



Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di
Comunità

Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

Corso di Psicologia Clinica

La seconda funzione del colloquio
clinico.

Emozioni e comunicazione non
verbale

Lidia Del Piccolo

lidia.delpiccolo@univr.it



Programma della lezione



- La seconda funzione del colloquio clinico: creare e mantenere una relazione terapeutica; rispondere alle emozioni dell'utente
- Le emozioni
- La comunicazione non verbale



LA SECONDA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

creare, mantenere e concludere una relazione terapeutica e rispondere alle emozioni dell'utente

Principi :

- Le relazioni nella pratica medica devono tener conto della personalità dei partecipanti;
- I sentimenti e le emozioni sono componenti importanti di queste relazioni;
- Tutte le relazioni di cura avvengono in un contesto di influenza reciproca;
- La formazione ed il mantenimento di relazioni genuine sono indispensabili nell'assistenza sanitaria.

Obiettivi

- Riduzione del disagio emotivo dell'utente dovuto alle sue problematiche o al contesto
- Far sentire l'utente compreso e sostenuto



Per far sentire l'utente sostenuto e compreso occorre...

- Identificare le idee, le preoccupazioni, le emozioni (es. paura, imbarazzo, ansia) e le aspettative dell'utente
- Accettare – riconoscere il punto di vista del paziente e il suo diritto ad avere determinate idee, senza per questo esprimere accordo. Dare l'opportunità al paziente di aggiungere altro, se lo desidera. Dare un nome alle emozioni. Valorizzare il contributo del paziente.
- Incoraggiare l'elaborazione, ascoltando attivamente
- Comprendere e legittimare. Spiegare la propria comprensione del problema in relazione a ciò che ha detto il paziente e cercare un terreno comune reciprocamente condiviso.
- Evitare rassicurazioni premature

Conoscere e saper riconoscere le emozioni dell'utente

Il paziente/utente segnala la propria agenda



Esprimendo esplicitamente il proprio disagio/preoccupazione

AGENDA ESPLICITA



In modo non esplicito, manifestando segnali verbali/non verbali di insoddisfazione, incoerenza, disagio

AGENDA NASCOSTA



Come l'utente segnala la propria agenda "NASCOSTA"

- 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





ESEMPI TRATTI DALLA MEDICINA GENERALE

Utilizzo di un linguaggio colorito o metaforico

M: *Buongiorno Si accomodi. Come va?*

P: Ma insomma (.) Dormo poco. Questa notte mi sembrava di avere delle spine in corpo. Mi sentivo tutto che “beccava”!

M: *Ah, ecco faccia vedere, perché se aveva delle placche... faccia aaah! Ci sono ancora.*

P: C'è stato un momento che non riuscivo neanche a toccarmi, sembrava che qualcuno mi avesse strangolato.

Introduzione spontanea di aspettative, idee, sensazioni, preoccupazioni ...

M: *Che cos'è che beccava?*

P: Mi beccavano la schiena, le gambe, le braccia. Mi sono detta: “ Mi sono lavata con qualcosa che mi ha dato fastidio ieri mattina”. Eh anche qua, continuava, era tutto un “beccamento”.



Esprimendo disagio o parlando di emozioni mentre vengono descritti sintomi o disturbi organici

M: Io le consiglierei di lasciar perdere, di abituarsi così la notte dopo dormirà di più.

P: Siccome ero tanto agitata, ho detto: “cosa posso fare qua, bisogna che prenda qualcosa che mi calmi...” Allora mi sono alzata, ho camminato, ho fatto un po' di tutto. Visto che non ci riuscivo a calmarmi, mi sono presa la pastiglietta, ho preso il giornale e mi sono messa a leggere, e dopo poco un poco sentivo che mi ero calmata (.) Dopo un bel po' però!



Utilizzo di un linguaggio colorito o metaforico e introduzione di dubbi

La signora E., 68 anni, consulta il medico per una storta alla caviglia. Due settimane fa è diventata nonna. La figlia ha avuto un parto difficile ed è tuttora ricoverata... la signora ha punteggio positivo al GHQ-12

M: (dopo aver fasciato la caviglia) Comunque adesso mi raccomando, non ci pesti sopra. Vada a casa e stia il più possibile a riposo, eh!

P: In questi giorni sono sempre stata piuttosto in subbuglio nel senso..., perché a casa ci sono i bambini (nipoti). Adriano (il genero), anche lui, a mezzodì viene lì a farsi da mangiare, viene a mangiare lì.

M: Peggio dei bambini!

P: Come si fa a non dargli una mano?.. Ad ogni modo ho avuto...

M: La fascia è abbastanza fissa?

P: Sì, sì. Dopo si mollerà però.

M: Però bisogna che stia a riposo. Faccia quello che può.

P: Ah, sì. D'altronde, no, guardi, domenica sera proprio, non mi tenevo neanche più su, ma sono stata in piedi dalle 7 alle 10 della sera...



Introduzione di preoccupazioni e espressioni che apparentemente non hanno relazione con quanto riferito fino a quel momento

Il signor D., 44 anni, sposato, consulta il medico per un controllo della pressione e porta alcuni esami di laboratorio. Ha problemi familiari e legali e l'anno scorso è morto un parente stretto. Ha un lieve disagio emotivo.

M: Tuo papà come sta?

P: Mio papà è sempre lo stesso, fa anche tanta pena perché adesso è un periodo, saranno venti giorni, che si è rimesso un'altra volta ad avere questi scatti di violenza..

M. Per cosa?

P. Eh, perché ha la demenza senile.

M: Ah, demenza senile

P: Sono ormai otto anni che andiamo avanti così

M: Lui è autonomo?

P: Eh no no.

M: No, è autonomo nella mobilità?

P: Sì sì, quella sì. Poi quando ha quegli scatti lì lui diventa incontrollabile, anche perché ha una forza incredibile.

M: Mmh.

P: Quando ha quegli scatti d'ira così, che proprio, cioè è assolutamente imprevedibile..

M: Aspetta che ti provo qua (la pressione)

P: Perché tra l'altro, io, è una settimana che ho sempre, non mal di testa, però sai quando ti senti come la testa che..



Segnali (cues): definizione generale

Per cue si intende un indizio verbale o non verbale, espresso dal paziente, che segnala un'emozione spiacevole e che per il modo in cui è formulato necessita di un intervento di chiarificazione da parte dell'operatore sanitario.

- Cues **sono presenti in quasi tutte le consultazioni** (*Levinson et al., 2000; Salmon et al., 2004; Mjaaland et al., 2011, Zimmermann et al., 2007*) .
- I medici colgono o rispondono al **20-30%**, spesso selettivamente (*Levinson et al., 2000; Butow et al., 2002; Mjaaland et al., 2011*)
 - I medici identificano e rispondono con efficacia alla maggioranza dei cues di contenuto informativo. Sono però meno interessati e meno capaci di cogliere i cues di carattere emotivo (*Butow et al., 2002*)



Come comportarsi davanti ai *cues* del paziente

- se il medico non coglie i *cues*, il paziente tende a riproporli e la consultazione si allunga
 - Le visite di medicina generale in cui vi era almeno un indizio, duravano di più quando i medici sprecavano l'occasione di rispondere rispetto a quelle in cui reagivano (tempo medio: 20.1 minuti versus 17.6 minuti). Simili risultati si ottennero in chirurgia (14.0 versus 12.5 minuti). Le visite in cui i pazienti ripetevano più volte i loro problemi emotivi ma il medico non vi rispondeva erano più lunghe di quelle in cui i davano almeno una risposta (18.4 versus 17.6 minuti in medicina e 15.5 versus 12.5 minuti in visite chirurgiche). (Levisnon et al., 2000)
- è bene cogliere, indagare e rispondere subito ai *cues* (rischio di dimenticarsi, di interpretare erroneamente, mancanza di attenzione verso il paziente)
- L'uso di **facilitazioni e commenti empatici** favorisce l'espressione dei *cues* e la loro elaborazione (*Del Piccolo et al., 2007, Bensing et al., 2010, Eide et al., 2011*)

Rapporto tra segnali (cues) e disagio emotivo

Psychological Medicine, 2000, 30, 629–643. Printed in the United Kingdom
© 2000 Cambridge University Press

Differences in verbal behaviours of patients with and without emotional distress during primary care consultations

L. DEL PICCOLO,¹ A. SALTINI, C. ZIMMERMANN AND G. DUNN

From the Department of Medicine and Public Health, Section of Psychiatry, University of Verona, Verona, Italy; and Biostatistics Group, University of Manchester Medical School, Manchester

Studio caso controllo

6 MMG

268 pazienti suddivisi in 4 gruppi:

GHQ-12 < 3, no attr. disagio emotivo (veri negativi - controlli)

GHQ-12 < 3, si attr. disagio emotivo (falsi positivi- controlli)

GHQ-12 ≥ 3, no attr. disagio emotivo (falsi negativi - casi)

GHQ-12 ≥ 3, si attr. disagio emotivo (veri positivi- casi)



DMSP-PSY

Proporzione di cues in pazienti con e senza disagio emotivo, riconosciuti e non riconosciuti dal medico

