

Colloquio clinico A.A. 2025-2026



Ricevimento:
*online o in presenza su
appuntamento*

Laura Vismara
vismara@unica.it

Definizione di colloquio

Strumento caratterizzato da uno scambio verbale in una situazione dinamica di interazione psichica che permetta lo svilupparsi di un processo di conoscenza.

Si basa sul consenso tra conduttore e partecipante su quale argomento trattare.

Si usano tecniche di facilitazione della comunicazione

Non vi è giudizio valutativo

COLLOQUIO CLINICO: comprendere il funzionamento di una persona e motivare al cambiamento



Funzione che svolge un comportamento

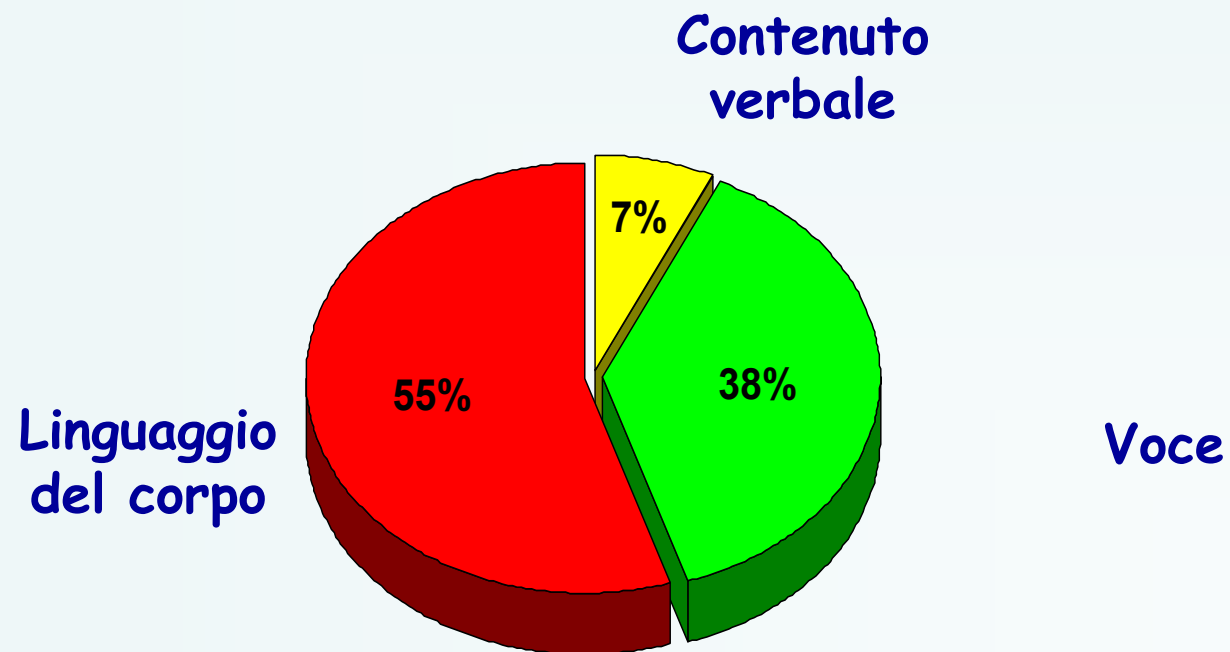
La pragmatica della comunicazione umana (Watzlawick et al., 1967)

Pragmatica della comunicazione

Comunicazione Verbale e Comunicazione Non Verbale

Circolarità della comunicazione

Che cosa determina la comprensione di un messaggio



Gli assiomi della comunicazione

Non si può non comunicare

Non pensare più che una persona non stia comunicando, ma chiedersi sempre cosa sta comunicando una persona con il suo silenzio o la sua assenza

Livello di contenuto e di relazione

Una comunicazione non soltanto trasmette informazione, ma al tempo stesso impone un comportamento

La punteggiatura della sequenza di eventi

Ogni parlante interpreta lo scambio in modo tale da vedere il proprio comportamento come causato dal comportamento dell'altro, e mai come causa della reazione dell'altro, e viceversa: in breve, ogni parlante accusa l'altro di essere la causa del proprio comportamento

Comunicazione numerica e analogica

Nella comunicazione umana si hanno due possibilità di far riferimento agli oggetti: in modo analogico, attraverso un'immagine (il CNV), e in modo numerico, attraverso l'assegnazione di un nome (il contenuto)

Interazione complementare e simmetrica

Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che le relazioni siano basate sull'uguaglianza o sulla differenza

Aspetti costitutivi del colloquio: *Il conduttore*

Compiti:

- Facilitare la conversazione
- Facilitare la relazione
- Facilitare il processo di conoscenza

Esplorare la realtà psichica del paziente per comprendere alcuni aspetti delle sue problematiche esatto e per considerare la possibilità di fornirgli aiuto promuovendo in lui un processo di conoscenza atto a facilitare un cambiamento.

Aspetti costitutivi del colloquio: *Il conduttore*

Fattori influenti:

- Schema teorico generale e specifico
- Cultura generale/accademica
- Abilità acquisite mediante un training
- Caratteristiche di personalità

Caratteristiche di personalità



Attenzione a:

- Seguire un «protocollo» prestabilito
- Assumere un atteggiamento distaccato
- Pensare a obiettivi non concordati
- Stile di attaccamento

Insicurezza del terapeuta

- I terapeuti preoccupati (ansiosi) interpretano le rotture della terapia come negative e tendono ad essere meno empatici a causa della propria ansia per la perdita.
- I terapeuti ansiosi potrebbero anche essere attivati da pazienti preoccupati.
- È probabile che i terapeuti distanzianti (evitanti) siano sopraffatti dalla reattività emotiva dei pazienti preoccupati.
- I terapeuti distanzianti possono non cogliere le importanti questioni emotive e relazionali legate all'evitamento dei pazienti.

Clinico esperto vs clinico «giovane»

Le capacità cliniche non sono innate né un'arte bensì l'esito di un faticoso processo di apprendimento

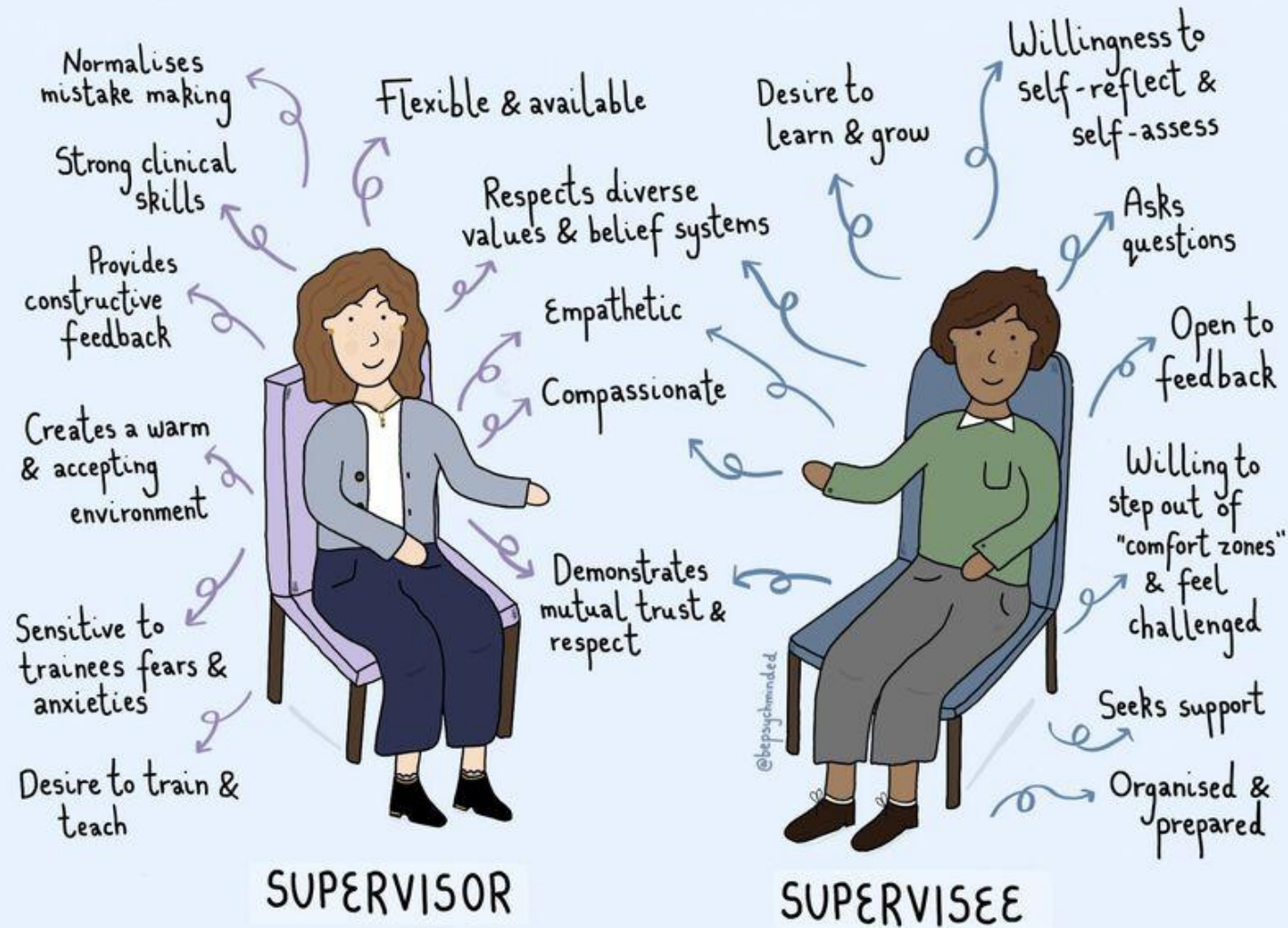
Il clinico esperto ha maggiori informazioni e conoscenze, meglio organizzate e quindi più facilmente recuperabili e applicabili a situazioni nuove; affronta con maggiore facilità i problemi presentati in modo confuso; cambia rapidamente l'approccio al problema avvalendosi dei feedback che provengono dal paziente ed individua meglio il momento per intraprendere l'azione prescelta; tollera meglio l'incertezza

MA

il clinico più giovane è «più fresco» di studi e i suoi processi decisionali possono essere meno influenzati da errori basati sull'esperienza clinica pregressa

Clinical Supervision

Characteristics that promote a positive supervision experience



Aspetti costitutivi del colloquio: *Il soggetto*

Fattori influenti:

- Età
- Livello socio-economico e caratteristiche di ruolo
- Livello culturale
- Caratteristiche di personalità (aspetto, livello formale-verbale, cognitivo, affettivo)

La finalità primaria di un colloquio clinico per il paziente è costituita dal desiderio di ricevere un aiuto per le proprie problematiche di sentirsi capito nella propria sofferenza riuscendo a visualizzare le proprie modalità di funzionamento in modo da poter avviare un processo di cambiamento

Livello di compromissione dell'esame di realtà

Grave	Presenza di distorsioni percettive e alterazioni dei processi di pensiero (ad esempio, allucinazioni o deliri) sostanzialmente stabili e indipendenti dagli stimoli ambientali
Moderato	Le distorsioni percettive e le alterazioni dei processi di pensiero fluttuano in base a variabili quali l'intensità dell'emozione, il contesto interpersonale, il livello del contenuto
Lieve	Le distorsioni e alterazioni sono circoscritte ad aree specifiche e l'esame di realtà può migliorare in rapporto ad alcune caratteristiche del contesto e degli stimoli ambientali. Il paziente è in grado di parlare di talune dispercezioni o alterazioni cognitive facendo ricorso allo humor e individuandone il rapporto con il contesto e l'ambiente; Può inoltre mettere in discussione le proprie percezioni e non si discosta dalla realtà al punto da mettere a repentaglio la propria sicurezza

Il ragionamento clinico

- Tollerare l'incertezza
- Riconsiderare ipotesi e interpretazioni
- Separare i dati rilevati/osservati dalle interpretazioni/inferenze
- Non andare avanti all'infinito

Errori nel ragionamento clinico

(Norman & Eva, 2010)

- **Availability:** tendenza a valutare come più probabili le diagnosi che sono facilmente recuperabili dalla memoria
- **Base rate neglect:** tendenza a sottovalutare il reale tasso di incidenza di un disturbo
- **Representativeness:** tendenza a lasciarsi guidare dalle caratteristiche prototipiche di un disturbo, trascurando le sue varianti atipiche
- **Confirmation:** tendenza a cercare dati a conferma dell'ipotesi-guida, anziché dati che potrebbero confutarla
- **Premature closure:** tendenza a accettare prematuramente un'ipotesi diagnostica, senza verificare altre possibilità

Errori freddi

Errori caldi

Altre fonti di errori di giudizio

- Errore sistematico
- Effetto alone
- Errore di proiezione
- Pregiudizio contagioso

Aspetti costitutivi del colloquio:

Lo scopo

Processo di conoscenza attraverso:

- **Scambio verbale**
- **Comunicazione non verbale**
- ***Silenzio***
- ***Ascolto***

Il linguaggio verbale non è il solo modo di comunicare

	ORALE	NON ORALE
VERBALE	Parola pronunciata	Parola scritta
NON VERBALE	Intonazione della voce, volume, velocità, toni	Movimenti del viso e gestualità del corpo

Linguaggio (Semi, 1995)

- Le caratteristiche della lingua usata
- il tipo di vocabolario
- la povertà o ricchezza del lessico
- la qualità dello stile (sintassi)
- l'analisi delle figure retoriche *«un luogo privilegiato di rivelazione e di accesso alla significazione degli inconscio emotivo»* (Matte Blanco)

Aspetti costitutivi del colloquio: *La relazione*

**Processo di interazione psichica e
motivazionale che fa da sfondo e
consente lo svolgimento del
colloquio stesso**

Transfert e....

