Corso Integrato

Scienze Umane - Medical Humanities

PSICOLOGIA GENERALE

Docente. Stefano Tugnoli

LEZIONE 3

25/10/17

(Tugnoli, 2017)

DALLA COMUNICAZIONE
ALLA
RELAZIONE

IL COLLOQUIO CLINICO

IL COLLOQUIO CLINICO

Tecnica di osservazione e studio

del comportamento umano

(Tugnoli, 2017)

(Tugnoli, 2017)

(Tugnoli, 2017)

(Tugnoli, 2017)

(Tugnoli, 2017)

(Tugnoli, 2017)

...due persone che parlano in una stanza...

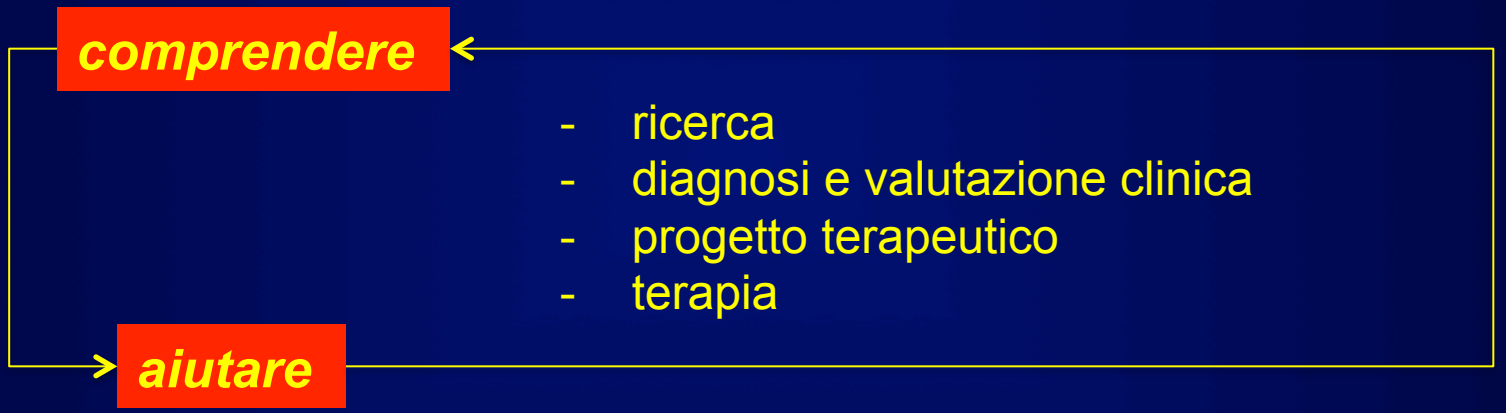
(Nissim Momigliano, 1984)

La stanza del figlio

(Nanni Moretti)

IL COLLOQUIO CLINICO

Tecnica di osservazione e studio del comportamento umano



studio e utilizzo del comportamento globale del paziente all'interno di una relazione

(Baldaro et al., 1994)

(Tugnoli, 2017)

IL COLLOQUIO CLINICO

1) **Malattia attuale**: *fatti oggettivi* e *significati soggettivi*

2) **Anamnesi**: Fisiologica
Familiare
Patologica Prossima
Patologica Remota

3) **Atteggiamenti del pz. durante l'incontro** (CNV)

(Tugnoli, 2017)