	Veri negativi GHQ-12 - Attr. - Controlli (a) (N=57)	Falsi negativi GHQ-12 + Attr. - Casi (b) (N=57)	Controlli vs Casi a vs b	Falsi positivi GHQ-12 - Attr. + Controlli (c) (N=62)	Veri positivi GHQ-12 + Attr. + Casi (d) (N=62)	Controlli vs Casi c vs d	Confronto entro i controlli a vs c	Confronto entro i casi b vs d
Lunghezza delle interviste: <i>numero medio di unità</i>	<i>Media (ds)</i> 109 (48.8)	<i>Media (ds)</i> 102 (48.1)	$\chi^2 (gl), p^a$ 0.09(1)	<i>Media (ds)</i> 121 (55.9)	<i>Media (ds)</i> 137 (55.8)	$\chi^2 (gl), p^a$ 2.80(1)	$\chi^2 (gl), p^a$ 2.13 (1)	$\chi^2 (gl), p^a$ 11.03(1)**
Proporzione di cues:	% (range)	% (range)		% (range)	% (range)			
<i>Contenuto medico</i>	5.1 (4.1)	5.8 (4.8)	0.61(1)	4.7 (3.9)	6.2 (3.7)	4.78(1)*	0.29(1)	0.11(1)
<i>Contenuto psico-sociale</i>	1.3 (2.3)	2.1 (3.3)	2.34(1)	2.2 (3.3)	4.9 (4.5)	15.0 (1)**	3.13 (1)	14.0 (1)**
<i>Episodi/stile di vita</i>	1.4 (2.0)	2.0 (2.0)	3.85 (1)*	1.4 (2.3)	2.4 (2.9)	4.18 (1)*	0.001(1)	1.13 (1)
<i>Totale</i>	7.9 (5.4)	10.0 (7.1)	3.50 (1)*	8.4 (6.8)	13.5 (6.5)	15.6 (1)**	0.21 (1)	7.72 (1)*

*p≤0.05

**p≤0.001

Regressione logistica, controllando per sesso, età e presenza di malattia cronica del paziente

Del Piccolo et al. 2000





Perché i medici faticano a rispondere ai cues?

- **Percezione di maggior controllo.** Nel momento in cui cogliamo i cues, ci sentiamo impreparati, confusi e disorientati. E' allora molto più semplice fare marcia indietro (Epstein et al. 1998). Paradossalmente, tuttavia, i cues sono solitamente la via più breve per scoprire aree importanti che richiedono la nostra attenzione.
- **Prevalere della ricerca dell'oggettività data dal metodo clinico tradizionale.** Molto dell'insegnamento tradizionale è volto a rispondere all'esigenza di allontanarsi dalle emozioni, dolorose sia per il paziente che per il medico. Si raccomandano obiettività e distacco come meccanismi di gestione. In un contesto simile, le abilità relazionali sono sottovalutate.
- **Non possiamo dare per scontata l'abilità di comunicare empaticamente con i pazienti.** (Morse et al., 2008; Hsu et al., 2012)



'CICLO DI ASCOLTO' (Cocksedge & May, 2005)

- Ripetizione dei cues
'Disturbato ...?'
- Cogliere e verificare i cues verbali
Ha detto d'essere preoccupato che il dolore possa essere qualcosa di grave. Cosa pensa possa essere?'
- Cogliere e verificare i cues non verbali
'Mi sembra di capire che non è molto contento di quello che i medici le hanno detto in passato, o sbaglio?'



Abilità della risposta di accettazione

Es: *‘Credo di avere il cancro. Poco tempo fa ho avuto un dolore tremendo allo stomaco’:*

- **riconoscere i pensieri o le emozioni del paziente nominandoli, ripetendoli o riassumendoli:**
‘Quindi, è preoccupato che questo dolore possa essere causato da un tumore’;
- **ammettere il diritto del paziente di provare determinati pensieri ed emozioni tramite commenti empatici o legittimazioni:**
‘Posso immaginare che desideri fare un controllo’;
- **arrivare al ‘punto’;** utilizzare un **silenzio** attento ed un comportamento non-verbale appropriato per permettere al paziente di proseguire col racconto: *‘Sì dottore, mia madre è morta per un tumore all’intestino e ricordo che aveva molti dolori; sono terrorizzato dalla possibilità di averlo anche io’;*
- **evitare la tendenza a replicare con un ‘sì ma...’.**



Abilità della risposta di accettazione

Può essere utile riconoscere l'importanza che l'espressione della visione del paziente ha per il medico:

Es: paziente rimasta vedova da poco che, a proposito del marito, racconta:

Paziente: *'Sono così arrabbiata con lui, come ha potuto lasciarmi da sola? Non mi ha nemmeno lasciato il testamento'*.

Medico: *'Quindi, lei è arrabbiata perché suo marito l'ha lasciata sola e senza un testamento, posso immaginare che si senta irritata'*.

(Pausa – il silenzio concede al paziente il tempo e lo spazio per continuare)

Paziente: *'Sì, lo sono. Mi sento così sola e così arrabbiata con lui perché non è con me, e subito dopo mi sento in colpa per essermi arrabbiata con lui. Starò forse impazzendo dottore?'*

Medico: *'Queste sono emozioni forti da gestire – sono contento che me abbia parlato'*. (Pausa)

Accettare non significa essere d'accordo



Abilità della risposta di accettazione

La risposta di accettazione ci consente di non cadere nella trappola della rassicurazione prematura o inefficace.

Medico: *‘Capita a tutti di avere mal di pancia, ma questo non vuol dire che ha un tumore. Cosa hai sentito di preciso?’*

Paziente: *‘Beh, mi sono sentito ultimamente molto più gonfio dopo i pasti e ho continuato ad avere dei dolori alla sera’*

Medico: *‘Non sembra qualcosa di cui preoccuparsi’.*

Medico: *‘Quindi, è preoccupato che il dolore potrebbe essere dovuto ad un tumore’ (Pausa)*

Paziente: *‘Sì dottore, mia madre è morta per un cancro allo stomaco quando aveva 40 anni e ricordo che aveva molto dolore allo stomaco’*

Medico: *‘Posso capire la sua preoccupazione. Mi spieghi meglio i sintomi e poi la visiterò per vedere se è ok’.*

Fin quando non abbiamo abbastanza informazioni, la rassicurazione appare piuttosto falsa o senza fondamento



Empatia

E' una competenza che si è evoluta con lo sviluppo del cervello limbico al fine di mantenere i legami sociali. Include:

- (1) **Attivazione affettiva.** Riflette l'attivazione in senso affettivo in relazione alla valenza e dall'intensità dell'emozione percepita nei conspecifici. (*competenza emotiva innata*)
- (2) **Comprensione empatica.** Consapevolezza dell'emozione provata
- (3) **Preoccupazione empatica** che muove all'azione per il bene dell'altro
- (4) **Capacità di assumere la prospettiva dell'altro.** Competenza cognitiva che si basa sulla capacità di rappresentarsi la mente dell'altro e immaginarsi cosa sta pensando e provando. (*competenza acquisita*)

non è solo lo stato emotivo o l'identificazione con i vissuti del paziente (*simpatia*).

(Decety and Jackson, 2004; Goubert et al., 2009; Singer and Lamm, 2009; Derntl et al., 2010; Decety, 2011; Decety and Cowell, 2014).



Empathic communication

“A provider’s cognitive capacity to understand a patient’s needs, effective sensitivity to a patient’s feelings and a behavioural ability to convey understanding.” (Feighny *et al.*, 1995, p. 435)

L’empatia comporta un processo a due fasi:

- comprendere e considerare con tatto la difficile situazione o i sentimenti altrui (competenza cognitivo/affettiva);
- esprimere tale comprensione in un modo supportivo.

Effetto dell'empatia in medicina

Physician

- Emotional attunement
- Concern and caring
- Cognitive empathy
- Emotion regulation

Patient

- Expectations based on experience
- Perception of being understood and cared for
- Feeling safe
- Satisfaction and compliance with treatment
- Trust
- Social connectedness
- Homeostasis



Decety and Fotopoulou



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)
- Correla a cambiamenti sia sul piano **fisiologico** che **cognitivo** (giudizio sul valore dell'esperienza in relazione a scopi e credenze).



Emozione definizione

Emotions signal information about intentions or social actions.

Their content is a kind of shorthand to a package of events and processes (including the antecedent events, the physiological and motor responses, the memories, thoughts, images and information processing and the mobilization of efforts to cope with the source of emotion.