- **Freud** nel caso Dora (1901) diviene consapevole dell'esistenza e della forza del transfert che lui definisce ***traslazione***
- Nel saggio sulla Dinamica della traslazione (1912) Freud afferma che il transfert è connesso a modelli, a rappresentazioni inconsce [imago] di figure significative come quella paterna o materna: è la relazione affettiva instaurata con loro che viene a essere rivissuta nel transfert ed essa può essere contrassegnata da sentimenti teneri oppure ostili: ***transfert positivo o negativo***, nonché ambivalente.
- **Melanie Klein** (1952) ritiene che il transfert non costituisca una semplice riedizione dei legami affettivi instaurati con le figure significative del proprio passato, ma piuttosto rappresenti l'espressione delle fantasie inconsce connesse alle articolate dinamiche del mondo interno. Analizzare il transfert significa soprattutto analizzare le prime relazioni oggettuali del paziente, con le specifiche emozioni e difese a esse collegate. Sarà pertanto opportuno interpretarlo presto, nel qui ed ora della seduta, anche se si tratta di un transfert negativo, perché solo così sarà possibile restituire al paziente l'esperienza di sentirsi compreso, favorendo una riduzione della angoscia

Transfert e....

- la Joseph (1985) «ciò che il paziente porta può essere valutato nel modo migliore centrando la nostra attenzione su ciò che sta accadendo all'interno del rapporto, su come il paziente sta usando l'analista, accanto e oltre a ciò che sta dicendo»: come i pazienti agiscono su di noi facendo sentire delle cose, come possano attrarci all'interno dei loro sistemi difensivi, come tentano di portarci ad agire con loro, come trasmettono aspetti del loro mondo interno costruito fin dalla primissima infanzia?
- Per **Bion (1963)** il transfer indica l'aspetto del funzionamento della mente capace di prendere in considerazione e di tollerare la realtà dell'altro. Nessun aspetto del comportamento del paziente può essere trascurato e bisogna valutarne la rilevanza rispetto al transfert, che non è mera ripetizione di antiche modalità di rapporto, ma un'esperienza nuova e viva che anima i processi trasformativi operanti all'interno della seduta.
- Bion riconosce la possibilità di sviluppare il transfert anche da parte di pazienti psicotici: precoce, precipitoso e di dipendenza, e mira alla confusione con l'analista.
- **Kohut** si riferisce allo sviluppo infantile sottolineando il ruolo essenziale che rivestono per il bambino le risposte empatiche del caregiver: gli oggetti sé. Kohut afferma che l'esperienza con gli oggetti sé può essere psicologicamente connotata da grandiosità e da idealizzazione processi necessari per un adeguato sviluppo del sé. Conseguentemente individua (a) il **transfert idealizzante**: il paziente vive il terapeuta come un genitore idealizzato da cui ottenere approvazione e guida per alimentare la propria autostima; (b) il **transfert speculare**: il paziente desidera ottenere dal terapeuta una risposta di conferma a specchio in relazione al proprio sé grandioso.

....Controtransfert

- In «Le prospettive future della terapia psicoanalitica» (1910) **Freud** associa il controtransfert ai complessi e alle resistenze interne dello psicoanalista, individuando come possibile rimedio un'efficace autoanalisi effettuata con costanza parallelamente all'esperienza con i pazienti.
- Per la **Reich** (1951) lo strumento fondamentale della comprensione del mondo del paziente è rappresentato dall'inconscio dell'analista «*il controtransfert è un requisito indispensabile per l'analisi; Se non presente mancano il talento e l'interesse necessario*». Tuttavia, bisogna ricorrere a una analisi personale per evitare difficoltà nevrotiche dell'analista; es., la presenza di un'aggressività inconscia che può portare a un atteggiamento particolarmente conciliante, marcati sensi di colpa che spesso si esprimono in un'eccessiva premura terapeutica, atteggiamenti paranoidi che possono comportare massicce proiezioni delle proprie fantasie o anche un uso dell'analisi che miri a ottenere rilevanti gratificazioni narcisistiche per la propria persona

....Controtransfert

- La **Heimann** concepisce il controtransfert come tutti i sentimenti che l'analista sperimenta verso il paziente. Ciò che distingue la relazione terapeutica dalle altre non è la presenza di sentimenti in un partner, il paziente, e l'assenza nell'altro, l'analista, ma soprattutto l'intensità dei sentimenti provati e l'uso che se ne fa: l'analista dovrà essere in grado di sostenere i propri stati emozionali senza proiettarli come invece fa il paziente.
- **Kohut** concepisce il controtransfert come risposta dell'analista ai due diversi tipi di transfert: per evitare la pericolosa mobilitazione di proprie costellazioni narcisistiche rimosse nel transfert idealizzante, può difendersi con l'utilizzazione di nozioni teoriche, facendo ricorso all'ironia, oppure assumendo un atteggiamento freddo, tecnico e impersonale. Nel caso di un transfert speculare, il paziente può relazionarsi all'analista come se fosse una parte di sé, molto simile a sé o uguale. Il terapeuta potrà pertanto correre il rischio di reagire a queste condizioni con noia, mancanza di coinvolgimento emotivo, difficoltà a tenere viva l'attenzione.

Aspetti costitutivi del colloquio: *L'ambiente*

- Ambiente istituzionale (privato vs pubblico)
- Stanza del colloquio
- Setting (luogo fisico e relazionale): tutte quelle condizioni materiali, formali e di assetto mentale necessarie perché un intervento psicologico clinico possa aver luogo.

Winnicott (1941) lo intende come spazio atto a favorire il pensare insieme, a individuare nuovi significati e nuovi collegamenti

Quadranti del setting Ferro (1996)

<p>REGOLE FORMALI</p> <p><i>le caratteristiche della stanza, l'orario, le modalità di colloqui, l'onorario, la regolazione</i></p>	<p>ASSETTO MENTALE DELL'ANALISTA</p> <p><i>il setting interno del terapeuta, le sue fantasie, la sua curiosità</i></p>
<p>LE ROTTURE DEL SETTING DA PARTE DEL PAZIENTE</p> <p><i>Scegliere di sedersi in un posto diverso da quello indicato, chiedere continui cambiamenti d'orario virgola non andare alla seduta o farlo con consistente ritardo sono eventi di straordinari che ricchezza comunicativa che permettono di cogliere nel paziente alcune sue modalità di funzionamento mentale e all'analista di esplicitare la sua attività modellatrice e trasformativa</i></p>	<p>LE ROTTURE DEL SETTING DA PARTE DEL TERAPEUTA</p> <p><i>si tratta di rotture che possono essere formali ad esempio annullamenti o spostamenti di sedute a causa di malattie, impegni professionali o altro, o sostanziali, quando l'assetto mentale dell'analista è disturbato da vissuti fantasmatici particolarmente invadenti</i></p>

Assetto mentale del terapeuta (Fiorentini et al.,)

<p>Mettere a disposizione uno spazio mentale, preposto ad ascoltare e ad accogliere le comunicazioni verbali e non verbali del paziente, la sua storia, il suo mondo interno nonché le risposte dell'analista</p>	<p>Creare e mantenere uno spazio potenziale tra analista e paziente tale da favorire la creazione di uno scenario in cui possa dispiegarsi la relazione analitica (es., cura nel mantenere la cornice spazio temporale, riservatezza sulla propria vita privata, non intrusività, evitamento di contatti sociali extra analitici)</p>
<p>Disporre la mente a un'apertura verso l'ignoto (evitare che l'analista porti con sé in seduta credenze e opinioni personali, modelli teorici e clinici di riferimento, immagini e idee sul paziente, problemi privati)</p>	<p>Attivare un atteggiamento di intenzionalità, mantenendo un'attenzione costante sugli stati mentali, sui possibili significati inconsci della comunicazione</p>
<p>Mantenere un costante contatto con il metodo analitico inteso come terzo interlocutore (letteratura, supervisore, analisi personale, auto-analisi)</p>	<p>Assumere la responsabilità dell'aspetto asimmetrico della relazione</p>

Il SETTING, PUR NEL RISPETTO DELLE SUE REGOLE DI BASE, DEVE RAPPRESENTARE UN ABITO SU MISURA PER QUEL PARTICOLARE PAZIENTE

DALL'INTERSOGGETTIVITA' ALLA MENTALIZZAZIONE

Fonagy (1995) ha introdotto il concetto di mentalizzazione come capacità intersoggettiva di comprendere il comportamento proprio e dell'altro in termini di stati mentali, differenziando le caratteristiche psicologiche dell'altro dalle proprie

Il clinico mentalizzante

- da senso ai pensieri e alle emozioni del paziente
- fa un collegamento tra comportamenti e sentimenti
- comprende che i sentimenti del paziente sono diversi dai propri
- comprende che i propri sentimenti hanno un impatto sul paziente
- comprende il loro effetto sulla capacità del paziente di esprimere e far fronte ai sentimenti
- riflette sulla propria esperienza come terapeuta/psicolog*/

Aspetti costitutivi del colloquio: *L'oggetto*

Contenuto, tema, problema o argomento
del colloquio

Fasi del colloquio

- **Richiesta e attesa:** pretransfert
- **Iniziale:** presentazione (ruolo e funzione); spiegazione delle finalità; accordo sull'obiettivo comune
- **Centrale:** temi e/o problemi che costituiscono l'oggetto del colloquio.

Tipologia di apertura

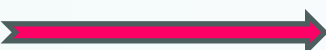
- A. presentare i propri sintomi
 - B. cominciare a raccontare la propria
 - C. una persona comincia a parlare facendo riferimento al proprio ambiente di vita
 - D. aperture atipiche
- **Finale:** restituzione

Tipologie di restituzione

- **Restituzione ricostruttiva:** tendono a fornire al paziente una lettura integrata delle vicende
- **Restituzione mirata:** sono centrate su un aspetto specifico che si ritiene opportuno mettere in evidenza ad esempio quando un paziente sta vivendo una crisi
- **Restituzione focale:** vale a dire l'individuazione di un elemento significativo e determinante ritenuto l'obiettivo o principale su cui il paziente potrà lavorare

La forma della restituzione dovrebbe essere dubitativa e cercare la risposta del paziente

Resoconto scritto

- Conservare le tracce di quella breve particolare relazione che ha avuto luogo tra clinico e paziente.
- L'esperienza è trasformata in una narrazione dal clinico che ha, con la sua presenza e le sue comunicazioni verbali e non verbali, contribuito attivamente alla costruzione del processo.
- Il clinico dovrà pertanto riportare aspetti riguardanti sia il **paziente** sia la **propria persona**, nonché la specifica **relazione**
- Contenuti: descrizione del contesto, del paziente, del suo comportamento non verbale. È importante descrivere i particolari che ci hanno colpito. Una cura particolare dovrà essere riposta nel segnalare i movimenti controtransferali.
- Può accadere che quel materiale possa o debba essere utilizzato anche per un altro fine. In quel caso il resoconto sarà scritto per conservare la memoria storica di quella consultazione o per comunicare ad altri colleghi operanti nell'istituzione il quadro generale delle problematiche di quella persona la sua trattabilità, l'eventuale presa in carico. Oppure il contenuto di un colloquio potrà essere presentato discusso all'interno della comunità degli psicologi e degli psicoterapeuti già esperti o in formazione  PRIVACY

Tecnica del colloquio

(Semi, 1985)

- ***La regola del linguaggio***: richiede che si utilizzi lo stesso linguaggio del paziente
- ***La regola della frustrazione***: occorre evitare di soddisfare i bisogni consci e inconsci del paziente ad eccezione di migliorare la conoscenza di sé, obiettivo ultimo della consultazione
- ***La regola della reciprocità***: al termine di ogni incontro bisogna restituire al paziente almeno quanto ha dato

Tecniche: Domande

	Domande aperte	Domande chiuse
Naturalezza	<ul style="list-style-type: none">• Elevata• Inducono risposte spontanee	<ul style="list-style-type: none">• Bassa• Condizionano il paziente
Attendibilità	<ul style="list-style-type: none">• Bassa• Risposte non standardizzabili	<ul style="list-style-type: none">• Alta• Risposte standardizzabili
Precisione	<ul style="list-style-type: none">• Bassa• L'obiettivo della domanda è vago	<ul style="list-style-type: none">• Alta• L'obiettivo della domanda è definito
Tempo	<ul style="list-style-type: none">• Elevato• Elaborazione dettagliata	<ul style="list-style-type: none">• Ridotto• Risposte preordinate
Ausilio per la diagnosi	<ul style="list-style-type: none">• Modesto• Il paziente sceglie l'argomento	<ul style="list-style-type: none">• Cospicuo• Il clinico sceglie l'argomento
Accettazione da parte del paziente	<ul style="list-style-type: none">• Dipende• Alcuni pazienti preferiscono esprimersi liberamente; altri diventano guardinghi e si sentono insicuri	<ul style="list-style-type: none">• Dipende• Alcuni pazienti preferiscono domande ben definite; altri detestano essere ridotti in uno schema preordinato

