

Strumenti, tecniche di misura e di diagnosi

- Relazione terapeutica
- Osservazione
- Interviste strutturate
- Test psicodiagnostici
- Tecniche proiettive
- Test di intelligenza
- Colloquio clinico

Relazione terapeutica

C'è un ampio accordo in letteratura e tra i clinici nel postulare che la relazione sia un elemento essenziale del processo terapeutico.

Il comportamento del cliente nel rapporto con il terapeuta è fonte di informazioni aggiuntive e/o di supporto alle informazioni verbali del paziente (funzione diagnostica). Inoltre, la relazione è il luogo e il canale in cui e attraverso cui viene veicolato l'intervento di cambiamento.

Horvath e Symonds (1991): l'alleanza terapeutica è un predittore dell'esito, indipendente dall'orientamento terapeutico.

Considerata un'ampia gamma di approcci terapeutici, ciò che fa la differenza sono le caratteristiche personali del terapeuta. Dopo 6 mesi, 2/3 della varianza dell'esito di un programma per l'alcolismo sono spiegati dall'empatia del terapeuta (Rogers, 1959; Miller et al., 2004).

Osservazione

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

<i>Comportamento osservato</i>	<i>Comportamento osservato</i>								
	1	2	3	4	5	6	7	8	Σ
1. Cammina									
2. Si dondola avanti e indietro									
3. Trascina i piedi									
4. Gli tremano le ginocchia									
5. Movimenti non pertinenti di braccia e mani (dondola le braccia, si gratta, giocherella, ecc.)									
6. Braccia rigide lungo il corpo									
7. Mani serrate (nelle tasche, dietro la schiena, congiunte)									
8. Gli tremano le mani									
9. Evita il contatto oculare									
10. Tensioni ai muscoli del viso (viso contratto, tic, smorfie)									
11. Viso privo di espressione									
12. Pallore									
13. Rosso in viso (arrossisce)									
14. Si umetta le labbra									
15. Deglutisce									
16. Si schiarisce la gola									
17. Ansima									
18. Suda (viso, mani, ascelle)									
19. Gli trema la voce									
20. Si blocca nel discorso o balbetta									

Timed Behavioral Checklist for performance anxiety

Le tecniche di misura e di diagnosi

L'esame clinico

Esiste una catena logica che connette alcuni aspetti osservabili ad aspetti non osservabili.

Per formulare una valutazione clinica è quindi sufficiente individuare pochi elementi, cioè segni o sintomi esterni della presenza di altri elementi che non osserviamo, e ancorare ad essi il giudizio finale o **diagnosi**.

Le **diagnosi cliniche** e i giudizi ottenuti con **test psicometrici** non pretendono certamente di essere esatti (si tratta pur sempre di deduzioni e di predizioni su ciò che non si conosce, basate su quel poco che si riesce a conoscere), ma lo sono **probabilisticamente**, in quanto oggettivi e fondati su dei criteri formali.

Le tecniche di misura e di diagnosi

Test psicometrici

I test psicometrici sono degli *strumenti che ci permettono di misurare in modo sistematico dei fattori psichici.*

Il test deve essere costruito su una teoria che metta in relazione causale la risposta e la presenza di un determinato fattore o caratteristica; dato che la teoria è pur sempre un'ipotesi, è necessario che essa sia stata verificata empiricamente.

Il test deve essere validato mediante uno studio pilota in cui vengono variate forma e contenuto delle domande, per analizzare la capacità di produrre dati corretti in riferimento alla teoria.

Le domande devono anche essere articolate e numerose per poter rispecchiare le tante, inevitabili differenze tra i soggetti, e il campione al quale vengono somministrate deve essere numeroso.

Le tecniche di misura e di diagnosi

Test psicometrici

Un buon test deve essere standardizzato: le domande devono essere sempre le stesse per tutti, il modo di porgerle deve essere uguale, come unico e prestabilito deve essere il metro di giudizio sulle risposte. In altre parole, bisogna che lo stimolo applicato sia sempre lo stesso, altrimenti non potremo decidere se le eventuali risposte diverse sono causate da differenze vere tra i soggetti o da variazioni nello stimolo.

Le qualità metriche fondamentali che dobbiamo pretendere da un test o da uno strumento psicodiagnostico sono:

-l'attendibilità: la misura ottenuta deve essere ripetibile, cioè il punteggio prodotto dal test deve essere sempre uguale quando si ripete la prova sullo stesso soggetto;

-la validità: il test deve misurare quello che dice di voler misurare e non qualche altra cosa (ad esempio, un test di intelligenza deve misurare le capacità logiche e non il livello culturale, l'attenzione, la curiosità, etc.)

Interviste strutturate

La procedura apparentemente più semplice consiste nel fare domande alla persona che vogliamo valutare. Tale procedura viene chiamata **intervista**.

I tipi di intervista sono due: intervista **libera** e intervista **strutturata**.

Nell'intervista **libera** si utilizza quanto viene detto dall'intervistato per strutturare le domande; mentre nell'intervista **strutturata** ci si attiene ad uno schema rigido e prestabilito.

Interviste strutturate

I vantaggi dell'intervista **libera** sono: un'atmosfera informale, un rapporto personale con l'intervistato e la possibilità di esplorare molte cose in poco tempo perché si possono modificare le domande a seconda di ciò che l'intervistato dice.

Gli svantaggi sono: urtare la sensibilità dell'intervistato con domande inadeguate, indurre le risposte, compiere un esame disordinato e incompleto, in genere tutti legati all'inesperienza dell'intervistatore.

In generale, l'intervista libera, quand'anche condotta in modo corretto, ha il grosso limite di non essere ripetibile (e quindi poco attendibile).

I vantaggi dell'intervista **strutturata** sono: può essere condotta anche da persone prive di grande esperienza e quindi si allarga la possibilità di ottenere diagnosi su grandi gruppi di persone, ed inoltre i dati raccolti sono attendibili.

Gli svantaggi sono: si tratta di uno strumento rigido e quindi poco adatto a rilevare le sfumature, a meno di non aumentare notevolmente il numero delle domande.

Test psicodiagnostici: i questionari

Il questionario **a risposta chiusa** è, nella sua forma più semplice, composto da una serie di domande con un sì o con un no, oppure è costruito con una serie di affermazioni alle quali il soggetto deve rispondere se sono vere o false per lui.

Altre volte le risposte possibili sono scalate su più livelli di accordo con le affermazioni (Scala Likert a 5 o 7 punti: del tutto d'accordo-abbastanza d'accordo-non so-poco d'accordo-per niente d'accordo).

I questionari sono facili da analizzare statisticamente e, se ben standardizzati, sono un ottimo strumento di ricerca.

Per avere un quadro più ricco di informazioni, possiamo ricorrere ai questionari **a risposta aperta**. Non è possibile tradurre in cifre le risposte libere, si può solo analizzarle dal punto di vista qualitativo e classificarle per categorie di contenuto, per stile di espressione, per livello di complessità, grado di astrazione, etc.

In questo caso lo strumento è, però, meno oggettivo ed attendibile, poiché il risultato finale dipende molto dal modo in cui l'esperto interpreta le informazioni raccolte.

Importante ricordare che il risultato del test è anche funzione dello stato del soggetto, dell'ambiente in cui si esegue e dalla relazione con il somministratore.

Le tecniche di misura e di diagnosi

I test di personalità

I test di personalità possono essere **oggettivi** o **soggettivi**.

Tra i test **oggettivi** troviamo il test MMPI (II), il test 16PF e i questionari Big Five.

Questi test servono ad identificare i tratti di personalità tramite batterie di domande alle quali, in genere, si deve esprimere un grado di accordo.

L'MMPI, all'inizio (anni '30), intendeva servire per lo screening tra normalità e patologia.

Scale dell'MMPI 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 Sociale (Si)

Le tecniche di misura e di diagnosi

I test di personalità

Alcuni test servono a diagnosticare la presenza di disturbi mentali, altri forniscono dei profili di personalità che non fanno riferimento alla presenza o assenza di disturbi.

Sono vantaggiosi perché di somministrazione relativamente rapida, spesso sono auto-somministrati e prevedono la presenza di domande di controllo, per verificare se il soggetto ha cercato di fingere oppure se ha risposto in modo casuale.

Tecniche Proiettive

Primi test proiettivi risalgono ai primi dell'800 con liste di libere associazioni di parole.

I test **soggettivi** o **proiettivi**, come il Rorschach (interpretazione di stimoli privi di contenuto proprio) e il Test di Appercezione Tematica, o TAT (interpretazione di stimoli di significato incompleto), utilizzano stimoli poco strutturati, ambigui o incompleti e il soggetto deve dire cosa ne pensa, quali reazioni prova di fronte a essi, cosa gli fanno venire in mente, oppure completarli nel modo che ritiene opportuno.

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, ...

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

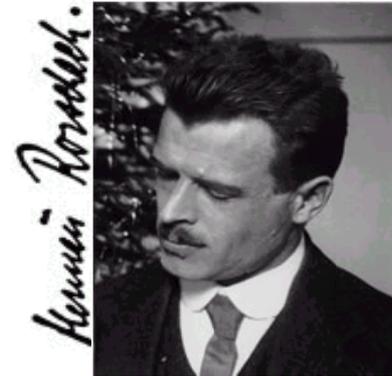
- **Siglatura**

- 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 presupposto teorico di gran parte di questi test si trova nella teoria freudiana della proiezione attributiva: se lo stimolo è ambiguo e di per sé non vuole dire niente di preciso, quello che il soggetto vi può cogliere nell'organizzarlo percettivamente è un'attribuzione dei contenuti e dei significati che appartengono all'inconscio del soggetto stesso, e cioè una proiezione di aspetti nascosti e profondi della sua personalità.

