Terapia di breve durata basata su concetti psicoanalitici
- Durata variabile, da 5 a un massimo di 40 settimane



Psicoterapia Psicodinamica

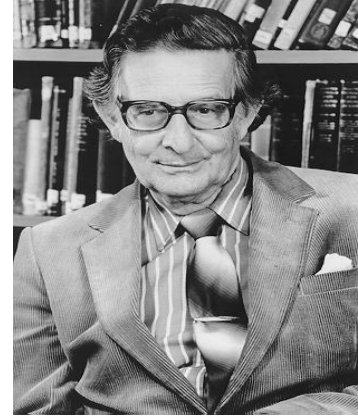
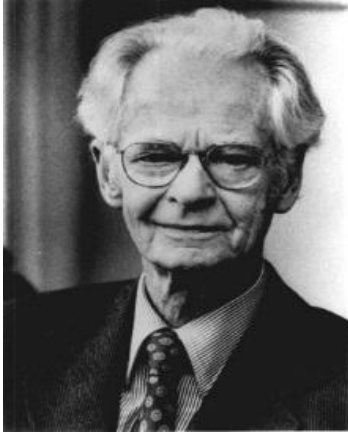
- Definita anche "espressiva" e "orientata alla comprensione"
- Basata su formulazioni psicoanalitiche modificate
- Divano non utilizzato
- Meno attenzione al transfert e alle dinamiche
- Interpretazione, incoraggiamento all'elaborazione, importanza dell'empatia
- 1 - 2 sedute / settimana; durata a tempo indeterminato
- Obiettivi definiti

Psicoterapia di supporto

- Offre supporto durante il periodo di malattia, di disagio, o di scompenso temporaneo
- Conduzione decisa, cordiale, non giudicante
- Favorisce al massimo l'autonomizzazione
- Incoraggia l'espressione dell'emotività

Psicot. COMPORTAMENTALE

Nasce intorno agli anni '50 dal contributo di diversi studiosi

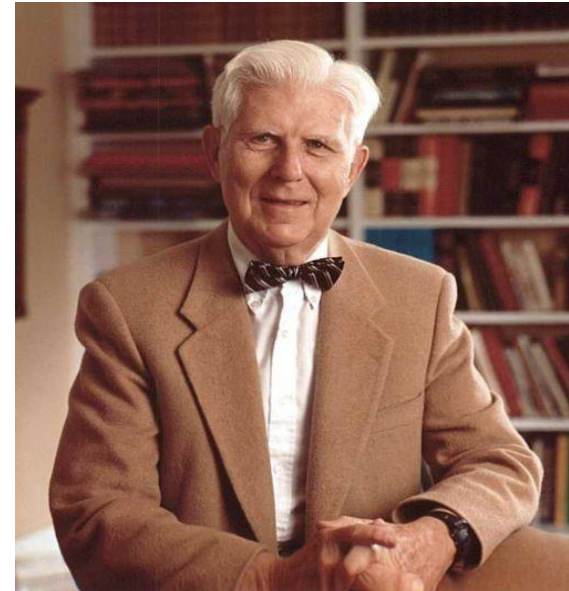


- Presupposto: ansia e comportamenti disadattivi sono stati “appresi” nel corso dello sviluppo
- Scopo: estinguere gli atteggiamenti disadattivi e sostituirli con nuovi modelli di comportamento
- Il trattamento è breve, in genere il termine è prestabilito

Psicoterapia COGNITIVA

- Presupposto: il comportamento dell'individuo è determinato dalle sue modalità di pensiero (schemi cognitivi)
- Scopo: correggere le distorsioni cognitive che determinano o contribuiscono significativamente ad un disturbo
- Indicata soprattutto nei disturbi depressivi medio-lievi, ma anche in alcuni disturbi d'ansia e di personalità
- Trattamento limitato nel tempo (15-25 settimane) con sedute a frequenza settimanale

Aaron T. Beck (1921)



Psicoterapia DI GRUPPO

- Diverse persone con problematiche simili o diverse si riuniscono in un gruppo guidato da un terapeuta
- Punti di forza del gruppo:
 - Permette ai pz un feedback immediato da parte dei pari
 - Permette sia al pz che al terapeuta di osservare le risposte del pz a una serie di persone diverse
- Vi sono numerose forme diverse di terapie di gruppo che utilizzano tecniche differenti
- Criteri di inclusione dei pz:
 - Capacità di seguire i compiti del gruppo
 - Aree problematiche compatibili con gli scopi del gruppo
- Criteri di Esclusione dei pz:
 - Incapacità ad assumere comportamenti accettabili di gruppo (antisociali, maniacali, deliranti, scarso controllo dell'impulsività)
 - Incapacità a sostenere l'ambientazione di gruppo

Psicoterapia FAMILIARE

- Utilizzata per svariate problematiche
 - elevata conflittualità familiare
 - il disturbo di un individuo impatta sull'equilibrio familiare
 - il disturbo dell'individuo è causato o aggravato da dinamiche familiari
 - per aiutare i familiari a fornire un sostegno efficace all'individuo in difficoltà
- Sono numerose le tecniche sviluppate, con riferimento a diversi approcci psicoterapeutici
- Le sedute sono solitamente di durata maggiore (2 ore)
- La durata del trattamento varia a seconda della natura del problema e dal modello di terapia

Psicoterapia DI COPPIA

- Forma di terapia ideata per modificare psicologicamente l'interazione di due persone in conflitto tra loro
 - su un parametro (emozionale, sessuale, sociale, economico)
 - o su un insieme di questi
- Scopi: alleviare lo stress, cambiare modalità di interazione disadattive, favorire lo sviluppo della personalità

IPNOSI

- Viene utilizzata per indurre uno stato alterato di coscienza (*trance*) in cui il pz sia maggiormente ricettivo rispetto alle proprie esperienze interne
- Viene utilizzata per favorire l'accesso alla coscienza di pensieri inconsci
- Può essere utile per indurre stati di rilassamento
- Si è rivelata utile:
 - Obesità e disturbi correlati all'uso di sostanze
 - Disturbi da dolore cronico e psicosomatici
 - Fobie

BIOFEEDBACK

- Metodo che permette al pz di ottenere un controllo volontario su alcune funzioni fisiologiche
 - ⇒ manifestazioni fisiologiche di tensione (cefalea, tachicardia, dolori)
- Mediante strumentazioni apposite il pz monitora alcune reazioni biologiche involontarie (tono muscolare, pressione arteriosa, battito cardiaco)
- Il pz impara a regolare tali funzioni osservando le modificazioni spontanee a seconda dei suoi stati di rilassamento-attivazione

IL COLLOQUIO

Il Colloquio

Tecnica di osservazione e studio del comportamento umano

Si fonda sull'interazione. Rappresenta l'asse portante del rapporto col paziente; la valutazione del materiale raccolto ha come scopo:

1. Conoscere chi è il paziente
2. Sapere che trattamento gli si può offrire
3. Se il trattamento lo faremo noi o se sarà un'altra persona a condurlo

Colloquio: Elementi essenziali

- E' importante che il luogo del colloquio possa permettere una comunicazione libera con il rispetto della privacy e senza il rischio di interruzioni;
- E' possibile, ma non prioritario, prendere appunti

Il Colloquio

- Non è una procedura passiva di ascolto e di registrazione di informazioni
- Deve consentire di dare senso psicologico a quanto porta il paziente
- Non è mai meramente psicodiagnostico, ma tende ad implicare una riformulazione del problema e i processi di ristrutturazione cognitiva



Caratteristiche e finalità

- Consente di esplorare il sistema cognitivo–verbale (quanto il paziente pensa e quanto dice di sé)
- Rappresenta un setting di osservazione specifico e strutturato: postura, contatto oculare, mimica, comportamento non verbale ecc. (le prime parole sono i gesti e il primo linguaggio è quello del corpo)
- Costituisce un esempio di comportamento interpersonale significativo (analisi delle variabili di relazione tra Sanitario e Paziente)
- Infatti, la seconda finalità è quella di stabilire una relazione di fiducia e collaborazione

Obiettivi

- Osservare la **totalità** del **comportamento** “*verbale*” e “*non verbale*”
- Raccogliere le informazioni di base sul paziente
- Determinare le normali funzioni del paziente
- Determinare il rischio di sviluppare disfunzioni del paziente
- Determinare la presenza o l’assenza di disfunzioni
- Individuare le risorse del paziente
- Fornire dati per la fase diagnostica.

Fasi del colloquio :

1. Capire problemi e motivazioni del paziente
2. Analisi funzionale
3. Storia del problema
4. Fattori di vulnerabilità e organizzazione cognitiva del soggetto
5. Aspettative del soggetto
6. Precisazione obbiettivi

Tipologie di Colloquio

Il colloquio di **ammissione** all'ingresso

- Scopo: determinare perché il paziente è venuto in clinica o in ospedale

Il colloquio **di case history**

- Scopo: fornire uno sfondo e un contesto nel quale sia il paziente che il problema possono essere posti

Tipologie di Colloquio

Il colloquio per **l'esame dello stato mentale**

- Scopo: valutare la presenza di problemi cognitivi, emotivi o comportamentali

Il **colloquio in fase di crisi** (emergenza/urgenza)

- Scopo: affrontare i problemi man mano che si presentano e fornire una risorsa immediata

Il Colloquio

- Malattia attuale: fatti oggettivi e significati soggettivi
- Anamnesi: Fisiologica, Familiare, Patologica Remota, Patologica Prossima
- Atteggiamenti del pz. durante l'incontro (CNV)



Il Colloquio

- Raccolta di informazioni
- Conoscenza dello stile relazionale del paziente
- Definizione dei problemi
- Definizione della relazione
- Fornire informazione e motivare al cambiamento
- Fornire sostegno psicologico



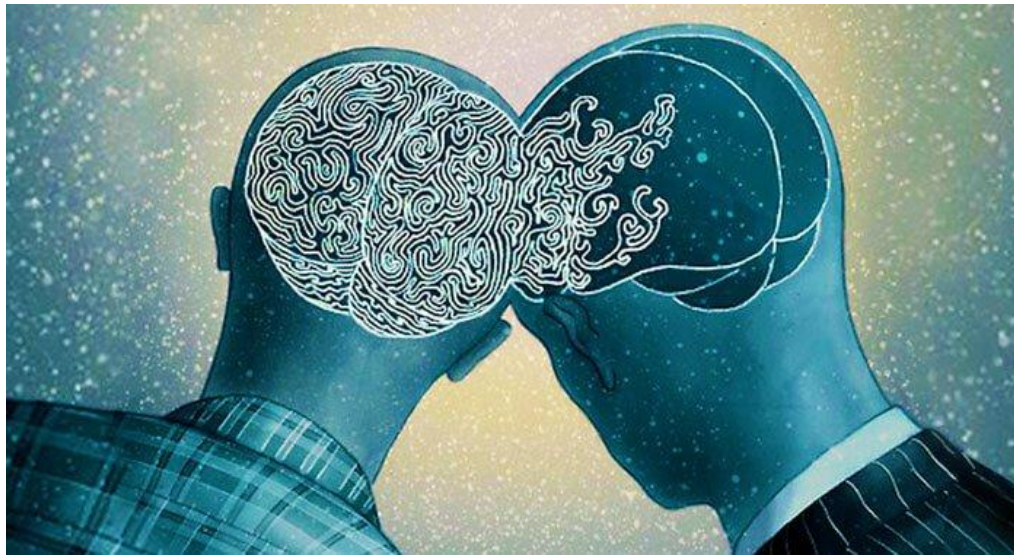
Dimensione affettiva del colloquio

- Simpatia – Antipatia
- Neutralità
- Alleanza Terapeutica
- Fiducia
- Empatia



Empatia

- E' la capacità di **immedesimarsi** nella condizione di un'altra persona e di **sentire** se stesso nella situazione del paziente.
- Se quel primo evento fosse capitato a me personalmente e in tutte le circostanze del paziente, il secondo evento, che rappresenta la **reazione** del paziente al primo, si sarebbe ragionevolmente verificato?
- In questo modo **comprendo** i sentimenti che attribuisco al paziente in termini di **azioni** che **derivano** da questi **sentimenti**: se io fossi il paziente con la sua storia, avrei le stesse esperienze e mi comporterei alla stessa maniera?



Empatia

- Serve per **comprendere** l'esperienza soggettiva e privata del paziente, usando quelle caratteristiche umane che ho in comune con lui: la mia capacità di percepire e di usare il **linguaggio**, che condivido con lui.
- Posso cercare di **creare nella mia mente** qualcosa che sia **simile alla sua esperienza**, chiedendogli di confermare o rifiutare la mia descrizione
- Per fare ciò, occorre porre domande appropriate, pertinenti e consapevoli; ripetendo le frasi e insistendo quando è necessario fino ad acquisire sicurezza di avere ben compreso ciò che il paziente sta descrivendo.



Tecnica del colloquio

Domande aperte

- Quali sono i problemi che l'hanno fatto venire in ospedale?
- Potrebbe dirmi qualcosa di più a riguardo?
- E...?
- C'è qualcos'altro di cui avrebbe piacere di parlarne (qualcosa che la preoccupa)?
- Mi parli della sua routine quotidiana (della sua famiglia, della sua storia personale e del contesto familiare nel quale è cresciuto)
- Ci sono delle domande che vorrebbe pormi?

Tecnica del colloquio

Domande aperte

- Vantaggi:
 - dà al pz la possibilità di scegliere gli argomenti e di esprimersi secondo il proprio punto di vista
 - risposte spontanee, più emotive
- Svantaggi:
 - risposte lunghe, vaghe, inattendibili, incomplete
 - argomenti selezionati dal pz

Tecnica del colloquio

Esempio di colloquio a domande aperte

- " che cosa l'ha condotta qui, signora? "
- " mi sento sempre stanca."
- " cosa intende per stanca?"
- " perché non riesco dormire bene."
- " che cosa c'è che non va nel suo sonno? "
- " E' sempre leggero, agitato e non riposante."
- "Bene, in che senso sonno non riposante? "
- " io credo... non so..."
- " perché non mi descrive il suo sonno, a partire dal momento in cui è andata letto? "
- " sono andata a letto alle 22.30, poi mi sono alzata poco dopo la mezzanotte "

Tecnica del colloquio

Domande chiuse

- Quando sono cominciati questi problemi (pensieri, sentimenti)?
- Ha mai avuto esperienze simili nel passato?
- Quando dice di sentirsi depresso ha mai pensato di suicidarsi?
- Le capita di sentire delle voci (o vedere delle immagini) quando sembra che non ci sia nessuno?