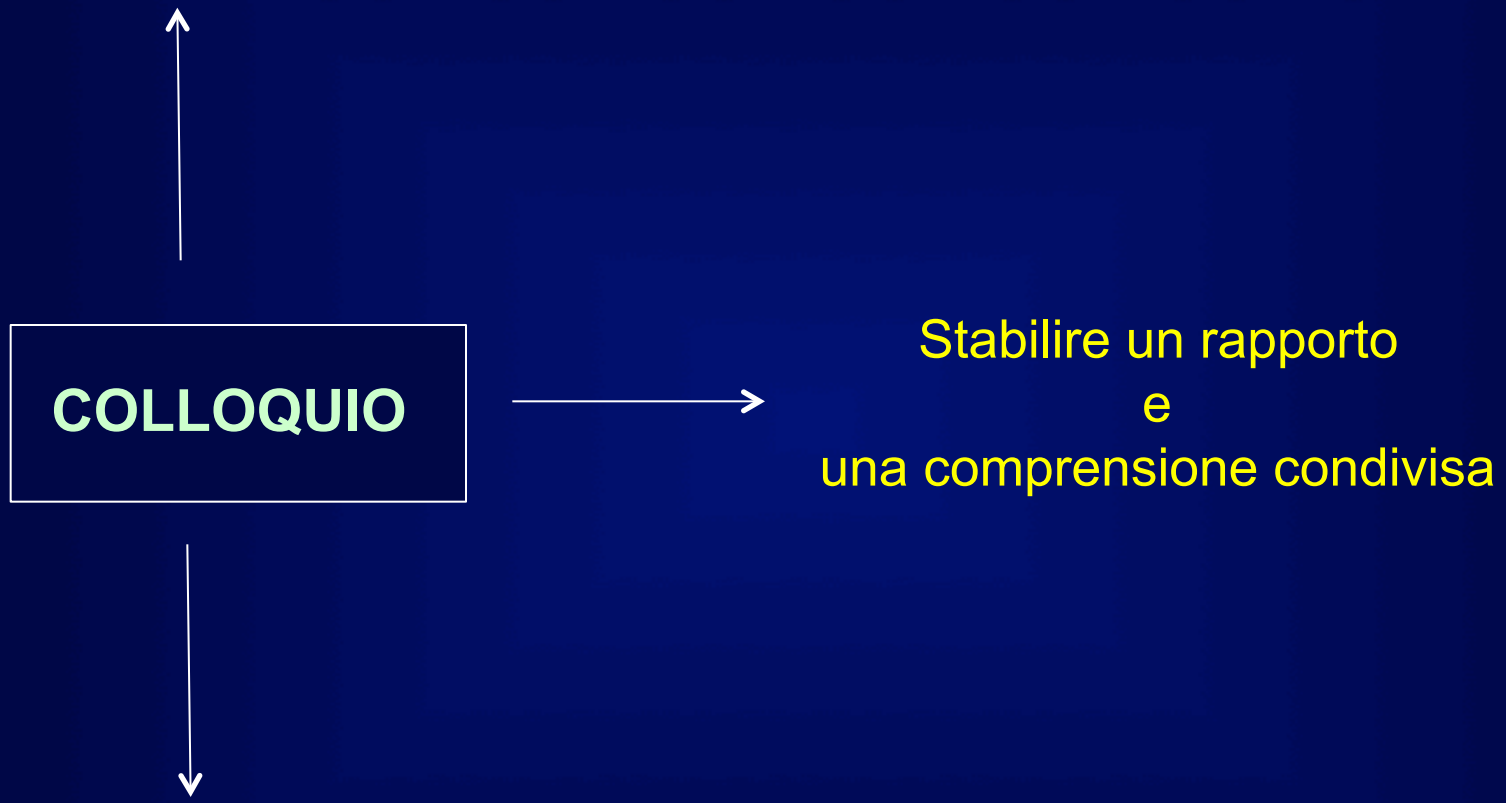
IL COLLOQUIO CLINICO

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

(Baldaro et al., 1994; Iandolo, 1979)

(Tugnoli, 2017)

Definizione più appropriata per il problema di una persona



Stabilire un buon contatto intersoggettivo, una buona relazione

(Tugnoli, 2017)

DIMENSIONI

DEL COLLOQUIO

DIMENSIONE SPAZIALE

- ambulatorio; ospedale; domicilio

- al letto del malato; vis a vis

- Silenzio
- Ambiente confortevole
- Intimità

(Tugnoli, 2017)

(Iandolo, 1979)