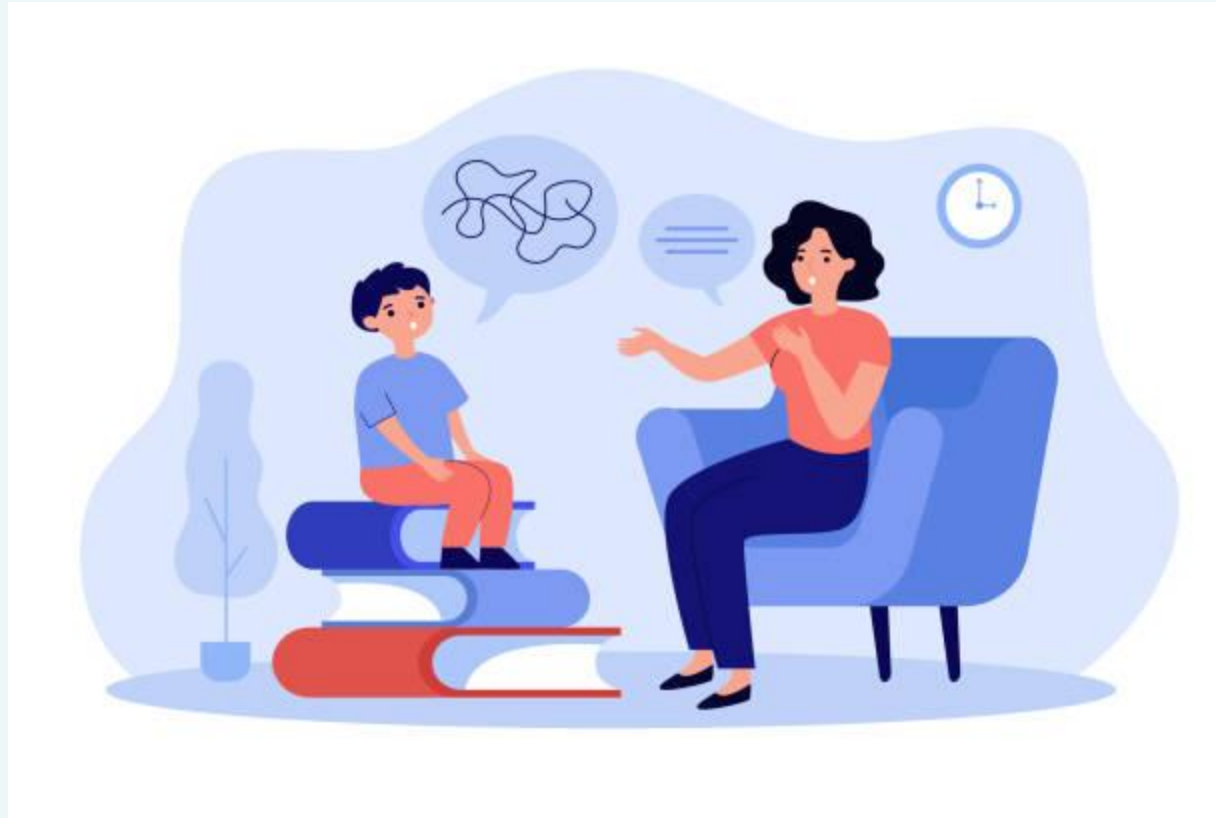
Domande aperte vs domande chiuse in contesto forense

Diversi studi indipendenti hanno constatato che gli adulti con **disabilità intellettiva** riportano meno dettagli corretti rispetto a quelli senza disabilità intellettiva quando vengono poste domande aperte che invitano a un richiamo libero (Bowles & Sharman 2014; Hershkowitz 2018; Perlman et al. 1994; Ternes & Yuille 2008).

La ricerca condotta con individui che hanno un **Disturbo dello Spettro Autistico** ha trovato risultati simili; cioè, tali individui trovano difficile richiamare liberamente informazioni senza un supporto strutturato (Bowler et al. 2011).

Inoltre, le domande aperte possono generare risposte di "non lo so" a tassi superiori a quelli attesi (Danby et al. 2015; Melinder e Gilstrap 2009).

Tipologie di domande con i bambini



Esempi di tipologie di domande	Descrizione	Esempi
Domande aperte o su suggerimento	Domande aperte che permettono al bambino di fornire un ricordo libero e controllare quali informazioni decidono di rivelare. Inviti che rispondono a un determinato argomento menzionato dal bambino. Gli inviti con suggerimenti iniziano con una ripetizione del ricordo del bambino riguardo a quell'argomento. Si raccomanda di usare il più possibile sia gli inviti che gli inviti con suggerimenti	<ul style="list-style-type: none"> • • Dimmi tutto quello che è successo. • Dimmi di più a riguardo. • Cosa è successo dopo? • Hai menzionato un uomo. Dimmi di più su di lui. • Hai detto che è successo a un evento familiare. Dimmi di più su quell'evento.
Facilitatrici	Frase brevi o affermazioni di supporto non suggestive per continuare la conversazione. Si raccomanda l'uso di facilitatori, poiché indicano ascolto attivo e possono incoraggiare il bambino a parlare di più.	<ul style="list-style-type: none"> • Okay. • Mhm. • Capisco.

Direttive	Domande che riportano l'attenzione del bambino su qualcosa che ha affermato in precedenza (chi, cosa, quando, dove, ecc.). Si consiglia di utilizzarle solo quando la domanda non può essere formulata in modo più aperto.	<ul style="list-style-type: none"> • Quando è successo? • Con chi eri? • Com'era (lui/lui o lei/lei)? • Quanti anni aveva?
Scelta forzata (Sì/ No o domande che pongono opzioni)	Domande che includono una serie di scelte tra cui l'intervistato deve selezionare la propria risposta, così come domande a cui si può rispondere semplicemente con un sì o un no, generalmente non sono raccomandate..	<ul style="list-style-type: none"> • Era durante il giorno o la notte? • Ti ha colpito una volta o molte volte? • Era nella stanza con te?
Suggestive	Domande che suggeriscono che una risposta è corretta (indipendentemente dal fatto che lo sia o meno) o che includono informazioni che non sono state precedentemente menzionate dal bambino. Dovrebbero essere evitate.	<ul style="list-style-type: none"> • Ti ha colpito, vero? • Deve aver fatto male. • Ha fatto altre cose brutte?

Per elicitare contenuti emotivi nelle narrazioni di bambini sull'abuso

I bambini forniscono raramente contenuti "valutativi" spontanei se la domanda non li indirizza specificamente a dare una risposta "valutativa», vale a dire descrizioni di reazioni emotive, cognitive e fisiche.

Nello studio di Lyon et al. (2012) solo il 2% delle risposte includeva una descrizione spontanea di pensieri, emozioni o risposte fisiologiche. È interessante notare che, anche quando gli avvocati richiedevano esplicitamente risposte "valutative", solo il 23% delle risposte dei bambini includeva il contenuto valutativo richiesto. Tuttavia, anche il tipo di domanda ha avuto un impatto su questo risultato. In particolare, le domande "di scelta" più comunemente usate (cioè domande sì/no o a scelta obbligata) portavano a una risposta valutativa solo nel 10% dei casi, mentre le domande "come-" (cioè domande di richiamo specifico), il 75% delle volte. Gli autori hanno concluso che le domande di "richiamo indotto», usate raramente (come "Come ti sentivi?"), potrebbero essere necessarie per ottenere un maggior numero di pensieri, emozioni e risposte fisiologiche degli individui durante il ricordo di episodi di abuso. Queste domande richiedono all'intervistato di generare, anziché riconoscere, una risposta.

Tecniche di conduzione del colloquio



Interview

Tecniche di facilitazione

- ascolto attento e interessato
- annuire o ricorrere a brevi perifrasi («mi dica», «continui pure», «penso che sia importante», «le viene in mente altro»)
- incoraggiare il paziente a continuare
- riassumere ciò che è stato detto
- riportare il paziente a ciò che stava dicendo dopo una digressione
- favorire il passaggio da un argomento all'altro
- informare il paziente che non è sufficientemente chiaro ciò che sta dicendo («mi faccia capire meglio», «mi dispiace ma non la seguo» oppure anche attraverso un segnale non verbale come uno sguardo interrogativo)
- la tecnica della risposta-riflesso: il clinico riafferma gli aspetti emotivi e cognitivi impliciti in ciò che il paziente ha detto in modo da dimostrargli che ha capito

Tecniche di facilitazione emotiva

L'attenzione si sposta dalle informazioni alle emozioni:

- ottenere più dati
- verificare se modificando il clima emotivo e la relazione con il paziente si ottiene una qualche forma di cambiamento.

Il sostegno: la modalità attraverso la quale il clinico comunica il paziente il proprio interesse e la propria comprensione per ciò che sta dicendo.

La rassicurazione: le parole e le azioni finalizzate a restituire al paziente una sensazione di benessere e di valore (attenzione!)

Tecniche di chiarificazione

- **Specificazione** può essere indispensabile ricorrere a domande chiuse che conducono a una progressiva maggiore specificità dei dati.
- **Generalizzazione** alcune volte può verificarsi che il paziente tende a fornire informazioni molto circostanziate mentre è più utile individuare schemi di comportamento più generali quindi si può provare a ripetere la domanda enfatizzando termini quali «di solito», «regolarmente», «la maggior parte delle volte».
- **Verifica dei sintomi** quando la descrizione del paziente è vaga si può elencare un certo numero di sintomi per aiutarlo a individuare quelli che riconosce come propri.
- **Indagine** in un colloquio vi sono aree della vita del paziente da indagare in modo particolarmente approfondito e sulle quali è opportuno raccogliere informazioni anche se il paziente non ne parla spontaneamente. Es. **Favorire il passaggio da un argomento all'altro** ha come scopo l'esplorazione di tematiche diverse e impedisce che un unico argomento diventi il motivo conduttore del colloquio o della serie di colloqui. Oppure **riportare il paziente a ciò che stava dicendo** prima è finalizzato a valutare se le divagazioni debbano essere considerate un segno di ansia oppure l'indice di una mancanza di chiarezza su un determinato problema oppure ancora se il sintomo di un disturbo formale del pensiero (distraibilità, tangenzialità, o illogicità).

Tecniche di chiarificazione

- ***Mettere in relazione reciproca*** è indispensabile indagare tutti i nessi che sembrano illogici. Si limita a stabilire nessi spazio-temporali e causali tra dati già emersi nel corso del colloquio.
- ***Sintesi*** lo scopo è riassumere ciò che ha detto il paziente. La si utilizza sia con pazienti che hanno un eloquio vago e impreciso sia con quelli con i quali è difficile individuare un problema principale o focalizzare l'attenzione su un aspetto specifico.
- ***Parafrasi*** ci si limita a dire ciò che ha detto il paziente in modo più chiaro o più dettagliato. Vi si fa ricorso per incrementare il livello di comprensione proprio del paziente oppure anche solo per dimostrare al paziente che si sta seguendo quello che dice.

Le reazioni del paziente a questa tecnica sono di solito positive perché gli offre maggiori possibilità di spiegarsi e gli permette di esplicitare meglio la propria storia.

Definizione di chiarificazione di Kernberg

La chiarificazione consiste nell'esplorazione, insieme con il paziente, di tutti gli elementi delle informazioni da lui fornite che sono vaghi, poco chiari, sconcertanti, contraddittori o incompleti. È la prima fase cognitiva, in cui quel che il paziente dice viene trattato senza essere messo in discussione, allo scopo di far emergere tutte le implicazioni e di scoprire in che misura egli si rende conto degli elementi che rimangono oscuri oppure è confuso al riguardo.

La chiarificazione mira a evocare materiale conscio e preconsciouso senza sollevare quesiti; alla fine è il paziente stesso che chiarisce il proprio comportamento, la propria esperienza intrapsichica, presentandoci così i limiti attuali della sua consapevolezza di sé conscia e preconsciousa [...] La chiarificazione è uno strumento cognitivo che non mette mai in crisi il paziente, ed è intesa a esplorare i limiti della consapevolezza di un certo materiale (1984, p. 20).

Tecniche di modificazione del contenuto della comunicazione

- **Ristrutturazione cognitiva** convincimenti e atteggiamenti o sensazioni comunicati dal paziente sono riformulati dal clinico in modo da fornire una nuova prospettiva della situazione (eliminare eventuali pregiudizi il paziente su se stesso o su altri, nonché pensieri irrazionali spesso presenti insieme a un comportamento disadattivo).

Es. Una ragazza di 28 anni ha da poco rotto la relazione con il suo ragazzo.

Primo pensiero: “C’è qualcosa in me che non va, sono inadeguata e probabilmente non avrò mai una relazione stabile con un uomo».