Tecnica del colloquio

Domande chiuse

- Vantaggi:
 - focus ristretto, scelto dal medico, precisione
 - risposte veloci, chiare
- Svantaggi:
 - Guidano il pz (risposte vero-falso), meno autentiche
 - il pz può non riferire cose perché non gli vengono chieste

Tecnica del colloquio

COSA FARE

- Permettere al paziente di narrare la propria storia
- Prendere il paziente “sul serio”
- Lasciare tempo alle emozioni del paziente
- Indagare i pensieri su suicidio, violenza
- Dare rassicurazione laddove possibile
- Iniziare una relazione costruttiva e “vera”
- Ricordare che “ascoltare” è “fare”!

Tecnica del colloquio

COSA NON FARE

- Non utilizzare domande chiuse troppo presto
- Non porre più attenzione al “caso” che al paziente
- Non essere troppo rigidi o disorganizzati: esercitare un controllo flessibile
- Non evitare argomenti “delicati” o imbarazzanti
- Non prendere come “tecnici” i termini medici o psichiatrici che il paziente usa (es. depressione)

Tecnica del colloquio

COSA NON FARE

- Non essere incalzanti
- Non suggerire i sintomi
- Attenzione all'uso dell'umorismo
- Evitare atteggiamenti moraleggianti
- Non dare consigli su scelte fondamentali per la vita del paziente

Tecnica del colloquio

E' importante:

- Mettere il paziente a proprio agio, è un colloquio, non un interrogatorio!
- Essere neutrali! Evitare giudizi, pregiudizi, prendere le parti per o contro il paziente



Tratto da: Teifion Davies, **ABC of mental health: Mental health assessment**, BMJ, May 1997; 314: 1536

La conclusione

Il congedo del paziente è importante come l'inizio del colloquio

- Fermezza e coerenza
- Preparare la chiusura
- Per il paziente il colloquio è un'esperienza molto faticosa. Durante la conversazione si sono probabilmente risvegliati in lui sentimenti, ricordi e nuovi interrogativi che lo hanno emotivamente provato. Verso la fine dell'incontro è utile riportare il paziente ad uno stato di calma, fare con lui il punto della situazione e suggerirgli delle soluzioni ragionevoli e responsabili. E' frequente che a questo punto il soggetto, soprattutto se molto ansioso, solleciti un giudizio diagnostico o prognostico immediato. E' allora necessario spiegargli con tatto che tali questioni saranno approfondite ed esplicitate dal medico.



La comunicazione

- comunicazione verbale e non verbale
- le parole e il linguaggio del corpo
- empatia
- Prosemica
- comunicazione efficace

La comunicazione

- “La **COMUNICAZIONE** è quel procedimento attraverso il quale si emettono e si ricevono dei segnali con simboli, parole, segni, gesti o altre azioni”. E’ un’attività complessa della quale non siamo mai consapevoli in tempo reale.



Unità minima di analisi

Gli elementi della comunicazione si possono identificare in:

- Un *emittente* e un *ricevente*
- Un *canale* attraverso il quale il messaggio transita (vocale, visivo, uditivo, tattile, olfattivo)
- Un *Codice* (regole conosciute e condivise)
- I *contenuti* che identificano il messaggio
- Il *contesto* in cui la comunicazione avviene (ambiente fisico e situazione socioculturale)
- Il *feedback* ossia ciò che in risposta ritorna dal ricevente all'emittente



COMUNICAZIONE

La radice del termine comunicare risale ai verbi:

- Greco *koinòo* (rendo comune) e *koinonéo* (partecipo) entrambi legati all'idea della *koiné* (comunità)
- Latino “*cum- moenia*” (scambio di doni all'interno delle mura comuni)

L'etimologia mette in evidenza un termine della comunicazione che è spesso in secondo piano nella nostra cultura: **lo spazio comune del noi**

La Comunicazione

- *“Etimologicamente **comunicare** significa “mettere in comune” [...] Le persone comunicano quando, utilizzando tutte le **modalità espressive** di cui dispongono, entrano in contatto fra loro.*

(M. Andolfi - Il Colloquio Relazionale - 1994)

La Comunicazione

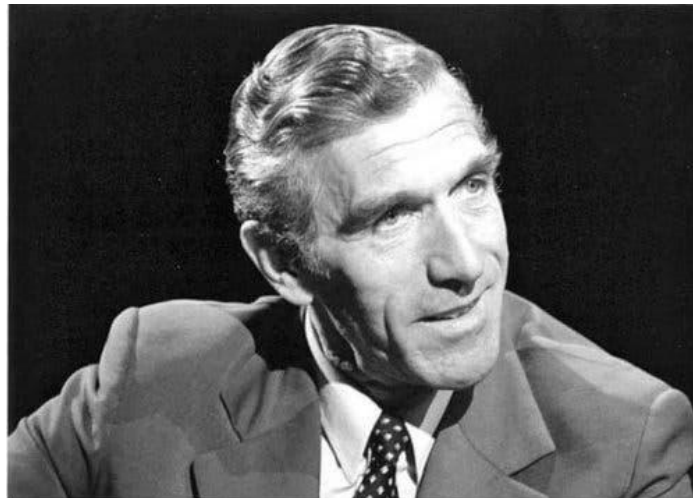
- Watzlawick et al. (1967) considerano la Comunicazione come *«la conditio sine qua non della vita umana e dell'ordinamento sociale ... un essere umano è coinvolto fin dall'inizio della sua esistenza in un complesso processo di acquisizione delle regole della comunicazione, ma di tale corpo di regole ... è consapevole solo in minima parte»*

Gli assiomi della comunicazione

- Studiando gli “*effetti pragmatici*” della comunicazione umana, **Watzlawick, Beavin e Jackson** hanno individuato cinque *proprietà fondamentali* definite “*assiomi della comunicazione*”.

Assiomi della Comunicazione

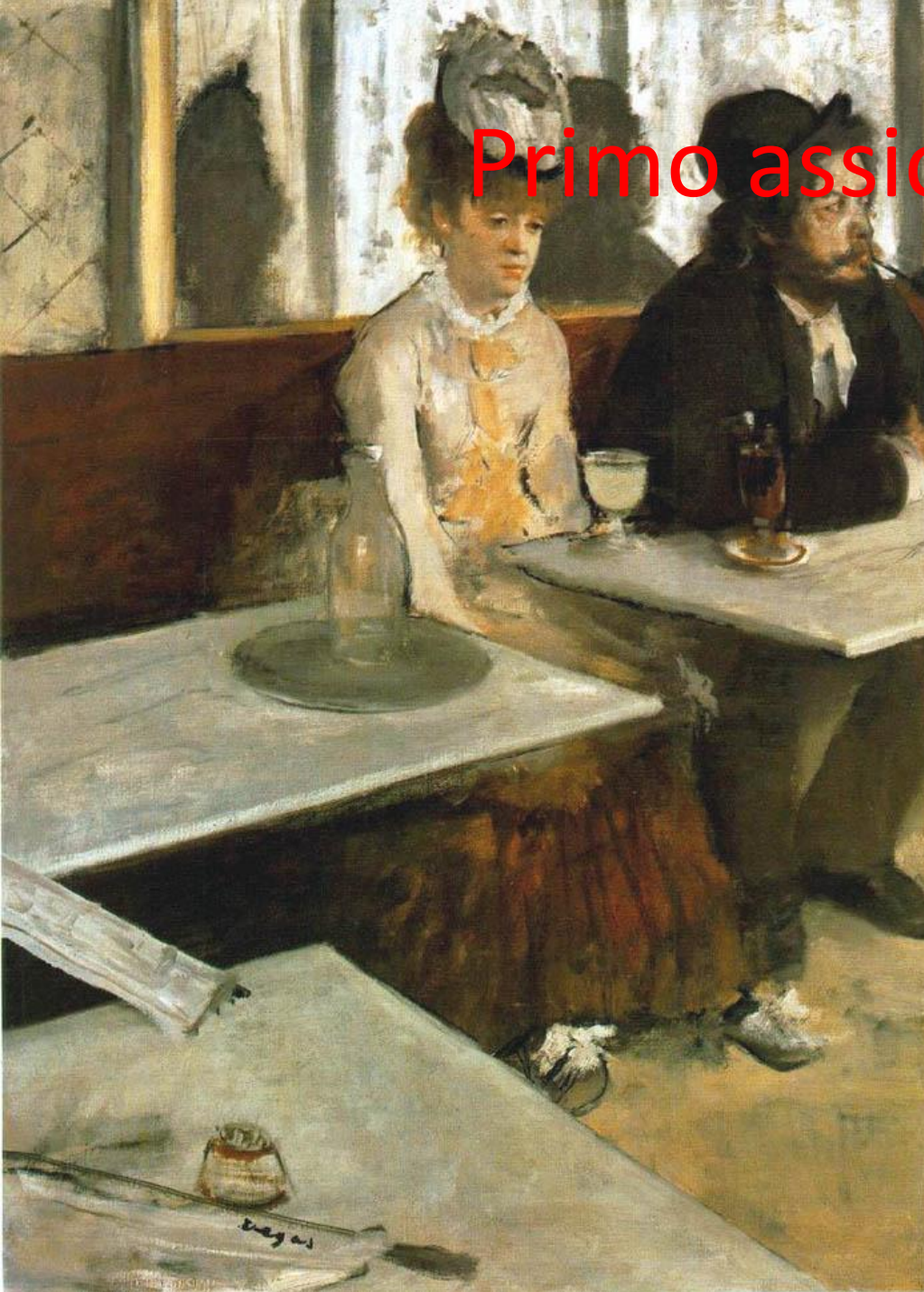
- Impossibile non comunicare
- Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione
- La natura della relazione dipende dalla connessione logico-temporale delle sequenze comunicative
- Gli esseri umani comunicano a livello verbale e non
- Gli scambi comunicativi sono complementari (differenza) o simmetrici (uguaglianza)



Watzlawich, Beavin, Jackson 1971

Primo assioma

IMPOSSIBILE NON
COMUNICARE



Primo assioma

L'impossibilità di non comunicare

- *“Anzitutto, - osservano Watzlawick, Beavin e Jackson - [...]: **il comportamento non ha un suo opposto. In altre parole, non esiste qualcosa che sia un non-comportamento o, per dirla anche più semplicemente, non è possibile non avere un comportamento. Ora se si accetta che l'intero comportamento in una situazione di interazione ha valore di messaggio, vale a dire è comunicazione, ne consegue che comunque ci si sforzi, non si può non comunicare.**”*

Secondo assioma



Livello di contenuto e livello di relazione

Secondo assioma

Livello di contenuto e livello di relazione.

- *“una comunicazione - osservano **Watzlawick, Beavin e Jackson** - non soltanto trasmette informazione, ma al tempo stesso impone un **comportamento**. [...], si è giunti a considerare queste due operazioni come l’aspetto di “**notizia**” (report) e di “**comando**” (command) [...] **il primo trasmette i “dati” della comunicazione, il secondo il modo con cui si deve assumere tale comunicazione.**”*

Terzo assioma

La comunicazione dipende dalla prospettiva degli interlocutori



Terzo assioma

La punteggiatura della sequenza di eventi

- “ *Un osservatore esterno – osservano **Watzlawick, Beavin e Jackson** - può considerare una serie di comunicazioni come una sequenza ininterrotta di scambi. Tuttavia, coloro che partecipano alla interazione introducono sempre qualcosa di importante che [...] Bateson e Jackson hanno definito “ **la punteggiatura della sequenza di eventi**”. [...] **la punteggiatura organizza gli eventi comportamentali ed è vitale per le interazioni in corso.**”*

Terzo assioma

- Ad esempio, un ricercatore che cerca di addestrare una cavia, associa alla risposta della cavia (***abbassare la leva di una gabbietta***) un rinforzo (***fornire alla cavia un pezzo di formaggio***)
- Allo stesso modo, però, la cavia può arrivare alla conclusione di aver addestrato un ricercatore perché tutte le volte che gli fornisce uno stimolo (***abbassare la leva di una gabbietta***) ottiene dal ricercatore la medesima risposta (***un pezzo di formaggio***)



Quarto assioma



Comunicazione numerica ed analogica

Quarto assioma

Comunicazione numerica ed analogica.

- *“Gli esseri umani comunicano sia con il **modulo numerico** (: leggi “verbale”) che con quello **analogico** (leggi: “non verbale”).”*

Quarto assioma

Ogni comunicazione avviene contemporaneamente su due livelli: quello del **contenuto** e quello della **relazione**

Mediante le **parole** trasmettiamo delle informazioni, con i **segnali del corpo** forniamo *“informazioni alle informazioni”*



P. Watzlawick

Quinto assioma

Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari

- *“ Si può anche descriverli come relazioni basate o sull’eguaglianza o sulla differenza. Nel primo caso i modelli tendono a rispecchiare il comportamento dell’altro (e quindi la loro interazione è simmetrica). Nel secondo caso il comportamento del partner completa quello dell’altro [...] Nella relazione complementare si hanno due diverse posizioni. Un partner assume la posizione che è stata descritta in vario modo come quella superiore, primaria o **one-up**, mentre l’altro tiene la posizione corrispondente: inferiore, secondaria o **one-down**. [...] può anche essere il contesto sociale e culturale a stabilire relazioni di questo tipo (si vedano ad es. i rapporti madre-figlio, medico-paziente, o insegnante-allievo) Un partner non impone all’altro una relazione complementare, ma piuttosto ciascuno si comporta in un modo che presuppone il comportamento dell’altro, mentre al tempo stesso gliene fornisce le ragioni: quindi sono sempre calzanti le definizioni che essi danno della relazione.”*

Quinto assioma

Uno scambio simmetrico avviene tra interlocutori che si considerano sullo stesso piano, svolgendo funzioni comunicative e ruoli sociali analoghi



Uno scambio complementare fa incontrare persone che hanno una relazione ma non sono sullo stesso piano per potere, ruolo comunicativo, autorità sociale, interessi.

Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari

La Comunicazione analogica (non verbale)

- un sistema complesso comprendente «le posizioni del corpo, i gesti, l'espressione del viso, le inflessioni della voce, la sequenza il ritmo e la cadenza delle stesse parole, e ogni altra espressione non verbale di cui l'organismo sia capace, come pure i segni di comunicazione immancabilmente presenti in ogni contesto in cui ha luogo un'interazione».