DIMENSIONE TEMPORALE

- Attesa del malato
- Durata del colloquio
- Successione di colloqui

(Tugnoli, 2017)

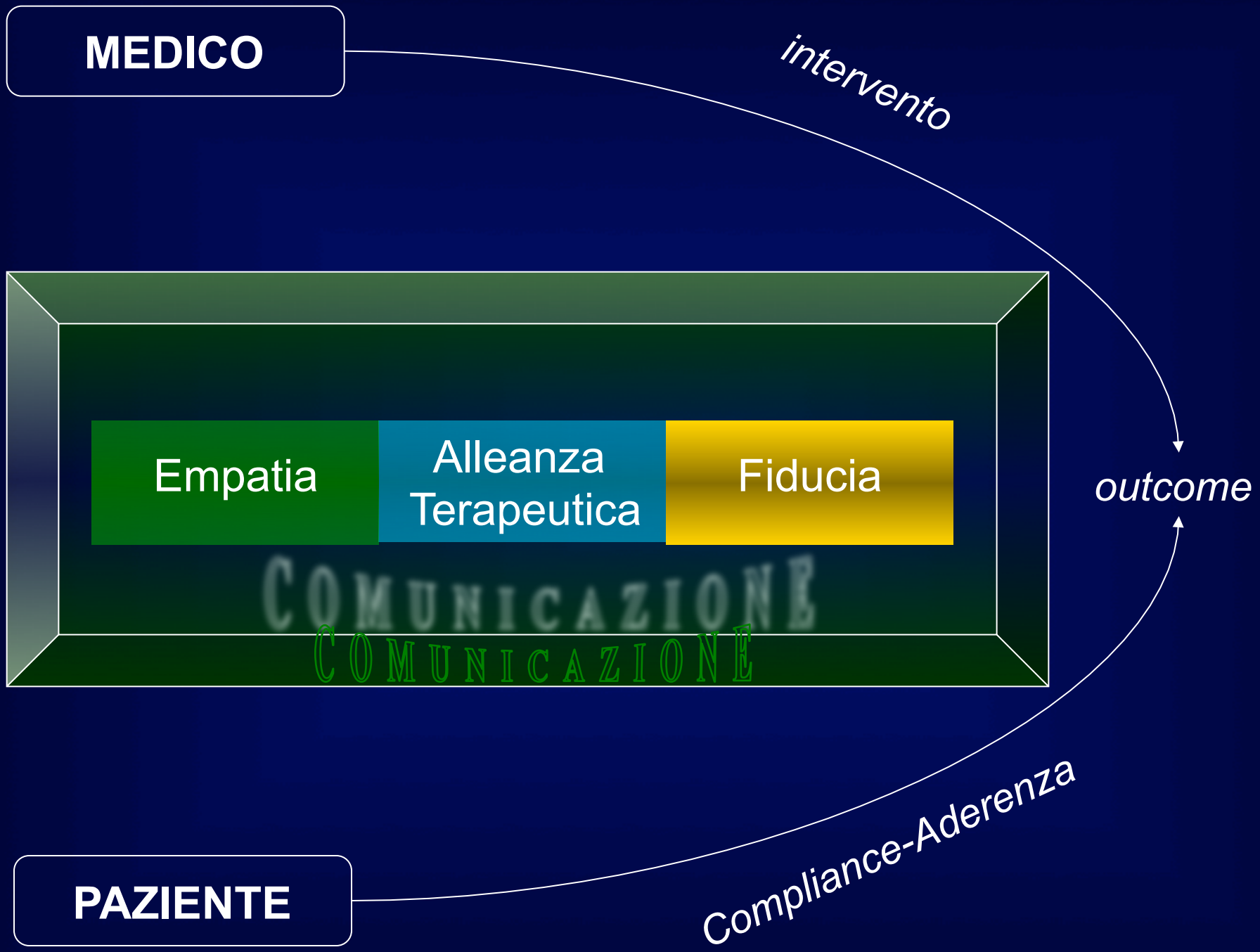
(Iandolo, 1979)