Non si tratta di test psicometrici in senso stretto perché non producono un punteggio, e sono da considerare piuttosto come dei **reattivi mentali**.



Tecniche Proiettive

Questi test risentono ancora più dello stato emotivo del momento, dall'ambiente e dalla interazione con il somministratore.

Non forniscono punteggi ma indicazioni generali, che lasciano ampia libertà di interpretazione allo psicologo.

Importantissima una formazione rigorosa di chi lo somministra.

Per analizzare le risposte a questo tipo di test esistono diversi sistemi, che richiedono grande abilità ed esperienza.

Non esistendo un sistema di analisi unico e standardizzato, molto difficilmente una valutazione è uguale ad un'altra.

Da un punto di vista psicometrico questo significa che un test proiettivo fornisce risultati poco attendibili.

Il problema metodologico inerente alla maggior parte di questi reattivi è la totale mancanza di ogni forma di standardizzazione e di criteri, ragion per cui la loro validità diagnostica è molto dubbia.

L'intelligenza

Possiamo definire l'intelligenza un insieme di capacità costitutive e necessarie (il possesso di una buona disposizione a memorizzare e apprendere, l'abilità nel risolvere problemi, l'attitudine a capire in fretta, l'arguzia, l'elasticità d'uso degli schemi mentali, l'intuizione affettiva, etc.), sebbene l'intelligenza sia una funzione o capacità ben distinta da ciascuna di tali parti considerate singolarmente: il possesso in alto grado di una sola di esse, ad esempio, una grande memoria, può sussistere anche in persone dotate di scarsa intelligenza.



Kim Peek (->rain man). Idiot savant: ha memorizzato 7600 libri, tutti i codici postali, prefissi telefonici, strade di grande comunicazione e stazioni televisive degli USA

L'intelligenza

STERN ha proposto una definizione operativa di intelligenza, in cui si afferma che "l'intelligenza è la capacità generale di adattare il proprio pensiero e condotta di fronte a condizioni e situazioni nuove".

Altri autori, come WERTHEIMER, KOHLER, NEISSER, hanno sottolineato che l'intelligenza permette di ristrutturare i dati di un problema o di una percezione e che quindi il comportamento intelligente non è soltanto di tipo logico-analitico, ma anche sintetico, intuitivo e creativo.

L'intelligenza

Per **intelligenza creativa** si intende la capacità di immaginare un'alternativa non banale nella percezione o nell'uso di qualche cosa.

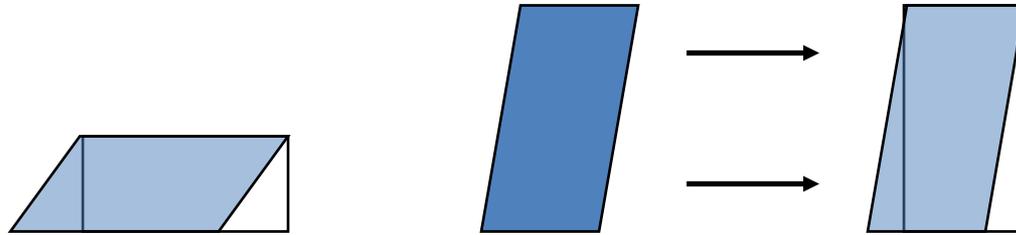
L'**intelligenza logica**, di tipo astratto, richiede la capacità di esaminare un evento in modo suddiviso, isolando con l'analisi i fattori che intervengono a originarlo.

Se gli schemi di soluzione di un problema si sono già dimostrati efficaci in passato, tenderanno ad essere riutilizzati anche nel presente.

Conseguenza di questo è che è difficile risolvere un problema se si cambiano alcune delle sue coordinate; la cosa che prima tutti o quasi sembravano avere capito e risolvevano celermente, tende ad essere affrontata sempre nella stessa maniera, in modo meccanico e sterile.

L'intelligenza

Esempio del parallelogramma:



Pochi riuscirono a tracciare una perpendicolare a una linea obliqua, mentre altri aggirarono il problema ruotando il foglio di 90° , per ripristinare la situazione nota.

Coloro che per risolvere il problema hanno dovuto ruotare la figura di 90° hanno esibito un pensiero **riproduttivo**, gli altri invece di pensiero **produttivo**.

La regola, se correttamente assimilata, diventa uno strumento multivalente.

Gli studi che si occupano di intelligenza possono essere divisi in due categorie.

La prima vede l'intelligenza nel suo aspetto generale, come caratterizzante l'azione e il pensiero di una persona in tutte le aree. Critica le idee che l'intelligenza sia composta da una molteplicità separata di attitudini e abilità e che, quindi, una persona che eccelle in un'area non possa necessariamente eccellere anche in tutte le altre.

SPEARMAN (1923) crede che l'intelligenza sia generale: le persone che sono brillanti in un'area riusciranno ad esserlo anche in altre.

THURSTONE (1938) non è d'accordo, sostiene che l'intelligenza sia racchiusa in 7 abilità mentali, relativamente indipendenti l'una dall'altra.

- Comprensione verbale
- Fluidità verbale
- Ragionamento induttivo
- Visualizzazione spaziale
- Numeri
- Memoria
- Velocità percettiva

L'intelligenza

Verso la metà degli anni '80, STERNBERG propose la teoria triarchica dell'intelligenza che include un ampio range di abilità e capacità.

Secondo questa teoria, l'intelligenza consisterebbe di 3 aspetti:

- **Intelligenza componibile**, meccanismi ed abilità mentali che le persone usano per acquisire nuove conoscenze, pianificare ed eseguire compiti in modo efficace.
- **Intelligenza esperienziale** (basata sull'esperienza), caratterizzata da intuizione ed adattabilità creatività, efficienza e velocità nel processare le informazioni. È l'abilità nell'applicare l'apprendimento passato nelle nuove situazioni per risolvere i problemi più facilmente.
- **Intelligenza contestuale**, contrassegnata da una comprensione dell'ambiente. Le persone intelligenti, secondo Sternberg, sono esperte nello sfruttare al massimo le loro forze e compensare le debolezze. È l'abilità nell'eseguire comportamenti che sono adattivi nel senso evolutivo.

L'intelligenza

GARDNER (1983) ha proposto la teoria delle intelligenze multiple, che asserisce che l'intelligenza consiste di molte separate abilità, ognuna delle quali è relativamente indipendente dalle altre, e che le doti intellettuali di ogni individuo, per esempio in musica, non possono essere inferite dalle sue abilità matematiche o linguistiche o dalla sua capacità di comunicare con altre persone. Gardner individua 7 intelligenze fra loro distinte:

- Linguistica
- Musicale
- Logico-matematica
- Spaziale
- Corporea-cinestetica
- Personale
- Interpersonale

I test delle varie intelligenze devono essere proposti con mezzi appropriati: ad esempio, una misura dell'intelligenza corporea dovrebbe implicare l'uso del corpo in attività come l'apprendimento di un gioco o di una danza (e non una batteria di domande su tali attività); una stima dell'abilità spaziale dovrebbe implicare la navigazione in un ambiente non familiare (e non una serie di rotazioni geometriche che richiedano risposte di scelta multipla).

La misura dell'intelligenza è un argomento che ha sempre destato grande interesse e curiosità sia negli scienziati, sia nella gente comune.

Da un punto di vista pratico e applicativo, i test di intelligenza risultano particolarmente utili. Essi possono contribuire a individuare i bambini che avranno problemi di apprendimento e a adattare l'insegnamento e la scelta della scuola alle loro capacità, oppure si possono individuare i soggetti più dotati e fornire loro degli stimoli più sofisticati.

Le misure ottenute coi test permettono di comprendere quali sono i fattori ambientali che favoriscono l'incremento dell'intelligenza e di agire su di essi.

Dei test di intelligenza si è però spesso abusato, considerando erroneamente i punteggi da essi ricavati come delle misure assolute, certe, prive di difetti.

Infatti, esistono diversi tipi d'intelligenza, ovvero capacità di comprendere e di risolvere i problemi che operano secondo schemi mentali diversi.

Di conseguenza, per misurare il livello di efficienza di un'intelligenza di un certo tipo, bisogna ideare un test che contenga stimoli e problemi da risolvere adeguati a quel tipo di intelligenza.

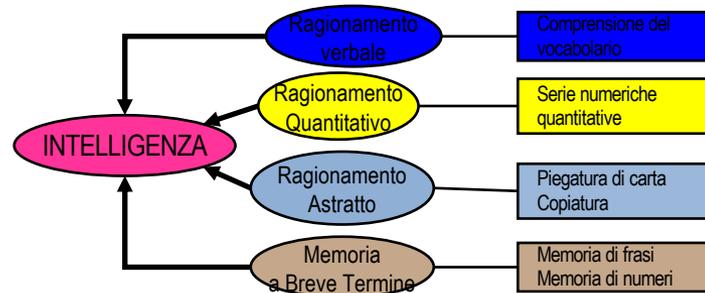
L'intelligenza

Usare i punteggi ai test o i quozienti intellettivi come misura dell'intelligenza è scorretto, perché ogni punteggio vale solo in rapporto a ciò che viene esplorato da quel tipo di test, e anche i test più completi e meglio costruiti non riescono a misurare tutti gli aspetti dell'intelligenza vera.