Watzlawick et al. (1967)

La Comunicazione analogica (non verbale)

La *comunicazione analogica*, o **non verbale**, comprende:

- la *mimica*, lo *sguardo*, la *gestualità* e *i movimenti del corpo*, che rappresentano l'oggetto di studio della *cinesica*,
- *l'utilizzo dello spazio personale ed interpersonale*, che rappresenta l'oggetto di studio della *prossemica*
- il tono ed il timbro della voce, la sequenza, il ritmo e la cadenza delle parole stesse, ecc., che rappresentano l'oggetto di studio della *paralinguistica*.

Fattori determinanti

- **Fattori ambientali**
(spazio, contesto, tempo, familiarità ecc.)
- **Fattori interpersonali**
(stadi sviluppo psicologico, concetto di sé, potere decisionale)
- **Aspetto fisico** (sesso, razza, età, odore ecc)
- **Segni non verbali** (espressione facciale, movimento occhi, postura ecc.)

Modalità espressive

- **Espressione del volto** (riflette il pensiero, trasmette pensieri e sentimenti, esprime emozioni quali la felicità, la collera ecc.)
- **Sguardo** (riceve e trasmette segnali non verbali)
- **Postura** (rappresenta la posizione del corpo e definisce la relazione con il contesto e con l'altro)



La comunicazione non verbale

- Modalità antica e istintiva
- Uso della gestualità, della mimica, della postura e del contatto corporeo
- I messaggi inviati spesso sono privi di consapevolezza



La comunicazione non verbale



Lo spazio

- *“Lo spazio [...] è l’espressione del nostro vivere e del nostro essere: qualsiasi azione è un mutamento del nostro spazio corporeo in quello circostante e una progressiva definizione del nostro mondo interiore [...]. Lo spazio appare pertanto come una dimensione innata ed universale dell’uomo, sia a livello espressivo che sociale; rappresenta la definizione di un territorio, di un posto da considerare proprio, dove ritrovare se stesso ed al contempo negoziare rapporti con altri esseri umani.”*

(M. Andolfi, 1977)

L'uso dello spazio: la Prosemica

Il *contatto fisico* e, più in generale, il *movimento del corpo* rappresentano una *modalità di definirsi nel rapporto con gli altri*. Hall, ragionando in termini dinamici di *vicinanza* o *distanza emotiva*, ha proposto la seguente distinzione dello spazio:

- **distanza intima**, presuppone un *contatto fisico* che assume un notevole valore pragmatico di *rinforzo dell'intimità della relazione* (es.: la distanza fra madre e figlio);
- **distanza personale**, *non esclude il contatto fisico* che può, ad esempio, essere realizzato tendendo la mano. *Caratterizza i rapporti interpersonali amicali*;

L'uso dello spazio: la Prosemica

- **distanza sociale**, *comporta soltanto un contatto visivo ed è determinata dall'esistenza di una chiara gerarchia* di competenze e di responsabilità tra gli interlocutori. In genere, lo spazio interpersonale è occupato da oggetti (es.: scrivania, tavolinetto, etc.) che rimarcano la necessità di mantenere una distanza adeguata a questo tipo di relazione;
- **distanza pubblica**, *caratterizza le relazioni formali* (es.: la distanza fra il relatore e la platea nel corso di una conferenza)

Proxemica



L'uso dello spazio fisico come elemento di comunicazione e, in particolare, la tendenza a interporre maggiore o minore distanza tra sé e gli altri

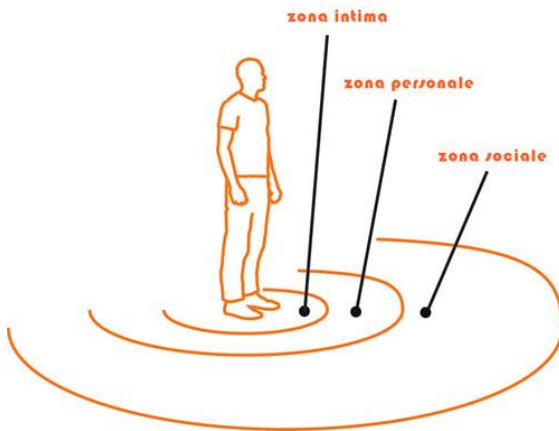


Zona intima

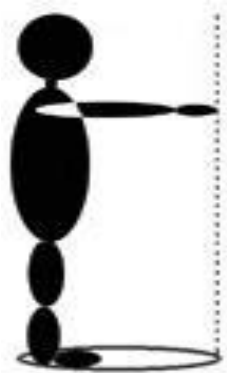


- permette contatto fisico
- si può sentire l'odore
- si percepisce intensità emozioni

vicinanza / distanza 0 – 45 cm.

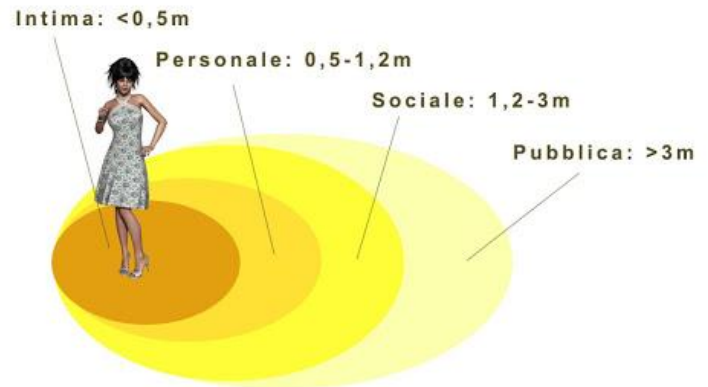


Zona personale

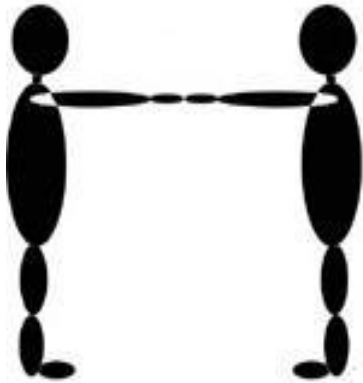


- inizia dopo zona intima
- non si percepisce odore

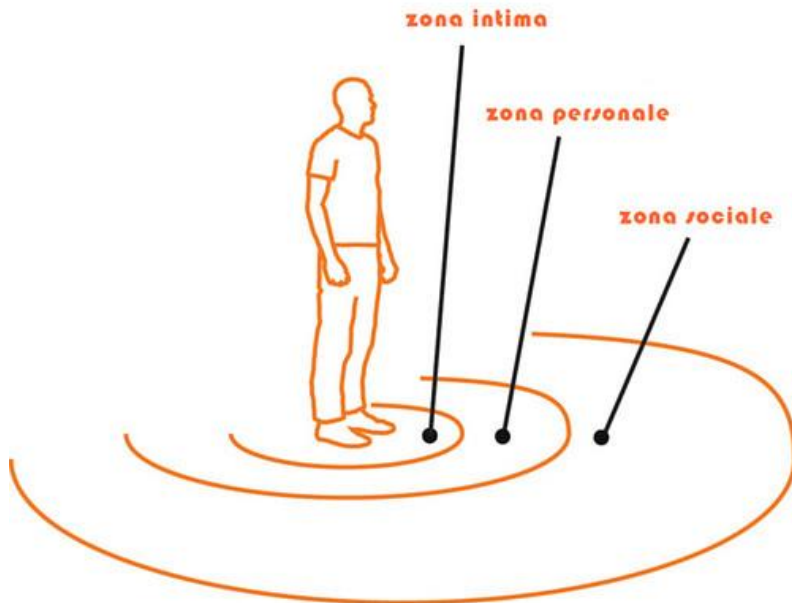
vicinanza / distanza 45 - 120 cm.



Zona sociale

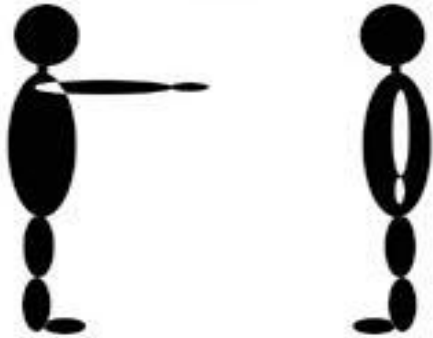


- nessun contatto fisico
- zona riservata a contatti sociali



vicinanza / distanza 120 – 365 cm

Zona pubblica



- comunicazione pubblica
- gestualità amplificata

vicinanza / distanza maggiore 365 cm.

LA PROSSEMICA



L'uso dello spazio: la posizione

Scheflen, enfatizzando il “*significato comunicazionale*” del linguaggio del corpo, ha distinto le seguenti modalità di “posizione” nella relazione:

- **posizione inclusiva (o non inclusiva)**, *caratterizza le modalità di relazione con cui i costituenti di un gruppo tendono ad includere (o ad escludere) un'altra persona*. Ad esempio, un certo numero di persone possono riunirsi disponendosi in cerchio includendo alcuni ed escludendo gli altri dal loro ambito spaziale e visivo e difendersi da eventuali intrusioni degli esclusi attraverso una gestualità ampia o movimenti del proprio corpo;

L'uso dello spazio: la posizione

- **posizione vis-à-vis**, *caratterizza le modalità di relazione che rendono possibile un contatto visivo completo ed un'ampia disponibilità al reciproco accesso allo spazio personale*. La maggiore o minore distanza è determinata, generalmente, da grado di conoscenza e di effettiva intimità;
- **posizione ad orientamento parallelo del corpo**, *caratterizza le modalità di relazione tra due o più persone che non desiderano nessuna forma di coinvolgimento*;
- **posizione di congruenza (o di incongruenza)**, è tipica delle modalità di relazione caratterizzate da elevata affinità ed accettazione reciproca (o al contrario, scarsa affinità e rifiuto reciproco) che condizionano una sostanziale congruenza (o incongruenza) negli atteggiamenti.

La Mimica



La Mimica



L'espressione del volto

- Il **volto** rappresenta l'area del corpo sulla quale è più facile cogliere i **segnali emozionali**. Attraverso la ***mimica facciale*** è infatti possibile comunicare le emozioni fondamentali, quali ***felicità, sorpresa, paura, tristezza, rabbia, disgusto, disprezzo*** ed ***interesse*** che hanno una **valenza universale**.
- Ma essendo l'espressione del volto la modalità privilegiata della segnalazione interpersonale, ***è importante non trascurare l'influenza delle norme culturali e sociali nella manifestazione delle emozioni***.



L'autenticità della comunicazione non verbale

- Proprio in ragione della consapevolezza del **potenziale comunicativo dell'espressione del volto, gli esseri umani, in genere, tendono ad inibire o ad esibire le espressioni a seconda del contesto** per quanto, trattandosi di “automatismi” acquisiti sin dalla prima infanzia, non sempre riesca facile esercitare un controllo totale.
- Ne consegue che **quando i segnali non verbali appaiono in contraddizione con l'espressione verbale, è più conveniente prendere in considerazione la componente analogica della comunicazione in ragione della sua autenticità.**
- Un cenno a parte, a tale proposito, merita lo sguardo, **essendo gli occhi sfuggibili al controllo volontario delle emozioni.** Si pensi, ad esempio, alla dilatazione pupillare nell'attrazione sessuale o, al contrario, al suo restringimento negli stati di collera, che, in quanto reazioni “autonomiche”, sono tra le manifestazioni più dirette del coinvolgimento emotivo, per cui si è soliti definire gli occhi **“lo specchio dell'anima”**.

La pelle

- Anche la pelle ha un elevato potenziale comunicativo dello stato emozionale dell'individuo giacché è ***assai difficile***, ad esempio, ***mascherare un rossore di rabbia o di vergogna o un pallore di paura***.



La gestualità

Molto spesso i **gesti**, in ragione della loro spontaneità, **riescono ad esprimere emozioni altrimenti inesprimibili verbalmente**. Ekman e Friesen (1972) hanno proposto la seguente **classificazione dei gesti basata essenzialmente sui movimenti delle mani**:

- **gesti indicativi dello stato emotivo, esprimono le emozioni dell'interlocutore** rappresentate soprattutto negli stati d'ansia e di tensione (es.: rabbia nel caso in cui le mani siano strette a pugno),
- **gesti di adattamento**, generalmente inconsapevoli, **non hanno uno specifico valore comunicativo** e dipendono dalle intenzioni o dalle emozioni del momento. Vengono, a loro volta, distinti in:
 - autoadattivi**, ovvero di manipolazione del proprio corpo (es.: arrotolare una ciocca di capelli al dito),
 - centrati sull'altro** (es.: togliere i pelucchi dall'abito del nostro interlocutore),
 - diretti su oggetti** (es.: giocherellare con una penna).

La “gestualità d’accompagnamento”

Ma anche i gesti che fanno da supporto alla comunicazione verbale, cosiddetta ***gestualità d’accompagnamento***, sono ***indicativi dello stato emozionale della persona***. Si distinguono in:

- **gesti emblematici**, segnali intenzionali con significato ***traducibile in parole***,
- **gesti illustratori**, movimenti che scandiscono o ***enfaticizzano il significato delle parole*** e
- **gesti regolatori**, segnali che ***tendono a mantenere o interrompere la conversazione***.

A tale proposito, si tenga presente che ***lo stesso annuire ripetutamente con la testa durante l’ascolto, può esprimere oltre che l’intenzione di interloquire anche l’ansia sperimentata nel sostenere la conversazione***.

La postura

- **Sensazioni ed emozioni** sono inoltre espressi dal modo in cui le persone stanno in piedi o sedute o comunque dispongono il loro corpo nello spazio in relazione ai propri interlocutori ovvero dalla **postura**.
- Le **posture** possono esprimere ***interesse***, ***gradimento*** o ***rifiuto***, a seconda della distanza e della posizione del proprio corpo rispetto a quello all'interlocutore e variano in concomitanza con le variazioni dello stato emotivo.