DIMENSIONE AFFETTIVA

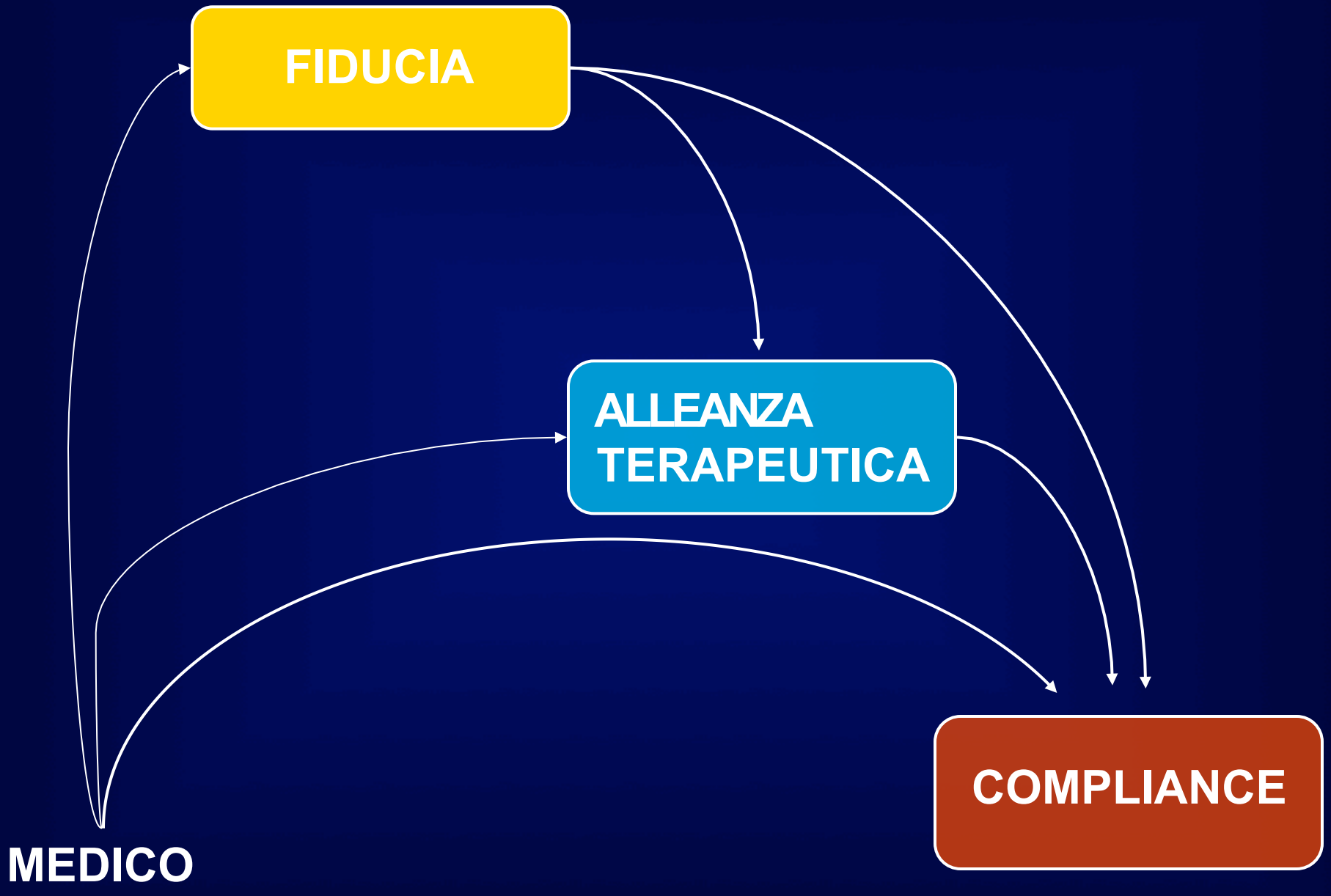
- Simpatia - Antipatia
- Neutralità
- Alleanza Terapeutica
- Fiducia
- Empatia