(Ekman, 1989, Handbook of Social Psychology pp. 143-164)



Funzione delle emozioni

In **termini evolutivi**, o darwiniani, la loro principale funzione consiste nel **rendere più efficace la reazione dell'individuo a situazioni in cui si rende necessaria una risposta immediata ai fini della sopravvivenza**

una **funzione relazionale** (comunicazione agli altri delle proprie reazioni/stati interni e l'intenzione di intraprendere determinate azioni)

e una **funzione autoregolativa** (comprensione delle proprie modificazioni psicofisiologiche – regolative al fine di prendere decisioni rapide)



Le emozioni sono modulate:

- Sul piano **percettivo**: selezione delle esperienze rilevanti
- Sul piano **fisiologico**: risposta fisiologica automatica
- Sul piano della risposta comportamentale: **regole di esposizione**
- Sul piano **motivazionale**
- Sul piano **simbolico**: significato dell'emozione rispetto alla storia personale



Effetti delle emozioni

Alterazione **attenzione**

Modifica delle **gerarchie comportamentali**

Attivazione di rilevanti network associativi in **memoria**

Creazione rapida di un **milieu che sia ottimale ad una risposta rapida ed efficace.**

(Levenson, 1999)

MECCANISMI BIOLOGICI DI BASE: IL CERVELLO TRIPARTITO

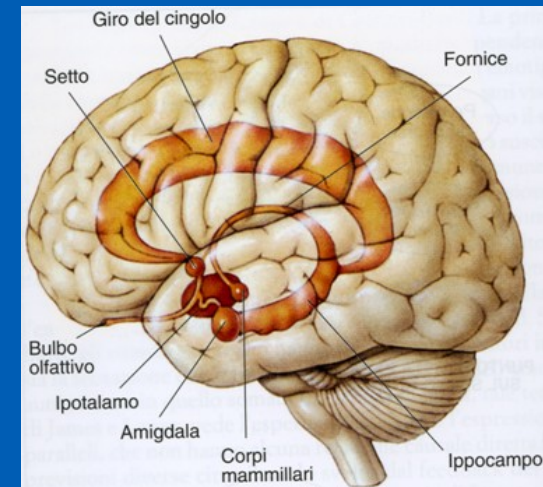
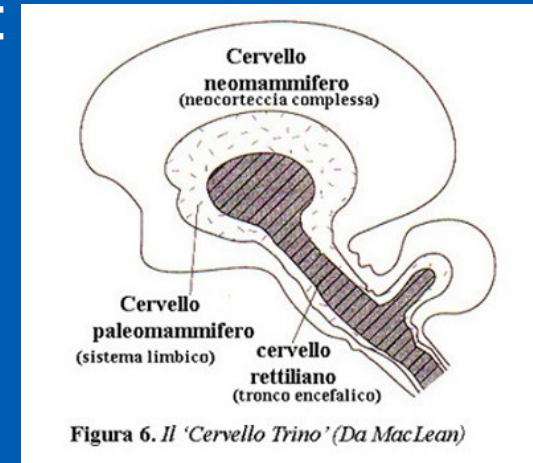
Tre sistemi nel cervello dei mammiferi:

Protoreptilian (rettili, uccelli, mammiferi)
(sostanza grigia periaqueduttale, aree pontine, formazione reticolare, ipotalamo, area preottica)

Paleomammalian (mammiferi)
(amigdala, ippocampo, setto pellucido, cingolo anteriore, talamo ventro-dorsomediale, stria terminalis)

- (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.

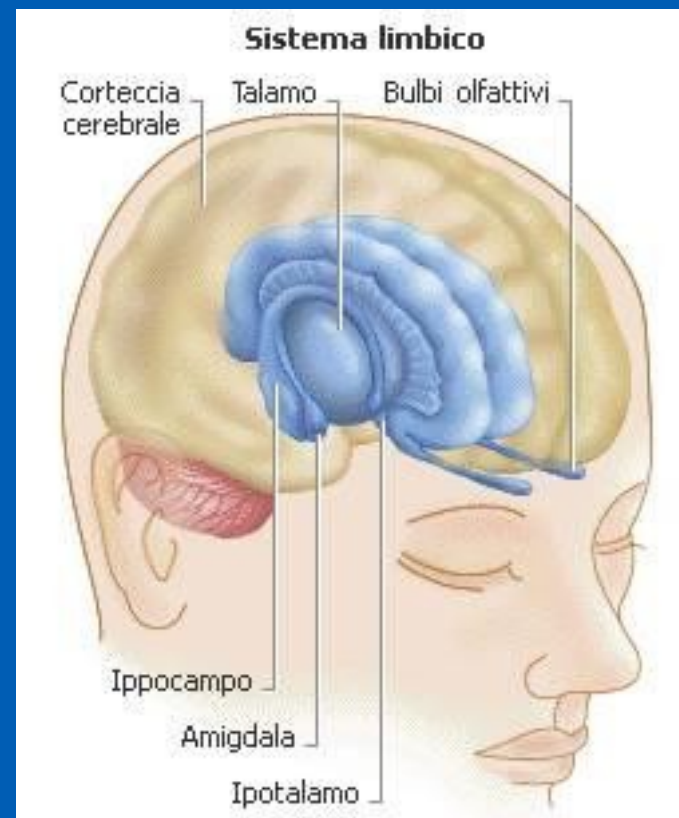




Sistema Limbico

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.





Sistema limbico ed emozioni

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)





Rapporto specifico tra aree limbiche e date emozioni

Es. Stimolazione elettrica di:

- 1- zone ipotalamiche, connessioni col fascio mediale del proencefalo, connessioni con mesencefalo (piacere)
- 2- aree olfattive, area del setto, amigdala, ippocampo (paura, difesa, aggressività)
- 3- giro cingolato e area entorinale/giro paraippocampale (attenzione/sorpresa)



Sentimento

Stato soggettivo dell'IO, caratterizzato dalla proprietà del “piacevole”, “spiacevole”. Contenuto intenzionale del soggetto che reagisce allo stato emotivo e che dura più a lungo delle emozioni.

Lo stimolo emotigeno viene contemporaneamente inviato dal talamo alle cortecce associative, dove viene elaborato in maniera più lenta ma più raffinata; a questo punto, secondo la valutazione, viene emessa un tipo di risposta considerata più adeguata alla situazione, soprattutto in riferimento alle "regole di esibizione" che appartengono al proprio ambiente culturale.

Le emozioni, quindi, inizialmente sono inconsapevoli; solo in un secondo momento noi "proviamo" l'emozione, abbiamo cioè un sentimento.



Umore

Condizione affettiva di durata maggiore, di natura non sempre reattiva.

Temperamento, indole, correlato emotivo di fondo della nostra attività mentale. Questo può essere considerato come caratteristico del soggetto, quale abitudine caratteriale e come parte del temperamento della persona.

Esso è il risultato sia di una dotazione biologica di base dell'individuo, ovvero la sua costituzione ereditaria, sia delle modificazioni dovute all'ambiente di crescita e sviluppo della personalità

Fasi della risposta emozionale

1. **Risposta orientativa iniziale:** stato di aumentata vigilanza che comporta l'attivazione di meccanismi attentivi non consapevoli e privi di tonalità edonica che derivano da stati del corpo o dall'ambiente esterno. Ubiquitari.
2. **Processo di valutazione dello stimolo (appraisal)** come "buono" o "cattivo" (stato della mente e azione conseguente: mi avvicino/allontano)
3. Gli stati della mente si differenziano in modi ben definiti, mediati da circuiti (pattern) cerebrali specifici. **Emozioni discrete, di base o fondamentali.**
4. **Sentimento:** consapevolezza conscia di un'emozione





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)



Evidenze sull'universalità delle espressioni facciali delle emozioni

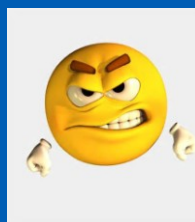
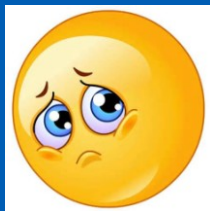
Si basano su ricerche in cui si chiedeva ai soggetti di:

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

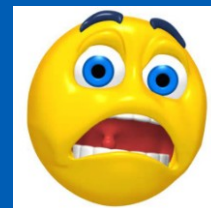


LE EMOZIONI COINVOLGONO DUE ASPETTI ESSENZIALI DELL'ATTIVITA' DELLA MENTE:

- ❖ **REGOLAZIONE DEL FLUSSO DI ENERGIA (ATTIVAZIONE)**
- ❖ **ELABORAZIONE DI INFORMAZIONI (SOPRATTUTTO RELAZIONALI)**



**EMOZIONI E INFORMAZIONI
RELAZIONALI SI ESPRIMONO
PRINCIPALMENTE ATTRAVERSO
LA COMUNICAZIONE
NON-VERBALE**



COMUNICAZIONE NON-VERBALE (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.



Emozioni e Comunicazione non-verbale

Sono cruciali per l'interazione e consentono ai mammiferi, fin dall'infanzia, di comprendere e co-regolare la **qualità del rapporto interpersonale in atto**.