Test di intelligenza

Il primo test è stato ideato dallo psicologo francese Alfred Binet nel 1905, con l'aiuto dell'assistente Simon, con l'intento di misurare il grado d'intelligenza dei "deboli mentali" nelle scuole elementari di Parigi, e di verificare se si trattava effettivamente di insufficienza mentale o di disadattamento caratteriale. In seguito vennero elaborati dei test anche per gli adulti.

Binet, sottopose a identici esami molti scolari, fece una graduazione dei risultati ottenuti, e la mise a confronto col giudizio degli insegnanti che li conoscevano a fondo. Dopodiché, per ottenere un giudizio su determinate caratteristiche (memoria, attenzione, etc.) di uno scolaro mai visto prima, lo sottoponeva ad una serie di prove analoghe, confrontando il suo rendimento con quello del gruppo campione.



Età cronologica ed età mentale

Il test **Binet-Simon** serve a misurare il rapporto tra età mentale ed età cronologica.

Si compone di una serie di prove a difficoltà crescente (scala) di logica, di memoria, di attenzione, di rapidità ad associare dei simboli a dei concetti, etc. e si basa sulle abilità richieste nell'apprendimento scolastico. A ciascuna età cronologica (E.C.), misurabile in anni-mesi-giorni, corrisponde un gruppo particolare di prove, che impegnano l'intelligenza che lo studente matura a scuola.

Questo test non serve se applicato a soggetti di età superiore ai 13 anni.

Binet non aveva messo in discussione il concetto di "intelligenza" in uso nelle scuole francesi.

Il grado di intelligenza raggiunto da uno studente, in rapporto non solo alla sua età, ma anche al livello medio degli studenti della stessa età cronologica, viene chiamato con un nuovo concetto psicologico: età mentale (E.M.), anch'essa misurabile in anni-mesi-giorni.

$$QI = (età\ mentale / età\ cronologica) \times 100$$

Età mentale

L'E.M. di un soggetto si ricava dal numero di prove effettivamente superate: possiamo cioè attribuire l'E.M. di 6 anni ad un bambino, quando ha superato tutte le prove relative a quella età.

Può accadere che il bambino sbagli qualche prova dei 6 anni e risolva alcune prove dei 7 anni: in questo caso vengono applicate le norme di compenso stabilite dal reattivo, cioè tanti mesi in meno per le prove sbagliate e tanti mesi in più per quelle appropriate ad un'età superiore.

Naturalmente è difficile trovare una perfetta corrispondenza dell'E.M. con l'E.C., poiché nell'infanzia lo sviluppo dell'intelligenza è rapidissimo, meno rapido nella fanciullezza e lento nell'adolescenza.

Età mentale

L'idea di Binet implicava che lo sviluppo dell'intelligenza attraversi identiche fasi nei vari individui, per cui l'E.M., tipica di una data E.C., esprime un livello medio di efficienza, comune alla maggioranza (cioè ad almeno il 75%) delle persone di quella età, sottoposte al test.

Il concetto di E.M. si basa su due principi fondamentali:

- a) esiste la possibilità di valutare il livello di intelligenza di un individuo, qualunque sia il periodo della sua vita
- b) il grado di intelligenza aumenta in una certa proporzione in rapporto all'E.C., ma solo per un certo tempo.

L'americano Lewis Terman, che revisionò la scala di Binet, pose il limite massimo di sviluppo mentale approssimativamente a 16 anni, nel senso che l'intelligenza degli adulti, di regola, è pari a quella degli adolescenti normali di 16 anni, a prescindere dall'esperienza vissuta.

Ciò in pratica significa che per gli anni seguenti il soggetto in esame va considerato come se avesse 16 di E.C.

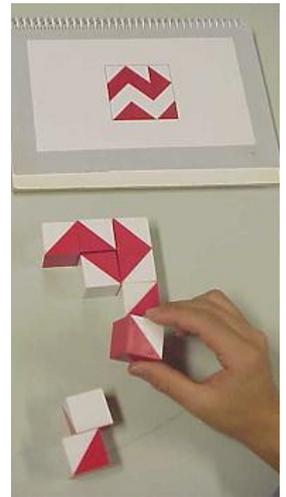
Test di intelligenza

Il **WAIS** (Wechsler Adult Intelligence Scale), e la sua versione per bambini, il **WISC** (Wechsler Intelligence Scale for Children) riprende i compiti del test di Binet. Consiste di 2 scale, quella **Verbale** e quella di **Prestazione**, ognuna con una serie di subtest.

La scala Verbale misura l'espressione linguistica, la comprensione, l'ascolto e l'abilità a applicare queste competenze alla soluzione di problemi.

La scala di Prestazione riguarda la soluzione di problemi non verbali, l'organizzazione percettiva, la velocità e le capacità visuo-motorie. Include compiti come puzzles, analisi di disegni, imitazione di disegni con blocchi e copia.

Le voci di ogni subtest sono di diversi livelli di difficoltà: si parte da problemi e compiti facilissimi fino a problemi che solo poche persone sono in grado di risolvere. La media delle persone arriva circa a metà.



$$QI = \left(\frac{\text{prestazione del soggetto}}{\text{prestazione media normale della popolazione}} \right) \times 100$$

Test di Wechsler

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

Il quoziente intellettivo o Q.I.

Nel 1912 Wilhelm Stern aggiunse al concetto di E.M. la formula di Quoziente Intellettivo (Q.I.), che si ricava dividendo l'E.M. per l'E.C.

È importante sottolineare che il Q.I. non è la misura di ciò che si è imparato, ma la misura della capacità d'imparare.

L'intelligenza non riguarda le cognizioni acquisite, ma la capacità che uno ha di conoscere.

La fascia della normalità si colloca tra un QI di 85 e di 115, rientrano in questa fascia circa 2/3 delle persone adulte.

Limiti del Q.I.

L'E.M. presuppone identiche fasi di evoluzione nei soggetti normali, il che implica considerare la mente umana come talmente regolata nel suo sviluppo da non consentire reali trasformazioni negli individui nel corso del processo educativo e dell'esperienza. Tuttavia, il ritmo di sviluppo varia da soggetto a soggetto, e nello stesso soggetto varia nelle diverse tappe evolutive.

In alcuni lo sviluppo è rapido e breve, in altri rapido e a lunga durata, in altri si svolge lentamente in un tempo relativamente breve o relativamente lungo.

Inoltre, la differenza tra E.M. ed E.C. è più significativa nei soggetti giovani che in quelli anziani.

A ciò va aggiunta la situazione complessa della prova psicologica: ovvero la tensione emotiva che può suscitare, l'influsso ambientale, il carattere del soggetto, le conoscenze acquisite, le differenze di educazione...

Nell'impiego dei test si valuta solo il risultato finale, e non anche il processo che ha portato il soggetto a quel risultato.

Limiti del Q.I.

Infine, bisogna tener conto del fatto che i test si basano soprattutto su un tipo d'intelligenza logico-razionale e matematica, espressione tipica della cultura occidentale.

Questi test sono particolarmente adatti a misurare quel tipo di intelligenza, sia di tipo astratto che concreto, che si presta all'apprendimento scolastico.

Quindi non sono adatti a misurare altre forme di intelligenza, come ad esempio l'intelligenza creativa, o le attitudini intellettive più specifiche.

Sono stati pertanto ideati dei test detti **culture-free**, che non sono influenzati dalla cultura del soggetto.

Sono test che non misurano competenze linguistiche, sono privi di compiti di tipo simbolico-matematico, ma mettono ugualmente alla prova le capacità di osservazione, memoria e ragionamento logico del soggetto.

A questo scopo, si servono di stimoli di tipo grafico, con figure che stanno in qualche relazione fra loro ma sono incomplete.

Limiti del Q.I.

È stato dimostrato che la correlazione fra i QI di gemelli monovulari è più alta rispetto a quella fra gemelli biovulari. La differenza però non è così grande da non poter essere colmata o contrastata da fattori ambientali.

Studi comparativi su gemelli monovulari adottati da famiglie diverse hanno trovato una correlazione fra QI simile a quella osservata tra gemelli biovulari.

Si può concludere quindi che c'è una forte incidenza dei fattori ambientali sullo sviluppo delle capacità cognitive.

Studi condotti negli Stati Uniti sembravano aver dimostrato una differenza nel QI tra bianchi e neri.

All'epoca di raccolta dei dati la discriminazione negativa verso i neri era molto forte. In realtà, nel momento in cui si confrontano soggetti di razza diversa che sono nati nello stesso ambiente e sono allevati con pari integrazione socio-culturale, i punteggi di QI sono perfettamente sovrapponibili.

L'intelligenza

Se è evidente che non ci sono differenze di QI fra gruppi etnici, è vero il contrario per le differenze dentro i gruppi. Il fattore che incide in modo causale sull'intelligenza psicometrica, cioè quella misurata dai test, è un fattore composito, **sia ereditario, sia ambientale**.