PENSIERI ALTERNATIVI:

«Non ho incontrato l’uomo giusto”

“Non voglio rinunciare alla mia libertà proprio adesso”

“Il mio ragazzo ed io non eravamo fatti l’uno per l’altra”

“Il mio ragazzo temeva di coinvolgersi con me e con una relazione impegnativa”

Può essere utile collegare una credenza attuale con una del passato (“In che modo la tua paura di entrare oggi in un supermercato è simile alla paura che avevi di stare da sola da bambina?”)

O collegare due situazioni (“In che modo la tua paura di volare è simile alla paura di andare ad una festa?”)

Tecniche di modificazione del contenuto della comunicazione

Messa a confronto o confrontazione: indirizza l'attenzione del paziente verso qualcosa di cui egli non è pienamente consapevole. Si tratta quindi di una tecnica diversa dal mettere in relazione reciproca che agisce su materiale completamente conscio e che in genere si presta a essere utilizzata a un livello più superficiale

È una tecnica di non facile impiego perché rischia di scatenare una reazione di ansia e di mettere il paziente nella condizione di negare ciò con cui viene confrontato nel colloquio clinico; l'abilità consiste nel favorire la confrontazione e mantenendo l'alleanza con il paziente. Si tratta, quindi, di evitare un atteggiamento inquisitorio o accusatorio che trasformi il clinico in un detective alla caccia di prove che il paziente intenzionalmente nasconde

La messa a confronto secondo Kernberg

Mettere a confronto significa far notare al paziente quegli aspetti dell'interazione che sembrano indicare la presenza di un funzionamento conflittuale e quindi la presenza di operazioni difensive, di rappresentazioni del sé e dell'oggetto contraddittorie e di una diminuita consapevolezza della realtà. In primo luogo si attira l'attenzione su qualche elemento dell'interazione di cui egli non si è reso conto o che ha considerato naturale e che il clinico ha percepito come inappropriato, contraddittorio in relazione ad altri aspetti delle informazioni o sconcertante [...] Perciò si esplorano nel paziente le capacità di esaminare le cose da una diversa angolazione senza rischio di ulteriore regressione, le relazioni interne tra i diversi problemi emersi e in particolare l'integrazione del concetto del sé e degli altri. Si mettono inoltre in luce l'aumento o la diminuzione di consapevolezza della realtà che si manifestano nella reazione del paziente alla messa a confronto e la sua perdurante empatia con l'intervistatore come riflesso di consapevolezza sociale e di capacità di esame di realtà. Infine, il clinico mette in relazione gli aspetti dell'interazione attuale con problemi analoghi emersi in altri ambiti e stabilisce quindi una connessione fra aspetti descrittivi, da un lato, e disturbi dichiarati e caratteristiche strutturali della personalità, dall'altro. Così intesa, la messa a confronto richiede tatto e pazienza. Non è un modo aggressivo di intromettersi nella mente del paziente o uno stratagemma per orientare in una data direzione il rapporto con lui [...] la messa a confronto cerca di rendere il paziente consapevole degli aspetti potenzialmente conflittuali e incongruenti di questo materiale (1984, pp. 21, 22)

Tecniche di modificazione del contenuto della comunicazione: *L'interpretazione*

La tecnica che collega il materiale conscio e preconsciouso con funzioni o motivazioni inconsce attuali, presunte o ipotizzate. Esplora le origini conflittuali della dissociazione degli stati dell'io, rappresentazioni scisse del sé e dell'oggetto, la natura e le motivazioni delle operazioni difensive attivate e l'abbandono difensivo dell'esame di realtà. In altri termini, l'interpretazione mette a fuoco le angosce e i conflitti profondi che sono stati attivati. Se la messa a confronto collega e riorganizza quel che è stato osservato, l'interpretazione aggiunge al materiale una dimensione ipotetica di causalità e profondità. Attraverso questo processo, il clinico collega le attuali funzioni di un comportamento specifico con le angosce, le motivazioni e i conflitti profondi del paziente, il che contribuisce a esplicitare le difficoltà generali al di là dell'interazione in corso. Per esempio, far rilevare al paziente che il suo comportamento sembra manifestare sospetto ed esplorare la sua consapevolezza di questo schema di comportamento è una messa a confronto; esprimere l'ipotesi che il suo comportamento sospettoso o la sua paura siano dovuti al fatto che egli attribuisce all'intervistatore qualcosa di cattivo di cui sta cercando di liberarsi, e di cui il paziente è stato fino ad allora inconsapevole, è una interpretazione [...] l'interpretazione cerca di risolvere la natura conflittuale del materiale, ipotizzando sottostanti motivazioni e difese inconsce che fanno apparire logico quello che precedentemente era contraddittorio (Kernberg, 1984, pp. 21,22).

Tecniche di modificazione del contenuto della comunicazione: *Il silenzio*

È la tecnica con cui si esercita il minor controllo e si lascia maggior spazio al paziente che conferisce così al colloquio i tempi e l'andamento che gli vengono spontanei, al riparo dalle sollecitazioni del clinico.

È pur vero che quest'ultimo può riempire il silenzio di molteplici elementi comunicativi non verbali, anche semplicemente aggrottando le ciglia o assumendo una qualche postura particolare.

Si può creare in qualche caso la condizione paradossale di un paziente intento a indovinare che cosa il clinico desideri, attraverso l'interpretazione dei suoi gesti o di movimenti anche minimi.

Il silenzio non deve aumentare la spesso già elevata percezione di indecifrabilità del clinico; non deve essere neppure un'espressione di passività o la reazione difensiva di un clinico che si sente sovrastato dal paziente anche se può essere un salutare momento di ritrazione per riordinare le idee o anche semplicemente per aspettare che qualche idea venga nella mente e si traduca poi in un intervento.

Non esistono regole tassative che prescrivano o vietino il silenzio in rapporto a determinate situazioni cliniche: è la sensibilità dell'operatore che di volta in volta gli suggerisce tale opportunità.

Un caso particolare è quando è il paziente ad essere in silenzio che può rivelarsi particolarmente ansiogeno soprattutto se il clinico è poco esperto. La decisione di interrompere il silenzio del paziente o di lasciare che il dialogo si sospenda richiede un intervento di decisione da parte del clinico in considerazione di specifici elementi clinici. Nei casi dubbi è anche possibile interrogare il paziente sui motivi del silenzio.

Colloquio clinico forense

Nel suo significato più generale, il termine 'colloquio clinico forense' si riferisce a incontri faccia a faccia con i clienti (o pazienti o utenti dei servizi) per discutere questioni rilevanti per il motivo della loro detenzione in una struttura di sicurezza o per le restrizioni legalmente imposte su di loro. Tali incontri hanno lo scopo di incoraggiarli a fornire le informazioni più rilevanti che possiedono, utilizzandole per informare e giustificare le successive decisioni cliniche e legali.

Specificità del colloquio investigativo

In contrasto con l'intervista clinica, le interviste investigative e forensi possono essere caratterizzate dalle seguenti caratteristiche essenziali.

- A causa del peso legale che le informazioni ottenute durante l'intervista possono avere in un caso penale e a causa del focus molto specifico di tali interviste, gli investigatori che svolgono tali interviste devono essere formati giuridicamente a un livello molto specialistico.
- I colloqui investigativi sono particolarmente impegnativi, soprattutto quando l'intervistato è un sospettato. Nei colloqui investigativi, ad esempio, esiste un significativo squilibrio di potere tra l'intervistatore (di solito un agente di polizia) e l'intervistato (il sospettato, l'imputato). Pertanto, ci si aspetta che il coinvolgimento sia un problema e che la veridicità delle informazioni fornite dovrà essere testata e messa in discussione; si deve essere pronti a fronteggiare la possibilità di inganno.
- Viene meno la dimensione della intimità dello scambio vis a vis

Specificità del colloquio investigativo

- Il contesto coercitivo o involontario in cui i colloqui clinici forensi si svolgono: “la completa volontarietà non dovrebbe mai essere assunta” (Meloy, 2005, p. 422).
- La sacralità della consultazione clinica non esiste nell'ambito forense e ogni dettaglio personale rivelato può e sarà soggetto al controllo di diverse persone sconosciute al cliente. Non si conosce l'entità con cui ciò ostacola l'apertura e influisce sulla distorsione—compreso l'inganno—nelle informazioni psicologiche richieste.
- «La distorsione consapevole delle informazioni fornite [dal cliente] durante la valutazione... deve essere assunta come esistente in tutte le interviste forensi fino a prova contraria” (Meloy, 2005, p. 428). Alcuni possono deliberatamente distorcere i loro resoconti perché intendono ingannare l'intervistatore, forse per presentarsi sotto una luce più favorevole, ottenendo così una valutazione più comprensiva—e una pena più leggera o un rilascio anticipato. In alternativa, la narrazione dei clienti può essere influenzata dai loro disturbi, ed è compito del clinico determinare questa influenza e distinguerla da rappresentazioni distorte più intenzionali.

Specificità del colloquio investigativo

- Nei contesti forensi, l'opinione dei clinici è più suscettibile di essere messa in discussione e contestata, il che porta a dover giustificare più che in qualsiasi altro contesto il procedimento di valutazione, le metodologie, le diagnosi e le formulazioni.
- Il cliente dei colloqui clinici forensi è raramente l'intervistato (Meloy, 2005; Melton et al., 2017). Invece, il cliente, il principale soggetto coinvolto nel procedimento e colui che ha il maggiore interesse nell'esito dell'incontro, è di solito un ente legale come un tribunale o i servizi sociali.
- Gli intervistati hanno la capacità di generare forti emozioni negli intervistatori, indipendentemente dal loro livello di esperienza o preparazione. Forse a causa degli specifici problemi di salute mentale dei clienti (ad esempio, disturbi gravi della personalità o psicopatia) o per via della natura del loro comportamento criminale (ad esempio, reati sessuali contro i minori), oppure per le strategie utilizzate dal cliente per gestire o controllare l'opinione del professionista su di lui o lei (ad esempio, simulazione). Le interviste potrebbero non fornire il tipo di informazioni che i clinici si aspettavano.

L'Adult Attachment Interview

Oltre al metodo tradizionale:

- Sicuro
- Distanziante
- Preoccupato invischiato
- Irrisolto/disorganizzato
- Non classificabile

FUNZIONE RIFLESSIVA e STATO DELLA MENTE HOSTILE-HELPLESS

**CORRISPONDENZA TRA LE CATEGORIE DI ATTACCAMENTO DEL
BAMBINO
E LE CATEGORIE DELLA MADRE ALL'AAI**

<i>Categoria del bambino</i>	<i>AAI genitore</i>
Sicuro (Tipo B)	F (Sicuro)
Insicuro-evitante (Tipo A)	Ds (Dstanziante)
Insicuro-ambivalente (Tipo C)	E (Preoccupato/invischiato)
Disorganizzato-disorientato	U o CC o H (Disorganizzato o non classificabile)

Scale della probabile esperienza

- Amorevolezza
- Rifiuto
- Inversione dei ruoli
- Assenza-trascuratezza
- Pressione a riuscire

Scale dello stato attuale della mente

- Idealizzazione
- Svalutazione
- Rabbia coinvolgente
- Insistenza di mancanza di ricordi
- Svalutazione generale
- Passività
- Processi metacognitivi
- Paura della perdita
- Irrisoluzione del lutto
- Irrisoluzione del trauma
- Coerenza del trascritto
- Coerenza della mente

COERENZA DEL DISCORSO

Grice (1975; 1989)

- * *Qualità* - essere veritieri e fornire evidenze per quanto affermato;
- * *Quantità* – essere succinto ma completo;
- * *Rilevanza* – fornire risposte pertinenti all'argomento;
- * *Modo* – essere chiari e ordinati.

Ma in contesti clinici e forensi nuove metodologie di codifica



Stato della Mente Hostile-Helpless

(Lyons-Ruth & Melnick, 2005)

Organizzazione psicologica che mostra:

- una mancata integrazione dei contenuti mentali ed emotivi (evidenziato dalle contraddizioni nella narrazione e nel comportamento);
- una rappresentazione dei caregiver scarsamente differenziata e svalutante;
- un'identificazione irrisolta con i propri genitori descritti come ostili e/o impotenti

Scale dello stato della Mente H/H

- **Scale relative alla rappresentazione e comportamento HH:** Svalutazione globale del caregiver ostile; l'Identificazione con la figura ostile; il Senso di inadeguatezza personale; la Rappresentazione globale del caregiver come impotente; Richiami a comportamenti di impotenza del caregiver; l'Identificazione con il genitore impotente.
- **Stato attuale della mente e strategie di regolazione dello stato mentale:** Richiami frequenti ad un sentimento di paura; il Ridere al dolore; il Blocco della narrazione; la Negazione dell'abuso; Immagini vivide; linguaggio confuso a causa di emozioni non elaborate; Richiami a posizioni di vulnerabilità; Passaggi narrativi non riflessivi.
- **Richiami ad adattamenti comportamentali:** Comportamento punitivo nell'infanzia verso il caregiver e verso i fratelli; Atteggiamento di cura nei confronti del proprio caregiver nell'infanzia e in età adulta; Rottura delle relazioni di attaccamento.