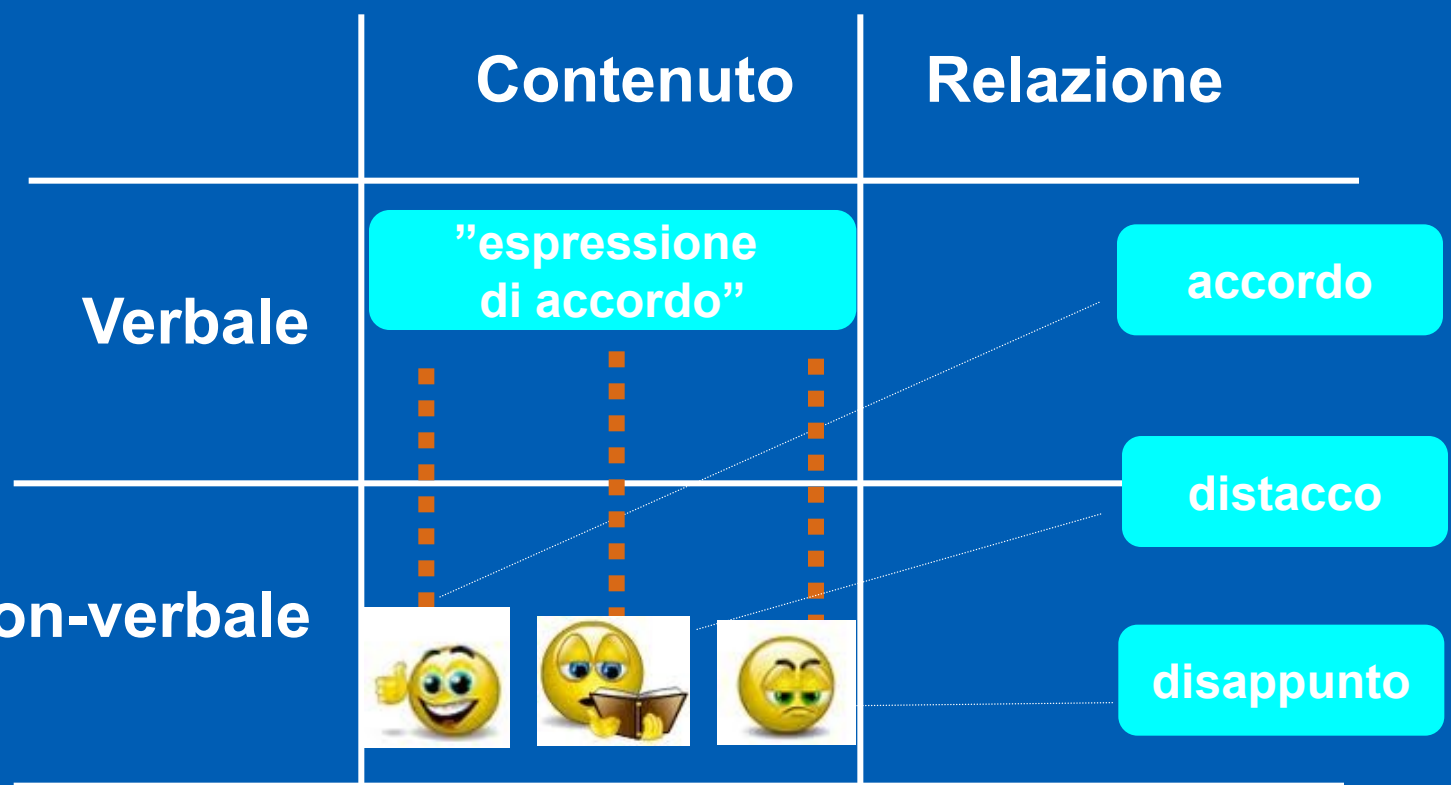
- La comunicazione non-verbale è un flusso continuo
- può utilizzare più canali per volta
- opera al termine e anche al di fuori della nostra consapevolezza cosciente
- esprime i nostri atteggiamenti, le emozioni e l'umore, segnala il modo in cui ci presentiamo e come ci relazioniamo.
- La comunicazione non-verbale può servire per accentuare, qualificare, regolare, sostituire o contraddire la comunicazione verbale.





ANALISI DEL MESSAGGIO

“Ok, va bene”



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.



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.



Alla nascita la comunicazione è prevalentemente nonverbale e implicita e si basa su un insieme di

SISTEMI PREDISPOSTI ALLA

SINTONIZZAZIONE RELAZIONALE:

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



Neuroni specchio

Neuroni con doppio pattern di attivazione: motorio e percettivo (*Gallese et al., 1996*)

“neuroni che vengono attivati quando una scimmia mangia una nocciolina, diventano attivi anche quando la scimmia guarda un ricercatore che mangia una nocciolina”

Tra la regione motoria e l'area percettiva, per la stessa azione si determina un fenomeno di **“rispecchiamento”**

Comprendiamo ciò che gli altri fanno simulandone internamente l'azione.



Neuroni specchio

Le azioni a cui un neurone specchio risponde sono molto specifiche: **atti intenzionali, che hanno uno scopo e delle conseguenze prevedibili.**

La percezione delle azioni prevedibili dell'altro viene utilizzata per creare un'immagine (rappresentazione neurale) dello stato intenzionale della persona osservata attraverso l'imitazione interna di quel comportamento

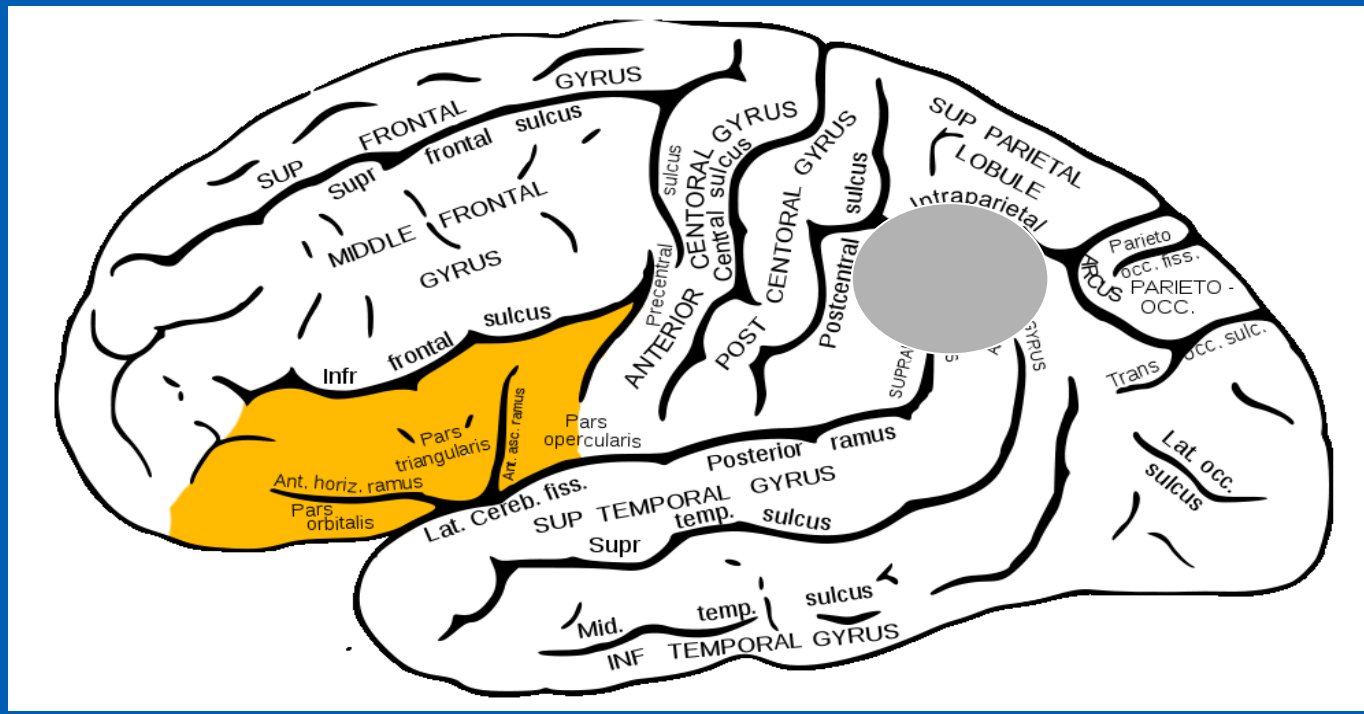
Predisposizione innata a comprendere le intenzioni dei conspecifici “sulla base di un processo di simulazione automatico e immediato” (*Embodied simulation, Gallese, 2001; Kerr, 2008, Carr et al., 2003*)

Base della **comprensione empatica. Neuroni specchio consentono di sintonizzarci sia con gli altri sia con i nostri stati interni, regolando gli stati di attivazione**