(Tugnoli, 2017)

(Iandolo, 1979)



(Tugnoli, 2017)



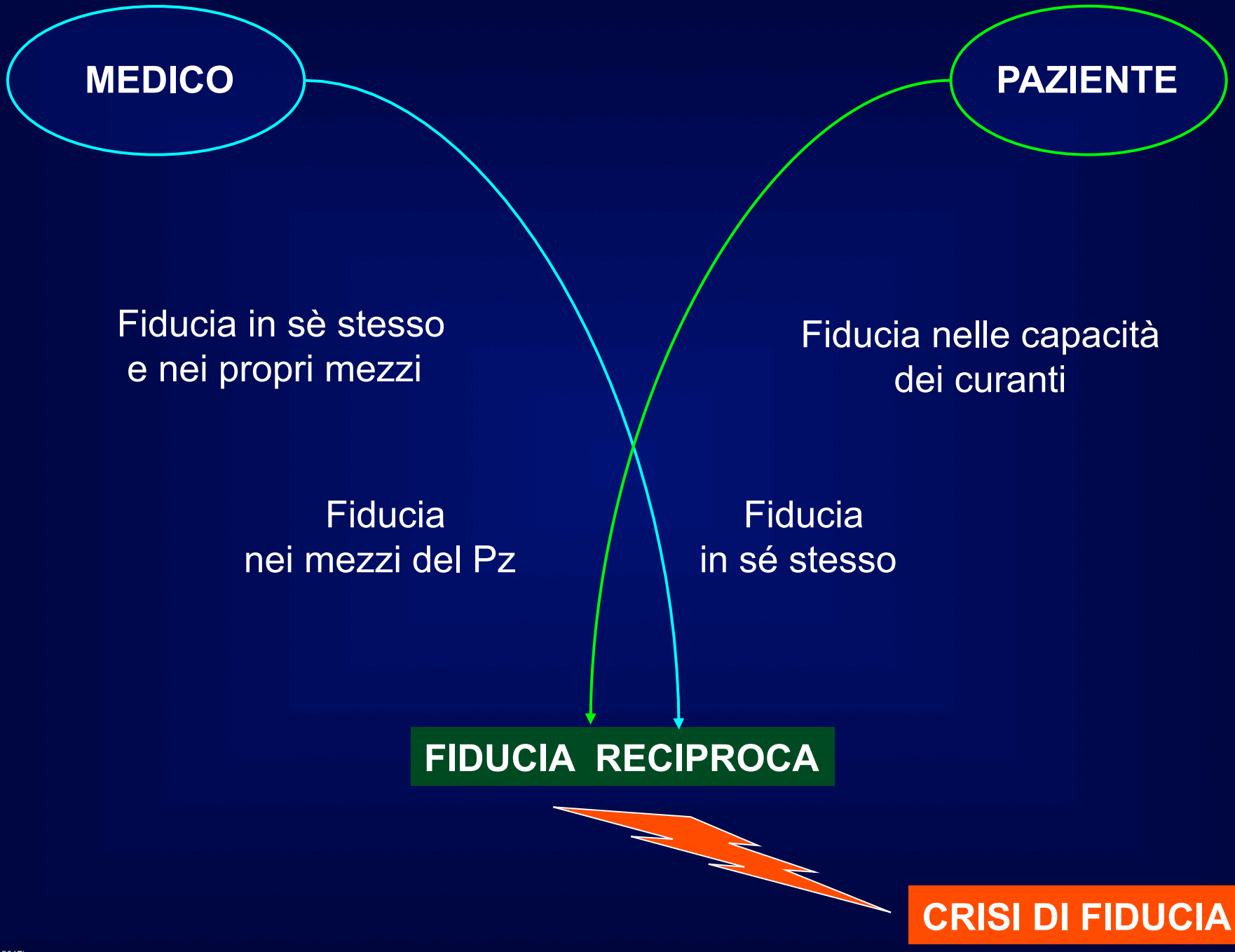
(Tugnoli, 2017)