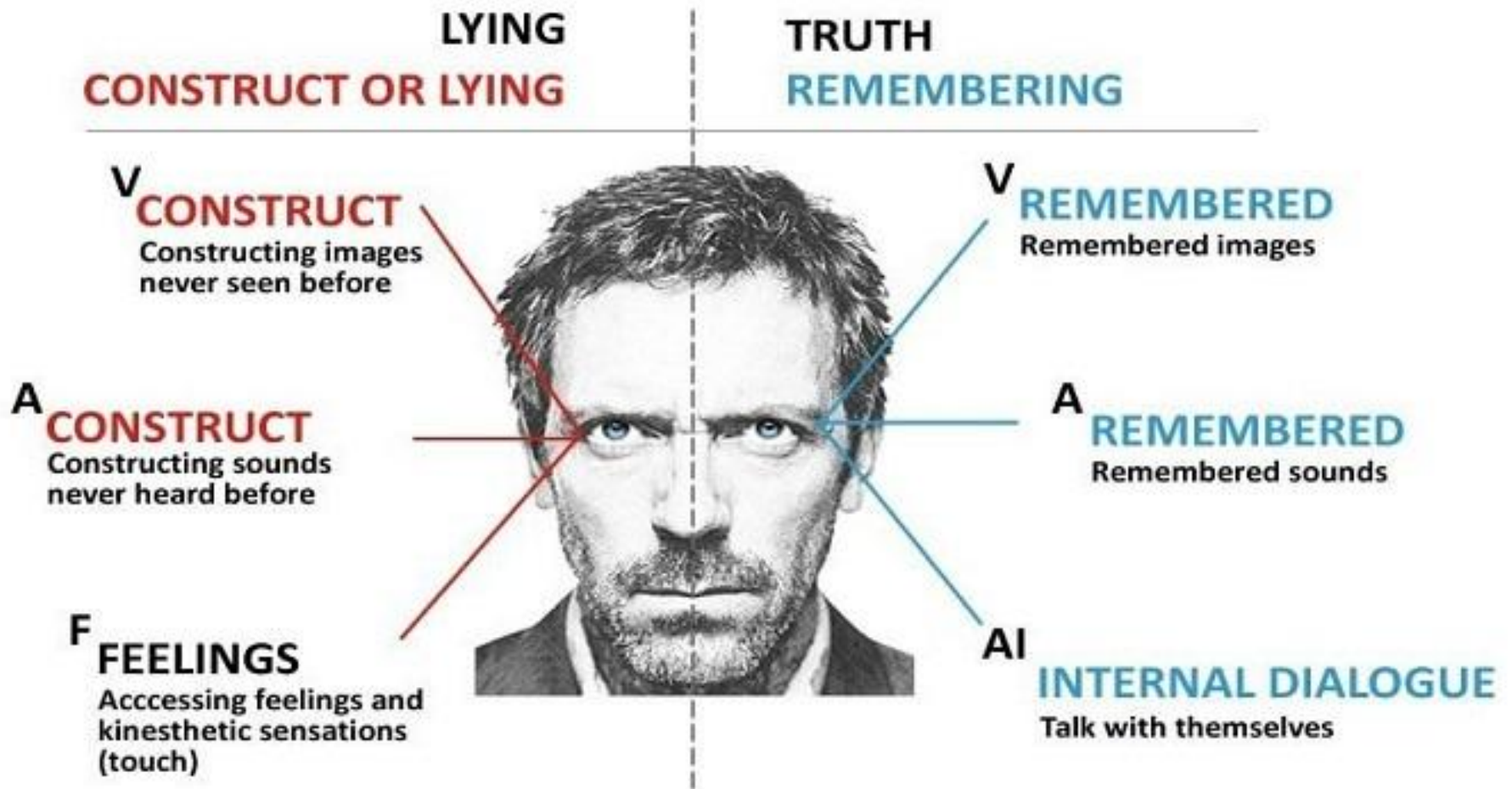
L'abbigliamento

- Il modo in cui una persona si presenta abbigliata e, più in generale, la cura della propria immagine può essere un ***indicatore del suo stato d'animo***. Infatti, è verosimile che ***il modo di abbigliarsi di una persona, ad esempio, in preda a forti emozioni risentirà maggiormente del suo stato d'animo*** piuttosto che delle convenienze e delle aspettative sociali che dettano le regole di desiderabilità sociale, quali la moda o il galateo.
- Pertanto, ad esempio, ***un mutamento dell'aspetto esteriore di una persona nel corso degli incontri può essere rappresentativo di una rielaborazione delle proprie vicende di vita***, cui corrisponde un ***cambiamento dello stato affettivo***.

La comunicazione non verbale come strumento di comunicazione delle emozioni

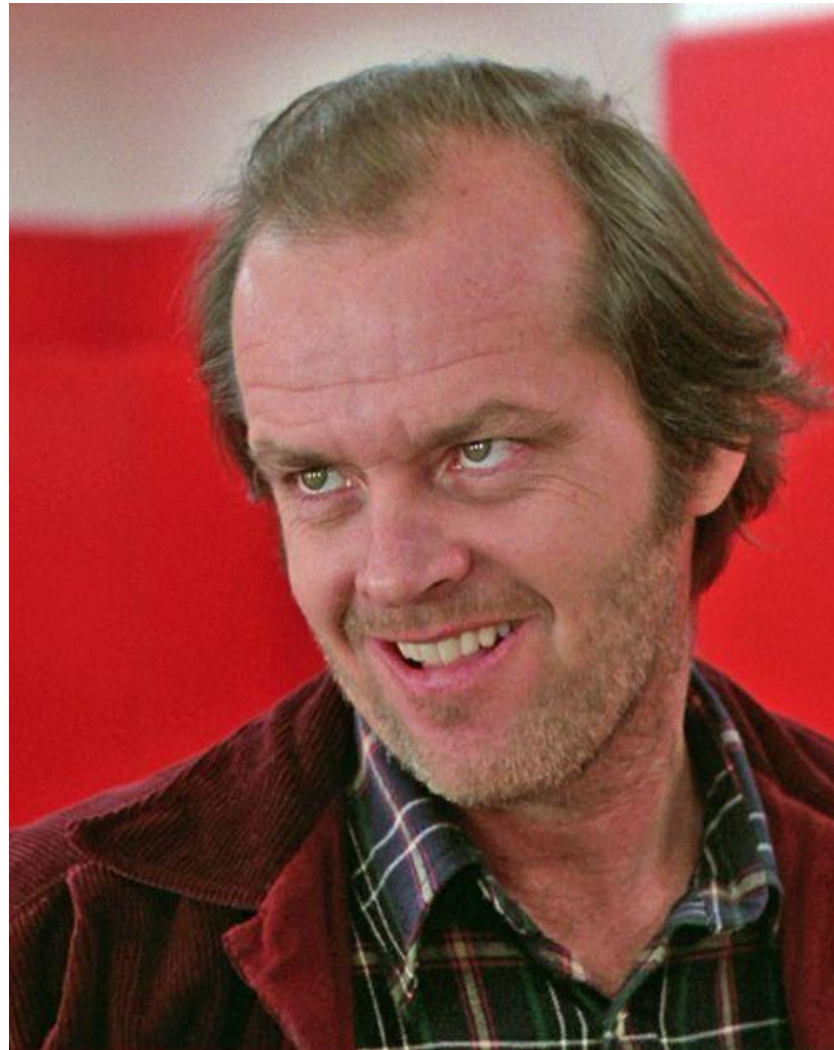
- In definitiva, come sostiene **Argyle**, *la comunicazione non verbale delle emozioni ha lo scopo di informare costantemente chi ci sta intorno dei nostri stati d'animo favorendo per questa via la vita di relazione.*

I movimenti oculari



Lo sguardo

E' un potente segnalatore a livello non verbale. Consente di cogliere informazioni sulla situazione relazionale in atto.



Lo sguardo

- *L'atto del guardare può essere considerato una norma di comportamento che **contribuisce a definire i limiti delle interazioni nella vita di tutti i giorni.***
- Attraverso lo sguardo, infatti, non ci si limita soltanto ad osservare l'altro ma si ***esprime anche una misura della distanza o della vicinanza che si desidera nell'incontro che può o meno corrispondere alle aspettative dell'interlocutore.***
- Infine, non va trascurato che, nell'interazione fra due persone, l'osservazione dei loro reciproci sguardi può rivelare l'esistenza di un ***rappporto gerarchico***, tendendo, in genere, la persona che detiene il potere a non ricercare il contatto visivo a differenza della persona sottoposta che è, invece, costretta a guardare continuamente in viso l'altra per cercare di comprendere le sue reazioni emotive.

Il silenzio

- ***“ [...] solo un linguaggio che prevede al suo interno un posto specifico per il silenzio è in grado di stabilire un contatto emotivo positivo con la realtà”.***

(M. Andolfi, 1994)

- Il silenzio acquista significato se è accompagnato da un'attitudine a trasmettere un ***interesse sincero per i problemi dell'interlocutore attraverso un ascolto attento e partecipe.***

Il silenzio e l'ascolto

Il *silenzio* e l'*ascolto* rappresentano dunque due *dimensioni della comunicazione umana intimamente connesse*.

- Il silenzio consente di cogliere ed interpretare tutti gli elementi di soggettività espressi dai componenti di una persona e del sistema familiare di appartenenza e di evitare una loro frettolosa catalogazione sulla base dei contenuti emergenti nella presunzione di comprendere e di anticipare le loro intenzioni.
- L'ascolto innesca un processo selettivo e dinamico attraverso il quale *solo alcune delle informazioni vengono utilizzate per elaborare una propria interpretazione*.
- L'ascolto, tuttavia, *richiede consapevolezza della propria sensibilità a specifiche esperienze e della inevitabile "risonanza emotiva"*.

Il silenzio come “pausa”

In un colloquio, il silenzio può:

- **indicare una posizione subalterna nell’ambito di una precisa strutturazione gerarchica del rapporto o una mancanza motivazioni,**
- **aumentare l’intensità del messaggio,** riflettendo su ciò che è stato detto e su ciò che si sta per dire,
- **offrire all’altro la possibilità di esprimersi,** quando ad esempio, manifesta con la mimica o la gestualità disaccordo,
- **esercitare una forma di controllo interpersonale in risposta alla violazione di norme di comportamento,** nel qual caso il silenzio è accompagnato da una mimica e da una postura che intima all’interlocutore di tacere e non replicare o di rispondere con un comportamento adeguato,
- **rendere evidente lo stato d’animo di chi ascolta,** attraverso la mimica e la gestualità (es.: “ *un silenzio eloquente*”),
- **facilitare il corso del pensiero,** attraverso, ad esempio, il ricordo (es.: adesso che ci penso... mi ricordo di quella volta ...).

L'ascolto "efficace"

Ascoltare significa essenzialmente capire :

- **che cosa la persona che sta parlando intende dire realmente,**
- **quali emozioni e sensazioni sta provando,**
- **che cosa di ciò che sta la persona che sta parlando voleva dire è stato realmente compreso,**
- **quanto e che cosa ha compreso** di ciò che le è stato detto.
- In altre parole, oltre all'ascolto è indispensabile saper cogliere qualunque forma di *"reazione non verbale"*, cosiddetto ***feedback analogico***, dell'interlocutore alla comunicazione

Alcuni comuni “errori d’ascolto”

Sono comuni “errori d’ascolto”:

- **dichiarare o esprimere disinteresse anche solo a livello non verbale** (espressioni del volto severe, cenni di dissenso con il capo, etc.),
- **entusiasinarsi o dimostrarsi contrariati per qualche particolare** perdendo di vista il significato generale
- **prestare attenzione soltanto al livello di contenuto** trascurando i livelli emozionale e relazionale.

L'empatia

- **Ascoltare**, tuttavia, non significa recepire passivamente tutto ciò che viene detto ma **sforzarsi di comprendere gli aspetti significativi, talora discrepanti, di ciò che l'interlocutore dice o fa.**
- L'ascolto richiede **capacità empatica** ovvero la **capacità di comprendere le persone dal loro punto di vista anziché dal proprio.**
- Per favorire nell'interlocutore la sensazione di essere compreso è necessario **utilizzare un linguaggio semplice, dimostrandogli che non solo si ha interesse a comprendere la sua sofferenza ma anche che si ritiene fondamentale che egli comprenda ciò che si intende comunicargli.**
- Dire, ad esempio, “ *ho avvertito un'inquietudine profonda mentre mi raccontava della sua decisione di ...* ” significa **rispecchiare con parole semplici uno stato d'animo favorendo la consapevolezza emotiva** dell'interlocutore ed, al contempo, soddisfare le aspettative di riconoscimento della sua condizione.

Empatia e distacco emotivo

- Non bisogna però dimenticare che *empatia significa anche comprendere l'altro senza confondersi con lui mantenendo sempre quel sano distacco emotivo utile per la riflessione.*
- Attraverso l'*empatia* è anche possibile *cercare di capire dal punto di vista dell'interlocutore il possibile significato che egli può dare a ciò che si pensa di comunicargli.*

Il “ feedback analogico”

- E’ ovviamente da considerare come feedback non soltanto quanto espresso verbalmente a seguito di un dato messaggio ma anche ogni comportamento riconducibile “*causalmente*” alle componenti, per così dire, analogiche del sistema comunicativo.

Reazioni di feedback analogico

Possibili *reazioni di “feedback analogico”* sono:

- segnali di interesse, attenzione, noia, indifferenza per l'interlocutore o per l'argomento trattato,
- segnali di accettazione, di rifiuto o di neutralità per quanto esposto dall'interlocutore, per l'interlocutore stesso o per la definizione della relazione proposta dall'interlocutore,
- segnali di perplessità, dubbio, incomprendimento per i contenuti,
- segnali di tipo emotivo (preoccupazione, tranquillizzazione, agio, disagio, etc.) in relazione ai contenuti o al contesto situazionale,
- segnali di complicità, intimità, ostilità, familiarità con l'interlocutore.

L'ascolto attivo

Rientrano nel concetto di ascolto anche tutte quelle strategie attraverso le quali è possibile non soltanto favorire il contatto ma anche migliorare la sintonia con l'interlocutore, quello che i tecnici della comunicazione definiscono “**ascolto attivo**”.

Le **strategie per un ascolto attivo** sono fondamentalmente di tre tipi:

- **manifestazioni di interesse**
- **richieste di informazione**
- **segnali di comprensione**

Le manifestazioni di interesse

Le **manifestazioni di interesse** hanno come obiettivo il contatto diretto con l'interlocutore e consistono:

- nel **mantenimento del contatto visivo**, evitando però sguardi insistenti che potrebbero imbarazzare l'interlocutore,
- nell'**uso del linguaggio del corpo**, cercando, ad esempio, di stare composti ma non tesi, evitando di incrociare gli avambracci, assentendo con regolarità ed esprimendo interesse attraverso la mimica facciale,
- nel **mantenimento di un elevato livello di attenzione**, cercando di evitare qualunque azione che possa esprimere disattenzione come, ad esempio, guardare ripetutamente l'orologio.

