

PSICOLOGIA MEDICA A.A. 2012/2013

COMUNICAZIONE NONVERBALE E GESTIONE DELLE PROPRIE EMOZIONI

Prof.ssa Lidia Del Piccolo

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
Sezione di Psicologia Clinica

DSPMC - PSY

PRESENTAZIONE

- ALCUNE DEFINIZIONI
- Significato filogenetico della CNV
- Significato evolutivo della CNV
- Emozioni e CNV
- Gestione delle proprie emozioni

DSPMC - PSY

DEFINIZIONE

COMUNICAZIONE

↓

Invio di informazione che ha un **significato**.
Richiede: un **sorgente** - un **messaggio** - un **ricevente**.

Encoding è il processo di inviare un messaggio
Decoding è il processo di ricevere un messaggio.

Interazione tra **almeno due agenti**, dotata di intenzionalità reciproca mediata da **segni condivisi** e dallo stesso repertorio di **regole semiotiche**

Principi organizzatori del sistema di segni (grammatica)

Rappresentazioni della realtà che sottendono un **significato** per gli agenti coinvolti



DSPMC - PSY

COMUNICAZIONE

↓

Il repertorio di segni e regole semiotiche 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.



DSPMC - PSY

DEFINIZIONE

COMUNICAZIONE NON-VERBALE

↓

La comunicazione Nonverbale (CNV) fa riferimento a un ampio insieme di comportamenti che possono o no **essere intenzionali**, con la caratteristica che i segni implicati nel processo di codifica e decodifica sono di natura **non verbale**.

La comunicazione Nonverbale può essere veicolata da: **Gesti, contatto fisico, movimenti, postura, espressioni facciali, contatto visivo** e **oggetti** legati all'abbigliamento, e la **prossemica**.

Il linguaggio contiene elementi non-verbali definiti come **paralinguaggio**, che comprendono l'intonazione della voce, e aspetti della prosodia quali il ritmo, la velocità dell'eloquio e l'intonazione.



DSPMC - PSY

"Dire qualcosa è anche fare sempre qualcosa" Austin (1962)

Nel momento in cui parliamo compiamo almeno tre azioni:

- atti di dire qualcosa** che ha un significato (meaning), comprendono **atti fonetici** (produzione di fonemi), **atti fatici** (pronuncia di vocaboli secondo un certo ordine sintattico), **atti retici** (produzione di un'unità linguistica dotata di un certo significato).
- atti nel dire qualcosa**, che si riferiscono al grado di intenzione comunicativa del parlante;
- atti per dire qualcosa**, si intende la produzione di specifici effetti del parlante su emozioni, sentimenti e credenze.

DSPMC - PSY

PAUL WATZLAWICK ET AL. (1968)
PRAGMATICS OF HUMAN COMMUNICATION

1. **Non si può non comunicare** (anche il silenzio è comunicazione)
2. **Ogni comunicazione è anche metacomunicazione** (ogni messaggio tra due persone dice qualcosa in termini di contenuto ma anche sulla relazione tra le due persone)
3. La natura di qualsiasi relazione dipende dalla **punteggiatura delle sequenze di comunicazione** dei comunicanti.
4. **Ciascun messaggio comporta 2 canali complementari: verbale e non-verbale.**
5. **Tutte le interazioni possono essere simmetriche o complementari.** Il contesto è parte integrante della comunicazione contribuendo a definirla



DSPMC - PSY

ANALISI DEL MESSAGGIO

"Ok, va bene"

	Contenuto	Relazione
Verbale	"espressione di accordo"	accordo
Non-verbale	🤔 🤔 🤔	distacco disappunto

Se comunicazione non-verbale e verbale sono in contrasto, la CNV è adottata come parametro per definire la qualità della relazione, condizionando anche la lettura del contenuto.

DSPMC - PSY

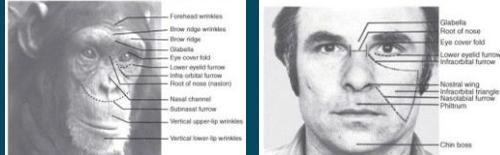
Perché la comunicazione non-verbale è così cruciale?

La comunicazione non-verbale è legata a meccanismi biologici di base e si colloca all'interfaccia tra natura e cultura.