Un'ulteriore suddivisione delle funzioni cognitive misurabili ai test fa riferimento a due componenti dell'intelligenza: l'intelligenza **fluida** (fondamentale per la capacità adattiva di fronte a stimoli nuovi) e quella **cristallizzata** (fondamentale per ottimizzare le strategie e il patrimonio di conoscenze acquisite).

L'intelligenza fluida cresce fino a poco dopo i 30 anni, resta relativamente stabile fino ai 60, dopodiché scende. La componente cristallizzata si incrementa fino ai 20 anni, per poi crescere lentamente per tutta la vita.

Una costante attività intellettuale e di studio permette di accrescere o mantenere stabile l'intelligenza fluida ben oltre i 40 anni. Spesso, quindi, il declino intellettuale negli anziani è determinato anche da carenza di stimoli e di esperienze intellettuali.

Il colloquio clinico

Il metodo clinico nasce per superare l'inadeguatezza nell'affrontare i problemi della comprensione globale delle persone da parte del metodo sperimentale, anche se, anche gli sperimentalisti riconoscono il valore dell'osservazione clinica come metodo per la formulazione di ipotesi di lavoro.

Il **colloquio clinico** è una tecnica di osservazione e di studio del funzionamento psichico umano: gli scopi sono quelli di raccogliere informazioni (**colloquio diagnostico**) e di motivare e indirizzare (**colloquio terapeutico e di orientamento**).

Questa tecnica ha molteplici applicazioni in altri settori, come, ad esempio, in campo giudiziario, per raccogliere testimonianze, e in medicina, dove, oltre agli esami di laboratorio e ai segni direttamente rilevabili, per formulare la diagnosi ci si serve anche del racconto e della sintomatologia soggettiva del paziente.

Gli elementi in comune con il colloquio clinico attuato dallo psicologo, dallo psichiatra, dal medico, dall'operatore sanitario, ... si basano sulla situazione di conversazione, anche se gli scopi e lo svolgimento variano nei diversi casi.

Il colloquio clinico

Fattori da tener presente nell'incontro con il paziente

- i confini tra "sano" e "patologico" sono talvolta sfumati
- non esistono "malattie" ma individui "ammalati"
- non esistono "malattie di singoli organi" ma "organismi ammalati"
- ogni malato vive "la sua malattia"
- è necessario conoscere "quel malato"
- la malattia è un evento biologico-psicologico-sociale

Il colloquio clinico: aspettative

Fattori da tener presente nell'incontro con il paziente

Il paziente ha delle aspettative, tra cui:

- essere ascoltato e compreso
- essere considerato come persona
- competenza del medico e degli operatori sanitari
- essere informato con risposte comprensibili
- assistito
- a volte, ha aspettative magiche, pretese, rivendicazioni

Il colloquio clinico

Il colloquio clinico è innanzitutto una forma di comunicazione: invio di informazione che ha un significato, e che richiede:

- una sorgente
- un messaggio
- un ricevente

Si tratta di un'interazione tra almeno due agenti, mediata da segni condivisi e dallo stesso repertorio di regole.

Il repertorio di segni e regole può essere:

- esplicito (gli agenti sono consapevoli del significato che esprimono)
- implicito (i segni influenzano gli agenti, ma l'inviante non è sempre consapevole dei segnali che invia e di come questi possano essere decodificati dal ricevente)

Qualunque comportamento può implicare un messaggio, non necessariamente intenzionale, ma dotato di significato da parte di un ricevente.

Una comunicazione efficace promuove l'interazione e non solo un passaggio di informazioni.

Il colloquio clinico

Il colloquio clinico dunque non è una procedura passiva di ascolto, ma un processo di ricerca attiva per dare un senso psicologico a quanto il cliente/paziente propone.

Va al di là del semplice livello dell'ascolto empatico e rappresenta un'attività tecnica che si avvale di una competenza professionale specialistica.

Ha come finalità l'esame del problema che porta il cliente/paziente a rivolgersi allo psicologo e serve a collocare il problema all'interno della storia personale del soggetto, delle sue caratteristiche personologiche e della rete di relazioni familiari e sociali.

Il colloquio clinico utilizza:

- materiale cognitivo-verbale: ciò che il paziente pensa e ciò che il paziente dice di sé
- osservazione del comportamento del paziente
- Relazione: interazione tra paziente e psicologo

Il colloquio clinico

Nei rapporti interpersonali della vita quotidiana si tende, partendo da un aspetto limitato del comportamento, a ipergeneralizzare, semplificando quindi in maniera arbitraria la valutazione della personalità.

Ciò non deve accadere nel colloquio clinico.

A tale scopo, l'esaminatore deve formulare sempre le proprie ipotesi con riserva, proponendosi di assumere ulteriori informazioni prima di accettare la prima impressione riportata.

Si deve, pertanto, assumere un atteggiamento sperimentale e critico, analizzando prudentemente le informazioni per rintracciarne la logica interna.

Gli strumenti del colloquio

- Ascolto sistematico e attento
- Linguaggio
- Posizione empatica, non giudicante
- Costruzione di uno spazio relazionale e in cui è possibile aprirsi
- Raccolta materiale clinico, anamnestico, ma anche esperienza soggettiva e vissuto individuale
- Costruzione di ipotesi mentali

Il primo colloquio: Scopi

- Comprendere la specifica condizione del paziente
- Creare una diagnosi
- Proporre un intervento terapeutico

Il primo colloquio: Scopi

Più nello specifico:

- stabilire e delimitare una relazione interpersonale
- raccogliere informazioni circa l'esperienza e/o la vita del consultante (indagine anamnestica)
- offrire informazioni circa le modalità e le caratteristiche dell'incontro clinico e circa le sue finalità
- stabilire un'alleanza di lavoro, sostenendo la motivazione del consultante al cambiamento
- identificare la problematica psicologica espressa dal consultante e il suo contesto di riferimento
- definire le modalità caratteristiche che il consultante utilizza per far fronte a tale problematica
- focalizzare le principali resistenze del consultante all'incontro con lo psicologo e al lavoro da svolgere con lui
- elaborare l'atteggiamento e le fantasie del consultante relative allo psicologo, all'incontro e al contesto in cui si svolge, preesistenti all'incontro medesimo

Il setting

Lo psicologo istituisce uno spazio in cui porre la relazione di consulenza, che tendenzialmente non cambia ed è stabilmente uguale a se stesso, nonché un tempo finito che scandisce e contiene lo svolgersi del processo relazionale.

La definizione di tali confini è di estrema importanza: l'istituzione di uno spazio-tempo finito si configura come delimitazione di un "territorio" che segna i limiti dell'interazione, contiene la relazione e quindi le conferisce un'identità.

Il primo colloquio: Fasi

- Fase dei preliminari (Predisposizione di un ambiente funzionale, elaborazione personale degli obiettivi del colloquio)
- Fase di accoglienza (Saluti e presentazione, motivo dell'incontro)
- Fase di apertura ("di quali problemi parliamo?" Si raccolgono informazioni sulle motivazioni consapevoli per cui cerca la valutazione, sull'eventuale sintomatologia, sulle problematiche prevalenti, ... ("La ascolto..." - "In cosa posso esserle utile?" - "Quale è il motivo che l'ha portata qui?" ...).

Il primo colloquio: Fasi

- Specificazione del problema
- Analisi delle variabili funzionali correlate
- Storia del problema
- Storia personale (fase del profilo complessivo: nella fase centrale si approfondiscono le informazioni che sembrano più rilevanti e si inizia la raccolta della storia di vita del soggetto; si fa una prima valutazione su come il soggetto risponde agli interventi del clinico)
- Analisi delle aspettative
- Restituzione e chiusura (Sintesi degli aspetti più significativi emersi, delle strategie concordate e del modo di verificarne l'efficacia. La fase finale è introdotta da una domanda del tipo "C'è qualcosa di importante su di sé che vorrebbe dirmi e che non le ho chiesto?". Breve restituzione ed indicazioni sul tipo di lavoro successivo. Si può domandare come il paziente ha vissuto il colloquio di valutazione. Saluti e congedo, eventuali domande)

Il colloquio: elementi di base

- Anamnesi: storia clinica del paziente, da racconti dello stesso o tramite ciò che viene riportato indirettamente dai familiari; raccoglie informazioni relative a:
 - La storia individuale: lo sviluppo del paziente.
 - La storia familiare: familiarità o transgenerazionalità di un sintomo.
 - La storia del sintomo: da quando è manifesto; con che frequenza si presenta; se ci sono episodi precedenti; se ci sono state altre manifestazioni significative associate; se è stabile o ingravescente
- Le aree di vita funzionali: lavoro, relazioni sentimentali, interpersonali, impegni sociali
- La semiotica: segni e sintomi
- L'esperienza soggettiva e lo stato mentale: come si sente il paziente; se ne è consapevole o meno; lo stato di sofferenza vissuto dal paziente (vissuti emotivi), ...
- Stato esteriore: curato, non curato, eccentrico, posato, controllato, ...
- Informazioni paraverbali: come si esprime (linguaggio forbito, semplice, ..); tono della voce; come si comporta, movimenti, sguardo, manierismi, tic, ...

Il colloquio: elementi di base

Spesso nel primo colloquio ci si concentra sugli aspetti disfunzionali (sintomi, deficit, ...), ma è importante anche sottolineare aspetti positivi e funzionali.