La richiesta di informazioni

- La richiesta di informazioni ha l'obiettivo di *orientare il discorso dell'interlocutore favorendo la chiarezza nell'esposizione.*

L'UOMO E I SUOI GESTI

l'osservazione del comportamento umano



Desmond Morris

l'autore di "La scimmia nuda"

A PIÙ VOLTE TRADOTTO IN LIBRO

La comunicazione nell'assistenza

- Veicolo per stabilire la relazione tra emittente e ricevente
- Mezzo per definire l'intervento e per ottenere risultati positivi / negativi



Comunicazione efficace



- Buon senso
- Possesso tecniche comunicative
- Interiorizzazione tecniche comunicative
- Centralità del paziente

Tecniche comunicative

- Prestare attenzione (entrare in empatia, atteggiamento posturale idoneo)
- Osservare (non guardare o vedere, porre attenzione al detto e all'agito, individuare incongruenze)
- Presentarsi al paziente



Tecniche comunicative

- Ascoltare (non “sentire”, processo attivo, azione intellettuale ed emotiva)
- Porre domande
- Rispondere (abilità complessa rivolta al contenuto, al sentimento e al significato)



Esame dello stato mentale

Esame dello stato mentale

E' l'esame obiettivo psichiatrico:

Valutazione sistematica delle alterazioni psicopatologiche di un paziente in relazione a specifici aspetti sintomatologici e funzionali



"When did you start seeing these imaginary people?"

Esame dello stato mentale

- **Descrizione generale:** aspetto ed igiene personale
- **Coscienza:** stato di coscienza e orientamento temporo-spaziale
- **Linguaggio:** aderenza al livello socio-culturale, nessi associativi, neologismi, logorrea, accelerazione o rallentamento ideativo, incoerenza
- **Senso-percezioni:** allucinazioni ed illusioni, disturbo dell'immagine corporea
- **Pensiero e Ideazione:** idee prevalenti, deficit della critica e del giudizio, convinzioni deliranti, idee incongrue
- **Funzioni Elementari:** attenzione e memoria
- **Umore e Affettività:** adeguatezza ai vissuti, ai contenuti ideativi ed alle situazioni, tono dell'umore, ansia , apatia
- **Consapevolezza ed Insight:** grado di autopercezione psichica e di consapevolezza, coscienza di malattia, capacità di introspezione e di auto-osservazione
- **Esame di Realtà:** capacità di inserirsi e di essere adeguati all'hic et nunc della realtà circostante

Esame dello stato mentale

- Descrizione generale
- Stato di Coscienza
- Orientamento
- Linguaggio
- Senso-percezioni
- Pensiero e ideazione
- Umore ed affettività
- Capacità cognitive
- Insight

Descrizione generale

- A. *Aspetto:*** postura, cura di sé, igiene personale, abbigliamento

- B. *Comportamento e attività psicomotoria:*** gestualità, rallentamento psicomotorio, iperattività e irrequietezza, movimenti ripetitivi o bizzarri

- C. *Atteggiamento nei confronti della situazione e dell'interlocutore:*** collaborante, amichevole, ostile, sospettoso, seduttivo, etc...

Stato di Coscienza

- Quanto viene effettivamente vissuto in un determinato momento
- Si esprime nello stato di veglia e comporta l'integrità della vigilanza e della lucidità

Stato di coscienza

- Alterazioni quantitative:
 - a. Stato di coscienza innalzato
 - b. Stato di coscienza ridotto (obnubilamento → torpore → sopore → coma)
- Alterazioni qualitative:
 - a. Confusione – sub-confusione – delirium
 - b. Stato crepuscolare
 - c. Automatismi
 - d. Stato oniroide
 - e. Stupor

Orientamento

- nel tempo
- nello spazio
- persona

Eloquio e linguaggio

L'eloquio può essere definito come il “contenitore” del linguaggio; ne costituisce l'aspetto formale e ritmico. Se è presente, può infatti essere:

- Spontaneo;
- Assente;
- Solo in risposta a domande;
- Mutacico quando da parte del paziente è presente un rifiuto ostinato a rispondere alle domande.

In seguito bisogna valutare se è:

- Fluido (normale);
- Rallentato;
- Accelerato.

Senso-percezioni

Processo mentale nel quale gli stimoli sensoriali sono portati a livello di coscienza

- *quantità*: Iperestesia / ipoestesia

- *qualità*: Illusioni, allucinazioni

Senso-percezioni

- Distorsione di percezioni sensoriali
 - Alterazioni della intensità delle percezioni (iperestemie, ipoestemie)
 - Alterazioni della qualità delle percezioni (micropsie, macropsie, dismegalopsie)
- False percezioni
 - Illusioni
 - Pareidolie
- Allucinazioni
- Pseudo-allucinazioni

ALLUCINAZIONE = falsa percezione sensoriale non associata a stimoli esterni reali.

- ✓ Uditive
- ✓ Visive
- ✓ Olfattive
- ✓ Gustative
- ✓ Somatiche



Pensiero

Racchiude le facoltà superiori e la capacità critica per cui una persona è in grado di:

- Relazionarsi con la realtà
- Derivare concetti dal contatto con la realtà
- Produrre giudizi sulla realtà

A. Forma del pensiero

B. Contenuto del pensiero

Pensiero

A. Disturbi della forma del pensiero

- Accelerazione → Fuga delle idee
- Rallentamento → Blocco



quantità e velocità

- Tangenzialità
- Disorganizzazione



coerenza dei nessi associativi

- Neologismi
- Ecolalia



anomalie nel linguaggio

Pensiero

B. Disturbi del Contenuto del pensiero

- *delirio*
- *pensiero dominante*
- *Fobie*
- *Idee suicide e omicide*

Pensiero

Delirio

Idea **falsa** ed **immodificabile** caratterizzata da straordinaria **convinzione e certezza soggettiva**, **non soggetta a critica** e non derivabile dal contesto culturale di provenienza del soggetto

Pensiero

Contenuti di pensiero nel delirio:

- Di Persecuzione/nocumento/autoriferimento
- Di Influenzamento
- Di Indegnità, Colpa, Rovina
- Di Grandezza
- Erotomanico

Umore e affettività

Denota lo stato d'animo dell'individuo, sia inteso nella sua spontaneità che nella sua reattività a stimoli ambientali. L'affettività è quindi una condizione esclusivamente soggettiva che appartiene al nucleo più intimo della personalità; i fenomeni affettivi si dividono in:

- **sentimenti:** stati affettivi che si mantengono a lungo più o meno immutati e che coloriscono la risonanza emotiva personale;
- **emozioni:** stati affettivi per lo più reattivi, intensi, a insorgenza acuta e di rapido esaurimento;
- **umore:** stato basale dell'affettività ovvero lo stato emotivo generalizzato e costante del paziente che risulta sia dal temperamento sia dagli effetti di stati affettivi temporanei che possono subire variazioni in base all'equilibrio psichico e alla situazione contingente.

Umore ed affettività

A. *Umore:* emozione pervasiva e sostenuta che colora la percezione che il soggetto ha del mondo.

(eutimico, esaltato, depresso, disforico, labile)

B. *Affettività:* attuale risposta emozionale del paziente.

(appropriata, inappropriata, appiattita)



Tono dell'umore

- Eutimia
- Deflessione
- Innalzamento
- Disforia
- Distimia
- Alterazione dei sentimenti di capacità, autosufficienza, dignità, ecc.
- Ideazione suicidaria

Affettività

- Ottundimento o appiattimento affettivo
- Labilità
- Apatia
- Alessitima
- Anedonia
- Dissociazione affettiva
- Irritabilità
- Ansia

Cognitività

- Sfera Attentiva
- Sfera Mnesica
- Sfera Intellettiva

Attenzione

Processo cognitivo che permette di selezionare stimoli ambientali, ignorandone altri.

Forme cliniche di deficit dell'attenzione

- primario
- secondario

Attenzione e concentrazione

- Grado di attenzione volontaria e involontaria
- Innalzamento o restringimento dell'attenzione
- Distraibilità *ovvero* Capacità di mantenere l'attenzione selettiva (cioè la concentrazione)
- Grado di distraibilità

Memoria

Funzione della psiche che permette di fissare ed immagazzinare i dati con la facoltà di poterli riportare alla coscienza localizzandoli spazio-temporalmente

- Memoria a Breve Termine
- Memoria a Lungo Termine

Memoria

- Alterazioni quantitative
 - Ipomnesia
 - Amnesia
- Alterazioni qualitative
 - Paramnesie (allomnesie, ricordi incompleti o localizzati erroneamente nel tempo e nello spazio; pseudomnesie, in cui elementi di fantasia danno luogo a ricordi di situazioni che il soggetto non ha mai vissuto)

Intelligenza

Insieme delle capacità operative che consentono di capire, ricordare, utilizzare ed integrare costruttivamente le conoscenze precedenti e gli elementi del pensiero attuale al fine di affrontare e risolvere situazioni nuove

Disturbi dell'intelligenza

- Ritardo mentale
- Demenza
- Deterioramento da disturbi psichiatrici

Insight

Livello di consapevolezza rispetto al disturbo e alla situazione.

Capacità di riconoscere gli aspetti patologici del proprio funzionamento mentale.

LA PSICODIAGNOSI

LA PSICODIAGNOSI

- Termine composto da **diagnosis** (gnosis=conoscere; dia=attraverso) e **psico** (aggettivo di *psyche*= relativo ai processi e ai contenuti della mente).
- La psicodiagnosi è un **processo di conoscenza qualitativo, ipotetico-deduttivo**, che cerca di definire **chi** è la persona che abbiamo davanti, basandosi sullo **studio dei contenuti e delle modalità di funzionamento della sua psiche**, tramite l'uso di diversi **strumenti** (colloqui, interviste, questionari, test...).

Definizione di Test

“Un test o reattivo psicologico consiste essenzialmente in una misurazione obiettiva e standardizzata di un campione di comportamento”

- Standardizzazione \Rightarrow modalità costanti di conduzione, di somministrazione, di scoring e di interpretazione dei risultati:
 - stesse prove;
 - stesse istruzioni;
 - stessi punteggi di valutazione;
 - dati normativi di confronto.

Strumenti

- Colloquio clinico
- Osservazione
- Interviste strutturate
- Test psicodiagnostici
- Tecniche proiettive
- Test intelligenza

Colloquio clinico

- Ha come finalità l'esame del problema che porta il paziente a rivolgersi al terapeuta;
- Serve a collocare il problema all'interno della storia personale del soggetto, delle sue caratteristiche personologiche e della rete di relazioni familiari e sociali;
- È processo di ricerca attiva e mirata;
- Va oltre il semplice "ascolto empatico";
- Necessita di competenze professionali specifiche.

Fasi dell'indagine psicodiagnostica

Osservazione

- Naturalistica (ambiente naturale nel quale spontaneamente si presenta il problema)
- In situazione ambulatoriale (Reattività comportamentale)
- Automonitoraggio

Impiego di Test

- Per contribuire a formulare diagnosi
- Per indirizzare verso un trattamento adeguato
- Per valutare l'andamento del trattamento
- Per effettuare uno *screening*

Scelta del test

Deve essere effettuata tenendo conto di:

- Orientamento teorico
- Caratteristiche pratiche
- Validità
- Attendibilità
- Standardizzazione

TEST DI PERSONALITA'

- Questionari
 - Multidimensionali (MMPI)
- Test
 - Reattivi di intelligenza
 - Test della figura umana, test della famiglia, test dell'albero.
 - Proiettivi (RORSCHACH, T.A.T.)

QUESTIONARIO

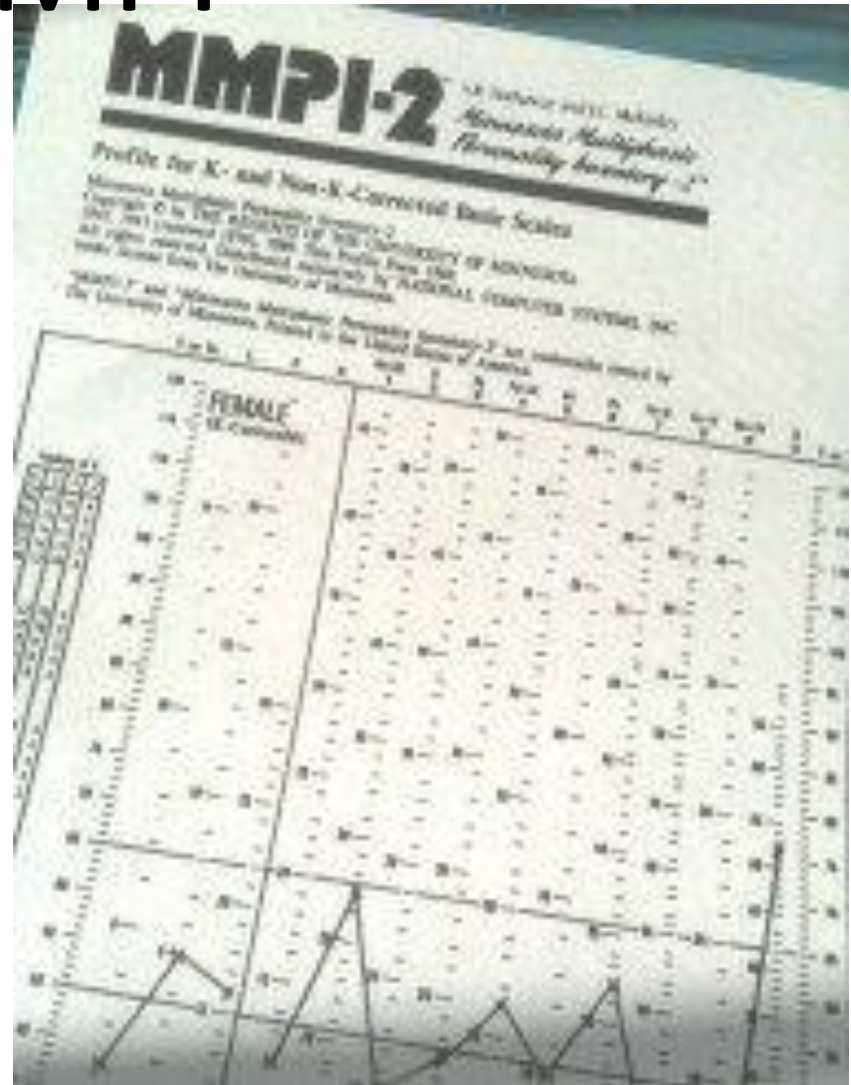
- Il questionario si basa sull'utilizzo di un materiale proposto per iscritto ed a cui il soggetto deve, sempre per iscritto, rispondere. Si tratta di strumenti di autosomministrazione o self-report.
- I questionari a risposte aperte sono costituiti da una serie di domande riportate fin dall'inizio, poste con un ordine determinato, scritte su un modulo a cui il soggetto deve rispondere per iscritto con risposte libere e discorsive, con parole sue.
- I questionari a risposte strutturate ed a risposte chiuse, sono chiaramente strutturati come i precedenti, ma qui il soggetto si limita a scegliere tra varie categorie di risposte preformulate:
 - dicotomici: vero-falso; si-no.
 - scala Likert o differenziale semantico.