DSPMC - PSY

CONTINUITA' FILOGENETICA

I mammiferi mostrano di possedere competenze innate per una rapida codifica e decodifica dei messaggi non-verbali. In particolare i segnali facciali di carattere emotivo (Seegerstråle and Molnar, 1997). Alcuni di questi segnali sono condivisi con altri primati (Marler and Evans, 1997).



- Parallels between primates and humans in facial expression (Ekman et al., 1987)

DSPMC - PSY

CONTINUITA' FILOGENETICA
 (Steiner & Glaser, 1995).

TYPICAL FACIAL RESPONSES OF HUMAN NEONATES AND OF APES TO STIMULATION WITH:

	Human Neonates	Apes
SWEET TASTE	[Images of smiling human neonates]	[Images of smiling apes]
WATER	[Images of human neonates with open mouths]	[Images of apes with open mouths]
BITTER TASTE	[Images of human neonates with grimaces]	[Images of apes with grimaces]

DSPMC - PSY

MECCANISMI BIOLOGICI DI BASE: IL CERVELLO TRIPARTITO

Il comportamento di relazione implicante il riconoscimento durevole fra conspecifici coincide con la comparsa del cervello limbico.

In assenza del cervello limbico si hanno comportamenti predatori, di accoppiamento sessuale, esploratori e di difesa del territorio privi di relazioni sociali durevoli e riconoscimento reciproco. (MacLean, 1984)



DSPMC - PSY

MECCANISMI BIOLOGICI DI BASE: IL CERVELLO TRIPARTITO

Sulla base di dati provenienti dalla neuroanatomia comparativa, MacLean (1955, 1990) ha proposto la presenza in senso evolutivistico di tre sistemi nel cervello dei mammiferi:

Protoreptilian (rettili, uccelli, mammiferi)

Paleomammalian (mammiferi)

- (i) Presenza di cure materne
- (ii) Comunicazione audio-vocale al fine di mantenere la vicinanza e il contatto

- (iii) Presenza di gioco, indispensabile per lo sviluppo del comportamento sociale.

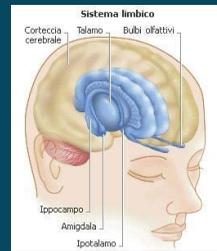
Neomammalian brain.



Sistema Limbico

Il sistema limbico comprende alcune regioni del diencefalo e del telencefalo che "coordinano le afferenze sensoriali con le reazioni corporee e le necessità viscerali" (Papez 1958) e che "rappresentano il luogo di origine delle emozioni" (Fulton 1951).

Il **sistema limbico** (archipallio) ha connessioni con le aree neocorticali che ne modulano l'intensità e il significato.



Emozione definizione

Dal latino "ex-movere" - reazione affettiva breve e intensa a eventi di rilievo personale, caratterizzata da:

- una **configurazione caratteristica** (es. rabbia, gioia...) che usa il corpo come teatro (Damasio, 2000)
- indotta da uno **stimolo esterno** (evento, oggetto che attiva i sensi) / **interno** (evocazione di un'immagine, alterazione neurochimica)
- che induce dei cambiamenti sia sul piano **fisiologico** che **cognitivo** (in relazione a scopi e credenze) e **comportamentale**

LE PRINCIPALI EMOZIONI

Le emozioni di base

- **Paura/ansia**
- **Rabbia**
- **Tristezza**
- **Gioia**
- **Disgusto**
- **Sorpresa**

Emozioni secondarie o sociali

- Invidia
- Colpa
- Vergogna
- Gelosia
- Pena
- Delusione
- Disprezzo

Ekman, P. & Friesen, W. V (1969)

CONTINUITA' FILOGENETICA

I segnali Non verbali sono legati alle principali sei emozioni (gioia, rabbia, tristezza, paura, disgusto e sorpresa).

Evidenze sull'universalità delle espressioni facciali delle emozioni si basano su ricerche in cui si chiedeva ai soggetti di:

1. Elicitare espressioni emotive (Ekman and Friesen, 1971 - New Guinea)
2. Confronti fra espressioni emotive in due o più culture (Friesen, 1972 confronti tra studenti Giapponesi e Americani)
3. Confronti fra giudizi su emozioni rappresentate (foto) in diversi contesti culturali.

EMOZIONI e CNV

CNV e emozioni hanno significato evolutivistico e mirano alla **sopravvivenza** dell'individuo:

1. Ricerca e garanzia di **protezione** (attaccamento)
2. Regolazione dello **stato interno** dell'organismo in modo da prepararlo a reagire alla situazione (biologicamente/culturalmente rilevante).