Lo scopo è:

- Valutare la gravità del problema (frequenza, gravità, recidività, ...)
- Identificare i possibili punti di forza che possono facilitare il lavoro di terapia
- Costruirsi un'idea completa del paziente

Il colloquio: elementi di base

Spesso nel primo colloquio ci si concentra sugli aspetti negativi e disfunzionali (sintomi, deficit, ...).

È infatti importante identificare:

- durata
- frequenza
- intensità
- gravità
- contesti in cui si presentano
- situazioni antecedenti/conseguenti
- ricorrenza
- come la malattia modifica le reazioni e la vita sociale del paziente e i suoi conseguenti vissuti emotivi

Attenzione però che è importante anche sottolineare aspetti positivi e funzionali.

Lo scopo è:

- Valutare la gravità del problema (frequenza, gravità, recidività, ...)
- Identificare i possibili punti di forza che possono facilitare il lavoro di terapia
- Costruirsi un'idea completa del paziente

Il colloquio: elementi di base

In seguito:

- Si valutano tutti i sintomi attuali
- Si valuta come possano integrarsi in un quadro sindromico
- Si producono diverse proposte diagnostiche

Poi si pone il problema della scelta dell'intervento:

- Quale intervento è più idoneo al trattamento del paziente?
- Quali sono gli aspetti particolarmente rilevanti da trattare? Aspetti soggettivi? Familiari? Emotivi? Comportamentali?
- Come è strutturato il nostro paziente? È in grado di svolgere un certo tipo di lavoro terapeutico?

Infine, nella scelta della terapia bisogna considerare:

- Il sintomo con maggiore urgenza di trattamento
- La condizione generale del paziente;
- La possibilità di intervento e a più livelli: individuale, familiare, sociale

Il colloquio clinico

In generale, l'obiettivo del colloquio clinico è quindi di delineare la struttura di personalità del soggetto esaminato.

Va notato che il colloquio è una situazione psicosociale, dinamica, in cui si rivelano le personalità sia dell'esaminato, sia dell'esaminatore, che con i suoi atteggiamenti e le sue ipotesi interpretative, condiziona e modella il rapporto, influenzando sui risultati.

Pertanto l'esaminatore deve essere consapevole di influire sugli atteggiamenti del soggetto, anche quando il suo ruolo è, almeno in apparenza, neutro.

I problemi comuni alle diverse varianti di colloquio sono:

- l'eventuale suggestione indotta dalla formulazione delle domande
- l'intervento della personalità e del ruolo sociale dell'esaminatore, con le conseguenti reazioni emotive e motivazionali suscitate nell'esaminato
- la fedeltà e la completezza della testimonianza dell'esaminato
- il contenimento della distorsione interpretativa da parte dell'esaminatore

Il colloquio clinico

Cause di distorsione del colloquio

Il concetto di RUOLO è centrale nell'interazione interpersonale che caratterizza il colloquio.

Coesistono in ciascuno di noi molti ruoli diversi.

Il grado di identificazione con il ruolo è variabile: l'individuo può conformarsi a un certo numero di ruoli solo superficialmente e rimanere legato affettivamente solo ad alcuni di essi.

L'adulto che non abbia acquisito sufficiente sicurezza ed autonomia, assume spesso un ruolo conforme alle aspettative degli altri.

Queste considerazioni sulla molteplicità dei ruoli rendono necessario, di volta in volta, l'individuare il ruolo in cui vengono collocati, all'interno del colloquio, l'esaminatore e l'esaminato.

Il colloquio clinico

Cause di distorsione del colloquio

Prendiamo, ad esempio, il colloquio tra un medico e un paziente.

Il medico può essere considerato un'autorità che detiene il potere e che può decidere della salute del paziente. Altre volte può essere visto come un esperto giusto, in grado di risolvere qualsiasi problema. In entrambi i casi, la situazione può essere vissuta come una prova angosciata, perché costituisce una minaccia potenziale all'autostima.

Allorché il medico sembri voler stabilire un rapporto umano e personale, l'esaminato potrà essere indotto a considerarlo come un protettore. In questa situazione, l'esaminato potrà provare, in alcuni casi, un imbarazzo paralizzante, oppure manifestare concitazione, irrequietezza ansiosa, che possono dare all'esaminatore l'impressione di una personalità priva di autocontrollo, disordinata ed incoerente.

Il colloquio clinico

Cause di distorsione del colloquio

In altri casi, l'esaminato mirerà a ingraziarsi l'esaminatore e assumerà un atteggiamento rispettoso e devoto, mostrando un desiderio zelante di cooperazione.

In altri casi ancora, l'esaminato avrà un atteggiamento risentito, duro, scontroso, chiuso nella diffidenza o apertamente sarcastico.

È chiaro quindi che **gli atteggiamenti osservati durante il colloquio non devono essere generalizzati**. Essi possono essere solo occasionali, dettati cioè dalle condizioni, dagli scopi e dalle conseguenze di quel particolare colloquio.

Quello che bisogna fare in questi casi è di evitare controreazioni emotive.

Il colloquio clinico

Cause di distorsione del colloquio

Il medico, così come lo psicologo, così come ogni operatore sanitario, oltre che autorità scientifica, è considerato anche, frequentemente, come un'autorità sociale, a cui il soggetto tormentato da scrupoli e da sensi di colpa può chiedere di essere giudicato, e quindi assolto o condannato.

In conclusione, è frequente che durante il colloquio il soggetto rivolga, più o meno apertamente, un appello pressante e ansioso:

- ai poteri terapeutici dell'esaminatore ("mi deve guarire, mi deve aiutare!")
- alla superiore esperienza e sicurezza ("mi dica cosa devo fare, mi consigli")
- alla sua autorità morale ("mi dica se ho fatto bene, cosa avrei dovuto fare")
- alle sue conoscenze specifiche ("mi spieghi perché mi succede questo, perché avverto questo sintomo")
- alle sue facoltà prognostiche, intese come profetiche ("cosa mi succederà, come finirà?")

Il colloquio clinico

Cause di distorsione del colloquio

L'esaminatore scarsamente consapevole di questi meccanismi di rapporto interpersonale rischia di assumere uno dei ruoli suggeritigli dall'atteggiamento dell'esaminato. In altri casi delude le attese, in quanto interpreta sempre lo stesso ruolo, indipendentemente dalle esigenze del paziente.

È necessario quindi prendere coscienza delle proprie disposizioni, tenendo anche conto dei pericoli di distorsione del colloquio e utilizzando delle strategie per adattarsi alla situazione.

Il colloquio clinico

Contenuti del colloquio

Ci sono tre categorie: contenuto, contesto ed espressioni non verbali.

Il canale **non verbale** offre una serie di informazioni che il contenuto verbale non è in grado di fornire.

L'importanza di queste informazioni si evidenzia soprattutto nei casi in cui il paziente trova difficoltà ad esprimere pensieri e sensazioni o non riesce a formulare adeguate richieste nei confronti dell'esaminatore o, infine, non è in grado di verbalizzare stati emotivi di cui egli stesso non è pienamente cosciente.

COMUNICAZIONE VERBALE E NON-VERBALE

La comunicazione è verbale (**COSA** diciamo) (10%) e non verbale (es. *linguaggio del corpo*) (**COME** lo diciamo) (90%).

- Apparenza fisica
- Postura
- Gesti
- Posizione del corpo
- Tocco
- Espressioni facciali
- Caratteristiche della voce

Comunicazione non verbale

La comunicazione non verbale partecipa in modo attivo e autonomo, assieme al sistema linguistico, a generare e produrre il significato di ogni atto comunicativo.

Presenta un grado limitato di convenzionalizzazione: in nessuna cultura si osserva un insegnamento sistematico dei sistemi non verbali di significazione e segnalazione, il cui apprendimento è latente e implicito, attraverso il flusso delle interazioni quotidiane.

La comunicazione non verbale struttura la componente relazionale (non il cosa, ma il come è comunicato) della comunicazione.

Serve a manifestare le emozioni, a gestire l'intimità, e a comunicare le relazioni di potere e persuasione.

Comunicazione non verbale

Il silenzio costituisce un modo strategico di comunicazione il cui significato varia con le situazioni, le relazioni e la cultura di riferimento.

In generale il valore comunicativo del silenzio è da attribuire alla sua ambiguità; può essere l'indizio di un rapporto e una comunicazione intensi o di un rapporto e una comunicazione deteriorati.

È governato da un insieme complesso di standard sociali che regolano dove, quando, come e perché usare il silenzio, e vanno imparate al pari del linguaggio e degli altri sistemi di segnalazione.

Il silenzio in genere è associato a situazioni sociali in cui la relazione tra i partecipanti è incerta, poco conosciuta, vaga o ambigua.

Il silenzio presenta importanti variazioni culturali. In genere, nelle culture occidentali (individualistiche), si osserva una rapida successione dei turni di parola, le pause sono ridotte e il silenzio è considerato mancanza di cooperazione nella gestione della conversazione, mentre nelle culture orientali (collettivistiche) i partecipanti prendono lunghe pause di silenzio tra gli interventi, come segnale di riflessione e ponderatezza, e indica fiducia, confidenza, armonia e intesa.

Comunicazione non verbale

I diversi segnali inerenti il **comportamento spaziale** costituiscono nel loro insieme un'importante fonte di informazione. La **vicinanza fisica**, per esempio, è in genere in relazione al grado di intimità e alla dominanza. L'**orientazione** (angolo secondo cui le persone si situano nello spazio, in piedi o sedute, l'una rispetto all'altra) costituisce un elemento di informazione circa gli atteggiamenti interpersonali; sembra che questo segnale, i cui tipi fondamentali sono quello faccia a faccia e fianco a fianco, indichi i rapporti di collaborazione, intimità, gerarchia e le differenze di status.