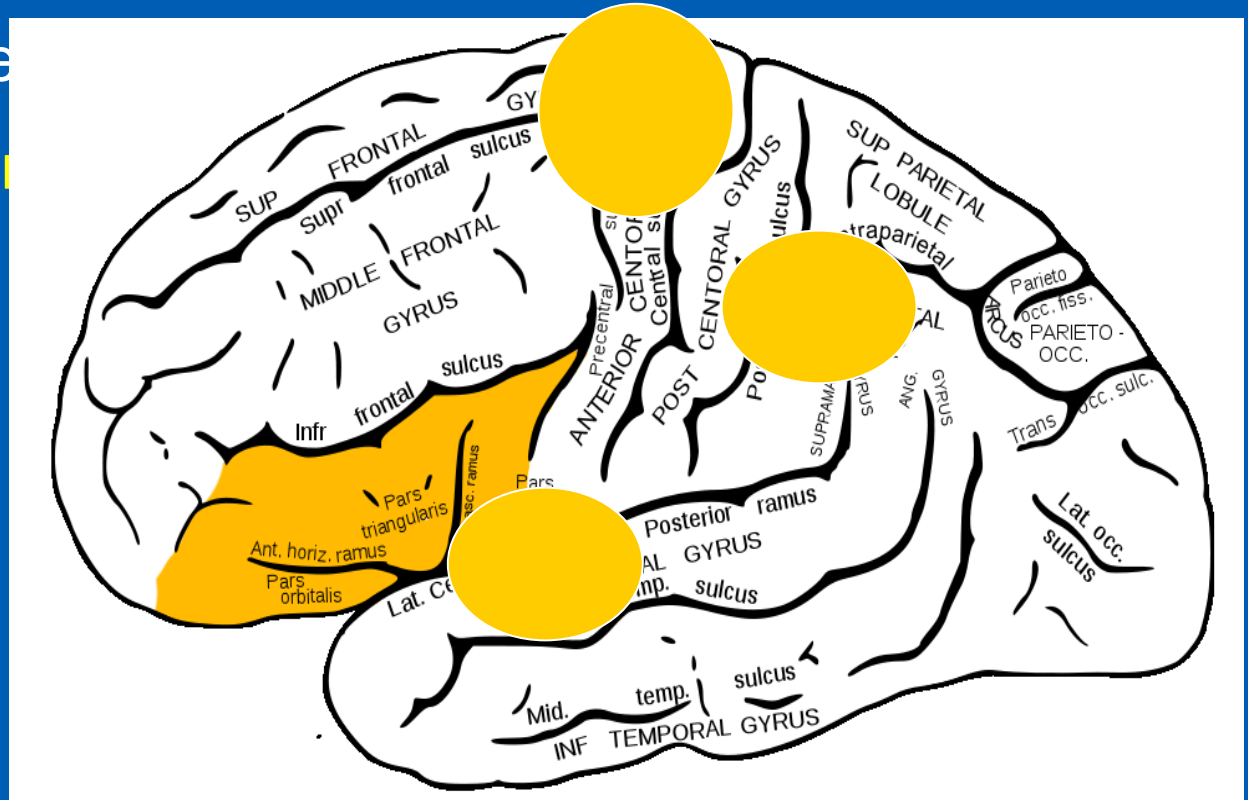
Neuroni specchio

Nella scimmia i neuroni specchio sono stati localizzati nella *circonvoluzione frontale inferiore* e nel *lobulo parietale inferiore*.



Neuroni specchio nell'uomo

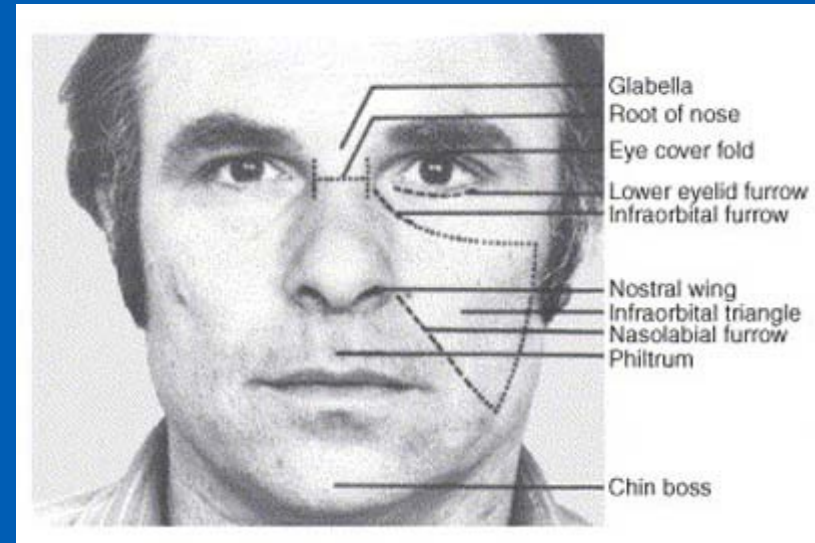
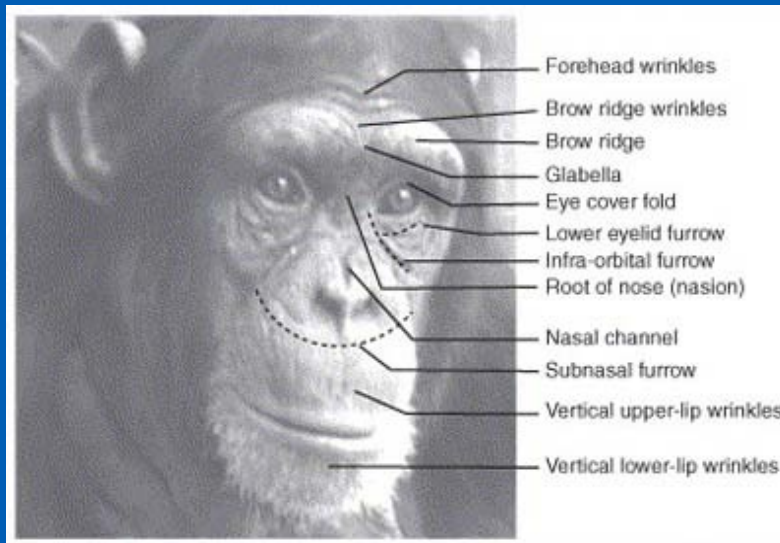
Aree motorie e premotorie,
area di Broca (area temporale)
corteccia parietale inferiore,
cingolato anteriore
insula anteriore





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)



CONTINUITA' FILOGENETICA

(Steiner & Glaser, 1995).

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

SWEET
TASTE



WATER

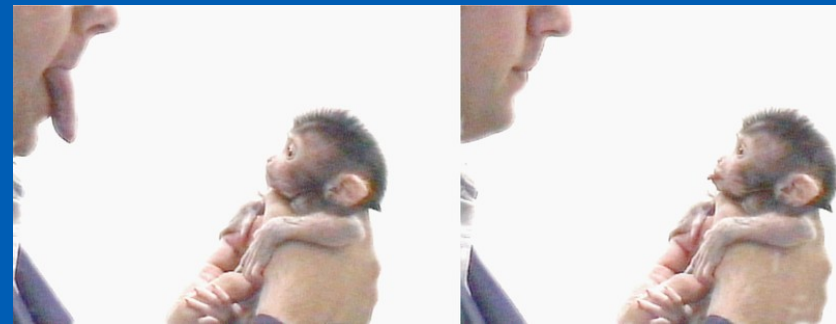


BITTER
TASTE



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 arispetto ai soggetti che non piacciono o sono percepiti esterni al gruppo (Likowski, Muhlberger, Seibt, Pauli, & Weyers, 2008; Stel et al., 2010).

IMPORTANZA DELLE EMOZIONI FIN DALLA NASCITA

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).





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



CNV NEL CONTESTO SANITARIO

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

Sia l'operatore sanitario che il paziente:

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

Comprendere correttamente la CNV incoraggia i pazienti ad aprirsi ulteriormente, permette di evitare possibili fraintendimenti, consente di raccogliere un numero maggiore d'informazioni.



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)

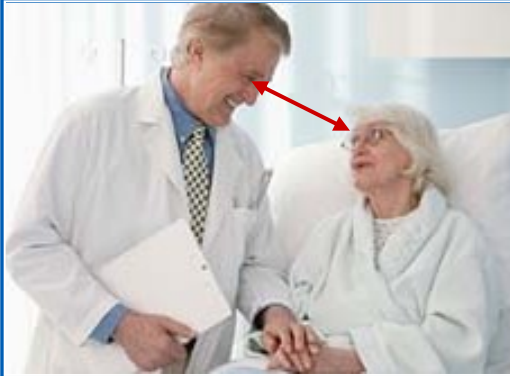




Ruolo di specifici aspetti della CNV

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



- 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 Altekruise, 1979*)
 - Disinteresse, se assente (*Nordman, 2010*)

Contatto visivo: evidenze



- **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.

Uso del computer (Heath, 1994)

Conseguenze sui pazienti derivate dal tentativo dei medici di leggere i dati clinici al PC e ascoltare:

- aspettano di fornire la loro risposta alla sollecitazione del medico, fintanto che non ottengono il contatto visivo;
- si interrompono a metà del loro discorso quando il medico legge gli appunti e proseguono quando ottengono nuovamente il contatto visivo;
- usano il movimento del corpo per carpire lo sguardo del medico se sta leggendo gli appunti mentre loro parlano;
- il flusso del discorso del paziente si deteriora quando il medico guarda altrove ed è recuperato quando si ristabilisce lo sguardo;
- i medici perdono o si dimenticano delle informazioni fornitegli mentre stanno leggendo gli appunti.