Es. in compiti di riconoscimento delle emozioni la **rabbia** viene riconosciuta più rapidamente e correttamente rispetto alla tristezza o alla gioia (Montepare, 1987)

Antecedenti evolutivi

Durante lo sviluppo, già nelle prime fasi evolutive, sono gli aspetti procedurali legati all'espressività del volto e dello sguardo, della vocalizzazione e del tono posturale che attivano specifici "schemi emotivi" (Bucchi, 1997) e rendono esplicite forme precoci di intersoggettività (Stern, 2004).

Si tratta di un'attitudine innata (essendo osservabile già poche ore dopo la nascita, in assenza di specifici apprendimenti e universalmente presente)

Riguarda:

- la regolazione reciproca in termini di coordinazione (dimensione temporale, sincronizzazione, auto ed etero regolazione comportamentale)
- la sintonizzazione (dimensione affettiva).

SIGNIFICATO EVOLUTIVO DELLA CNV

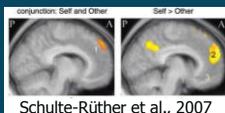
Alla nascita la comunicazione è prevalentemente nonverbale e implicita.

Insieme di sistemi predisposti alla decodifica della CNV:

- NEURONI SPECCHIO
- MIMICRY e CORRISPONDENZA TRASMODALE
- MECCANISMI DI COORDINAZIONE RECIPROCA
- REATTIVITA' A STATI EMOTIVI PROLUNGATI

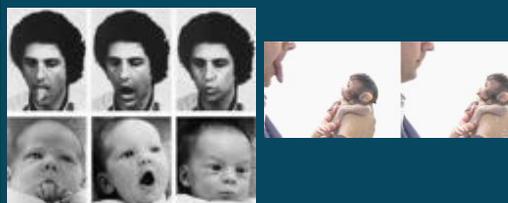
Neuroni specchio

Nella scimmia i neuroni specchio sono stati localizzati nella circonvoluzione frontale inferiore e nel lobulo parietale inferiore. Nell'uomo, oltre ad essere localizzati in aree motorie e premotorie, si trovano anche nell'area di Broca e nella corteccia parietale inferiore, nonché nel sistema limbico. Predisposizione innata a comprendere le intenzioni dei conspecifici "sulla base di un processo di simulazione automatico e immediato" (*Embodied simulation*, Gallese, 2001; Kerr, 2008)



CORRISPONDENZA TRASMODALE

Studi sulla corrispondenza trasmodale (Meltzoff et al., 1985, 1990, 1993, Fields et al., 1982, Fields e Fox, 1985; Trevarthen, 1993) – capacità di riprodurre atti motori.



MOTOR MIMICRY

Imitazione automatica di azioni o espressioni, quando due agenti sono in interazione.

Presente in situazioni sociali, promuove ed è attivata da attitudini pro-sociali.

Le persone oggetto di imitazione espressiva automatica riferiscono maggior rapporto (Chartrand & Bargh, 1999), sentimenti di vicinanza emotiva (van Baaren, Holland, Kawakami, & van Knippenberg, 2004), affiliazione (Hove & Risen, 2009), e fiducia (Bailenson & Yee, 2005) verso il partner che ha manifestato tali atteggiamenti.

Individui che piacciono o che vengono sentiti come maggiormente parte del gruppo sono più spesso oggetto di imitazione espressiva automatica rispetto ai soggetti che non piacciono o sono percepiti esterni al gruppo (Likowski, Muhlberger, Seibt, Pauli, & Weyers, 2008; Stel et al., 2010).

COORDINAZIONE



- Coordinazione del ritmo vocale tra caregiver e infante (Trevarthen et al. 1979, 1993, 1997; Jaffe et al., 2001 e Beebe et al. 1988, 1992, 2000).
- Il ritmo interpersonale delle prime vocalizzazioni influenza lo stato di arousal del bambino
- A sua volta l'arousal è modulato con l'auto-contatto, il distogliere lo sguardo, la restrizione o accentuazione dell'espressività (Beebe e Lachmann, 2002) -> co-regolazione
- Primitiva forma di aspettativa sull'altro (matrice dell'esperienza dell'essere in relazione con l'altro).
- Analogie nell'interazione tra adulti (Beebe et al., 1988; Jaffe e Feldstein, 1970, George et al. 2008)

REATTIVITA' A STATI EMOTIVI

Variazioni neurofisiologiche in neonati posti di fronte a diverse espressioni emotive (Davidson e Fox 1982, Dondi et al. 1999)

Il riconoscimento delle emozioni attiva correlati cognitivi e stati edonici di malessere/benessere.