ALLEANZA TERAPEUTICA

ALLEANZA DI LAVORO

rapporto collaborativo che si stabilisce tra il Paziente e il Medico

(Tugnoli, 2017)



(Tugnoli, 2017)

LA FIDUCIA DEL PAZIENTE

livelli maturi

livelli regrediti

partecipazione collaborativa

completa subordinazione

(Tugnoli, 2017)

(Balint, 1957)

EMPATIA

"Einfuhlung": sentire dentro

(Titchener, 1909)

Capacità di mettersi nei panni dell'altro

(Ferenczi, 1928)

Stato emotivo vissuto dal terapeuta al contatto con il paziente come soggetto

(Berger, 1987)

- **Tratto umano, attitudine innata**

esperienza comune dell'interazione quotidiana

- **Competenza professionale**

nucleo fondamentale della relazione d'aiuto

(Tugnoli, 2017)

EMPATIA

- non è solidarietà
- non è compatimento nè simpatia

- si struttura a partire da una estraneità
- si può prevalentemente sperimentare in modo cosciente
- risonanza di elementi profondi del mondo interno del soggetto che sono già presenti e tendono a riattivarsi proprio in seguito alla percezione dell'empatia
- non prevedibile, non ipotizzabile sulla base di premesse chiare, non la si può cercare o ottenere in modo forzoso o artificiale

(Tugnoli, 2017)

(Caracciolo, 2007)

LIVELLI DEL PROCESSO EMPATICO

COGNITIVO → ***Capire, Vedere***

AFFETTIVO → ***Sentire, Condividere***

COMPORTAMENTALE → ***Comunicare, Agire***

RELAZIONALE → ***Validazione da parte del Pz***

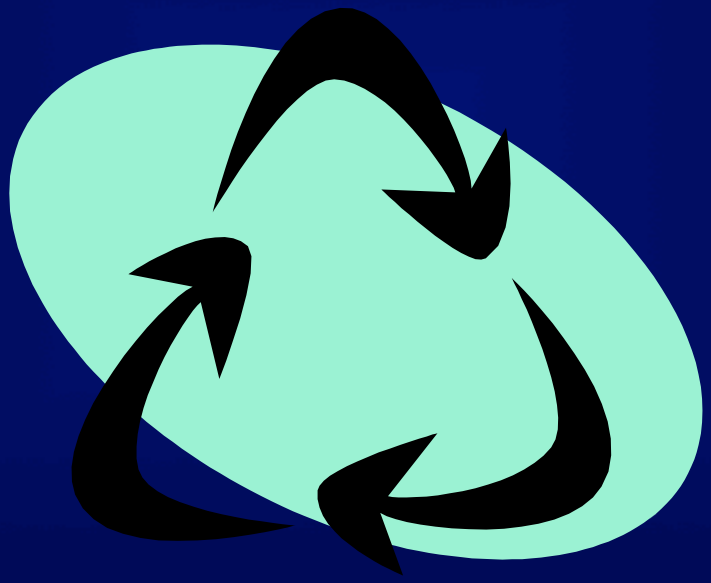
(Tugnoli, 2017)

(Caracciolo, 2007)

EMPATIA → feedback bidirezionale di messaggi emotivi

(Pao, 1979)

Empatia del MEDICO



Empatia del PAZIENTE

(Tugnoli, 2017)

FASI

DEL COLLOQUIO

(Tugnoli, 2017)

PRELIMINARI

Modalità di invio del paziente

Modo con cui è stato preso l'appuntamento

Informazioni preliminari sul paziente

Arrivo del paziente (da solo *vs* accompagnato)

INCONTRO

- stato d'animo del M. *vs* stato d'animo del Pz.
- il saluto
- la percezione della figura del Pz.
- la percezione della figura del M.