Sottotipo “ostile”

E' caratterizzato dalla presenza di almeno una figura d'attaccamento vista in termini totalmente negativi, con la quale in molti casi è presente una forte identificazione. La svalutazione con la quale il caregiver è descritto è indice di un processo di “splitting” di tutte le rappresentazioni buone e cattive, mentre l'identificazione con l'aggressore è normalmente osservata nei processi di ripetizione dell'ostilità nelle relazioni attuali, sovente con il proprio figlio e/o il partner. Spesso vengono descritte esperienze infantili difficili o traumatiche; spesso i sentimenti di vulnerabilità vengono nascosti o bloccati, utilizzando lo humor, come per esempio ridere quando si parla di esperienze molto dolorose.

Sottotipo “impotente”

Sono evidenti sentimenti pervasivi di paura e impotenza e in alcuni casi si è in presenza di una vera e propria identificazione con una figura di attaccamento vittimizzata. C'è in questo sottotipo una maggiore consapevolezza dei sentimenti di vulnerabilità, così come sono presenti delle valutazioni di sé totalmente negative e spaventate, ricorso a comportamenti autolesivi e un coinvolgimento psicologico maggiore, con sforzi inutili per cercare di dare senso alle proprie dolorose esperienze d'attaccamento

Sottotipo “misto”

In caso di violenza



Ambito clinico e ambito forense

Focus diversi

Valutazione e gestione del rischio di violenza (*ambito clinico*)

- sul potenziale persecutore
- sugli esiti dannosi, che possono essere impulsivi/reattivi/affettivi o premeditati/strumentali, nei confronti di una vittima conosciuta o sconosciuta
- sulle informazioni storiche sugli episodi di danno passati e sui loro antecedenti e conseguenze, nonché sulla storia dei problemi personali dell'individuo
- sugli individui che agiscono da soli
- sulla prevenzione di esiti dannosi in generale

Valutazione e gestione delle minacce (*ambito forense*)

- sul rapporto tra il potenziale persecutore e la vittima
- sulla violenza predatoria, mirata e intenzionale
- su variabili situazionali, ambientali, contestuali e motivazionali
- su individui che agiscono da soli o come parte di un gruppo coordinato
- sulla prevenzione di esiti specifici (ad esempio, una sparatoria in una scuola, un attacco terroristico)

Valutatore

Valutazione e gestione del rischio di violenza (*ambito clinico*)

- principalmente professionisti nel campo della salute mentale (forense) e dei servizi sociali

Valutazione e gestione delle minacce (*ambito forense*)

- principalmente servizi di polizia e sicurezza

Evidenze

Valutazione e gestione del rischio di violenza (*ambito clinico*)

- Le prove tendono a mettere in evidenza variabili storiche e disposizionali più statiche, comprese le diagnosi psichiatriche provenienti da una gamma di fonti, che includono, nella maggior parte dei casi, colloqui diretti con il potenziale persecutore

Valutazione e gestione delle minacce (*ambito forense*)

- Le prove di solito enfatizzano variabili dinamiche, situazionali, ambientali e contestuali, che potrebbero includere i sintomi psichiatrici attuali, raccolte da una gamma di fonti, compresa l'intervista diretta ai potenziali autori del reato e fonti di terze parti.

Esiti

Valutazione e gestione del rischio di violenza (*ambito clinico*)

- Prevenzione, attraverso l'attento allontanamento della persona da esiti dannosi (equilibrio tra fattori di rischio e protettivi) attraverso il lavoro collaborativo, idealmente

Valutazione e gestione delle minacce (*ambito forense*)

- Prevenzione attraverso il monitoraggio e eventuale interruzione tramite arresto (fattori di rischio - poco interesse per i fattori protettivi).

RICONOSCERE E EVITARE ASSUNZIONI/STEREOTIPI

- Fai attenzione a evitare stereotipi e assunzioni comuni sui sopravvissuti/testimoni di violenza sessuale: non avranno automaticamente tutti gli stessi sentimenti o reazioni.
- Non presumere o aspettarti che quanto segue si applichi al tuo intervistato:

Si sentiranno in imbarazzo o sporchi

Saranno gravemente traumatizzati*

Non vorranno parlarne

La violenza sessuale è stata la loro peggiore esperienza

Avranno ferite fisiche

Il trauma avrà effetti negativi sulla loro credibilità

Saranno fragili o deboli

Saranno disposti a parlarne solo con un'altra donna/uomo

COMPORTAMENTO E REAZIONI EMOTIVE DELL'INTERVISTATO

Preparati ad affrontare una vasta gamma di possibili reazioni emotive da parte dei sopravvissuti e dei testimoni: non c'è un modo giusto di comportarsi

Possono essere angosciati, turbati, ritirati o avere difficoltà a esprimersi

Possono essere arrabbiati, sulla difensiva, agitati, distratti o rifiutarsi di parlare

Possono essere calmi, privi di emozioni e in grado di ricordare e raccontare chiaramente gli eventi

Possono avere difficoltà a ricordare i dettagli/ordine degli eventi - trauma

Se diventano troppo stressati o sono a disagio, offri loro una pausa

Alleanza di lavoro

La qualità dell'alleanza di lavoro tra l'intervistatore e l'intervistato è riconosciuta come il mezzo chiave attraverso il quale entrambe le parti possono sentirsi sufficientemente a loro agio per facilitare il processo di intervista e la rilevazione di racconti sia ingannevoli che distorti.

La creazione del rapporto

Costruire un rapporto è un metodo semplice ma efficace per aumentare le informazioni accurate disponibili per gli investigatori nella loro ricerca di prove. Il rapporto può essere definito come una "relazione o connessione armoniosa, empatica con un altro sé" e un "accordo o affinità, in un allineamento ecologico con un altro sistema" (Newberry & Stubbs, 1990, p. 14). Un'intervista di successo, governata e dipendente dall'instaurazione del rapporto, è paragonata a una conversazione informale, in cui l'intervistatore ascolta e risponde in modo curioso come base per le domande successive (Keats, 1993; Metzler, 1989). La costruzione del rapporto stabilisce armonia nell'intervista, porta a una discussione libera e crea una disponibilità nella mente dell'intervistato (Buckwalter, 1983), ed è quindi considerato l'elemento più importante nel processo di comunicazione interpersonale (Newberry & Stubbs, 1990).

Strategia di controinterrogatorio

- Definizione: un tentativo di sostenere con successo un colloquio e di apparire credibile e convincente (Granhag, Hartwig, Mac Giolla e Clemens, 2015).
- Sia i sospetti innocenti che quelli colpevoli utilizzeranno qualche forma di strategia per raggiungere l'obiettivo desiderato: creare un'impressione di onestà (apparire innocenti) e sperimentano disagio di fronte alla prospettiva di un fallimento.

I sospetti innocenti e colpevoli differiscono cognitivamente e comportamentalmente in diversi modi.

- Poiché i sospetti colpevoli sono consapevoli che le loro affermazioni di innocenza sono false, è meno probabile che si aggrappino alle loro dichiarazioni. Questo potrebbe portare a ambivalenza e tensione.
- Le affermazioni dei sospetti colpevoli potrebbero essere più vaghe e meno dettagliate, in parte perché potrebbero non avere familiarità con ciò che si sta descrivendo, in parte perché esiste il rischio che possano essere smentiti.
- I sospetti colpevoli potrebbero sperimentare uno sforzo cognitivo maggiore e mostrare una massima cura a ciò che dicono

(DePaulo, Epstein e LeMay, 1990; Vrij, Fisher e Blank, 2017)

Cinque tattiche di controinterrogatorio

- Passivo (rifiuto di guardare gli investigatori, rimanere in silenzio)
- Passivo verbale (risposta monosillabica, dichiarando mancanza di memoria);
- Verbale (discutere un argomento non correlato, fornire informazioni ben note, fornire una risposta prestabilita)
- Ritrattazione
- Nessun commento.

Qualche esempio di strategia verbale

- Parlare, ma evitare argomenti specifici.
- Negare certe attività (o mantenere il segreto).
- Assicurarsi che la dichiarazione fornita si allinei con la conoscenza pregressa dell'intervistatore.
- Fornire menzogne “incorporate” (ad esempio, dire la verità su aspetti non critici e, all'interno di questo contesto di verità, travisare informazioni critiche).
- Coinvolgersi per scoprire cosa sta cercando l'intervistatore e poi eludere (o inventare) quell'informazione.
- Apparire cooperativo fornendo informazioni che si percepiscono come già conosciute.
- Fornire una dichiarazione dettagliata, sebbene povera di informazioni verificabili.
- Rispondere a una domanda con un'altra domanda.
- Prendere tempo (ad esempio, “potrei ricordare di più su questo in seguito”).

Questioni etiche

La questione del **consenso informato** è complessa in tutte le forme di colloqui, poiché è difficile per un individuo sapere esattamente a cosa si sta impegnando. Nonostante ciò, è importante che l'intervistatore sia esplicito (ove possibile) riguardo allo scopo del colloquio e a come verranno utilizzate le informazioni ottenute. Inoltre, gli intervistatori dovrebbero essere chiari sul perché vengano esplorate determinate aree.

In relazione alla **riservatezza**, gli intervistatori dovrebbero chiarire i limiti della riservatezza all'interno del colloquio clinico forense e chi altro potrebbe avere accesso ai dati raccolti. Potrebbe essere necessario, soprattutto in colloqui lunghi, riesaminare e ottenere nuovamente il consenso informato dall'individuo.

Il colloquio forense con i soggetti vulnerabili

- Ottenere una testimonianza accurata e affidabile è cruciale nella fase dell'interrogatorio investigativo.
- Diverse ricerche indicano che l'uso di domande aperte e di approfondimento produce informazioni più lunghe, dettagliate e accurate rispetto alle domande chiuse (Oxburgh et al. 2010; Snook et al. 2012).
- Tuttavia, i soggetti vulnerabili non rispondono bene alle tattiche tradizionali della polizia. Queste persone richiedono più chiarimenti per le domande aperte e forniscono più informazioni rilevanti per l'indagine alle domande chiuse (Farrugia & Gabbert 2019).
- Condurre interviste investigative con sospetti vulnerabili può essere particolarmente problematico, poiché diverse condizioni di salute mentale presentano sfide differenti

Inaffidabilità

Coloro che hanno problemi di salute mentale tendono a presentare livelli elevati di suggestionabilità, conformismo e accondiscendenza, che possono portare a errori giudiziari (Gudjonsson 2018). Di conseguenza, tali individui possono essere particolarmente vulnerabili nel fornire informazioni inaffidabili, fuorvianti o autoincriminanti, soprattutto se trovano difficile seguire le domande.

Memoria episodica

- Quando si pongono domande aperte si invita a un ricordo libero basato sulla memoria episodica dell'intervistato. La memoria episodica è una funzione cognitiva unica ma impegnativa (Allen & Fortin 2013). Di conseguenza, un ricordo libero comporta un'elaborazione faticosa che si basa su attività complesse, richiedendo un elevato livello di attenzione e controllo cognitivo (Pauls et al. 2015). Coloro che soffrono di disturbi mentali – d. dell'umore, schizofrenia, ansia, d. ossessivo-compulsivo - tendono ad avere deficit cognitivi in queste aree (Dongaonkar et al. 2019).
- Di conseguenza, questo può portare questi individui a essere inclini a una '*memoria sovrageralizzata categoriale*', che comporta il ricordo e il resoconto di eventi ripetuti anziché di un episodio specifico (Lemogne et al. 2006). Ciò può comportare che il soggetto trovi arduo ricordare eventi specifici e nel giusto ordine, oltre a difficoltà nel concentrarsi, prestare attenzione alle domande che gli vengono poste e nel frantendere le informazioni (Rude et al. 2002).

Phil Willmot and Sue Evershed (2018)

- Molte persone con diagnosi di disturbo di personalità in contesti forensi hanno sviluppato **strategie di sopravvivenza** a partire da esperienze di abuso, esclusione sociale o povertà.
Comprendere questi comportamenti come risposte alla minaccia, piuttosto che come patologie fisse, permette di instaurare relazioni più efficaci e ridurre i conflitti.

“Power Threat Meaning Framework”

Il modello proposto dal *British Psychological Society* (2018) suggerisce che il disagio mentale possa essere compreso come una risposta al potere, alla minaccia e al significato personale attribuito alle esperienze traumatiche.

In particolare:

- il potere (sociale, economico, legale, culturale) può creare minacce emotive;
- le persone sviluppano **strategie di risposta** per proteggersi fisicamente e psicologicamente;
- molti comportamenti antisociali o violenti sono interpretabili come **risposte difensive apprese**.

Sette principi per una buona intervista

- **Preparazione accurata:** conoscere la storia del paziente e prevedere possibili difficoltà relazionali.
- **Relazione terapeutica:** costruire fiducia, riconoscendo i comportamenti come tentativi di sopravvivenza.
- **Struttura e contenimento:** fornire sicurezza, limiti chiari e prevedibilità.
- **Flessibilità:** adattare ritmo, linguaggio e durata dell'intervista alle capacità emotive del paziente.
- **Gestione dei comportamenti che interferiscono con la terapia:** affrontarli direttamente e collaborativamente.
- **Supervisione clinica:** l'intervistatore deve ricevere supporto e riflettere sui propri limiti e reazioni emotive.
- **Approccio di squadra:** garantire coerenza tra operatori e prevenire divisioni nel team.