Le prime forme di memoria riguardano la registrazione e il richiamo di schemi viscerosenso-motori ed emozionali alinguistici e tendono a restare sempre attivi. Forma di memorizzazione pre-linguistica.

PARADIGMA STILL-FACE (Tronick, 1978, 2008)

Gli Stati affettivi prolungati sono la risultante del continuo interscambio tra processi bio-ritmici di controllo affettivo attivamente auto-organizzati dal neonato e l'effetto che le emozioni espresse dagli altri hanno su tali processi di controllo".

Il perdurare di tali stati determina la qualità positiva/negativa del **NUCLEO AFFETTIVO INDIVIDUALE** influenzando sugli aspetti impliciti della relazione interpersonale



RIASSUMENDO

I CNV sono cruciali per l'interazione e definiscono le abilità di base che consentono ai mammiferi, fin dall'infanzia, di comprendere e co-regolare la **qualità del rapporto interpersonale in atto**.

Tali abilità permangono inalterate per tutto il corso dell'esistenza

CNV NEL CONTESTO SANITARIO

Sia l'operatore sanitario che il paziente:

- **Sperimentano** emozioni
- **Mostrano** emozioni
- **Giudicano** le rispettive emozioni

La qualità della relazione in ambito sanitario si definisce spesso in forma implicita, condizionando l'esito delle cure.

CNV NEL CONTESTO SANITARIO

La qualità del rapporto tra paziente e curante si definisce già nel **primo minuto** di interazione ed è fortemente influenzata dagli aspetti paralinguistici. Tale qualità tenderà a **permanere nel tempo** (Hall et al. 2009).

Thin-slices judgments (Ambady e Rosenthal, 1992, 2002)

Ruolo di specifici aspetti della CNV

1. Sguardo, contatto visivo
2. Espressività del volto
3. Postura
4. Contatto fisico
5. Prosemica
6. Tono della voce
7. Risposta psicofisiologica

(1) Sguardo, contatto visivo



DSPMC - PSY

- Uno degli aspetti più studiati della CNV
- Associato a percezione di
 - Rispetto e genuinità (Kelly e True, 1980)
 - Empatia (Tepper e Hasse, 1972, 1978, Seay e Altekruze, 1979)

Contatto visivo: evidenze



DSPMC - PSY

- **Effetti positivi** (Bensing et al 2005; Zantinge et al 2007) della durata del contatto visivo su:
 - Soddisfazione percepita rispetto alla consultazione.
 - tempo dedicato a parlare di tematiche psicosociali
 - riconoscimento del disagio emotivo.
- **Effetti negativi** (Pieterse et al 2007):
 - Counseling Genetico: durata del contatto visivo associata ad un incremento dell'ansia nel paziente.

N.B.: **Rapporto tra uso del computer e contatto visivo** (McGrath et al. 2007)

(2) Espressione del volto




DSPMC - PSY

Spesso associata allo studio delle emozioni

Espressione del volto




DSPMC - PSY

- Paul Ekman ricerca sull'universalità delle espressioni facciali connesse a date emozioni.
- FACS - EMFACS

Espressione del volto: sorriso

Il sorriso è caratterizzato dall'innalzamento degli angoli della bocca e dallo stiramento delle labbra, eventualmente mostrando i denti, mediante la contrazione del muscolo zigomatico superiore (Ekman e Friesen, 1978).

Tale muscolo è attivato dal settimo nervo cranico, che a sua volta può essere innescato da due sistemi motori:

- a) subcorticale, appartenente al circuito extrapiramidale, che supporta le espressioni non volontarie del volto;
- b) corticale, che appartiene al circuito piramidale, che supporta le espressioni volontarie e apprese, le quali variano in relazione al contesto culturale e possono essere intenzionalmente accentuate o inibite

DSPMC - PSY

Espressione del volto: sorriso

Ekman (2001) ha identificato 18 tipi di sorriso. Da un punto di vista funzionale il sorriso può essere distinto in (Niendenthal et al., 2010):