MMPI

TEST MINNESOTA O MMPI-2 (MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY - 2)

UTILIZZATO IN TUTTI GLI SPAZII SANITARI PER UFFICI - UFFICI (PUBBLICA ASSISTENZA) A 18 ANNI

1. Mi piacevano le feste di compleanno
2. Mi ho fatto il bagno
3. Mi trovo spesso a ripensare quasi tutto la mattina
4. Penso che il mio passato sia un incubo
5. Vorrei sapere se qualcuno mi ama
6. Mio padre è una persona speciale. O mio nonno (o il fratello) mio padre è stato una persona speciale
7. Mi piace leggere gli articoli di cronaca nera
8. Ci sono tre o quattro cose che mi interessano
9. La mia vita è un po' più seria e piena di cose che mi interessano
10. Sono capace di lavorare come in pieno tempo pieno
11. Capito spesso in situazioni di stress. La gente che mi piace
12. Sono un po' più serio della mia vita
13. Le persone sembrano cercare di capire i loro sogni. Sembra guidare e avere un sogno
14. Mi piacevano i ragazzi di sport e di calcio
15. Lavoro tutti i giorni senza mai un giorno
16. A volte penso di essere così serio. Ho 200 dollari al giorno
17. Sono stato tre volte in prigione
18. Tutti si dividono in buoni e cattivi
19. Quando sono un uomo serio (non si capisce) e chi è in prigione essere deluso
20. Mi piace lavorare tutti i giorni
21. A volte mi sembrano molto andare via da casa
22. Nessuno sembra serio
23. A volte scoppio di rabbia e si spengono senza ragione i miei amici
24. A volte sono perplesso dagli agenti migliori
25. Mi piacevano i ragazzi di calcio
26. Quando sono nei guai, penso che la cosa migliore sia di non parlare a nessuno
27. Quando sono in un posto serio che non è la mia pagina, mi sembra di avergli un po' di tempo
28. Ho difficoltà a trovare lavoro e di andare
29. A volte mi viene voglia di impazzire
30. Sembra la gente che non è in prigione
31. Mi piace difficile concentrarsi su un compito o su un lavoro
32. Ho avuto esperienze terribili da un po' di tempo
33. Mi piacevano le persone che mi piacevano
34. Mi piace lavorare nei guai e la gente che non mi piace lavorare
35. Quando sono in prigione, mi sembra che la gente che non mi piace lavorare
36. Mi piace lavorare in prigione
37. A volte mi viene voglia di picchiare qualcuno
38. Ho avuto serietà di giorni, settimane e mesi e poi mi era difficile continuare qualcosa perché non ho niente di importante
39. Mi piace lavorare in prigione
40. Quando sono in prigione che la gente che non mi piace lavorare
41. Mi piace lavorare in prigione
42. Mi piace lavorare in prigione



Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

- All'inizio (anni '30) doveva servire come elemento di screening tra normalità e patologia
-
- Nel tempo sono state individuate una serie di scale cliniche che permettono di evidenziare la presenza di una serie di elementi utili alla diagnosi: Ipocondria (Hs) Paranoia (Pa) Depressione (D) Psicastenia (Pt) Isteria (Hy) Schizofrenia (Sc) Deviazione psicopatica (Pd) Ipomania (Ma) Sessualità (M/F) Introversione Sociale (Si)

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-1)

- All'inizio (anni '30) veniva utilizzato come strumento di screening tra normalità e patologia
- Nel tempo sono state individuate una serie di scale cliniche che permettono di evidenziare la presenza di una serie di elementi utili alla diagnosi
 - Ipocondria (Hs)
 - Depressione (D)
 - Isteria (Hy)
 - Deviazione psicopatica (Pd)
 - Sessualità (M/F)
 - Paranoia (Pa)
 - Psicastenia (Pt)
 - Schizofrenia (Sc)
 - Ipomania (Ma)
 - Introversione

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

- Si usano scale di controllo che permettono di effettuare una serie di valutazioni circa l'eventuale volontà del paziente a mentire o la capacità a comprendere le domande
- L'MMPI.2 indaga su scale ancora più specifiche
- È composto da 567 domande alle quali bisogna rispondere vero-falso

Beck Depression Inventory

Scala di valutazione dei sintomi depressivi

- Ritiro Sociale Indecisione
- Svalutazione immag. Corporea
- Calo efficienza lavorativa
- Disturbo del sonno
- Affaticabilità
- Calo appetito
- Calo Ponderale
- Preoccupazioni somatiche
- Calo della libido

Beck Depression Inventory

- A ciascun item viene dato un punteggio in ordine crescente in riferimento alla presenza del disturbo
- Fanno riferimento all'ultima settimana
- Il punteggio totale viene dato dalla somma del punteggio di ogni singolo item
- Punteggio 16 è considerato come livello al di sopra del quale si parla di allarme clinico
- Particolare importanza agli item che riguardano il suicidio (item 2 e 9)

Test Proiettivi

- Ipotesi Proiettiva: le risposte di un individuo a degli stimoli ambigui che gli vengono presentati, riflettono attributi significativi e relativamente stabili della Personalità
- Si presentano al paziente degli stimoli poco strutturati con la richiesta di “interpretarli”.
- Si attende che il materiale del test funzioni come una sorta di “schermo bianco” sul quale il soggetto proietta le sue caratteristiche psicologiche, bisogni, conflitti, atteggiamenti, ecc

Test Proiettivi

- Questi test risentono ancora più dello stato emotivo del momento, dall'ambiente e dalla interazione con il somministratore
- Non forniscono veri punteggi ma indicazioni generali che lasciano ampia libertà di interpretazione
- Importantissima una formazione rigorosa di chi lo somministra

Test Proiettivi

- Primi test proiettivi risalgono ai primi dell'800 con liste di libere associazioni di parole
- Da allora sono stati ideati numerosi test definiti Proiettivi
- Reattivo psicodiagnostico di Rorschach (interpretazione di stimoli privi di contenuto proprio)
- Test di Appercezione Tematica (TAT-CAT) (interpretazione di stimoli di significato incompleto)
- Sceno test in cui si utilizzano pupazzi con cui giocare

Reattivo di Rorschach



Card 1

Popular responses
bat, butterfly, moth



Card 2

Popular responses
two humans, four-
legged animal, dog,
elephant, bear



Card 3

Popular responses
two humans, human
figures



Card 4

Popular responses
animal hide, skin, rug



Card 5

Popular responses
bat, butterfly, moth



Card 6

Popular responses
animal hide, skin, rug



Card 7

Popular responses
human heads or faces



Card 8

Popular responses
animal; not cat or dog
four-legged animal



Card 9

Popular responses
human



Card 10

Popular responses
crab, lobster, spider
rabbit head,
caterpillars, worms,
snakes

Reattivo di Rorschach

- 10 tavole (5 solo grigie e nere , 2 anche colore rosso, 3 combinazioni e sfumature di vari colori)
- “cosa potrebbe rappresentare”
- Si annotano le risposte
- Tempo impiegato
- Posizione in cui vengono tenute le tavole
- Quali aspetti della figura hanno determinato la risposta

Reattivo di Rorschach

- *Siglatura*

 - Fattore determinante la risposta

 - Localizzazione all'interno della tavola

 - Contenuto della risposta (animali, oggetti, parti anatomiche, ecc.)

 - Originalità della risposta

- *Interpretazione*

 - Frequenza delle caratteristiche della risposta

 - Numero delle risposte e rifiuti

 - Tempi di reazione

 - Caratteristiche emerse dalla siglatura

- *Scuole e criteri di interpretazione*

Il test del Disegno della Figura Umana Machover 1949

- Goodenough: su questo foglio devi disegnare una persona. Falla meglio che puoi con molta cura e attenzione
- Machover: disegna una persona
- Si fornisce un secondo foglio e si chiede: disegna un'altra persona di sesso opposto. Si può completare con un'inchiesta sugli attributi delle persone disegnate (età, sesso, relazioni, stato emotivo, attività, etc.)

Il test del Disegno della Figura Umana Machover 1949

- E' un test proiettivo di personalità, che integra gli aspetti cognitivi, affettivi e dinamici che intervengono nell'esecuzione pittorica. Questo test può esprimere: l'organizzazione del sé, l'autostima, il vissuto corporeo, l'ideale dell'io, e la propria immagine sociale. Il soggetto può, dunque, mostrare graficamente come vive "l'immagine del sé", ma anche dello schema corporeo e la permeabilità dei confini del corpo. L'esecuzione di due figure di sesso diverso permette di mettere in evidenza la confusione nelle identificazioni sessuali, se viene prodotta prima la figura di sesso opposto al proprio, (questo vale soprattutto per i soggetti giovani), ma anche di operare una fruttuosa serie di confronti tra le due rappresentazioni. L'immagine del corpo e quindi dell'io, è una struttura dinamica che si evolve nel tempo, per tanto anche il disegno della Figura Umana si evolve e muta nel tempo.

Il reattivo dell'albero di Koch, 1947

- In stretta correlazione con quello della figura umana. L'analisi quantitativa può aiutarci a trarre informazioni sul livello formale e quindi sullo sviluppo intellettuale. Il test dell'albero permette di arricchire, completare o mettere in dubbio i dati ottenuti con altri metodi. L'analisi del disegno evidenzia le strutture portanti, gli aspetti autentici e profondi della personalità come l'equivalente di un autoritratto. E' possibile individuare: *le radici, la base e la chioma.*

Il Disegno della Famiglia

- **Borrelli-Vincent:** disegna una famiglia di tua invenzione (come vuoi tu, a tuo piacimento)
- Su un secondo foglio: disegna la tua famiglia
- **Burns e Kaufmann:** disegna una famiglia che compie qualcosa
- Per la famiglia immaginaria, è necessaria l'inchiesta (annotare su un altro foglio, lasciando il disegno eseguito davanti al soggetto):

Il Disegno della Famiglia di L. Corman

- Come tecnica proiettiva, mette in evidenza: l'immagine di sé, la collocazione all'interno della propria famiglia, le relazioni oggettuali che lungo l'arco dello sviluppo il soggetto ha interiorizzato e strutturato e che sono alla base sia degli attuali rapporti quotidiani con i vari componenti della famiglia, che dei rapporti interpersonali in genere; i conflitti, più o meno acuti che ha vissuto e che vive nei confronti del gruppo familiare nel suo complesso e i relativi meccanismi di difesa. Il Disegno della Famiglia, permette di cogliere rapidamente, sia pure a grandi linee, la rappresentazione fantasmatica che l'individuo ha del proprio ambiente di origine, dell'immagine della famiglia e di riflesso il proprio universo emotivo e relazionale.

Test di Intelligenza

- **Scala Stanford-Binet valuta il Q.I.** (Quoziente Intellettivo) ovvero il rapporto ($\times 100$) tra *età mentale* corrispondente alle prove cognitive che il soggetto è in grado di superare e la sua *età cronologica*
- **Matrici progressive di Raven** si basa sulla richiesta di una specifica operazione di ragionamento indotto su stimoli visivi

Scale di Wechsler

- Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)
- Wechsler Intelligence Scale Children (WISC e WISPP)
 - 10-11 prove (6 Verbali e 5 di performance)
 - Informazione Completamento figure
 - Memoria cifre Riordinamento storie Disegno cubi
 - Vocabolario Ricostruzione oggetti
 - Ragionamento aritmetico Associazione simboli-numeri
 - Comprensione
 - Analogie
- QI Verbale e QI di Performance

WAIS

- La *Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition* (WAIS-IV) dà una valutazione complessiva delle capacità cognitive di adolescenti e adulti di età compresa tra 16 e 90 anni. Fornisce un *punteggio totale di QI*, rappresentativo dell'abilità intellettuale generale, e *quattro punteggi compositi*, che misurano specifici domini cognitivi.

WAIS

- La WAIS-IV si compone di *15 subtest*, 10 fondamentali e 5 supplementari (da somministrare a discrezione del clinico in relazione alle caratteristiche del soggetto e allo scopo della valutazione), che indagano *4 dimensioni*.
- *Comprensione verbale*: subtest Somiglianze, Vocabolario, Informazione e Comprensione (supplementare).
- *Ragionamento visuo-percettivo*: subtest Disegno con i cubi, Ragionamento con le matrici, Puzzle, Confronto di pesi (solo 16-69 anni; supplementare) Completamento di figure
- *Memoria di lavoro*: subtest Memoria di cifre, Ragionamento aritmetico e Riordinamento di lettere e numeri (solo 16-69 anni; supplementare).
- *Velocità di elaborazione*: subtest Ricerca di simboli, Cifrario e Cancellazione (solo 16-69 anni; supplementare).

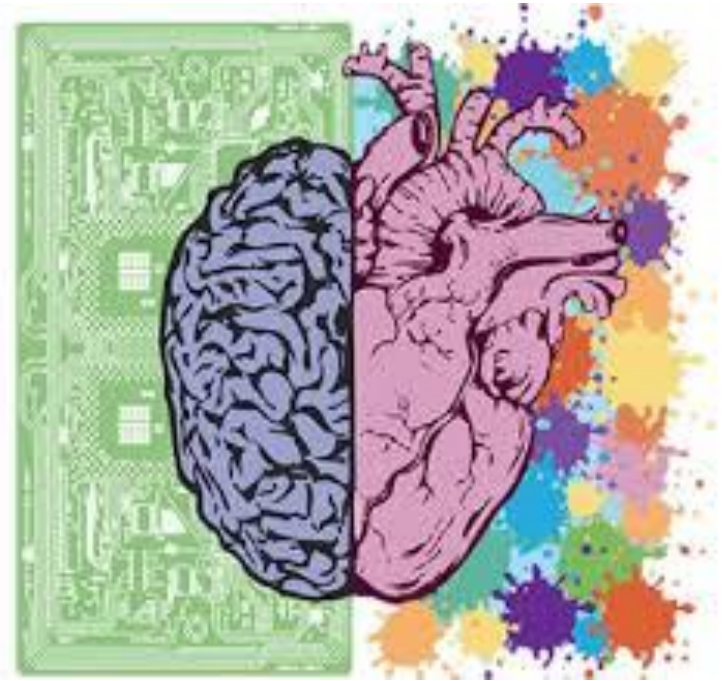
Le Emozioni

L'Emozione

Stato psichico affettivo e momentaneo che consiste nella reazione, opposta dall'organismo, a percezioni o rappresentazioni che ne turbano l'equilibrio

L'emozione può essere definita come quella complessa catena di eventi compresa tra la comparsa dello stimolo scatenante (INPUT) e l'esecuzione del comportamento rispondente (OUTPUT).