Il colloquio con il bambino

	Informant e contenuto del colloquio		
Strategia del colloquio	Colloquio con il bambino	Colloquio con il genitore	Colloquio con gli insegnanti
Domande semistrutturate	Attività e interessi; scuola e compiti; amicizie e relazioni con i pari; situazione a casa e relazioni familiari; auto-consapevolezza e sentimenti; (adolescenza)	Funzionamento sociale; funzionamento scolastico; storia medica e di sviluppo; relazioni familiari e situazione a casa; interessi e punti di forza del bambino	Rendimento scolastico; strategie didattiche; interessi e punti di forza del bambino
Domande strutturate		Sintomi e criteri per disturbi psichiatrici	
Domande focalizzate sul comportamento	La visione del bambino sui problemi	Preoccupazioni sulle problematiche comportamentali ed emotive del bambino	Preoccupazioni sui problemi comportamentali a scuola

Prima fanciullezza (3-5 anni)

Funzionamento cognitivo	Funzionamento socio-emotivo	Relazioni con i pari
<p>Focalizzazione su un solo aspetto alla volta (stadio preoperatorio)</p> <p>Facile confusione tra apparenza e realtà</p> <p>Difficoltà a ricordare in modo accurato (limitate capacità mnemoniche)</p> <p>Difficoltà a sostenere una conversazione</p>	<p>Difficoltà a comprendere il punto di vista dell'altro (egocentrismo)</p> <p>Giusto e sbagliato dipendono dalle conseguenze (ragionamento morale preconvenzionale)</p> <p>Limitata capacità verbale di descrivere le emozioni</p> <p>Può sostenere un gioco</p> <p>Può essere coinvolto in un gioco reciproco</p>	<p>Condivide attività di gioco</p> <p>Gioco di fantasia</p> <p>Brevi interazioni</p> <p>Frequenti bisticci</p> <p>Amicizie non stabili</p> <p>Giochi bruschi</p> <p>I compagni aggressivi di solito non piacciono</p> <p>Compagni «collaborativi» di solito piacciono</p>

Strategie sensibili allo sviluppo 3-5 anni

Cosa fare	Cosa non fare
Sedersi al livello del bambino (su un tappeto o una seggiolina)	Non cercare di mantenere il controllo completo del colloquio
Limitare la lunghezza e complessità delle domande	Evitare frasi e domande implicite e indirette
Utilizzare domande aperte su situazioni specifiche o riguardanti la famiglia	Evitare domande la cui risposta è «sì» o «no»
Utilizzare giochi e materiale di supporto	Non far seguire ad ogni risposta una nuova domanda
Utilizzare i termini e le frasi del bambino	
Utilizzare il nome delle persone piuttosto che i pronomi	
Utilizzare sotto-domande per incoraggiare il bambino a parlare di più	
Concedere ampio tempo per la risposta	

Media fanciullezza (6-11 anni)

Funzionamento cognitivo	Funzionamento socio-emotivo	Relazioni con i pari
<p>Ragionano logicamente su oggetti concreti e eventi attuali (stadio operatorio concreto)</p> <p>Aumentata capacità di comunicazione verbale</p>	<p>Può pensare a cosa un altro sta pensando</p> <p>Giusto e sbagliato si basano sulle regole e le convenzioni sociali (ragionamento morale convenzionale)</p> <p>Comprende e rispetta le regole di un gioco</p> <p>Sviluppa un senso di auto-efficacia</p> <p>Può regolare gli affetti in competizione</p>	<p>Giochi di gruppo, quadre sportive e giochi da tavolo</p> <p>Litiga sulle regole</p> <p>Relazioni di amicizia stabili, solitamente con persone dello stesso sesso</p> <p>Di solito non apprezzano compagni aggressivi o ritirati socialmente</p> <p>I compagni amichevoli, utili e supportivi sono apprezzati</p> <p>Lo status tra i pari è definito dal gruppo classe o da attività strutturate</p>

Strategie sensibili allo sviluppo 6-11 anni

Cosa fare	Cosa non fare
Prendere del tempo per creare un rapporto	Astenersi da commenti di giudizio
Ascoltare con empatia	Evitare domande troppo focalizzate sui fatti
Sollecitare e riformulare i sentimenti	Evitare di fare domande troppo dirette
Seguire dove il bambino porta la conversazione	Evitare il contatto oculare continuativo
Utilizzare domande aperte	Evitare domande astratte
Qualche volta utilizzare più alternative di risposta	Evitare domande con una chiara risposta giusta o sbagliata
Parlare di situazioni e attività familiari	Evitare domande retoriche
Fornire indizi contestuali (es. immagini, esempi verbali)	Evitare domande sul «perché» relative alle motivazioni
Riformulare o semplificare la domanda quando il bambino non ha compreso o non risponde	
Essere chiari nel richiedere di passare ad altri argomenti o compiti	

Differenze culturali nei pattern comunicativi e comportamentali

	USA	Oriente	Ispanici
Contatto oculare	Contatto oculare diretto	Guardare in basso è considerato un segno di rispetto	Se rimproverati, non si può guardare negli occhi l'adulto, abbassare lo sguardo è segno di rispetto
Toccare	Non accettato se non tra persone intime	Scoraggiato soprattutto con il sesso opposto	Accettato ed atteso come dimostrazione di affetto ed accettazione
Distanza	La distanza personale, intima e sociale è mantenuta in base alla tipologia di relazione	Mantenuta tra estranei	Interazione a distanza ravvicinata è accettata ed attesa
Espressione emotiva e facciale	Controllata e generalmente non espressa	Molto controllata	Molto espressivi; sorrisi e gesticolazione
Tono di voce	Generalmente moderato	Voce flebile	I bambini di campagna parlano a bassa voce, i bambini di città sono vivaci e loquaci

Consenso informato

La Carta dei diritti del bambino in ospedale e la Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989 garantiscono al minore il diritto di essere parte attiva nelle decisioni sanitarie. In Italia, l'art. 315 bis c.c. stabilisce che il minore di dodici anni o più, e anche di età inferiore se capace di discernimento, ha il diritto di essere ascoltato in tutte le questioni e procedure che lo riguardano.

È fondamentale che il processo di informazione e comunicazione su procedura, rischi, benefici e alternative disponibili sia *coerente con la capacità di comprensione del minore*. Nonostante la decisione finale spetti ai genitori o ai rappresentanti legali, la volontà del minore deve essere debitamente considerata, come stabilito dalla Legge 219/2017, art. 3.

Le leggi nazionali (artt. 2, 3, 13, 32 della Costituzione) e varie Convenzioni internazionali, tra cui la Convenzione di New York del 1989, la Convenzione europea di Strasburgo del 1996, la Convenzione di Oviedo del 1997 e la Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea del 2000, garantiscono ai minori il diritto di essere ascoltati, di esprimere le proprie opinioni e di essere coinvolti in tutte le decisioni che li riguardano.

Consenso informato

- La questione etica centrale riguarda a quale età un bambino può comprendere e consapevolmente acconsentire a un trattamento sanitario. Non vi sono indicazioni codificate in letteratura sull'età per il coinvolgimento del minore, ma il Comitato nazionale per la bioetica sottolinea la necessità della conoscenza dello sviluppo cognitivo del minore secondo la concezione piagetiana sull'evoluzione del pensiero. Ne deriva che il consenso è concepibile tra **i 7 e i 10/12 anni** in collaborazione con i genitori, mentre in età adolescenziale, quando il pensiero diventa progressivamente autonomo, si può ipotizzare l'età limite di 14 anni per un valido consenso informato.

Consenso informato del genitore

Secondo il codice civile, la responsabilità genitoriale sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla responsabilità. Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore. In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla salute e alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente. Qualora il genitore non si attenga alle condizioni dettate, il giudice valuterà detto comportamento anche al fine della modifica delle modalità di affidamento [...] (OMISSIS)

Articolo inserito dall'art. 55, comma 1, D.Lgs. 28 dicembre 2013, n. 154, a decorrere dal 7 febbraio 2014

Eccezioni

Non si richiede il consenso informato dei genitori per operare la denuncia all'autorità giudiziaria di un reato di cui sia vittima il minore.

Sattler (2014), oltre al caso di sospetto e/o accertato abuso considera:

- Quando la/il bambin* pone una minaccia fisica a un'altra persona
- Quando la/il bambin* mette a rischio se stess* (es., tentato suicidio, autolesionismo)
- Quando un ritardo dell'intervento medico pone a rischio la salute del minore
- Quando il trattamento è necessario per diminuire il dolore fisico del minore

Approccio multidisciplinare

In caso di conflitto sulla custodia o se il bambino è stato allontanato dalla casa a seguito di segnalazioni di abuso o trascuratezza, bisogna considerare la situazione legale, collaborando con **avvocati, tribunali o servizi di protezione dell'infanzia**. Analogamente, la valutazione dei bambini con disabilità dello sviluppo richiede particolare attenzione, coinvolgendo professionisti esperti del settore. Considerazioni simili si applicano nei casi di **violenza domestica, abuso di sostanze o psicopatologia**.

Il colloquio con i genitori

- Il processo di valutazione dovrebbe essere considerato come una continua negoziazione reciproca, finalizzata a ottenere una comprensione clinica ed emotiva efficace della situazione familiare, del problema presentato e delle esperienze vissute sia dal bambino sia dai genitori. La valutazione deve anche porre le basi per una solida alleanza di lavoro, dalla quale dipenderà il successivo trattamento. Durante la valutazione e il processo di intervento, gli obiettivi diagnostici e terapeutici sono strettamente intrecciati. Fin dalle prime fasi della valutazione, la costruzione della relazione e la raccolta delle informazioni sono interdipendenti
- Incontri settimanali per un periodo di quattro-sei settimane sembrano un tempo utile per il processo iniziale di valutazione. Tuttavia, in alcuni casi si possono trarre conclusioni sostanziali più rapidamente, mentre altri possono richiedere un coinvolgimento clinico prolungato con la famiglia prima di chiarire anche le questioni di base. È spesso utile offrire una spiegazione chiara riguardo al fatto che ci sarà un periodo di valutazione
- Le famiglie spesso traggono beneficio dalle formulazioni parziali dei problemi e possono sentirsi sollevate nel vedere che i clinici, che spesso sono idealizzati come esperti infallibili, condividono alcune delle loro incertezze.

Aree da indagare

Le informazioni specifiche da raccogliere variano ampiamente da caso a caso, a seconda del problema presentato, della situazione familiare e di molti altri fattori. Le aree di valutazione possono essere organizzate lungo diverse linee. Tuttavia, in generale, la valutazione dovrebbe includere: lo sviluppo fisiologico ed emotivo del bambino; la qualità della relazione tra genitore e bambino; lo stato mentale, la personalità e altri fattori psicodinamici del genitore, in particolare in relazione alla genitorialità; la relazione coniugale dei genitori, se presente; il livello di sostegno psicosociale ed economico della famiglia, comprese le questioni etniche, culturali e legate alla famiglia estesa; e la capacità dei genitori di utilizzare i servizi per la salute mentale dei bambini. Seguendo l'approccio transazionale dei sistemi, è importante cercare di concettualizzare, anche solo intuitivamente, come tutti questi fattori siano interconnessi tra loro.

Il colloquio con l'adolescente

Adolescent Period	Biological Changes	Cognitive Changes	Social Changes
<i>Early</i>	<ul style="list-style-type: none">• Growth spurt• Skin, voice, and body- hair changes• Increases in body fat• Development of secondary sex characteristics	<ul style="list-style-type: none">• Abstract and logical thinking, hypothesis testing emerge• Firmer grasp on cause-effect relationships	<ul style="list-style-type: none">• Increased interest in opposite sex• Adjustment to independence and self-reliance
<i>Middle</i>	<ul style="list-style-type: none">• Secondary sex characteristics continue to develop• High levels of androgen secretion increasing, desire for sexual stimulation leading to sexual maturation	<ul style="list-style-type: none">• Emotional and intellectual capacity increase• Abstract and logical thinking, hypothesis testing increases• Autonomous functioning	<ul style="list-style-type: none">• Seeks distinctiveness and develops preferences• Peer relationships are given greater significance
<i>Late</i>	<ul style="list-style-type: none">• Physically mature	<ul style="list-style-type: none">• Have established self-identity and bolstered self-esteem• Adult-like cognitions are present	<ul style="list-style-type: none">• Plan for future• Establish more intimate relationships

Adolescenza (12-18 anni)

Funzionamento cognitivo	Funzionamento socio-emotivo	Relazioni con i pari
<p>In grado di ragionare in modo astratto ed ipotetico (stadio delle operazioni formali)</p> <p>Può fare un ragionamento di problem solving sistematico</p> <p>Aumentate capacità di comunicazione verbale</p>	<p>Può comprendere il punto di vista di una terza persona (pensare sul pensare)</p> <p>Giusto e sbagliato basati su valori individuali (ragionamento post convenzionale)</p> <p>Confusione di identità e sperimentazione</p> <p>Elevata intensità emotiva e labilità</p> <p>Consapevolezza sociale e auto-consapevolezza</p> <p>Aumentato rischio di ideazione suicidaria</p>	<p>Socializzazione e comunicazione con i pari (messaggi, telefonate...)</p> <p>Confidenze intime (soprattutto le ragazze)</p> <p>Litigi su questioni relazionali (gossip, segreti, lealtà)</p> <p>Partner romantici</p> <p>Comportamenti aggressivi ed antisociali non sono apprezzati</p> <p>Generalmente i compagni collaborativi, di sostegno e competenti sono apprezzati</p> <p>Lo status tra i pari è definito da norme diverse in base ai gruppi e contesti</p>