- sorriso legato ad *emozioni positive* (gioie, piacere fisico e sensoriale) (*enjoyment smile*). Funzione: rinforzo positivo dell'esperienza (es. sorriso materno, Klinnert et al., 1983);
- sorriso legato ad *emozioni negative*, oppure misto, si pensi al sorriso di imbarazzo;
- sorriso sociale legato ai processi di comunicazione interpersonale (*affiliative smile*). Il sorriso serve ad esprimere intenzioni positive e la creazione- mantenimento di legami sociali. Espressioni analoghe sono state rilevate nei primati nel momento in cui manifestano intenti di riconciliazione (Waller e Dunbar, 2005);
- sorrisi falsi, usati per convincere gli altri del fatto che si provano sentimenti positivi in assenza di un vissuto emotivo corrispondente (*dominance smile*): status sociale, superiorità di chi li esprime, (Tracy e Robins, 2004; 2008).

DSPMC - PSY

Espressione del volto: sorriso

Tony Blair e Bill Clinton sono stati definiti "abili propositori del sorriso dominante" (Senior et al., 1999, fig. 1)

DSPMC - PSY

Sorriso Duchenne e non-Duchenne

Sorriso falso
Paul Ekman

'Duchenne'
smile - vero -

DSPMC - PSY

Espressione del volto: sorriso

- La ricerca sia sui primati che sugli umani ha evidenziato che il sorriso tende ad attivare nell'osservatore le medesime aree cerebrali coinvolte nei meccanismi di compenso (*reward system*, Damasio et al., 2000) e che il sorriso svolge una funzione di rinforzo sia per gli infanti che per gli adulti (Trevarthen, 1974; Tronick, 1978).
- Alcuni riscontri sperimentali tendono anche a mostrare che il sorriso favorisce comportamenti pro-sociali (Solomon et al., 1981, Guéguen e De Gail 2003, Vrugt e Vet, 2009).

DSPMC - PSY

Espressione del volto: evidenze negli anziani₁

Physical Therapists' Nonverbal Communication Predicts Geriatric Patients' Health Outcomes

Nalini Ambady and Jaesook Koo
Harvard University

Robert Rosenthal
University of California, Riverside

Carol H. Winograd
Stanford University

mobilità fisica
grado di confusività
condizione psicologica (Geriatric Depression Scale, Self-esteem Scale, Will to Function)

Ambady et al 2002, Psychology and Aging

DSPMC - PSY

Espressione del volto: evidenze negli anziani₂

Table 6
Physical Therapists' Nonverbal Behaviors as Predictors of Clients' Outcomes

Behavior	Admission to discharge			Admission to 3 months after discharge		
	Mobility	ADL	Confusion	Mobility	ADL	Confusion
% Smile	.14	.24	-.19	.26*	.26*	.04
Frown	-.09	.59***	-.35**	.07	.60***	-.02
Nod	-.03	.36**	-.26	.04	.53***	-.17
Head shake	-.09	-.08	.06	.09	-.08	-.31*
Shrug	-.44***	.02	.00	-.15	-.06	-.09
Forward lean	.14	-.17	.00	.02	-.20	.15
Look at	.13	-.04	-.18	-.13	-.05	.23
Sit	-.04	-.21	.10	.05	-.23	-.07
Facial affect composite	.08	.60***	-.41**	.18	.58***	.14

Scala delle attività quotidiane

DS

Ambady et al 2002, Psychology and Aging

(3) Postura

Anger-Anger Fear-Fear Anger-Fear Fear-Anger

Importanza della congruenza

DSPMC - PSY

DSPMC - PSY



Postura: evidenze

- Evidenze positive e consistenti:
- Differenze tra medici capaci di instaurare un buon rapporto rispetto a medici con basso rapporto (Harrigan et al., 1985). I primi:
 - Annuivano di più
 - Mantenevano il corpo in **posizione frontale** rispetto al paziente (dato confermato da Larsen, rispetto alla soddisfazione percepita dal paziente)
 - Effettuavano **movimenti delle braccia simmetrici**
 - **Incrociavano meno** spesso braccia e gambe

Coloro che avevano più bassi indici di rapporto si **giravano** più spesso o si **allontanavano** con il corpo dal paziente e presentavano più **movimenti asimmetrici** delle braccia.