Anche la **postura** è un segnale in larga misura involontario, che partecipa al processo interattivo e comunicativo. Fornisce quindi informazioni riguardo ai rapporti interpersonali, lo stato sociale, gli stati emotivi, in particolare lungo la dimensione tensione/rilassamento. Se è relativamente facile recitare una mimica, lo è molto meno recitare una postura.

Comunicazione non verbale

Nella gamma dei comportamenti non verbali, il **comportamento motorio** ha una sua espressività complessiva, tra cui, in particolare, i gesti delle mani e i cenni del capo.

Alcuni di questi, in assenza di comportamento verbali, sono intenzionali (ad esempio, saluto, congedo, indicazione, etc.) e vengono chiamati segnali emblematici.

I gesti illustratori, sempre intenzionali, sono rappresentati da sottolineature o completamenti del messaggio verbale.

Altri segnali non verbali sono indicatori dello stato emotivo della persona che li emette; un gesto tipico, ad esempio, è rappresentato dall'atto di scuotere un pugno in segno di rabbia.

Comunicazione non verbale

Esistono dei segnali regolatori, prodotti da chi parla e da chi ascolta, allo scopo di regolare la sincronizzazione degli interventi nell'ambito del dialogo. Indicano a chi parla se l'interlocutore è interessato, se desidera parlare, se desidera interrompere la comunicazione, etc.

Oltre ad alcuni tipici gesti delle mani, possono servire a questo scopo anche cenni del capo, l'inarcamento delle sopracciglia, i mutamenti nella posizione, etc.

Lo **sguardo** è altamente espressivo; un aspetto interessante è costituito dalle motivazioni che stanno alla base della ricerca dello sguardo e della fuga da esso, e dell'esperienza del venire guardati.

Anche tutti gli elementi che costituiscono **l'aspetto esteriore** sono fonti di informazione: il volto, la conformazione fisica, l'abbigliamento, il trucco, l'acconciatura, etc.

FALLIMENTI COMUNICATIVI

Si parla di fallimenti comunicativi quando il parlante è incapace di produrre gli effetti attesi dall'emissione di una qualche espressione oppure quando il ricevente non riesce a comprendere ciò che il parlante gli vuole comunicare.

Comunicazione problematica: un complesso di processi comunicativi che intervengono quotidianamente all'interno delle relazioni interpersonali.

Possono dipendere da:

- inadeguatezza comunicativa dei partecipanti;
- differenze culturali;
- sottostima delle ambiguità espressive.

FALLIMENTI COMUNICATIVI

Nel corso del processo di codifica l'emittente deve tradurre i propri pensieri in qualcosa di obiettivo, attraverso qualche tipo di linguaggio.

I principali fallimenti possono insorgere nel momento in cui l'emittente non tiene conto del proprio interlocutore e del contesto in cui avviene lo scambio comunicativo.

Da parte sua, il destinatario del messaggio è impegnato in un processo di decodifica, cioè in un'interpretazione attiva del messaggio.

FALLIMENTI COMUNICATIVI

I messaggi vengono trasmessi attraverso un canale di comunicazione.

In questo caso i fallimenti consistono nel non adattare il tipo di linguaggio all'obiettivo della comunicazione.

Per quanto riguarda il messaggio trasmesso, le distorsioni comunicative sono facilmente identificabili nel momento in cui il messaggio è contraddittorio.

FALLIMENTI COMUNICATIVI

L'emittente modula il suo messaggio in funzione del **contesto** in cui si trova, per allontanare l'ambiguità di certi messaggi.

Si fa riferimento al contesto linguistico, cioè segni verbali quali fonemi, parole, frasi, discorsi.

Contesto esplicito: formato dal contesto linguistico affiancato al contesto formato da tutti i segni che provengono dal linguaggio non verbale.

Contesto implicito: consiste in tutto ciò che gli interlocutori sanno l'uno dell'altro, che non viene verbalizzato nell'atto comunicativo, ma che naturalmente influisce sulla comunicazione.

FALLIMENTI COMUNICATIVI

Il ***feedback*** è molto importante in un processo comunicativo efficace.

Il feedback è l'informazione di ritorno che l'emittente riceve dal destinatario in merito alla propria comunicazione e consente al modello di acquistare una dimensione di circolarità: il ricevente diventa, a sua volta, emittente.

Un utilizzo non sapiente del feedback può essere fonte di fraintendimenti imputabili sia all'emittente, poco attento ai segnali provenienti dall'interlocutore, che al destinatario, povero di segnali di feedback.

ASPETTI RELAZIONALI NELLE DISTORSIONI COMUNICATIVE

Watzlawick e colleghi (1967) mettono in risalto come ogni comunicazione abbia un aspetto:

- ***di contenuto***
- ***di relazione***

La relazione si evidenzia nel modo in cui il contenuto del messaggio viene trasmesso.

Es:

- *è importante togliere la frizione gradatamente e dolcemente*
- *togli di colpo la frizione e rovinerai la frizione in un momento*

Sono evidenti aspetti relazionali diversi.

CONOSCENZE PASSATE E LINGUAGGIO FIGURATO

Dimensione ***pragmatica della comunicazione***, cioè la capacità che permette di rispondere in modo appropriato e di mettere in atto comportamenti adeguati al contesto.

Per esempio:

“Potresti passarmi il sale?”

La risposta più adeguata non è “Sì”, ma è l’attuazione del comportamento.

Entrambi gli attori sono chiamati a mostrare tale competenza pragmatica.

CONOSCENZE PASSATE E LINGUAGGIO FIGURATO

Il ***linguaggio figurato*** è costituito da diversi tipi di espressioni, come proverbi, le metafore etc.

La comprensione di tale linguaggio richiede necessariamente conoscenze più generali di quelle contenute nel lessico e la discrepanza del significato che emerge dal linguaggio figurato e il significato letterale può essere fonte di equivoci.

Metacomunicazione: tale capacità è il frutto di un'azione di riflessione sul linguaggio utilizzato.

Rendere la comunicazione verbale più efficace

Come abbiamo visto, paziente/cliente comunica:

- In modo esplicito, esprimendo il proprio disagio/preoccupazione
- In modo non esplicito, manifestando segnali verbali/non verbali di insoddisfazione, incoerenza, disagio:
 - Introducendo spontaneamente aspettative, idee, sensazioni, preoccupazioni
 - Utilizzando un linguaggio colorito o metaforico
 - Introducendo espressioni che apparentemente non hanno relazione con quanto riferito fino a quel momento
 - Introducendo spontaneamente precisazioni e tentativi di spiegazione personale
 - Esprimendo disagio o parlando di emozioni mentre vengono descritti sintomi o disturbi organici
 - Descrivendo una situazione difficile senza apparente partecipazione emotiva
 - Eccedendo nell'espressività verbale o non verbale

Rendere la comunicazione verbale più efficace

- Essere diretti
- Parlare in prima persona
- Essere completi e specifici
- Essere chiari e consapevoli
- Chiarire le proprie emozioni e bisogni
- Separare i fatti dalle opinioni
- Focalizzarsi su una cosa alla volta
- Essere supportivi
- Essere consapevoli del non-verbale
- Rinforzare con la ripetizione
- Adattare la comunicazione al ricevente
- Cercare di ricevere feedback sulla propria comunicazione

Rendere la comunicazione verbale più efficace

Alcune metodiche:

- Facilitazione: Incoraggiare il paziente a dire di più o a continuare la sua storia
 - “Continui pure....” - “Sì....., mi dica” - “Mmmh...”
- Domande aperte non direttive: Usate per aprire il colloquio o per introdurre un'ulteriore area d'indagine. Segnalano la disponibilità all'ascolto. Da usare tutte le volte che il paziente introduce un nuovo argomento.
 - Espressioni per iniziare il colloquio: “Come mai è qui?” - “che esame deve fare?” - “Quale è il motivo della sua visita?”
 - Espressioni che non impongono un contenuto specifico alla risposta: “Come mai?” - “Cosa è successo?” - “Perché?” - “E poi?”
 - Espressioni che hanno lo scopo di ottenere maggiori informazioni: “Mi dica di più a proposito di...” - “Mi spieghi meglio” - “cos'altro vorrebbe aggiungere”

Rendere la comunicazione verbale più efficace

Alcune metodiche:

- Domande aperte direttive: Usate per indagare aree specifiche. Consentono la chiarificazione di dettagli e scoraggiano una divagazione irrilevante da parte del paziente
 - “Come va il dolore in questo momento?” - “Come si sente rispetto a questa situazione?”
- Commento riflessivo: si ripete o riformula parte di ciò che il paziente ha detto o si completa una sua frase aiutandolo a continuare il discorso in quella direzione; oppure evidenzia un segnale non verbale inviato dal paziente
 - Paziente:....scusi sa ma mi sento...
 - Operatore: ... un po' imbarazzato...