Uso del computer e contatto visivo

(McGrath et al. 2007, Duke et al. 2013)



- Con la presenza del PC la comunicazione è diventata più **task-oriented** (Bensing et al., 2006), meno centrata sul paziente, le sue preoccupazioni e meno strutturata.
- + Utile per **condividere dati** (es. tabelle su rischi, informazioni...)
- + **Registrare** in modo condiviso una serie di appuntamenti e piani concordati (mostrando lo schermo)
- **Strategia: dividere la consultazione** in fasi centrate sul paziente e sul PC, segnalandole verbalmente e con la postura. **Coinvolgere i pazienti** condividendo assieme a loro lo schermo del computer o leggendo ad alta voce quello che si digita



(2) Espressione del volto



Spesso associata allo studio delle emozioni



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



Espressione del volto: tipi di 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).

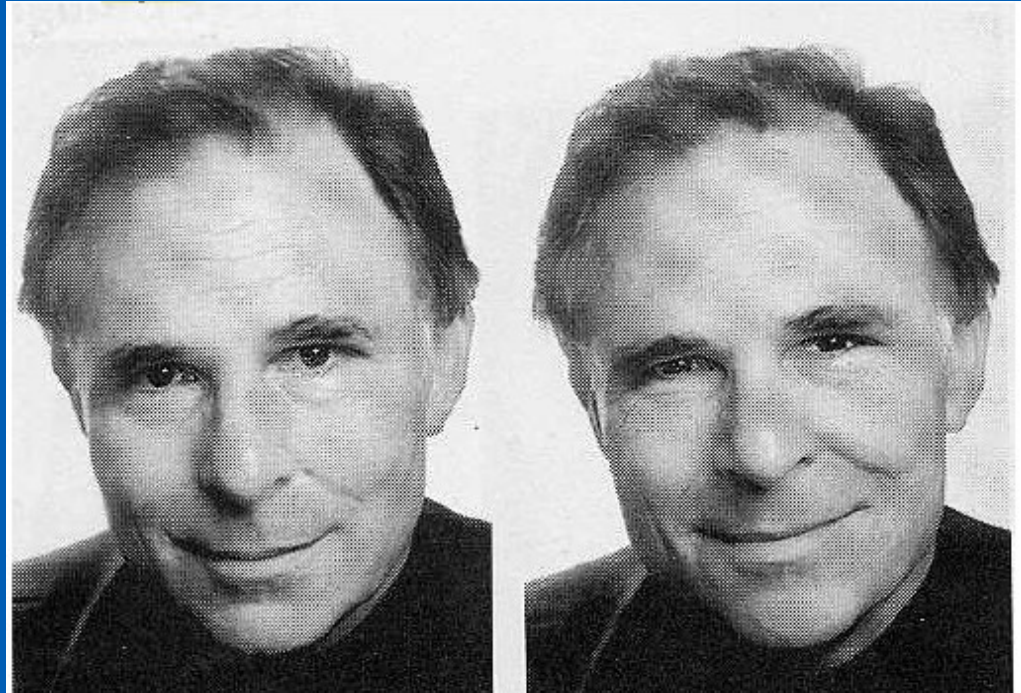


Espressione del volto: sorriso dominante

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



Sorriso Duchenne e non-Duchenne



Sorriso falso
Paul Ekman

'Duchenne'
smile – vero -



Espressione del volto: effetti 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).

Espressione del volto: evidenze negli anziani₁

Psychology and Aging
2002, Vol. 17, No. 3, 443–452

Copyright 2002 by the American Psychological Association, Inc.
0882-7974/02/\$5.00 DOI: 10.1037//0882-7974.17.3.443

Physical Therapists' Nonverbal Communication Predicts Geriatric Patients' Health Outcomes

Nalini Ambady and Jasook 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





Espressione del volto: evidenze negli anziani₂

Table 6

Physical Therapists' Nonverbal Behaviors as Predictors of Clients' Outcomes

Scala delle attività quotidiane

Behavior	Admission to discharge			Admission to 3 months after discharge		
	Mobility	ADL	Confusion	Mobility	ADL	Confusion
<i>n</i>	51	51	50	43	43	41
Smile	.14	.24	-.19	.26*	.26*	.04
Frown	.09	.59***	-.35**	.07	.60***	.02
Nod	-.03	.36**	-.26	.04	.33**	.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

Espressione del volto: evidenze negli anziani₃

Table 3

Change in Clients' Physical Functioning in Relation to Physical Therapists' Molar Behavior

Measure	Molar composites			
	Positive affect	Professional	Nervous	Distancing
Change from admission to discharge (<i>n</i> = 51)				
Mobility	-.13	-.09	.09	.02
Activities of daily living	-.21	-.17	-.09	.34**
Change from admission to 3 months from discharge (<i>n</i> = 43)				
Mobility	.22	-.51****	-.52****	-.08
Activities of daily living	-.24	-.16	-.09	-.35*

Note. The correlations reported are Pearson *r*s.

* *p* < .05. ** *p* < .01. **** *p* < .0005.



(3) Postura



Importanza della congruenza



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.

(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



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. Patricks 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: timminsf@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





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)
- In generale i pazienti apprezzano il tatto con valenza espressiva e sono meno preoccupati dei medici rispetto all'invasione dello spazio corporeo (Cocksedge et al., 2013)





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** (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)



(5) Proseminica



ELSEVIER

Patient Education and Counseling 66 (2007) 223–234

Patient Education
and Counseling

www.elsevier.com/locate/pateducou

Nonverbal communication in doctor–elderly patient transactions (NDEPT): Development of a tool^{☆,☆☆}

Rita Gorawara-Bhat^{a,*}, Mary Ann Cook^{b,1}, Greg A Sachs^a

^a*The University of Chicago, Department of Medicine, Section of Geriatrics, 5841 South Maryland (MC 6098), Chicago, IL 60637, United States*

^b*JVC Radiology and Medical Analysis LLC, 750 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



DMSP-PSY

MEASUREMENT OF NONVERBAL COMMUNICATION BETWEEN DOCTOR-ELDERLY PATIENT
 Tape # _____ Codex _____ Date _____ Condition: Acute/Chronic

PHYSICIAN ATTRIBUTES: White coat: Y/N Stethoscope: Y/N Race/Gender: Dr. _____ Pt. _____
 Start Time for: Opening: _____ (Middle) Hx: _____ P. E. _____ Post P. E. _____ Closing: _____ End of tape: _____

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

(1) <i>Attributes</i>	(2) Y N	(3) <i>Notes/Description</i>	(4) <i>Spatial Configuration</i>
1. Physician's desk	1 0	Desk/work surface/table/other	(Draw layout of visible items: Dr position, pt position, exam table, rolling stool, work desk/surface, shelves, computer on desk)
2. Physician's rolling stool	1 0		
3. Patient's chair	1 0		
4. Exam table	1 0		
5. Wall—posters, brochures	1 0		
6. Other (e.g. mirror, lamps)	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

(1) <i>Range</i>	(2) <i>Opening</i>	(3) <i>Middle</i>		(4) <i>Closing</i>	(5) <i>Collapsed Score</i>	(6) <i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.			
Too far (>4 ft)	0	0	0	0		
Too close (<2 ft)	1	1	1	1		
Optimal (2.5-4 ft)	2	2	2	2		

B. 2. VERTICAL HEIGHT DIFFERENCE BETWEEN DR & PATIENT

(1) <i>Range</i>	(2) <i>Opening</i>	(3) <i>Middle</i>		(4) <i>Closing</i>	(5) <i>Collapsed Score</i>	(6) <i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.			
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 BARRIER(S) BETWEEN DR & PATIENT

(1) <i>Range</i>	(2) <i>Opening</i>	(3) <i>Middle</i>		(4) <i>Closing</i>	(5) <i>Collapsed Score</i>	(6) <i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.			
Existing barrier(s)	0	0	0	0		
Barriers modified but problematic (a)	1	1	1	1		
Barriers modified and no barrier (b)	2	2	2	2		

B. 4. ANGLE OF INTERACTION BETWEEN DR & PATIENT

(1) <i>Range</i>	(2) <i>Opening</i>	(3) <i>Middle</i>		(4) <i>Closing</i>	(5) <i>Collapsed Score</i>	(6) <i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.			
	Stand/sit	Stand/sit				
Away from (back towards patient)	0	0	0	0		
Directly facing (face-to-face with patient)	1	1	1	1		
Parallel/Acute (facing patient at angle)	2	2	2	2		

Distanza
interpersonale



Distanza sul piano
verticale



Angolo



NDEPT: NONVERBAL COMMUNICATION IN DOCTOR-ELDERLY PATIENT TRANSACTIONS

Tape # _____ Coder _____ Date _____ Condition: Acute/Chronic

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

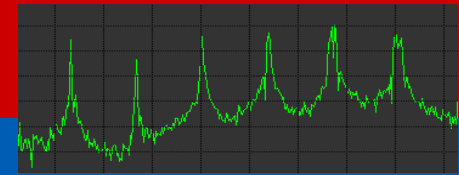
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)
<i>Dimensions</i>	<i>Opening</i>	<i>Middle</i>		<i>Closing</i>	<i>Collapsed Score</i>
		<i>Hx</i>	<i>Post P.E.</i>		
C.1. STANCE: Open/Closed Hands & Arms & Legs	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O C
C.2. EYE CONTACT: gaze	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
C.3. FACIAL EXPRESSION: Smile/Frown	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S F
C.4. GESTURE: Head nod, hand movements	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	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	0 1 2 3 4	



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.