DSPMC - PSY

(4) Contatto fisico



- Ci sono diversi modi di toccare
 - Come segnale di conforto (expressive touch)
 - Come parte dell'esame obiettivo (instrumental touch)
 - Come segnale di dominio

DSPMC - PSY

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2004, 11, 541-545

The use of touch to enhance nursing care of older person in long-term mental health care facilities

M. GLEESON¹ RPN RGN BNS & F. TIMMINS² RGN BNS RNT BNS FFNRCSI NFESC MSc
¹Clinical Placement Co-ordinator, St. Patrick's Hospital, Dublin, and ²Lecturer/Course Co-ordinator, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland

Correspondence: F. Timmins, School of Nursing and Midwifery Studies, Trinity Centre for Health Sciences, St. James's Hospital, Dublin 8, Ireland. E-mail: timmins@tcd.ie

GLEESON M. & TIMMINS F. (2004) *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 541-545
The use of touch to enhance nursing care of older person in long-term mental health care facilities

The self-care deficits experienced by older clients in long-term mental health settings, because of cognitive impairment, are likely to impact upon the clients' higher-order needs. The practice of nursing the elderly involves a lot of personal contact, during the delivery of fundamental physical care. While physiological and safety needs are crucial to clients in long-term settings, higher-order needs need also to be addressed. From the clients' perspective nurse's use of touch provides comfort, warmth and security, although there is a dearth of empirical evidence of these benefits. **This paper explores the nurse's use of touch, the impact of touch and the experiences of touch on the older person in long-term settings.** Because of the dearth of research in the use of touch with elderly clients in long-term care mental health facilities, a review of the literature was performed on the topic. This revealed that **touch by nurses is frequently associated with routine tasks within nursing, and is less likely to be a caring touch intervention.** Recommendations include further research on the topic and caution with widespread adoption of caring touch as an intervention.

Keywords: older person and mental health, touch

DSPMC - PSY



Contatto fisico: evidenze

- McCann e McKenna, 1993 hanno evidenziato che con gli anziani il **contatto strumentale** (visita, pulizia, mobilizzazione) da parte di personale infermieristico è **più frequente** (142 su 149) con gli anziani che con altri gruppi di pazienti, a discapito del contatto espressivo-affettivo.
- Ciò è più frequente con pazienti che hanno **deficit cognitivi**, che faticano maggiormente ad esprimere i loro bisogni (Jenkins & Price, 1996)

DSPMC - PSY



Contatto fisico: suggerimenti

- De Vos (1989) suggerisce di utilizzare un **contatto gentile e calmo, evitando movimenti repentini e frettolosi**
- E' utile accompagnare istruzioni, spiegazioni, richieste, rimproveri o indicazioni al contatto fisico, soprattutto alle **mani**, alle **braccia**, alle **spalle**, alla **schiena** o ai **piedi** (Routasalo, 1996)
- Effetto: **calmare e dare senso di protezione** (Routasalo & Isola, 1996) – **ridurre l'ansia** (intensità della frequenza cardiaca, McCann e McKenna, 1993, Kim & Buschmann, 1999)

DSPMC - PSY

(5) Prosemica

Patient Education and Counseling 66 (2007) 223-234

ELSEVIER

Nonverbal communication in doctor-elderly patient transactions (NDEPT): Development of a tool^{1,2,3,4,5,6,7}

Rita Gorawara-Bhat^{6,*}, Mary Ann Cook^{6,1}, Greg A Sachs⁶

⁶The University of Chicago, Department of Medicine, Section of Geriatrics, 1841 South Maryland (MC 6098), Chicago, IL 60637, United States
¹JVC Radiology and Medical Analytics LLC, 730 South Hanley Road, Clayton, MO 63105, United States

Received 7 December 2005; received in revised form 13 November 2006; accepted 9 December 2006

25 medici
 50 pazienti (65-89 anni)
 videoregistrazioni

DSPMC - PSY

Non-Verbal Communication in Doctor-Elderly Patient Transactions

Physician Attributes: Who coat: Y/N, Stethoscope: Y/N, Race/Gender: Dr. / Pt., Start Time for Opening: (1) Middle (2) P.E. (3) Post P.E. (4) Closing (5) End of tape.