(Iandolo, 1979)

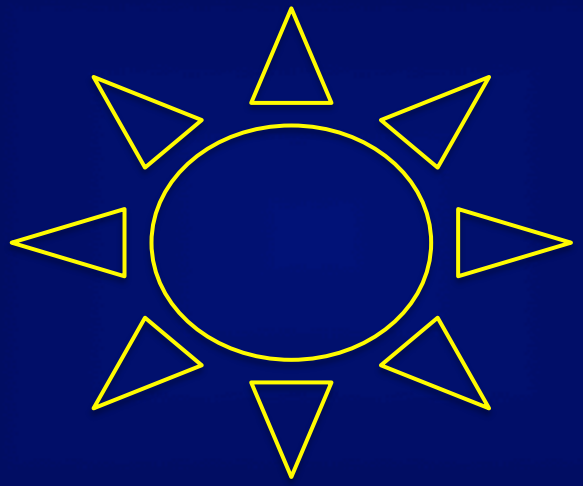
(Tugnoli, 2017)

LA COMUNICAZIONE DA PARTE DEL PAZIENTE

sintomi dettagliati

sintomo ....e silenzio

racconto confuso
disorganizzato



descrizione
e
proprie teorie

reticenza
da sospettosità

resoconto organizzato
“da esperto”

storia della vita
e
della famiglia

(Tugnoli, 2017)

CONCLUSIONE, COMMIATO, VALUTAZIONE

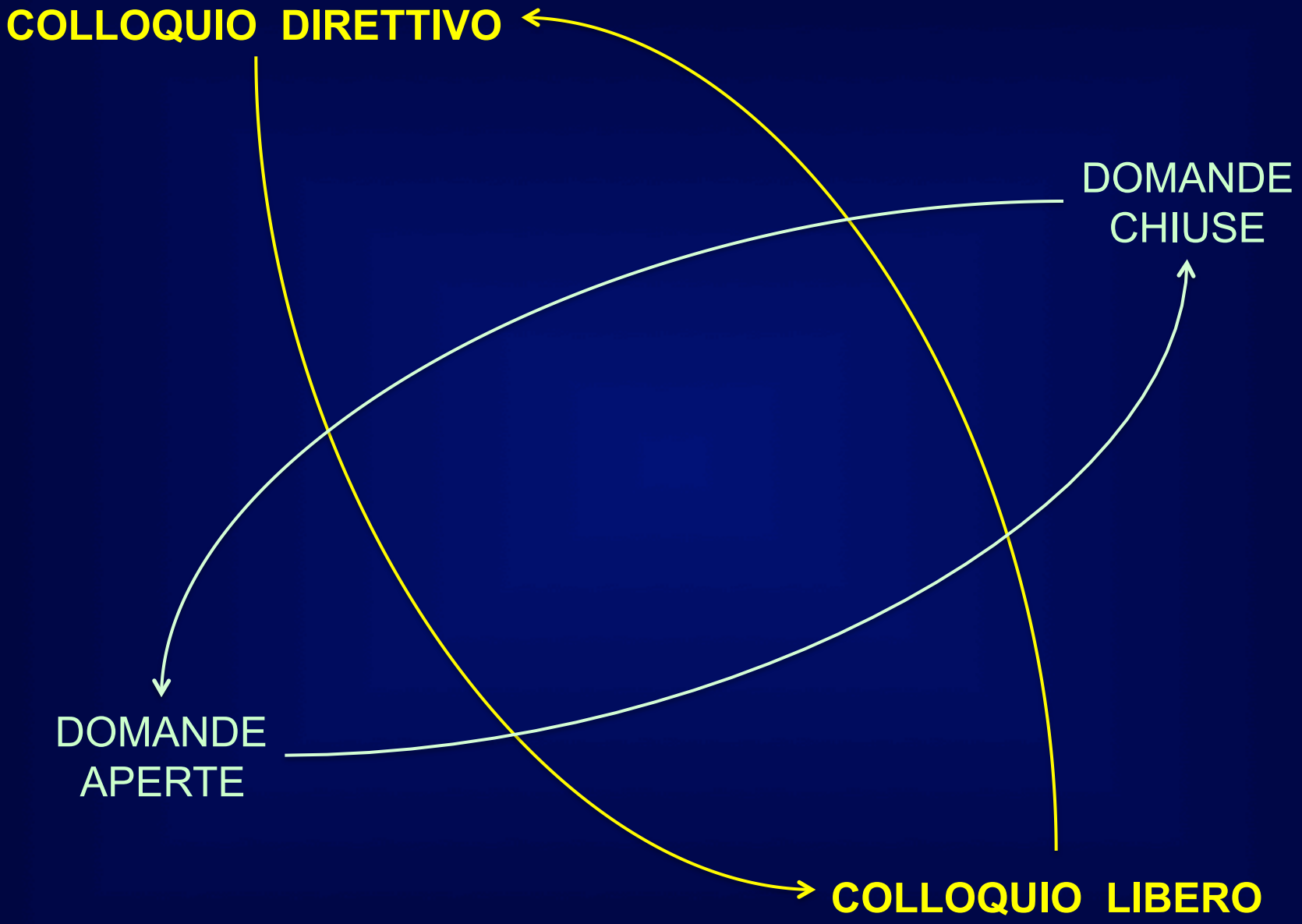
- Valutazione clinica complessiva
- Comunicazioni di sintesi finale e progetto diagnostico-terapeutico
- Modalità del Pz. “in vista della conclusione”
- *Separazione* vs *Rifiuto e Abbandono*