(6) Tono della voce



- Associazione tra il tono di voce di chirurghi e la loro storia legata ad accuse di “*malpractice*”. (Ambady et al 2002)
- Tecnica del discorso filtrato per separare i messaggi verbali dagli indizi vocali (Hall *et al.*, 1981; Haskard *et al.*; 2008) -rispecchiamento – componenti affettive del linguaggio
- **NB:** con gli anziani si tende ad aumentare ed esagerare il tono della voce (*secondary baby talk* – Caporael, 1981)



WHY

7. Risposta Psicofisiologica

Indicatore diretto di attivazione del SNA, non mediato da processi cognitivi consapevoli



How social interaction affects physiological functioning: information about potential *underlying overt mechanisms* related to arousal and stress response: i.e. bad news communication, reaction to specific types of communication

Indicator of *synchrony, reciprocal coordination and quality of rapport* in the interpersonal context of doctor-patient interaction (mimicry, empathy, therapeutic alliance, interpersonal synchrony)



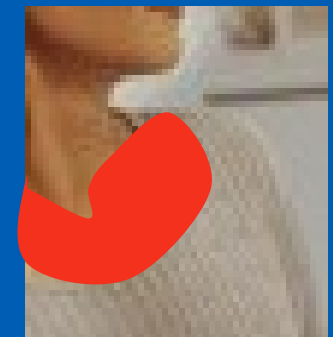
Tipi di risposta psicofisiologica

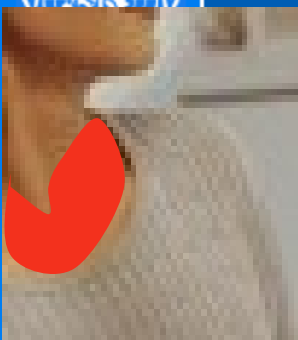
Indici di attivazione simpatica/parasimpatica

- Temperatura cutanea, Conduttanza cutanea, attività elettrodermica
- Variazione dell'attività cardiaca (frequenza cardiaca, pressione arteriosa)

Indicatori ormonali

- Cortisolo (asse ipotalamo –ipofisi- surrene), androsterone, ossitocina





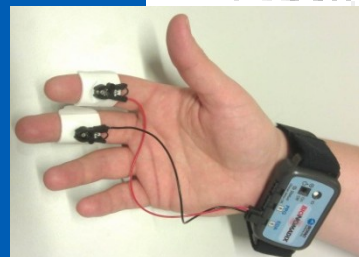
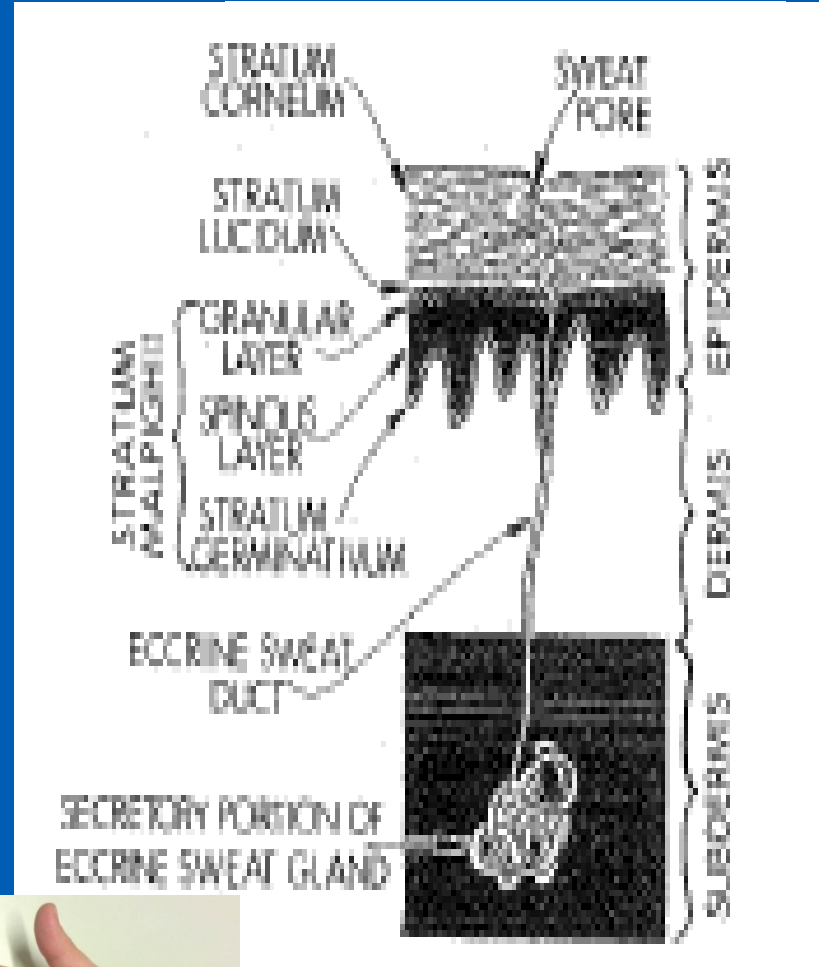
Attività elettrodermica – conduttanza cutanea

In presenza di stimoli emotivamente significativi si ha attivazione del SNA

Rilascio di sudore da parte delle ghiandole sudoripare

All'aumentare del sudore aumenta la conduttività dello strato corneo al passaggio esterno di corrente fissato costante.

La variazione della resistenza /conduttanza si esprime come attività Elettrodermica (EDA) (Cacioppo et al., 2007) latenza 1-4 sec)

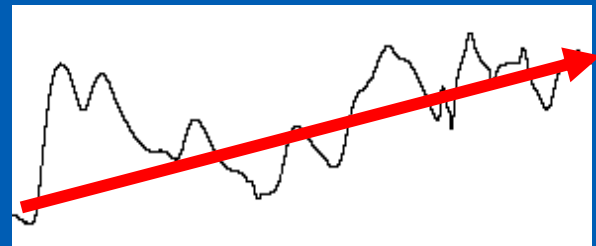




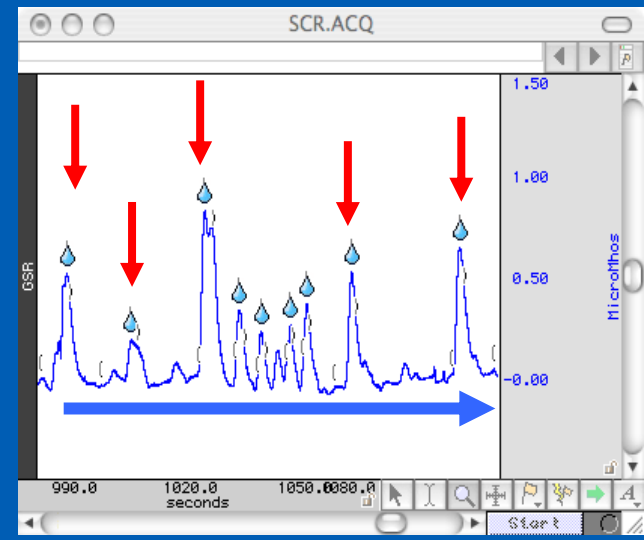
Misure più comuni di EDA

Conduttanza cutanea si esprime in microSiemens μS

Skin conductance level (SCL) tonic level of electrical activity of the skin (typical values 2-20 μS)



Skin conductance response (SCR) amplitude phasic increase in conductance shortly following stimulus onset (typical values 0.1-1.0 μS). Usually response latencies after a stimulus are among 1-4 sec (Dawson et al., 2000).



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.

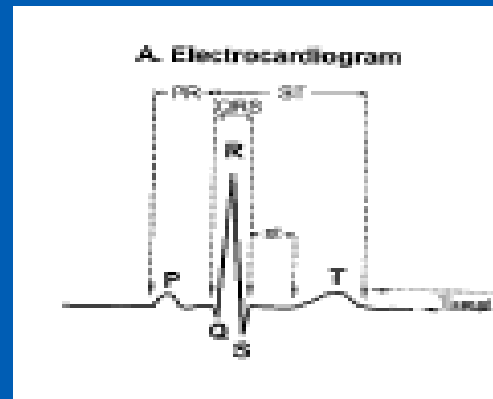


HOW

Attività cardiaca

Sistema più complesso, caratterizzato da più sistemi regolatori, soggetti a controllo autonomo centrale e periferico (dipende dall'attività del sistema simpatico e parasimpatico), influenzato da fattori ormonali e da variazioni nel tono muscolare e del ritmo respiratorio.