Strategie sensibili allo sviluppo 12-18 anni

Cosa fare	Cosa non fare
<p>Essere chiari sui limiti della confidenzialità</p> <p>Mostrare rispetto</p> <p>Sollecitare ed ascoltare il punto di vista e i sentimenti dell'adolescente</p> <p>Essere preparati alla labilità emotiva e allo stress</p> <p>Chiedere modi alternativi di soluzione di un problema</p> <p>Considera qualsiasi indicazione di un rischio suicidario</p>	<p>Evitare terminologia psicologica</p> <p>Evitare di formulare giudizi bastati esclusivamente sulle norme proprie degli adulti</p>

Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM2; Task Force 20)

La classificazione dei disturbi mentali degli adolescenti

Sistema multiassiale

L'ordine di valutazione è il seguente:

- Asse MA – ***Funzionamento Mentale***
- Asse PA - ***Personalità***
- Asse SA – ***Esperienza soggettiva***

Asse del funzionamento mentale

- Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento
- Capacità di fare esperienza, comunicare e comprendere gli affetti
- Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva
- Capacità di differenziazione e integrazione (identità)
- Capacità di relazioni e intimità
- Regolazione dell'autostima qualità dell'esperienza interna

Asse del funzionamento mentale

- Capacità di controllo e regolazione degli impulsi
- Funzionamento difensivo
- Capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche
- Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica)
- Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali
- Significato e direzionalità

Stili e sindromi emergenti di personalità in adolescenza

- Lo stile fornisce la struttura di pensieri, sentimenti, comportamenti e modi di essere (anche con gli altri)
- *NB*
- Se uno stile di personalità non compromette il funzionamento mentale NON è una sindrome, piuttosto la sintesi dei punti di forza e vulnerabilità dell'adolescente

Livelli di organizzazione della personalità:

- processi cognitivi e affettivi;
- identità e relazioni;
- difese e coping;
- autocosapevolezza e autodirezionalità



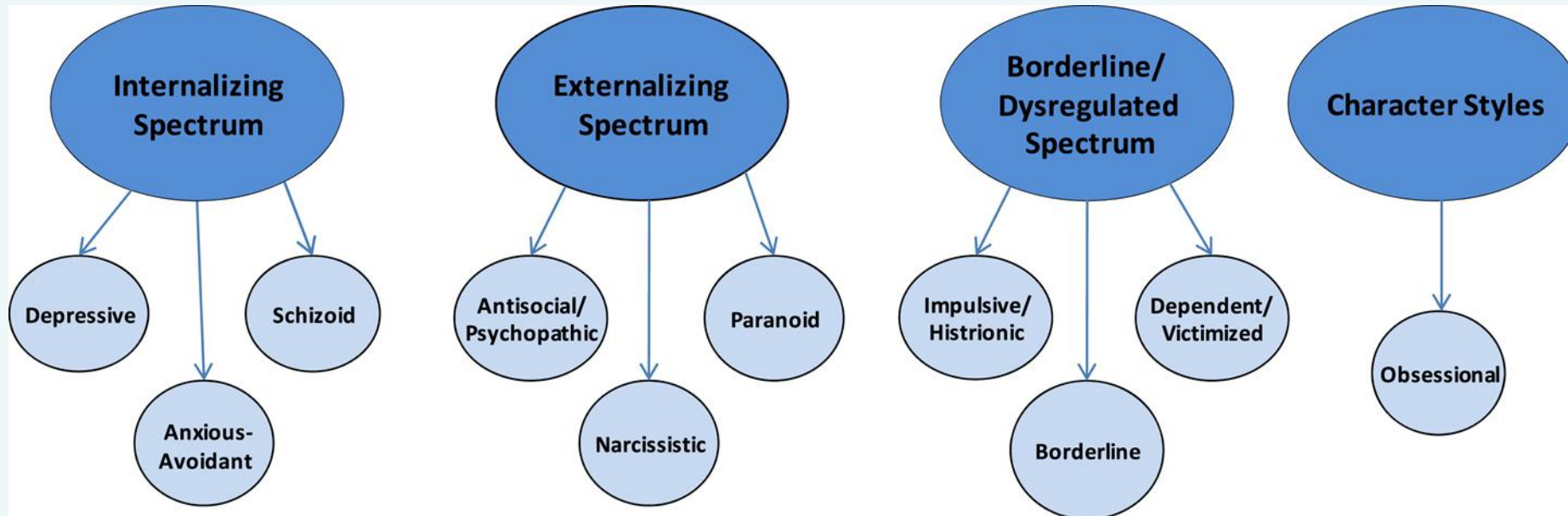
- Personalità sana
- Livello lievemente disfunzionale (nevrotico)
- Livello moderatamente disfunzionale (borderline)
- Livello gravemente disfunzionale (psicotico)

Asse PA

(Personalità degli adolescenti)

Dopo la valutazione della organizzazione, si deve valutare in che misura ciascun adolescente corrisponda a una specifica descrizione (dimensionale) di stile o sindrome

Sindromi di personalità dell'asse PA



Westen et al., 2014

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.030>

Principi chiave per i colloqui di valutazione del rischio con giovani

- **Preparazione accurata** – Studiare documenti e informazioni collaterali, identificare lacune o incongruenze.
- **Introduzione chiara** – Spiegare scopi, limiti della riservatezza e uso delle informazioni.
- **Costruzione del rapporto** – Evitare atteggiamenti accusatori; adottare curiosità empatica e rispetto.
- **Tecniche di domanda** – Privilegiare domande aperte e comportamentali; evitare formulazioni vaghe o moralistiche.
- **Chiusura** – Riassumere, verificare se il giovane vuole aggiungere qualcosa e favorire il ritorno a temi neutri.

**L'integrazione tra ricerca investigativa,
clinica e suicidaria può migliorare la
qualità e l'attendibilità delle informazioni
raccolte:**

**Apporti dalla valutazione del rischio
suicidario**

Rischio suicidario

- Negli Usa è la seconda causa di morte tra i minorenni, con un incremento in adolescenza, soprattutto tra i ragazzi (3-4 volte in più), nonostante le ragazze compiano più tentativi. Anche i giovani LGBTQ sono a elevato rischio.
- I bambini/adolescenti che non muoiono possono avere conseguenze fisiche, soffrire di malattie psichiatriche, presenti talvolta in uno o più dei familiari.



Fattori di rischio del bambino/adolescente

- Precedenti comportamenti suicidari
- Attuale ideazione suicidaria, intenti e pianificazione
- Attuali disturbi mentali (disturbi dell'umore)
- Attuale uso/abuso di sostanze
- Sentimenti di impotenza e mancanza di speranza
- LGBTQ
- Mancanza di ricerca di aiuto
- Isolamento sociale o sentimento di essere tagliato fuori
- Scarse capacità di problem solving e di coping

Fattori di rischio familiari/ambientali

- Facile accesso a strumenti letali come le armi
- Esposizione al suicidio e/o a storie di suicidio familiare
- Coinvolgimento o esposizione a violenza
- Influenza da parte di persone significative (familiare, celebrità, pari) che sono morte tramite suicidio tramite contatto personale o i media
- Barriere all'accesso ai servizi per la salute mentale

Segnali di avvertimento

- Discutere o pianificare un suicidio
- Esprimere disperazione sul futuro o ni aver voglia di vivere
- Mostrare dolore emotivo grave/sopraffacente o distress
- Parlare di sentirsi in trappola
- Parlare di sentirsi un peso per gli altri
- Mostrare segnali comportamentali preoccupanti o notevoli cambiamenti di comportamento
- Aumentato uso di alcol o droghe
- Ritiro da o cambiamenti nella situazione/legami sociali
- Aumentato o diminuito sonno
- Rabbia od ostilità non contestualizzata
- Recente aumento di irritabilità o agitazione
- Perdita di interesse in attività precedentemente importanti o piacevoli

Fattori precipitanti

- Rottura con un altro significativo
- Delusione e rifiuto (fidanzato, lavoro....)
- Bullo o vittima di bullismo
- Mettersi nei guai con l'autorità
- Divorzio genitoriale
- Morte di una persona cara
- Conflitto con la famiglia
- Richieste elevate a scuola
- Gravidanza inattesa, aborto
- Anniversario della morte di un amico o una persona amata
- Perdita relazionale, sociale, lavorativa o economica
- Cambiamenti rilevanti e inattesi

Colloquio con l'anziano

Alcuni aspetti problematici:

- il frequente declino delle **funzioni fisiologiche** (vista, udito, deambulazione, problemi medici di vario tipo...) e del **funzionamento cognitivo** (memoria a breve termine)
- La possibile vedovanza e diversi altri lutti significativi
- Le più difficili dinamiche relazionali (nuovo nucleo familiare o istituzionalizzazione)
- Solitudine, lentezza del tempo, pensiero della propria fine, considerata ormai realisticamente come vicina

MA

Alto livello di elaborazione delle proprie esperienze: ricchezze interne sia a livello affettivo che intellettuale, risorse per figli e nipoti.

Obiettivi dei colloqui con l'anziano

- Una funzione di sostegno una valorizzazione delle capacità presenti
- Rappresenta un'occasione unica per parlare più profondamente di sé
- Ogni psicoterapia con il paziente anziano viene inevitabilmente a comportare un lavoro sulla esperienza stessa dell'invecchiare, intesa come un lavoro di ricostruzione della propria storia interiore e quindi di integrazione dei vari ricordi (Quinodoz, 2008)
- La necessità di distinguere la paura di morire, che rappresenta una dolorosa esperienza presente consapevolmente nell'anziano, dall'angoscia di morte inconscia, che è in relazione con le conflittualità profonde e che può rendere più difficile l'elaborazione del processo dell'invecchiamento (Segal, 1958)

Nel lavoro con il paziente anziano ogni terapeuta ha la possibilità di confrontarsi con il nodo più centrale del proprio processo riparativo: riparare, restituire, prendersi cura dei propri genitori interni (Turillazzi Manfredi, 1990, p. 332).

Crescita della popolazione anziana

- La popolazione over 65 è in rapido aumento: nel 2040 rappresenterà circa il 21% della popolazione USA.
- Gli anziani vivono più a lungo, ma molti affrontano problemi di salute fisica e mentale, con conseguenze sulla loro autonomia.
- In carcere l'età "anziana" viene spesso fissata già a 50 anni, perché l'invecchiamento è accelerato rispetto alla popolazione libera.

Anziani come autori di reato

- La criminalità è prevalentemente giovanile (18-24 anni), ma il numero assoluto di anziani coinvolti crescerà per motivi demografici.
- Alcuni studiosi ipotizzano un aumento dei reati commessi da anziani, legato a maggiore longevità e partecipazione sociale.
- Anche le politiche di polizia e di arresto influenzano i dati: più attenzione porta a più segnalazioni.

Reati

Reati più comuni: ubriachezza molesta, guida in stato di ebbrezza, violazioni legate alle droghe.

Altri reati frequenti

- Furto e taccheggio
- Frode e crimini finanziari (white-collar)
- Crimini contro le persone (meno violenti rispetto ai giovani)

Se c'è **violenza**, fattori di rischio: personalità antisociale, isolamento sociale, storia di violenza, abuso di sostanze.

Disturbi psichiatrici giocano un ruolo importante:

- Demenza (molto comune tra autori di reati sessuali e violenti)
- Depressione
- Schizofrenia e disturbi deliranti
- Disturbi affettivi

Anziani come vittime

- L'abuso e la negligenza sugli anziani sono fenomeni diffusi ma sottostimati: solo 1 caso su 5 viene denunciato.
- Le forme principali: violenza fisica, psicologica, sessuale, finanziaria, trascuratezza.
- Spesso i responsabili sono familiari o caregiver, rendendo difficile l'intervento penale.
- Mancano definizioni chiare e strumenti uniformi per identificare e contrastare l'abuso.

L'abuso negli anziani

- Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2021), l'abuso sugli anziani consiste in **un singolo o ripetuto atto, o una mancanza di azione appropriata, all'interno di una relazione basata sulla fiducia, che causa danno o sofferenza a una persona anziana.**
- L'abuso può essere premeditato o spontaneo e spesso si intreccia con fattori sociali e culturali come orientamento sessuale, genere, disabilità ed etnia, aumentando il rischio di discriminazione e violenza.
- Secondo Yon et al. (2017), 1 anziano su 6 subisce abusi nelle comunità, pari a oltre 140 milioni di persone: si prevede che diventino 330 milioni entro il 2050. In un altro studio (2019), il 64,2% del personale di strutture residenziali ammette di aver perpetrato abusi sugli anziani. Cooper et al., 2018 hanno verificato che 91 su 92 case di riposo: presentano abusi. **MA** le spiegazioni sono focalizzate su burnout del personale → poca attenzione alla dimensione criminale degli atti.
- N.B. Scarsa registrazione della violenza sessuale in ospedale → poche denunce.