(Tugnoli, 2017)

(Iandolo, 1979)

MODALITA'

DEL COLLOQUIO



(Tugnoli, 2017)

DOMANDE

equilibrio

criterio clinico

APERTE

Esempi:

he cosa significa per lei questa situazione?
Come si sente riguardo a ciò?
E' qualcosa che potrebbe guardare più da vicino?

CHIUSE

Esempi:

Ha capito quello che ho detto?
E' felice?
Manterrà il suo lavoro? Vuole andar

Fig. 1 – Domande aperte e chiuse: vantaggi e svantaggi

	Domande aperte	Domande chiuse
1. naturalezza	• elevata • inducono risposte spontanee	• bassa • condizionano il paziente
2. attendibilità	• bassa • risposte non standardizzabili	• alta • risposte standardizzabili
3. precisione	• bassa • l'obiettivo della domanda è vago	• alta • l'obiettivo della domanda è definito
4. tempo	• elevato • elaborazione dettagliata	• ridotto • risposte preordinate
5. ausilio per la diagnosi	• modesto • il paziente sceglie l'argomento	• cospicuo • il clinico sceglie l'argomento
6. accettazione da parte del paziente	• dipende • alcuni pazienti preferiscono esprimersi liberamente; altri diventano guardinghi e si sentono insicuri	• dipende • alcuni pazienti preferiscono le domande ben definite; altri detestano essere ridotti in uno schema preordinato

da E. Othmer, S.C. Othmer, 1989.

(Tugnoli, 2017)

INTERAZIONE

- OSSERVARE — *- partecipazione*
- ASCOLTARE — *-linguaggio verbale*, *-comunicazione non verbale*
- DOMANDARE — *- domande a risposta chiusa*, *- domande a risposta aperta*, *- una domanda alla volta*
- RISPONDERE — *- usare il linguaggio del pz.*

(Tugnoli, 2017)

(Tugnoli, 2017)

SCOPO → ❑ Comprensione e Aiuto
(fasi complementari-interattive)

TECNICA →
- ❑ Colloquio Libero
- ❑ Colloquio Direttivo

OBIETTIVO →
- ❑ Valutazione Clinica (diagnosi)
- ❑ Progetto Terapeutico

(Iandolo, 1979; Farnè, Sebellico, 1990; Baldaro et al.,1994)