A. STATIC ATTRIBUTES OF EXAM ROOM: (Opening Phase)

Attributes	Y	N	Name/Description	Spatial Configuration
1. Physician's desk	1	0	Desk/Work surface/Chair/Chair	(Dist. level of table from the patient, position, exam table, rolling stool work and medicine cabinet, computer on desk)
2. Physician's rolling stool	1	0		
3. Patient's chair	1	0		
4. Exam table	1	0		
5. High-top chair, bench/chair	1	0		
6. Other (e.g. stetho. hanger)	1	0		
7. Medical equipment	1	0		
Total				

B. DYNAMIC ATTRIBUTES OF EXAM ROOM: (Opening, Middle and Closing Phases)

B.1. INTERACTION DISTANCE BETWEEN DR & PATIENT

Range	(1) Opening	(2) Middle	(3) Closing	(4) Collapsed	(5) Notes
Too far (<4 ft)	0	0	0	0	
Too close (<2 ft)	1	1	1	1	
Optimal (2.4-4 ft)	2	2	2	2	

B.2. VERTICAL HEIGHT DIFFERENCE BETWEEN DR & PATIENT

Range	(1) Opening	(2) Middle	(3) Closing	(4) Collapsed	(5) Notes
Doctor Eye-level higher	0	0	0	0	
Doctor Eye-level lower	1	1	1	1	
Doctor Eye-level same	2	2	2	2	

B.3. PHYSICAL BARRIERS BETWEEN DR & PATIENT

Range	(1) Opening	(2) Middle	(3) Closing	(4) Collapsed	(5) Notes
Existing barriers	0	0	0	0	
Barriers modified but problematic (6)	1	1	1	1	
Barriers modified and no barrier (6)	2	2	2	2	

B.4. ANGLE OF INTERACTION BETWEEN DR & PATIENT

Range	(1) Opening	(2) Middle	(3) Closing	(4) Collapsed	(5) Notes
Away from (back towards patient)	0	0	0	0	
Directly facing (face-to-face with patient)	1	1	1	1	
Parallel/obscure (facing patient at angle)	2	2	2	2	

Distanza interpersonale

Distanza sul piano verticale

Angolo d'interazione

DSPMC - PSY

Non-Verbal Communication in Doctor-Elderly Patient Transactions

Physician Attributes: Who coat: Y/N, Stethoscope: Y/N, Race/Gender: Dr. / Pt., Start Time for Opening: (1) Middle (2) P.E. (3) Post P.E. (4) Closing (5) End of tape.

C. KINESIC NONVERBAL COMMUNICATION EMANATING FROM PHYSICIAN (excluding speech and vocal characteristics)

Dimensions	(1) Opening				(3) Middle				(4) Closing				(5) Collapsed Score					
	O	C	Hx	Post P.E.	O	C	Hx	Post P.E.	O	C	Hx	Post P.E.						
C.1. STANCE: Open/Closed Hands & Arms & Legs	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	O	C	
C.2. EYE CONTACT: gaze	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			
C.3. FACIAL EXPRESSION: Smile/Frown	S	0	1	2	3	4	S	0	1	2	3	4	S	0	1	2	3	4
C.4. GESTURE: Head nod, hand movements	F	0	1	2	3	4	F	0	1	2	3	4	F	0	1	2	3	4
C.5. TOUCH: Handshake, hand hold, pat, help w/ dress, on/off ex table	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4			

DSPMC - PSY

Risultati

- "risposta affettiva" => sguardo (66%) e contatto fisico (42%) -
- Assenza della scrivania tra medico-paziente aumenta la probabilità della "risposta affettiva" (0.66 vs 0.48 durata contatto visivo; 3.6 vs 2.2 contatti fisici) -
- La "risposta affettiva" è anche influenzata dalla ridotta differenza d'altezza dello sguardo, dalla posizione frontale o ad angolo e dalla distanza interpersonale.

DSPMC - PSY

Ruolo di specifici aspetti della CNV

(8) Risposta psicofisiologica

Rossore, macchie sulla pelle

- Pochi dati
- Risposta elettrodermica
- Cortisolo
- Variazione dell'attività cardiaca

DSPMC - PSY

Risposta psicofisiologica

- Es. Attività elettrodermica

In presenza di stimoli emotivamente significativi si ha attivazione della SNA

Rilascio di sudore da parte delle ghiandole sudoripare

Variazione nella sudorazione si esprime come attività Elettrodermica (EDA)

DSPMC - PSY

Risposta psicofisiologica: andamento dell'EDA durante una consultazione.

Provocazione: "Mi sembra che ora stia esagerando un po'"

- La risposta di attivazione psicofisiologica si osserva anche se il paziente è cognitivamente preparato.
- È automatica e involontaria.