- **LO STATO EMOTIVO INCIDE SULLE PRESTAZIONI, SULL'APPRENDIMENTO E SU RICORDO, CONFERMANDO CHE L'INTELLIGENZA AGISCE IN STRETTA RELAZIONE CON LA COMPONENTE EMOTIVA**



- *“la vita affettiva e quella conoscitiva sono dunque inseparabili benché distinte; sono inseparabili perché ogni scambio con l’ambiente suppone al tempo stesso una strutturazione e una valorizzazione, ma restano, malgrado ciò, ben distinte, poiché questi due aspetti della conoscenza non possono ridursi l’uno all’altro” (Piaget)*

LE EMOZIONI



- coinvolgono: il corpo e la mente
- sono risposte innate, costituite da componenti differenti e da diversi fenomeni involontari e automatici che si verificano nello stesso momento.

LE EMOZIONI

- hanno un ruolo fondamentale a livello evolutivo: servono a proteggerci, a riconoscere i pericoli e a difenderci da essi.
- quando però viviamo un'emozione troppo intensamente o quando non riusciamo a riconoscerla e decifrarla, corriamo seri rischi



LE EMOZIONI

- attivazione fisiologica successiva ad un evento scatenante di cui abbiamo consapevolezza.
- questo evento può essere interno, come un pensiero o una sensazione corporea, o esterno, come un amico che ci dà buca o il capo che ci urla contro.
- l'emozione dà luogo a una serie di modificazioni a livello del sistema nervoso: cambiamenti nella frequenza cardiaca, nella temperatura corporea, nell'attivazione muscolare e nel livello di ossigeno nel sangue.

LE EMOZIONI

- Ogni emozione comporta cambiamenti corporei non solo interni, ma anche visibili all'esterno: ogni emozione ha una sua specifica e universale espressione facciale, un determinato tono di voce e ci spinge a mettere in atto un comportamento specifico, per esempio aggredire se siamo arrabbiati o scappare se siamo spaventati.



LE EMOZIONI

- Nella teoria evoluzionistica, le emozioni sono considerate dei processi adattivi che permettono di valutare varie condizioni ambientali, di attivare un comportamento, di comunicare con gli altri membri della propria specie e di adattarsi all'ambiente nel modo migliore possibile (Barkow, Cosmides, & Tooby, 1992; Nesse, 2000).



LE EMOZIONI

EMOZIONI

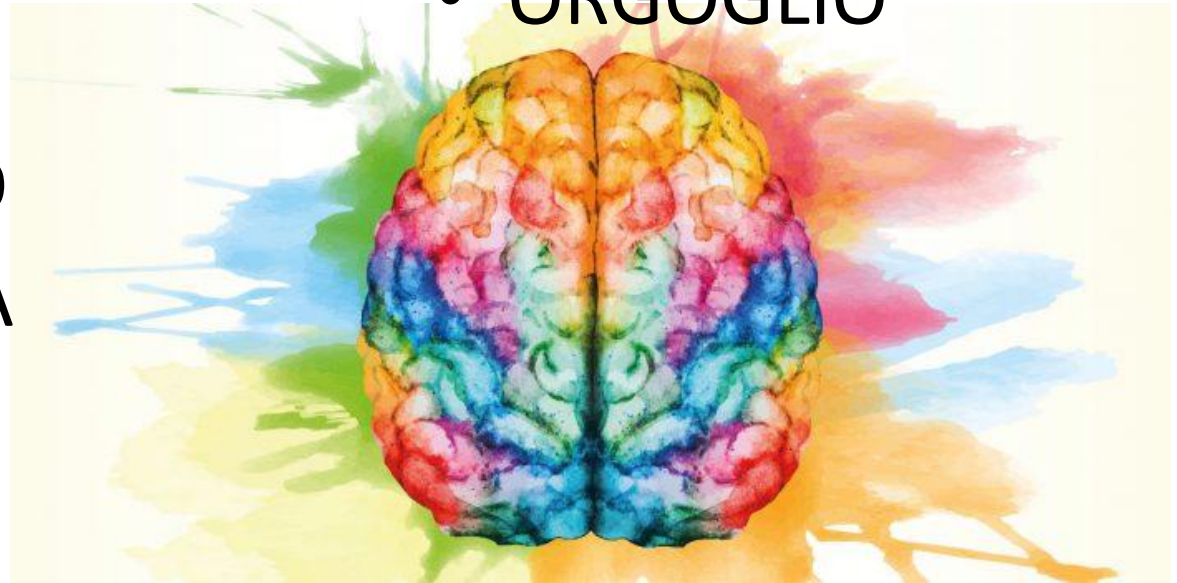
PRIMARIE:

- PAURA
- RABBIA
- TRISTEZZA
- GIOIA
- DISGUSTO
- SORPRESA

EMOZIONI

SECONDARIE:

- VERGOGNA
- COLPA
- ORGOGLIO



LE EMOZIONI

- GLI ETOLOGI HANNO CONSTATATO COME LE ESPRESSIONI FACCIALI, LA POSTURA, LO SGUARDO E LA GESTUALITÀ CHE COMUNICANO LA PRESENZA DI UNA DETERMINATA EMOZIONE VENGANO EMESSE SECONDO PATTERN APPARENTEMENTE UNIVERSALI, SIA QUANDO SI VUOLE MANIFESTARE UNO STATO DI APPAGAMENTO, SIA IN PRESENZA DI UNA MINACCIA (EIBLIESFELDT, 1975).



LE EMOZIONI

- La **FELICITA'** si caratterizza per una evidente connotazione positiva del vissuto soggettivo. serve infatti a favorire l'apprendimento, a sviluppare una motivazione autonoma e costituisce le basi per un pensiero libero e creativo;
- E' direttamente collegata al piacere e al gioco creativo.
- Libera oppioidi interni che sono gli stessi che vengono prodotti dalle prime cure materne. Da queste prime esperienze, infatti, si impara a tollerare la frustrazione. Saltare questa fase porta successivamente all'abuso di cibo, sigarette o l'uso incontrollato di altre sostanze che sono in grado di liberare oppioidi.



LA FELICITA'

- Secondo **Argyle** (1987), il maggiore studioso di questa emozione, **la felicità è rappresentata da un senso generale di appagamento** complessivo che può essere scomposto in termini di appagamento in aree specifiche quali ad esempio il matrimonio, il lavoro, il tempo libero, i rapporti sociali, l'autorealizzazione e la salute.



LA FELICITA'

La felicità è anche legata al numero e all'intensità delle emozioni positive che la persona sperimenta e, in ultimo, **come evento o processo emotivo improvviso e piuttosto intenso è meglio designata come gioia**. In questo caso è definibile come l'emozione che segue il soddisfacimento di un bisogno o la realizzazione di un desiderio e in essa, accanto all'esperienza del piacere, compaiono una certa dose di sorpresa e di attivazione.

(D'Urso e Trentin, 1992)

LA FELICITA'

- Alcuni autori (**Maslow**, 1968; **Privette**, 1983) riportano che le sensazioni esperite con più frequenza dalle persone che si trovano in una condizione di felicità o di gioia sono quelle di **sentire con maggiore intensità le sensazioni corporee positive** e con minore intensità la fatica fisica, di sperimentare uno stato di attenzione focalizzata e concentrata, di sentirsi maggiormente consapevoli delle proprie capacità.
- Spesso **le persone felici si sentono più libere e spontanee**, riferiscono una sensazione di benessere in relazione a se stesse e alle persone vicine e infine descrivono il mondo circostante in termini più significativi e colorati.

LA FELICITA'

- Le persone che provano emozioni positive, quali ad esempio gioia e felicità, a livello fisiologico **presentano un'attivazione generale dell'organismo** che si manifesta con un'accelerazione della frequenza cardiaca, un aumento del tono muscolare e della conduttanza cutanea e infine una certa irregolarità della respirazione.
- Il sorriso, sovente accompagnato da uno sguardo luminoso e aperto, è la manifestazione comportamentale più rappresentativa, inconfondibile e universalmente riconosciuta della felicità e della gioia.



LE EMOZIONI

- La **PAURA** è un'emozione universale e una reazione normale e adattiva dinanzi ai pericoli naturali che “paralizza” l'animale in una determinata posizione, lo motiva a fuggire o a evitare qualcosa e gli fa emettere le espressioni facciali e gli stimoli vocali per allertare i propri simili della presenza di un pericolo imminente. Le emozioni negative sono particolarmente utili, dato che si presentano quando ci si trova al cospetto di un pericolo - o dinanzi a una minaccia - ed è necessario attivarsi immediatamente per sopravvivere (Nesse & Ellsworth)



LA PAURA

- Si identificano stati di diversa intensità emotiva che vanno da una polarità fisiologica come il timore, l'apprensione, la preoccupazione, l'inquietudine o l'esitazione sino ad una polarità patologica come l'ansia, il terrore, la fobia o il panico.
- Paura come:
 - **emozione attuale,**
 - **emozione prevista nel futuro,**
 - **condizione pervasiva ed imprevista,**
 - **semplice stato di preoccupazione e di incertezza.**
- L'esperienza soggettiva, il vissuto della paura è rappresentata da un senso di forte spiacevolezza e da un intenso desiderio di evitamento verso un oggetto o situazione giudicata pericolosa. Altre costanti dell'esperienza della paura sono la **tensione** che può arrivare sino alla **immobilità** (l'essere paralizzati dalla paura) e la selettività dell'attenzione ad una ristretta porzione dell'esperienza.

LA PAURA

- Potenzialmente qualsiasi oggetto, persona o evento può essere vissuto come pericoloso e quindi indurre una emozione di paura.
- La variabilità è assoluta, addirittura la minaccia può generarsi dall'assenza di un evento atteso e può variare da momento a momento anche per lo stesso individuo. Essenzialmente la paura può essere di natura **innata** oppure **appresa**.

I fattori fondamentali risultano comunque essere la percezione e la valutazione dello stimolo come pericoloso o meno.

LA PAURA

Precisamente, uno stato di paura acuta ed improvvisa caratteristica del panico e della fobia, si accompagna ad un'attivazione del sistema nervoso autonomo parasimpatico, (abbassamento della pressione del sangue e della temperatura corporea, diminuzione del battito cardiaco e della tensione muscolare, abbondante sudorazione e dilatazione della pupilla).

Il risultato di tale attivazione è una sorta di paralisi, ossia **l'incapacità di reagire in modo attivo con la fuga o l'attacco.**

La funzione di questa staticità indotta dallo stimolo fobico sembra quella di difendere l'individuo dai comportamenti aggressivi d'attacco scatenati dalla fuga e dal movimento. Paradossalmente, in casi estremi, tale reazione parasimpatica può condurre alla morte per collasso cardiocircolatorio. Stati di paura meno intensi invece attivano il sistema nervoso simpatico, per cui i peli si rizzano, ai muscoli affluisce maggior sangue e la tensione muscolare ed il battito cardiaco aumentano; il corpo è così pronto all'azione finalizzata all'attacco oppure alla fuga.

LE EMOZIONI

- La **RABBIA**: anche la rabbia, come la paura, presenta risposte corporee e psicosomatiche importanti. la nostra cultura vede questa emozione come qualcosa di negativo da dovere evitare e non ci viene insegnato come modularla e gestirla. si crea così un conflitto interno emotivo-cognitivo, uno sbilanciamento di ormoni, di neurotrasmettitori e di altre sostanze che porta a forti squilibri che si ripercuotono sul nostro metabolismo e sulle emozioni stesse. Più conosciamo queste emozioni e abbiamo un ampio repertorio di risposte, più abbiamo comportamenti adattivi e benessere psicologico.



LA RABBIA

- La rabbia è una emozione tipica, considerata **fondamentale** da tutte le teorie psicologiche poiché per essa è possibile identificare una specifica origine funzionale, degli antecedenti caratteristici, delle manifestazioni espressive e delle modificazioni fisiologiche costanti, delle prevedibili tendenze all'azione.
- Essendo un'emozione primitiva, essa può essere osservata sia in bambini molto piccoli che in specie animali diverse dell'uomo.
- Quindi, insieme alla gioia e al dolore, la rabbia è **una tra le emozioni più precoci**.
- Moltissimi risultano essere i termini linguistici che si riferiscono a questa reazione emotiva: collera, esasperazione, furore ed ira rappresentano lo stato emotivo intenso della rabbia; altri invece esprimono lo stesso sentimento ma di intensità minore, come irritazione, fastidio, impazienza.

LA RABBIA

- Per la maggior parte delle teorie **la rabbia rappresenta la tipica reazione alla frustrazione e alla costrizione, sia fisica che psicologica.** La relazione causale che lega la frustrazione alla rabbia non è affatto semplice. Altri fattori sembrano infatti implicati affinché origini l'emozione della rabbia. La responsabilità e la consapevolezza che si attribuisce alla persona che induce frustrazione o costrizione sembrano essere altri importanti fattori.
- Ancor più delle circostanze concrete del danno, **quello che più pesa nell'attivare una emozione di rabbia sembra cioè essere la volontà che si attribuisce all'altro di ferire e l'eventuale possibilità di evitare l'evento o situazione frustrante.** Insomma ci si arrabbia quando qualcosa o qualcuno si oppone alla realizzazione di un nostro bisogno, soprattutto **quando viene percepita l'intenzionalità** di ostacolare l'appagamento.

LA RABBIA

Tre possono quindi essere i fondamentali destinatari finali della nostra rabbia:

- **un oggetto che provoca la frustrazione,**
- **un oggetto diverso rispetto a quello che provoca la frustrazione (spostamento dall'obiettivo originale),**
- **verso se stessi, trasformandosi in autolesionismo ed auto aggressione.**



L'IMBARAZZO



L'IMBARAZZO

- Se alle emozioni considerate fondamentali (felicità, tristezza, paura, rabbia, disgusto) si attribuiscono funzioni e scopi evolutivi semplici – quali mantenere i legami affettivi con le figure di attaccamento, segnalare l'esistenza di pericoli, difendersi dagli attacchi e dalle circostanze pericolose –, alle emozioni più complesse si attribuiscono funzioni maggiormente evolute e connesse alla formazione della consapevolezza di se stessi e alla regolazione delle proprie relazioni con gli altri.