Heart Rate (HR) & Heart Rate Variability (HRV) Blood Pressure (BP)



Physiological correlates of Tension and Antagonism During Psychotherapy

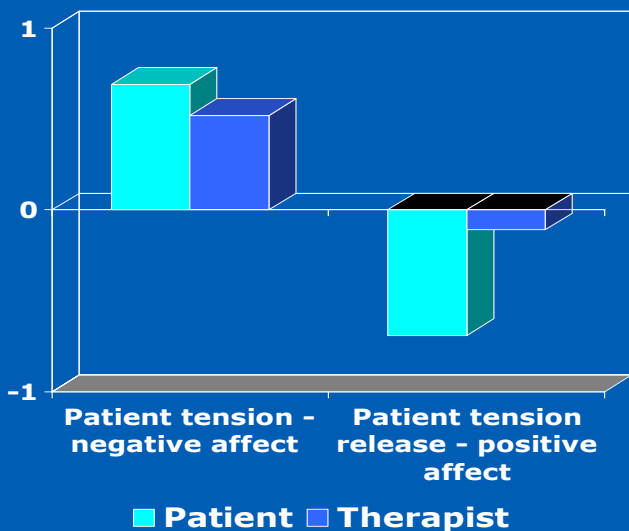
A Study of "Interpersonal Physiology"

Alberto DiMascio, M.A. Richard W. Boyd and Milton Greenblatt

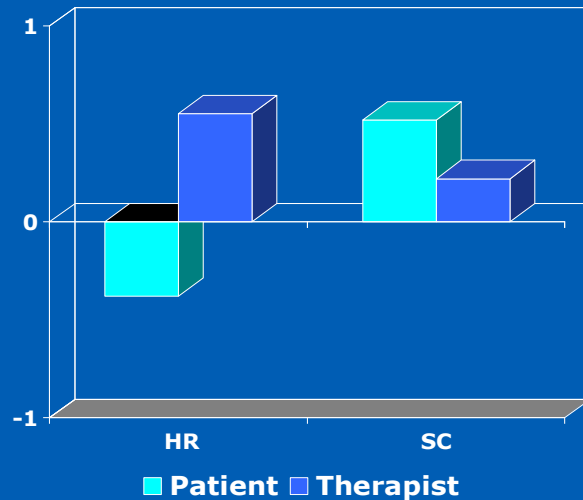
Psychosomatic Medicine, 1957

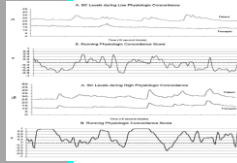
One patient-therapist dyad during the first 12 psychotherapy sessions
Heart Rate, Skin Temperature in both patient and therapist.
Bales Interaction Process categories of: "tension", "tension release",
"antagonism", "disagreement", "neutral statement" rated by two raters

Correlation: tension and HR



Correlation: pt antagonism and HR - ST






Sincronia della risposta psicofisiologica

Rispecchiamento del comportamento reciproco aumenta la sincronia della risposta psicofisiologica (*Robinson et al., 1982, Marci et al., 2004, Marci & Orr, 2006, Marci, 2007, Stratford et al., 2012*)

Si associa ad una percezione positiva dell'interazione (*Koss & Rosenthal 1997, Marci et al., 2004, 2007*)

Increased emotional distance (experimental condition) is associated with **decreased psychophysiological concordance** (SC slope) and reduced ratings of perceived empathy (*Marci & Orr, 2006*)

Patient ratings of perceived **therapist empathy** show a **positive correlation** ($r=0.47$) with simultaneous measures of **skin conductance** (SC) in 20 patient-therapist dyads (*Marci et al, 2007*)



Physiologic Correlates of Perceived Therapist Empathy and Social-Emotional Process During Psychotherapy

Carl D. Marci, MD, Jacob Ham, PhD,† Erin Moran, BA,* and Scott P. Orr, PhD*‡*

The Journal of Nervous and Mental Disease • Volume 195, Number 2, February 2007

Applied Psychophysiology and Biofeedback, Vol. 31, No. 2, June 2006 (© 2006)

DOI: 10.1007/s10484-006-9008-4

The Effect of Emotional Distance on Psychophysiological Concordance and Perceived Empathy Between Patient and Interviewer

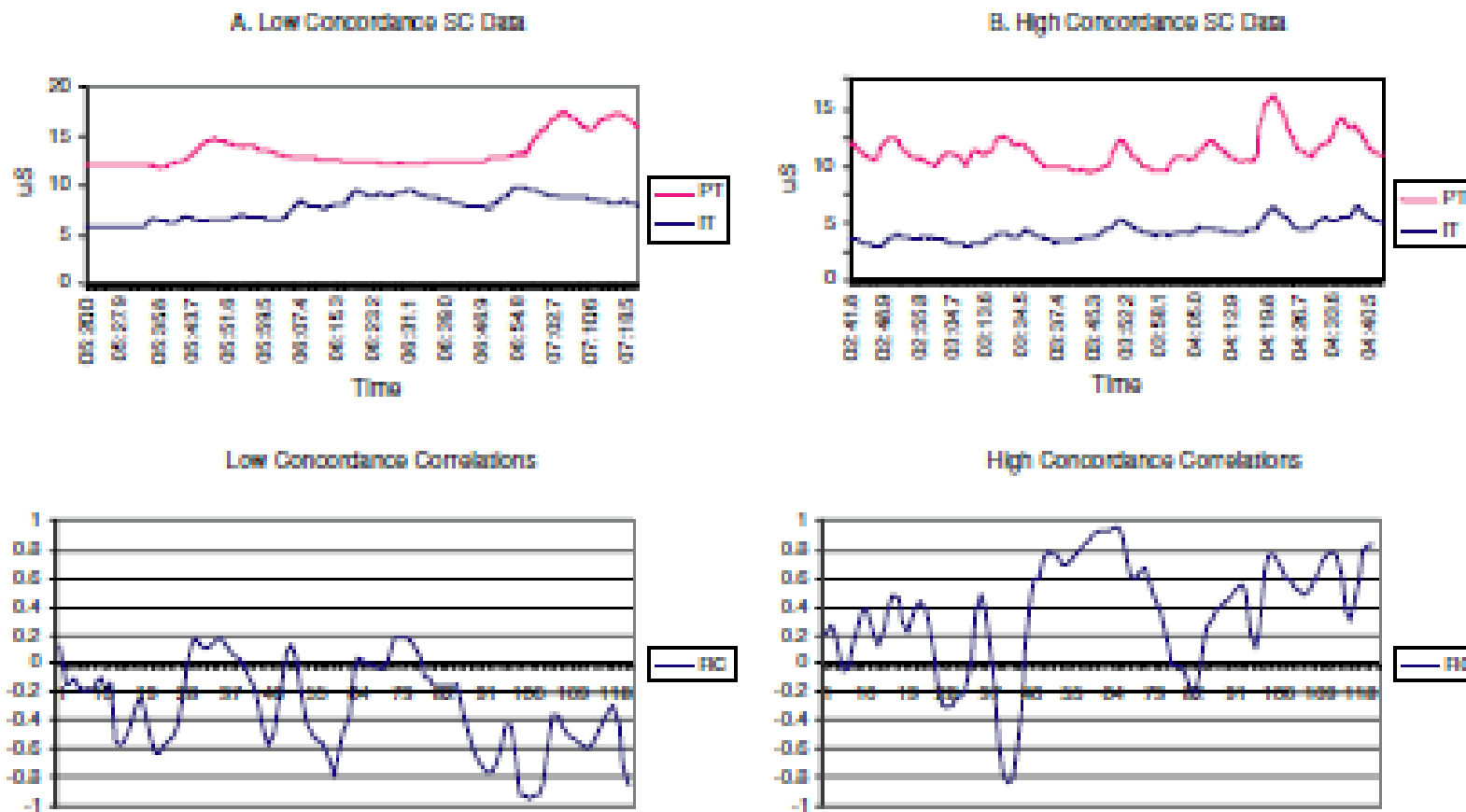
Carl D. Marci^{1,3} and Scott P. Orr^{1,2}

Published online: 25 May 2006



UNIVERSITY OF
MEDICINE AND
HEALTH SCIENCES

DMOD



PT – Patient Subject, IT – Interviewer, RC – Running Correlation

Fig. 2. Moments of low (A) and high (B) patient–interviewer skin conductance data (top) with corresponding physiologic concordance correlations (bottom).



Reazione Psicofisiologica nel MEDICO



La comunicazione di informazioni, soprattutto negative si associa a un aumento della frequenza cardiaca (Cohen et al. 2003, Brown et al., 2009, Hulsman et al., 2010)

La qualità della comunicazione non determina modificazioni nella risposta psicofisiologica (Dulmen et al., 2007, Brown et al., 2009), che risulta invece correlata alla percezione di stress, ansia e fatica (Brown et al., 2003, Cohen et al., 2003, Dulmen et al., 2007, Hulsman et al., 2010)

All'aumentare dell'esperienza clinica, si riduce il grado di attivazione psicofisiologica durante il processo comunicativo (Brown et al. 2009)



Conclusio

Reazione Psicofisiologica nel PAZIENTE



Un approccio facilitante riduce l'attivazione psicofisiologica nel paziente (Greenland & Margrain, 2008, Ellington et al., 2008, Reblin et al., 2012)

La riduzione dell'arousal favorisce la memorizzazione delle informazioni fornite (Olson & Claiborn, 1990, Sep et al., 2014)

Una comunicazione empatica può modulare l'effetto di farmaci sedativi (Williams et al., 1975)



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.**