Risposta psicofisiologica: sincronia

- Rispecchiamento del comportamento reciproco
- Nella comunicazione medico-paziente si associa ad una percezione positiva dell'interazione. Koss & Rosenthal 1997

Conclusione

- Gli aspetti impliciti dell'interazione sono attivi sin dalla **nascita** e condizionano la regolazione dell'interazione reciproca: coordinazione, arousal, stati affettivi -> **clima emotivo della relazione**
- Sono sufficienti **brevi frammenti di interazione NV** per vederne gli effetti; tali effetti perdurano nel tempo
- La comunicazione non-verbale è governata da principi di:
 - Reciprocità
 - Simmetria
 - Rispecchiamento.

CNV che favoriscono la relazione terapeutica

- **Non eccessivi e stereotipati** (es. sorriso continuato e invariabile, sguardo indagatore, eccesso di contatto fisico):
- **Importante:**
 - Postura rivolta verso il paziente, non asimmetrica o chiusa
 - Annuire e sorridere moderatamente
 - Mantenimento del contatto visivo
 - Moderata responsività dell'espressione facciale.
 - Tono di voce rilassato, interessato e caldo.

Come gestire appropriatamente le proprie emozioni?

1. IMPARANDO A DISTINGUERLE DA QUELLE DEL PAZIENTE
2. IMPARANDO A RICONOSCERLE E NOMINARLE
3. IMPARANDO DEI MODI CHE MI PERMETTANO DI ENTRARE IN EMPATIA CON IL PAZIENTE E DI SENTIRMI EFFICACE NELL'AUTARLO

La consapevolezza e l'analisi degli stati emotivi, comportamentali e cognitivi dell'operatore



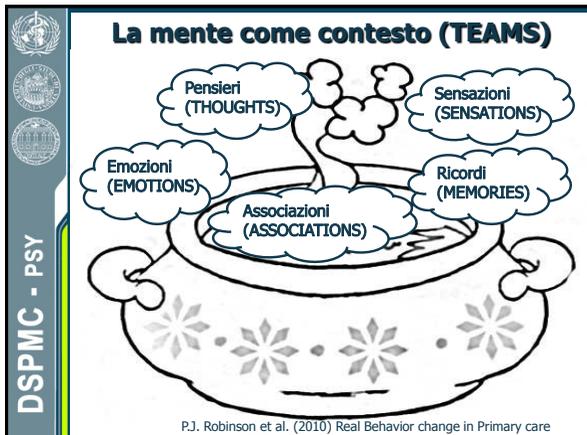
Autoconsapevolezza



Poiché il medico utilizza anche sé stesso come strumento per formulare la diagnosi e il trattamento, è essenziale che sia **consapevole del proprio funzionamento**. (Novack, 1997)



L'autoconsapevolezza può essere definita come la **conoscenza del modo in cui la persona sta sperimentando la realtà e di come tale evento condizioni la sua relazione con il paziente**. (Novack, 1997)



Frame relazionali

- La nostra mente continuamente crea relazioni (talvolta arbitrarie) tra oggetti, pensieri, sentimenti, impulsi, azioni e sensazioni o stati affettivi (simile a, meglio di, al contrario di...)
Apprendimento e comportamento sono regolati da parole e immagini che creano relazioni con determinati contesti.



- ### Convinzioni autolimitanti
- Devo essere amato e apprezzato da tutti → Non sono amabile, posso essere abbandonato
 - Per essere considerato degno di valore devo essere sempre bravo e competente. → Se sbaglio, non valgo niente
 - È terribile e catastrofico se le cose non vanno come voglio. → Devo tenere la situazione sotto controllo
 - Ciò che mi è accaduto in passato continuerà ad influenzare per sempre la mia vita. → Sono impotente
 - Ci deve essere sempre una soluzione per qualsiasi problema ed è una cosa orribile non riuscire a trovarla. → Se non trovo una soluzione sarà un disastro



- ### PRINCIPALI AREE SU CUI SVILUPPARE L'AUTOCONSAPEVOLEZZA
- Punti di forza e debolezza a livello psicologico e relazionale e loro influenza nelle interazioni con i pazienti (es. ricerca approvazione, tendenza al controllo, ecc...). AUTOCARATTERIZZAZIONE
 - Individuazione dei propri VALORI CENTRALI (denaro, fare del bene, famiglia) e della PROSPETTIVA in cui ci si pone rispetto alla costruzione della propria storia
 - Riconoscimento dei propri VISSUTI EMOTIVI DI BASE e nel corso delle interazioni con i pazienti (rigidità di certi modi di reagire, impulsività, fuga, passività)
 - Credenze e teorie personali sulla vita, malattia, medicina, salute, cura.