 - Paziente: non dice nulla, ma ha un volto sofferente
 - Operatore: mi sembra che non si senta molto bene

Rendere la comunicazione verbale più efficace

Alcune metodiche:

- Chiarificazione: quando il paziente ha scelto una parola con significato ambiguo, confuso o vago. Si usa anche per conoscere il significato che il paziente attribuisce all'espressione scelta
 - "Mi può spiegare meglio cosa intende per ...?" – "In che senso dice che ...?"
- Verifica: Per controllare l'accuratezza dell'informazione ottenuta. Da usare quando si è confusi od incerti. Rassicura il paziente, che percepisce interesse nei suoi confronti. Consente al paziente di correggere eventuali errori di comprensione
 - "Se ho capito bene ha già fatto quest'esame altre volte..."

Rendere la comunicazione verbale più efficace

Alcune metodiche:

- Sintesi: Per riepilogare quanto detto dal paziente, sottolineando tutti gli aspetti emersi. Trasmette un'impressione di ascolto attento e comprensione. È utile per strutturare il colloquio e verificare la completezza delle informazioni raccolte, stabilendo anche le priorità dell'interlocutore. Consente di correggere eventuali errori di comprensione
 - "Allora, lei mi ha detto che soffre di ... da una settimana, e in più ha questo dolore a ... e negli ultimi giorni fa fatica anche a prendere sonno"
- Transizione: Per per indicare un momento di passaggio all'interno del colloquio. Orienta il paziente rispetto a ciò che si intende fare
 - "Vorrei farle alcune domande per capire meglio la sua situazione attuale"

Rendere la comunicazione verbale più efficace

Per far sentire il paziente sostenuto e compreso è utile:

- Conoscere e saper riconoscere le sue emozioni (es. paura, imbarazzo, ansia, ...)
- Dare un nome alle emozioni
- Incoraggiarne l'elaborazione, facilitando il paziente a esprimere le emozioni (es. "come si sente?", "come va?", "tutto bene?")
- L'ascolto attivo
- Comprenderle, applicando le tecniche di base per la gestione delle emozioni (legittimazione, commento empatico, rassicurazione, contatto fisico, commenti di rispetto su comportamenti ed emozioni)
- Evitare rassicurazioni premature

COMUNICARE I RISCHI E I PERICOLI

Gli esperti lamentano una mancanza di comprensione, da parte del pubblico, di quali sono i veri pericoli e il rischio associato.

Il pubblico sperimenta una mancanza di informazioni o una impossibilità di far uso dell'informazione ricevuta.

L'errore nella comunicazione del messaggio è condivisibile tra mittente e ricevente, perché se al ricevente spetta il compito di ascoltare il messaggio, al mittente spetta il compito di confezionare il messaggio, in modo che possa essere compreso dal ricevente.

COMUNICARE I RISCHI E I PERICOLI

È possibile poi assistere a fenomeni di amplificazione, che caratterizzano una notizia riguardante il rischio.

Una notizia che trasporta informazioni negative ha sempre un'eco e una risonanza maggiore rispetto a una che veicola buone notizie.

Da queste considerazioni si può intuire come la comunicazione del rischio sia un tema rilevante per la salute umana, per quella economica e dei sistemi in generale.

COMUNICARE I RISCHI E I PERICOLI

•**Pericolo:** si intende quella caratteristica dell'oggetto, del prodotto o della situazione che può provocare un danno, se viene a contatto con la persona.

•**Rischio:** si intende qualcosa di più complesso della semplice esistenza di un pericolo. Con il rischio si aggiunge al pericolo la probabilità di incontrarlo.

$$\mathbf{R} = \mathbf{p} \times \mathbf{G}$$

dove **R** è il *rischio*, **p** è la *probabilità* e **G** è la *gravità dell'esito*.

Il rischio ingloba l'aspetto di ***incertezza*** che manca al pericolo.

FORME ELEMENTARI DI COMUNICAZIONE DEL PERICOLO

Le forme elementari di comunicazione del pericolo sono essenzialmente 2:

• ***Apprendimento condizionato:*** si può insegnare ad avere paura di un certo stimolo.

Watson e Rayner associarono la presentazione a un bambino di un topo (stimolo neutro) con il forte rumore prodotto da un barra metallica (stimolo pauroso).

Il bambino apprese ad aver paura dei topi (e delle cose pelose - **fobia**).

FORME ELEMENTARI DI COMUNICAZIONE DEL PERICOLO

•**Condizionamento sociale:** si può apprendere ad avere paura solamente guardando altri individui che hanno paura.

Cook e Mineka hanno mostrato che le scimmie possono imparare ad aver paura dei serpenti in modo vicario, ovvero osservando altre scimmie manifestare le reazioni di paura.

Un gruppo di soggetti venne condizionato ad avere paura di serpenti, ragni, fiori, funghi.

I ricercatori osservarono che le persone manifestavano una reazione di paura maggiore per i serpenti e i ragni.

Questi dati sembrano confermare un meccanismo di **apprendimento selettivo**.

LA COMUNICAZIONE DEL PERICOLO NELLA SOCIETÀ

Nell'ambiente in cui viviamo, i rischi che ci troviamo più comunemente ad affrontare possono essere riassunti in due grandi fattori:

1. la paurosità: questi rischi sono giudicati terrificanti, incontrollabili, involontariamente assunti, catastrofici, con gravi conseguenze per noi e per le generazioni future;

2. l'osservabilità: questi rischi non sono osservabili a occhio nudo, hanno effetti differiti nel tempo, sono nuovi e sconosciuti alle persone e alla scienza.

LA COMUNICAZIONE FRA ESPERTI E PUBBLICO

Il pubblico valuta il rischio in maniera intuitiva, usa un linguaggio diverso e più intuitivo rispetto agli esperti.

Si parla quindi di rischio percepito, non necessariamente coincidente con quello reale.

La comunicazione fra esperti e pubblico deve quindi tenere conto delle differenze nella prospettiva fra i due attori.

LA COMUNICAZIONE FRA ESPERTI E PUBBLICO

Principali differenze:

- ***La probabilità:*** espressa numericamente dagli esperti, viene spesso trasformata dal pubblico in tutto o niente
- ***Le statistiche:*** gli esperti usano dei dati aggregati
- ***Le emozioni:*** gli esperti valutano i rischi in base a calcoli scientifici, mentre le persone valutano un'attività in funzione dell'emozione a essa associata
- ***I benefici:*** per un esperto i rischi non cambiano al variare dei benefici, ovvero i due fattori sono indipendenti

LA COMUNICAZIONE FRA ESPERTI E PUBBLICO

Principali differenze:

- ***L'incontrollabilità:*** per un esperto non conta il fatto che un'attività rischiosa possa limitare i propri effetti dannosi, grazie all'abilità di chi la sta compiendo
- ***La catastroficità:*** per gli esperti mille vite umane contano come 1000 volte una vita umana, per il pubblico non è così
- ***La cecità psicologica:*** per un esperto ogni vita umana ha lo stesso peso, per le persone non è così.
- ***Le generazioni future:*** per gli esperti una vita è una vita, qualsiasi sia l'età.
- ***L'involontarietà:*** per gli esperti non importa se il rischio viene assunto volontariamente o involontariamente.

IMMAGINI E MASS MEDIA NELLA COMUNICAZIONE DEL RISCHIO

Le persone non esperte percepiscono ed elaborano il rischio in due modi: la via *analitica* e quella *esperienziale*.

• **La via analitica**, collocata nella neocorteccia, è di più recente evoluzione e permette di elaborare le informazioni in maniera logica; il processo di elaborazione, però, è lento e faticoso.

• **La via esperienziale** è veloce e automatica. Essa sembra fare uso di reazioni emozionali involontarie, positive e negative, evocate dallo stimolo.

Le reazioni emozionali spontanee verso uno stimolo sono spesso evocate da **immagini**.

Il **ruolo dei mass media** dovrebbe essere quello di informare. Tuttavia accade che delle notizie vengano “gonfiate” per attirare l’attenzione del pubblico. Le informazioni negative hanno più peso di quelle positive.

IL FORMATO DI PRESENTAZIONE DEL RISCHIO

Uno dei problemi nella comunicazione del rischio è che per poter trarre un significato dall'informazione, la persona deve tradurla in un valore di rischio individuale.

“Qual è il MIO rischio?”

Esempi diversi di comunicazione:

- una donna di 60 anni che fuma ha il 4% di possibilità di morire di attacco cardiaco nei prossimi dieci anni...
- su mille donne di 60 anni che fumano, 45 moriranno di attacco cardiaco, ...

Infatti dire 0,7% o dire 7 su 1000 ha un impatto psicologico diverso: il secondo viene percepito come più elevato del primo, pur essendo oggettivamente identico (Lotto et al., 2005).

EFFETTO FRAMING

I dati permettono di concludere che le persone preferiscono opzioni con esito certo, quando tali opzioni sono descritte in termini positivi, mentre preferiscono quelle con esito incerto, quando le stesse sono formulate in termini negativi.