L'IMBARAZZO

- **E' una tipica emozione sociale** fortemente connessa alla percezione che ciascuno di noi ha di se stesso e delle sue caratteristiche in relazione agli altri.
- Posto che l'imbarazzo potrebbe non essere solo un'emozione negativa, si è cercato di fornire una definizione di questo stato emotivo, di considerare le situazioni e i motivi che più comunemente suscitano imbarazzo, di rilevare se ci sono persone che sperimentano questo stato emotivo più facilmente di altre, di descrivere i correlati comportamentali e psico-fisiologici di questa emozione e, in ultimo, di suggerire alcuni accorgimenti per tenerla sotto controllo.

L'IMBARAZZO

- A livello comportamentale, l'imbarazzo si manifesta attraverso **alterazioni della voce**, che oltre a segnalare agli altri lo stato emotivo in cui ci si trova, **agiscono come causa ulteriore d'imbarazzo**.
- la **postura** può essere o estremamente **rigida con pochissimi movimenti** o al contrario presentare **movimenti irrequieti di braccia, gambe, mani e continui cambi di posizione**. Inoltre quando ci si sente imbarazzati si mettono in atto dei comportamenti tesi ad allentare la tensione emotiva, quali toccarsi ripetutamente i capelli o giocherellare con piccoli oggetti. Anche il linguaggio delle persone imbarazzate si modifica (**Kast e Mahl, 1965**).

L'IMBARAZZO

- A livello psico-fisiologico il segnale caratteristico dell'imbarazzo è l'**arrossarsi** in modo repentino del viso e del collo fatto dovuto ad una vasodilatazione periferica; il battito del cuore rallenta (anche se spesso si pensa che aumenti), la temperatura corporea si innalza o ha degli sbalzi, i vasi sanguigni si dilatano, aumenta la tensione muscolare, la respirazione si fa irregolare, si suda di più e la motilità gastrica, così come la secchezza delle fauci, aumentano (**D'Urso e Trentin, 1992**).

LE EMOZIONI



- La **TRISTEZZA**: “toglie energie fuori per aggiustare dentro”. Si attiva quando perdiamo qualcosa o qualcuno di affettivamente importante. questo crea una ferita interna che, come quelle esterne, ha bisogno di tempo per rimarginarsi.

LE EMOZIONI

- La naturale tendenza a esprimere le emozioni attraverso il volto rende impossibile nascondere ciò che si sta provando in un determinato momento (Bonanno et al., 2002): chi ha difficoltà a “leggere” le emozioni altrui si trova pertanto in una posizione svantaggiata.
- Ci aiutano a considerare diverse alternative, ci motivano ad agire per mettere in atto un cambiamento e ci informano su quali siano i nostri bisogni. In seguito a un danno cerebrale ai centri che collegano emozioni e cognizioni, ad esempio, è ancora possibile soppesare razionalmente i pro e i contro di una situazione, ma si diventa incapaci di prendere decisioni.

LE EMOZIONI

- Rappresentano informazioni su cui spesso facciamo affidamento; a quest'approccio si rifà il concetto di “reazione viscerale” Contrariamente a quanto sostiene il modello razionalista - in base al quale le reazioni “viscerali” sono considerate scarsamente valide e affidabili - i dati dimostrano come queste siano invece molto efficaci, immediate e accurate (Gigerenzer, 2007; Hoffrage, & Goldstein, 2008)



LE EMOZIONI

- Ci aiutano a relazionarci con gli altri, grazie alla “teoria della mente” socialmente condivisa. chi è affetto da sindrome di asperger o da autismo, non riuscendo a valutare accuratamente le emozioni altrui, incorre in comportamenti disfunzionali durante le interazioni con le altre persone (Baroncohen et. al., 2009).



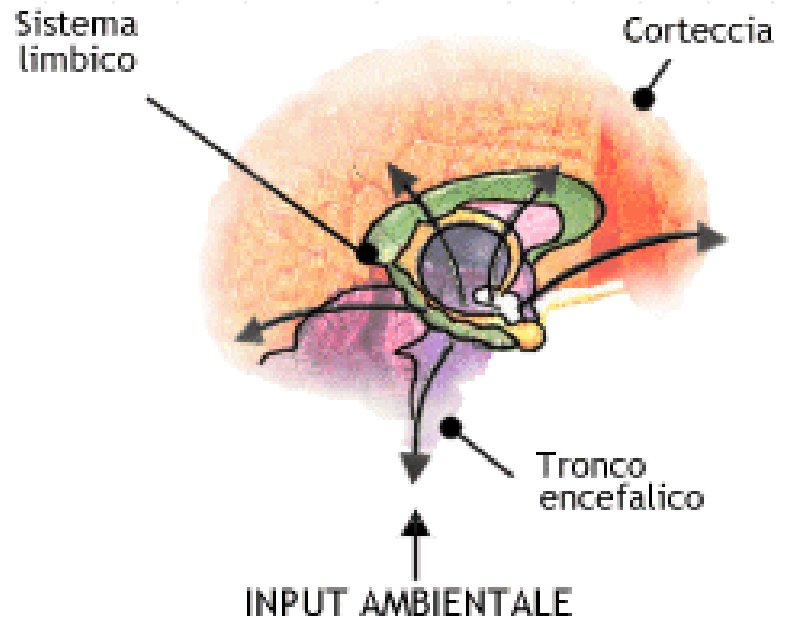
LE EMOZIONI

- L'incapacità di riconoscere le emozioni e di etichettarle, differenziarle e collegarle agli eventi prende il nome di "alessitimia", condizione spesso associata a problematiche quali abuso di sostanze, disturbi alimentari, DAG, DPTS e altre (Taylor, 1984).
- Per regolare in maniera efficace un'emozione e, di conseguenza, calmarci è importante innanzitutto saper riconoscere e identificare quello che stiamo provando. Se non so che emozione sto provando non posso neppure scegliere le strategie più efficaci. Se non riesco a capire la causa di un'emozione non riuscirò a trovare una soluzione del problema che l'ha generata. In conclusione, riconoscere le emozioni è il primo passo per poter stare meglio

Correlati anatomici dell'emozione

Le recenti evidenze neuropsicologiche hanno mostrato quali aree cerebrali sono maggiormente coinvolte nella **mediazione dei fenomeni emotivi** e, grazie al contributo di **P. Salovey** e **J. Mayer**, nel 1990 è stata elaborata la concezione dell'**Intelligenza Emotiva**, diffusa poi da **D. Goleman** che ha approfondito il rapporto tra mente razionale e mente emozionale, in cui si possono cogliere i presupposti del contributo fornito dall'Intelligenza Emotiva al benessere psicologico.

Infatti, come si può osservare nella seguente sezione cerebrale, le basi anatomiche delle emozioni sono rintracciabili nelle strutture più primitive e più interne localizzate nel sistema limbico, a cui giungono gli input ambientali prima di raggiungere le aree superiori della corteccia coinvolte, a seconda del compito di adattamento richiesto, in modo diverso.



Rapporti tra input ambientale, aree anatomiche della mente razionale e strutture anatomiche della mente emozionale.

Intelligenza Emotiva

- L'**intelligenza emotiva** è stata trattata la prima volta nel 1990 dai professori Peter Salovey e John D. Mayer
- Può essere descritta come la **capacità** di un individuo di **riconoscere**, di **discriminare** e **identificare**, di **etichettare** nel modo appropriato e, conseguentemente, di **gestire** le proprie emozioni e quelle degli altri allo scopo di **raggiungere determinati obiettivi**.

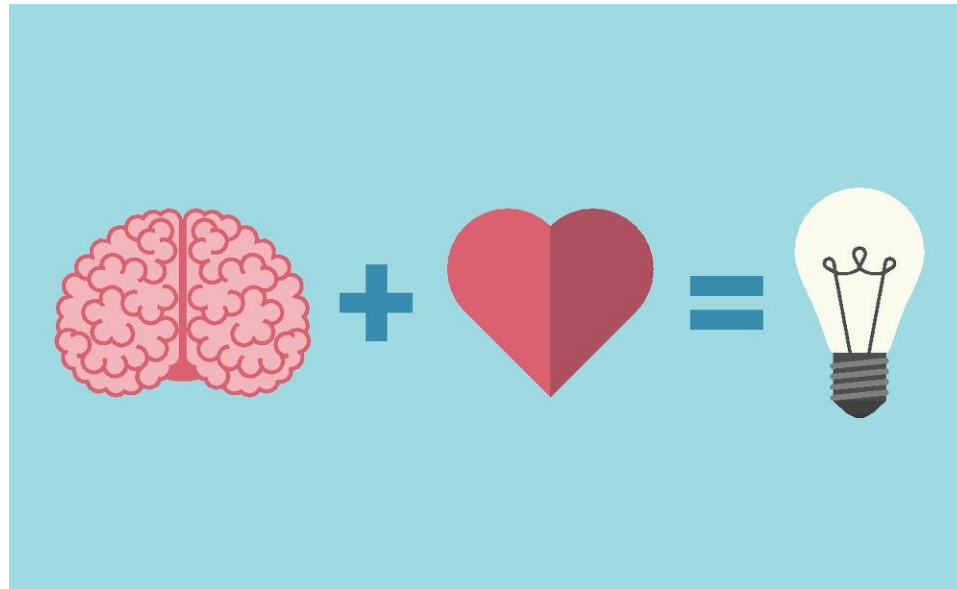
Intelligenza emotiva

- Capacità di riconoscere le proprie emozioni
- Capacità di controllare le proprie emozioni
- Capacità di riconoscere le emozioni altrui
- Capacità di gestire le relazioni



Intelligenza emotiva

- INFLUENZA IL FUNZIONAMENTO ADATTIVO.
- introdotto da Salovey e Mayer (1990) per descrivere “la capacità che hanno gli individui di monitorare le sensazioni proprie e quelle degli altri



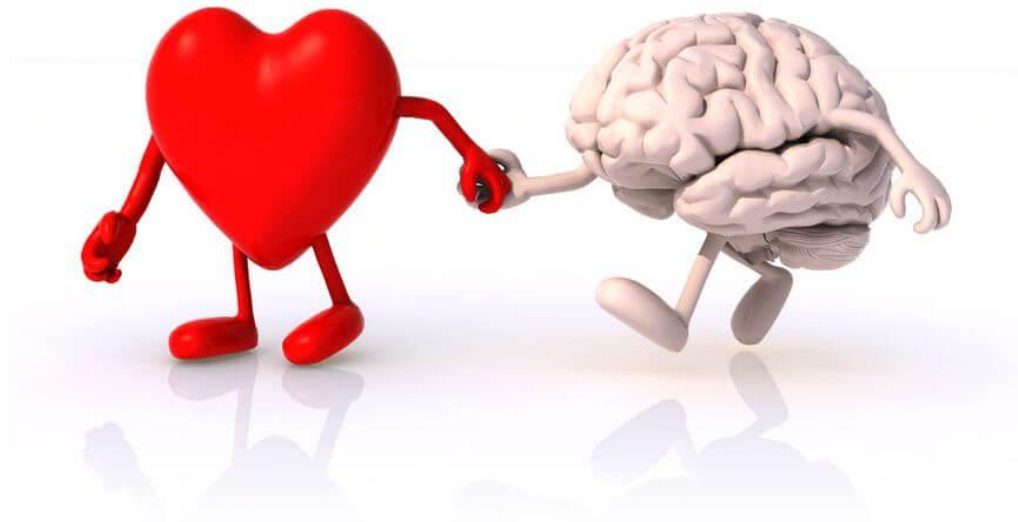
Intelligenza emotiva

- Possedere intelligenza emotiva significa non farsi dominare dalle emozioni ma provare a educare la parte più profonda che è in noi. Significa dar voce e statuto senza per questo diventarne schiavi. Significa dunque imparare a “motivare se stessi e persistere nel perseguire un obiettivo nonostante le frustrazioni”



Intelligenza emotiva

- Lo sviluppo dell'intelligenza emotiva permette di acquisire le competenze emotive e relazionali utili allo sviluppo di una identità equilibrata e matura
- Consente all'individuo di conoscere meglio se stesso per poter migliorare il suo potenziale conoscitivo. Si tratta di un'alchimia interiore che aiuta a prendere piena consapevolezza di ciò che accade e a valutare azioni e pensieri più idonei.



Gestione delle emozioni

- Nel corso della vita, tutti noi sperimentiamo differenti emozioni di varia natura e tentiamo di gestirle con metodi più o meno efficaci: il problema, ad esempio, non sta tanto nel provare ansia, quanto piuttosto nella nostra capacità di riconoscere quest'emozione, di accettarla, servircene – se possibile – e continuare a funzionare a dispetto della sua presenza.
- Perché molte persone temono le emozioni ... e gli stati d'animo ad esse connesse?? Perché si sentono sopraffatti da esse e incapaci di gestirle? Perché sono convinti che la tristezza – o l'ansia – che provano, impedisce loro di mettere in atto comportamenti efficaci?

Gestione delle emozioni

- LA DISREGOLAZIONE è la perdita di controllo o apatia. Di conseguenza, si manifesta malessere psichico, che consiste nell'incapacità di trovare strategie di regolazione emotiva
- Se un individuo ha subito un trauma, la mente non riesce a integrare i vari aspetti delle esperienze traumatiche o di perdita, e i comportamenti diventano riflessivi e la mente attua modelli di risposta inflessibili. Per questo, le emozioni possono inondare la mente

Gestione delle emozioni

- La regolazione delle emozioni è un tema sempre più ricorrente nei modelli cognitivo-comportamentali della psicopatologia, in quanto deficit in quest'ambito si riscontrano in diversi disturbi clinici, tra cui i disturbi da uso di sostanze e il disturbo post-traumatico da stress (dpts; cloitre, cohen, & koenen, 2006).



Gestione delle emozioni

- La regolazione delle emozioni è determinante anche per il trattamento del Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG), caratterizzato da un'intensificazione dell'arousal e da un'eccessiva preoccupazione (American Psychiatric Association, 2000). In questo disturbo sono in gioco diverse componenti (intolleranza dell'incertezza, riduzione dell'utilizzo di strategie focalizzate sul problema e fattori meta-cognitivi), ma anche in questo caso l'evitamento emozionale sembra avere un ruolo centrale nella genesi e nel mantenimento del problema (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004)
- Anche la ruminazione (costanti pensieri negativi incentrati sul passato o sul presente) viene considerata una strategia di evitamento emozionale o esperienziale (Cribb, Moulds, & Carter, 2006) e sembra essere uno stile cognitivo che comporta alto rischio di sviluppare depressione (NolenHoeksema, 2000).