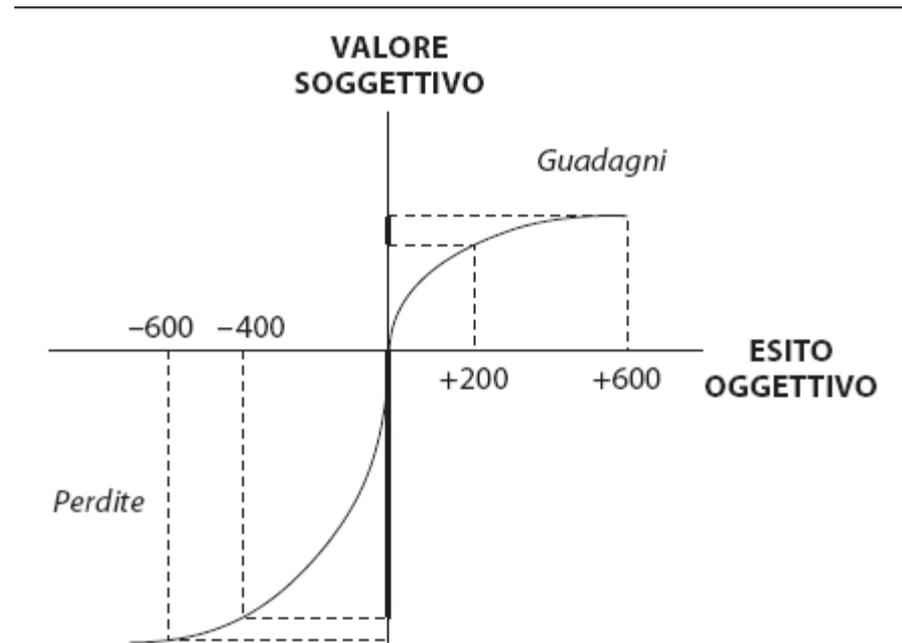
Tali risultati sono spiegabili all'interno della **teoria del prospetto** di Kahneman e Tversky (1979).

Il concetto chiave di questa teoria è costituito dalla funzione di valore soggettivo.

EFFETTO FRAMING

La funzione è caratterizzata da 3 proprietà:

- le persone percepiscono le diverse opzioni in termini di potenziali guadagni o potenziali perdite, rispetto a un punto di riferimento neutro
- le persone considerano le perdite più salienti dei corrispondenti guadagni
- le persone sono più propense a fare scelte rischiose nel dominio delle perdite



EFFETTO FRAMING

L'effetto framing è stato studiato in numerosi contesti, per esempio in ambito medico (Meyerowitz e Chaiken, 1987).

Se ti avvali dell'autoesame al seno ***potrai*** imparare com'è il tuo seno normale e in salute [...]; le donne che si sottopongono a un autoesame al seno hanno ***maggiore*** probabilità di identificare un eventuale tumore [...].

Se non ti avvali dell'autoesame al seno, ***non potrai*** imparare com'è il tuo seno normale e in salute [...]; le donne che si sottopongono a un autoesame al seno hanno ***minore*** probabilità di identificare un eventuale tumore [...].

EFFETTO FRAMING

Il gruppo sottoposto al messaggio formulato in termini di **perdita** esprimeva maggiore intenzione di eseguire l'autoesame al seno.

Anche al follow-up dichiaravano di aver aderito maggiormente alla pratica.

Sono stati identificati due tipi di comportamenti diversi:

- comportamenti di prevenzione, volti a ***mantenere*** lo stato di salute;
- comportamenti di individuazione, volti a ***controllare*** lo stato di salute.

ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI GUIDATA DALL' "AFFECT"

La preferenza tende a essere costruita sul momento e per questo tende a non essere stabile e a variare in funzione del modo in cui le informazioni vengono fornite.

In questo processo di costruzione di valori e preferenze, ricerche recenti hanno incorporato la dimensione affettiva (*affect*).

Affect: una sensazione legata all'attributo da valutare e che dà senso all'attributo stesso.

ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI GUIDATA DALL' "AFFECT"

Si pensi alle informazioni che il mondo medico fornisce: incidenza di una malattia, probabilità di sopravvivenza, etc.

Nonostante il formato numerico fornisca informazioni più precise rispetto all'utilizzo di quantificatori verbali (molte persone, alcune persone, etc.), ricerche recenti hanno dimostrato che una larga parte della popolazione non riesce ad attribuire un reale significato a un numero (Kirsch et al., 1993).

ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI GUIDATA DALL' "AFFECT"

Peters e colleghi hanno studiato la comprensione delle informazioni numeriche.

Un gruppo di anziani doveva scegliere fra due possibili piani di salute.

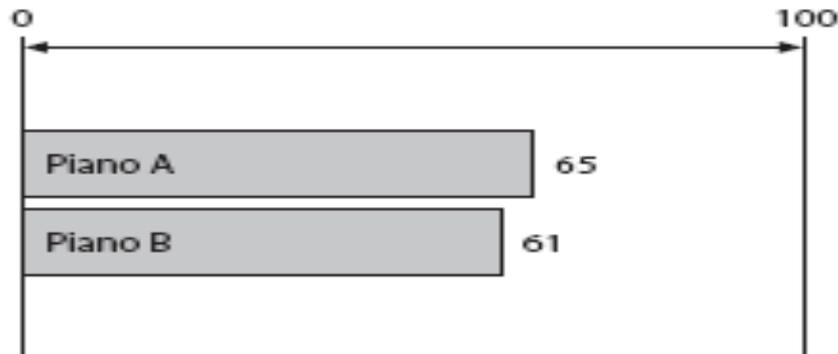
A metà dei soggetti le informazioni riguardanti i piani erano fornite con l'aggiunta di categorie affettive.

Inoltre gli attributi erano disegnati in modo tale che il piano B fosse buono per entrambi gli attributi, mentre il piano A fosse buono per la qualità dei trattamenti, ma discreto per la soddisfazione dei pazienti.

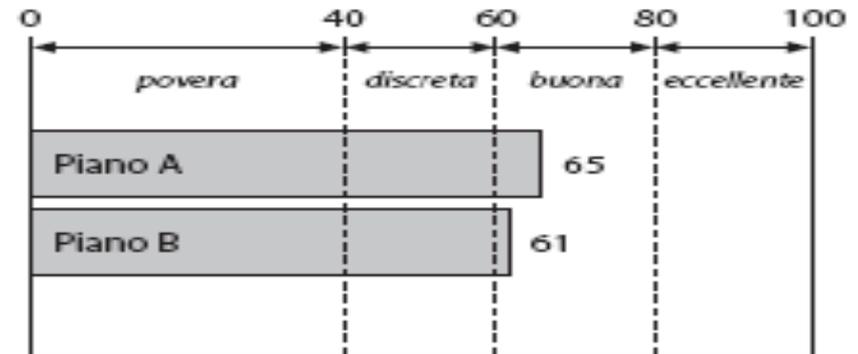
ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI GUIDATA DALL'”AFFECT”

CONDIZIONE SENZA CATEGORIE AFFETTIVE

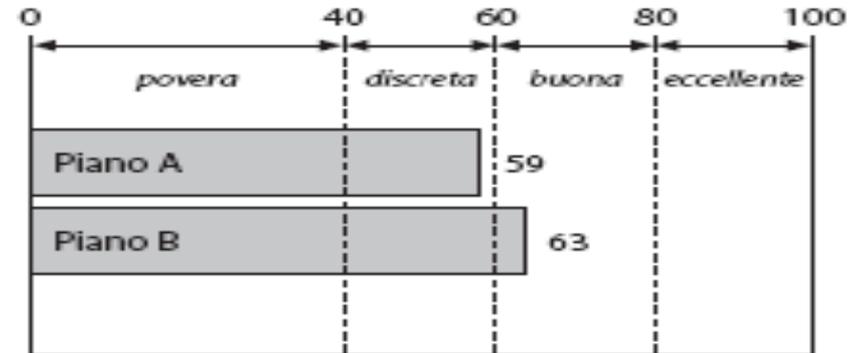
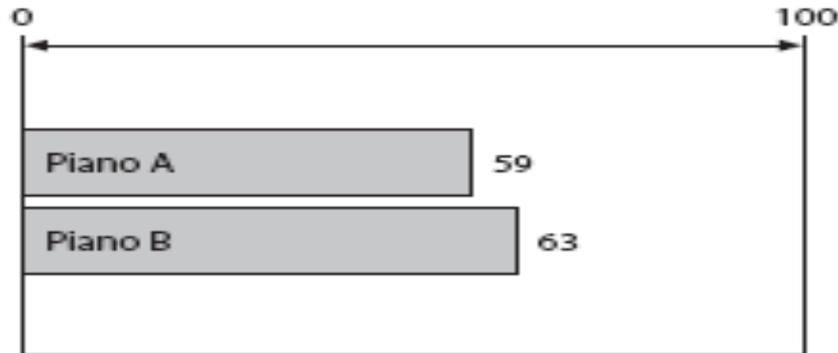
Qualità dei trattamenti:



CONDIZIONE CON CATEGORIE AFFETTIVE



Soddisfazione dei pazienti



Quando le etichette erano presenti, un maggior numero di persone preferiva il piano B al piano A.

COINVOLGIMENTO EMOTIVO

È stato dimostrato come un messaggio volto a promuovere comportamenti di individuazione di una malattia sia più efficace se è espresso in termini di **perdita**.

Secondo Maheswaran e coll. (1990) tale effetto è mediato dal coinvolgimento della persona.

A un gruppo di studenti veniva chiesto di esprimere le loro intenzioni riguardo un test per il colesterolo:

- “anche le persone sotto i 25 anni sono a rischio” (alto coinvolgimento);
- “ le persone anziane sono a rischio ” (basso coinvolgimento).

Le persone più coinvolte sono maggiormente persuase da un messaggio in termini di perdita, le altre da un messaggio in termini di guadagno.