Ruolo delle istituzioni

- **Forze dell'ordine:** necessità di formazione specifica sull'invecchiamento e sulle problematiche degli anziani.
- **Tribunali:** alcuni stati hanno creato “elder courts” specializzati, sul modello dei tribunali per la violenza domestica.
- **Carceri:** gli anziani sono il gruppo in più rapida crescita; costi di gestione 3-5 volte superiori ai detenuti giovani, soprattutto per cure mediche.

Implicazioni

- L'invecchiamento della società impatta su tutto il sistema penale: più anziani come vittime, imputati, detenuti e utenti dei tribunali.
- Serve un approccio multidisciplinare (giustizia, sanità, servizi psico-sociali, gerontologia).
- Occorre superare stereotipi: gli anziani non sono un gruppo omogeneo, ma presentano bisogni e condizioni molto diversificate

Colloquio con l'adulto

Erikson (1982): generatività versus stagnazione

- La costruzione di una soddisfacente vita di coppia
- L'accesso alla genitorialità
- Il lavoro
- La presenza/assenza di interessi,
- La presenza/assenza di relazioni sociali.

La crisi di mezza età

L'esperienza dell'intervento si configura come un processo teso all'acquisizione di un'approfondita conoscenza di sé ma espone il paziente a un confronto con il principio di realtà ponendolo al tempo stesso in contatto con l'intensità delle sue emozioni e dei vissuti di **sofferenza**.

«Un'analisi deve essere dolorosa non perché vi sia per forza qualche valore nel dolore ma perché non si può ritenere che un'analisi nella quale il dolore non venga osservato e discusso affronti una delle ragioni centrali per il quale il paziente è lì» (Bion, 1963, p. 77).

Colloquio clinico in carcere

Scopi del colloquio clinico

Fornire supporto psicologico e aiutare la regolazione emotiva del detenuto durante l'intervento clinico.

Contesto istituzionale complesso

Il sistema penitenziario crea tensioni tra funzione custodiale e ruolo riabilitativo, influenzando il colloquio.

Dilemmi etici e riservatezza

Il clinico deve gestire informazioni sensibili rispettando la riservatezza e obblighi di segnalazione.

Scopi del trattamento

- Ridurre la recidiva: ridurre la probabilità di recidiva.
- Affrontare i bisogni criminogeni: intervenire sui fattori che contribuiscono al comportamento criminale (ad esempio, abuso di sostanze, atteggiamenti antisociali).
- Promuovere la salute mentale: trattare i disturbi psicologici sottostanti che possono influenzare la condotta criminale.
- Facilitare il reinserimento: preparare i criminali a un reinserimento positivo nella società.

Caratteristiche del setting penitenziario

Limitazioni del setting penitenziario

Il setting carcerario è caratterizzato da mancanza di privacy, frequenti interruzioni e rigide regole istituzionali.

Contrasto tra sorveglianza e riservatezza

La trasparenza architettonica favorisce la sorveglianza ma ostacola la riservatezza necessaria al colloquio clinico.

Strategie terapeutiche adattate

Il terapeuta deve creare un ambiente sicuro stabilendo confini chiari e comunicando le limitazioni del contesto.

Importanza della fiducia

Un setting protetto favorisce la fiducia e l'apertura del detenuto, essenziali per il successo terapeutico.

Competenze richieste al clinico

Gestione del transfert e controtransfert

Il clinico deve saper gestire dinamiche relazionali amplificate dal contesto carcerario e dalle storie traumatiche dei detenuti.

Capacità di mentalizzazione

Comprendere e riflettere sugli stati mentali propri e altrui facilita la regolazione emotiva e riduce comportamenti aggressivi.

Gestione dei dilemmi etici

Bilanciare riservatezza e obblighi di segnalazione è fondamentale nel lavoro clinico in carcere.

Formazione e supervisione continua

La formazione continua e la supervisione sono essenziali per affrontare le complessità del contesto penitenziario.

Tipi di intervento

- Terapia individuale:

Terapia cognitivo-comportamentale (TCC): ristrutturazione schemi di pensiero distorti.

Terapia incentrata sul trauma per autori di reato con storie di abuso.

- Terapia di gruppo:

Programmi di gestione della rabbia.

Formazione sulle competenze sociali.

- Programmi specializzati:

Programmi di trattamento per autori di reati sessuali.

Riabilitazione dall'abuso di sostanze.

- Trattamento farmacologico: Farmaci per disturbi dell'umore, psicosi o problemi di controllo degli impulsi.

Vulnerabilità Psicologiche e Gendered Pathways



Fattori di rischio per esito di criminalità in età adulta

- Una varietà di problemi comportamentali, tra cui aggressività precoce, problemi di attenzione, irrequietezza motoria e ricerca di attenzione.
- Problemi emotivi quali ritiro, ansia, autodeprecazione e alienazione sociale.
- Predittori familiari:
 - ✓ strategie genitoriali negative, tra cui coercitività, comportamenti autoritari, mancanza di supervisione dei figli
 - ✓ assistere a violenze, conflitti inter-genitoriali, fattori di stress familiari e scarsa comunicazione.

Donne detenute: traumi e disturbi

Vulnerabilità e traumi

Oltre il 70% delle donne detenute ha subito violenza fisica, sessuale o emotiva, spesso in contesti familiari o relazionali.

Disturbi psicologici correlati

Traumi pregressi contribuiscono a dissociazione, depressione, ansia e disturbi di personalità nelle donne detenute.

Tracce di gendered pathways

Le traiettorie femminili verso il crimine sono radicate in vittimizzazione, marginalizzazione sociale e relazioni disfunzionali.

Interventi clinici sensibili al genere

Gli interventi devono affrontare vulnerabilità specifiche e promuovere empowerment e reintegrazione sociale.

Gendered Pathways



Padri detenuti e ruolo genitoriale

Impatto emotivo della detenzione

La detenzione provoca sentimenti di colpa, impotenza e perdita d'identità nei padri, influenzando profondamente la loro relazione con i figli.

Difficoltà nel mantenere i contatti

Le visite in carcere sono stressanti e limitate, generando frustrazione e senso di inadeguatezza nel mantenere relazioni familiari.

Programmi di sostegno genitoriale

Iniziative come Circle of Security rafforzano la riflessività genitoriale e promuovono interazioni più sensibili tra padri e figli.

Benefici del coinvolgimento paterno

Il coinvolgimento attivo dei padri riduce il rischio di recidiva e migliora le prospettive di reinserimento sociale.

Genitorialità in carcere: rilevanza per madri e padri

Madri: spesso erano caregiver primarie prima dell'arresto.

La detenzione comporta:

Perdita del ruolo materno, vissuti di colpa e vergogna

Rischio di rottura del legame di attaccamento e conseguenze sullo sviluppo del bambino.

Elevata prevalenza di trauma, depressione e abuso di sostanze.

Necessità di programmi che affrontino guilt, stigma e difficoltà di “parenting a distanza”.

Padri: tradizionalmente trascurati dalla ricerca e dagli interventi.

Tuttavia, la paternità in carcere è cruciale per la riabilitazione e la riduzione della recidiva.

Il coinvolgimento paterno può alleggerire il carico sulle madri e favorire la co-genitorialità.

I padri esprimono desiderio di normalità, continuità e competenza genitoriale, ma incontrano ostacoli strutturali (spazi inadeguati, visite brevi, burocrazia).

Sfide del contesto carcerario

Separazione fisica: il genitore non può esercitare la funzione di base sicura nella quotidianità.

Visite brevi e sorvegliate: riducono la spontaneità e la possibilità di riparare le rotture.

Alto carico emotivo: colpa, vergogna, ansia da separazione, stigma.

Bassa alfabetizzazione psicologica: molti genitori hanno difficoltà a comprendere concetti astratti come “bisogni emotivi”.

Psicoterapia psicodinamica individuale

Sfide in ambito carcerario

La psicoterapia in carcere affronta difficoltà come la mancanza di privacy e la discontinuità delle sedute.

Intervento psicodinamico

Il trattamento psicodinamico esplora vissuti profondi e favorisce l'elaborazione del trauma nei detenuti (Affettività Mentalizzata: Secondo Jurist e Fonagy: riconoscere e nominare le emozioni. Elaborazione: regolare e trasformare l'esperienza emotiva. Espressione: comunicarla in modo coerente).

Alleanza terapeutica

Una solida alleanza terapeutica basata su fiducia e confini chiari è essenziale per il successo della psicoterapia (Epistemic Trust: disponibilità a considerare le informazioni provenienti dagli altri come affidabili, rilevanti e generalizzabili).

Prevenzione e reinserimento

La psicoterapia aiuta a prevenire la recidiva e sostiene la riabilitazione e il reinserimento sociale.

Strumenti di ausilio al colloquio

- I questionari
- Le interviste semi-strutturate
- Per i bambini: il gioco, il disegno, il completamento di storie,

SCL-90 R

9 dimensioni sintomatologiche primarie:

- Somatizzazione (SOM)
- Ossessività-compulsività (O-C)
- Ipersensibilità interpersonale (I-S)
- Depressione (DEP) • Ansia (ANX)
- Ostilità (HOS)
- Ansia fobica (PHOB)
- Ideazione paranoide (PAR)
- Psicoticismo (PSY)

7 item aggiuntivi per i disturbi dell'appetito e del sonno.

3 indici globali di disagio completano la valutazione: Global Severity Index (GSI); Positive Symptom Distress Index (PSDI); Positive Symptom Total (PST)

SCID-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5)

- È un'intervista strutturata utilizzata per diagnosticare i disturbi mentali secondo i criteri del DSM-5.
- È organizzata in modo modulare. Ogni modulo include domande che esplorano i sintomi specifici del disturbo, i criteri temporali, e l'impatto funzionale.
- Esempi:
- *Disturbo da stress post-traumatico*: "Ti è mai successo qualcosa di molto spaventoso o traumatico, come un incidente o un'aggressione?»; "Dopo questo evento, hai avuto ricordi intrusivi o incubi legati a quanto accaduto?"
- *Disturbo da attacchi di panico*: "Ti è mai capitato di avere un attacco improvviso di paura intensa, con sintomi fisici come palpitazioni o sudorazione?«
- Disturbo bipolare: "Hai mai avuto un periodo in cui ti sei sentito estremamente euforico o irritabile per almeno quattro giorni consecutivi?«; "In quel periodo, ti sentivi più energico del solito? Dormivi meno?"

I MODULI

Episodi dell'umore e disturbo depressivo persistente	Disturbo depressivo maggiore Episodio Maniacale Episodio ipomaniacale Disturbo depressivo persistente
Sintomi psicotici e associati	Deliri Allucinazioni Eloquio disorganizzato Comportamento disorganizzato Comportamento catatonico Sintomi negativi
Diagnosi differenziale per i disturbi psicotici	Schizofrenia Disturbo schizofreniforme Disturbo schizoaffettivo Disturbo delirante Disturbo psicotico breve Disturbo psicotico con altra specificazione/senza specificazione Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica (ACM) Disturbo psicotico indotto da sostanza/farmaci
Diagnosi differenziale per i disturbi dell'umore	Disturbo bipolare I Disturbo dipolare II Disturbo bipolare con altra specificazione/senza specificazione Disturbo bipolare dovuto a un'ACM Disturbo Bipolare dovuto da sostanze/Farmaci Disturbo Depressivo maggiore Disturbo depressivo con altra specificazione/senza specificazione Disturbo depressivo dovuto a un'ACM Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
Disturbi da uso di sostanze	Disturbo da uso di alcol Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici Disturbo da uso di cannabis Disturbo da uso di stimolanti Disturbo da uso di oppiacei Disturbo da uso di feninciclidina e disturbi correlati Disturbo da uso di inalanti Disturbi indotti da altre (o sconosciute) sostanze

Disturbi d'ansia	Disturbo di panico Agorafobia Disturbo d'ansia sociale Disturbo d'ansia generalizzata Disturbo d'asia dovuto a un'ACM Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci
Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo da stress post-traumatico	Disturbo ossessivo-compulsivo Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuti a un'ACM Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotti da sostanze/farmaci Disturbo da stress post-traumatico
Disturbo da deficit di attenzione/iperattività	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività
Screening per gli altri disturbi attuali	Disturbo disforico premestruale Fobia specifica Disturbo d'ansia di separazione Disturbo da accumulo Disturbo di dismorfismo corporeo Tricotillomania Disturbo da insonnia Disturbo da ipersonnolenza Anoressia nervosa Bulimia nervosa Disturbo da <i>binge-eating</i> Disturbo evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo Disturbo da sintomi somatici Disturbo da ansia di malattia Disturbo esplosivo intermittente Disturbo da gioco d'azzardo
Disturbo dell'adattamento	Disturbo dell'adattamento

La SCICA (Semi-Structured Clinical Interview for Children and Adolescents)

- Fa parte del sistema di valutazione Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA); volta a valutare bambini e adolescenti dai 6 ai 18 anni.

Le aree indagate sono:

- Problemi emozionali: ansia, tristezza, paure specifiche.
- Problemi comportamentali: aggressività, comportamenti dirompenti, atteggiamenti oppositivi.
- Funzionamento sociale relazioni con amici, famiglia e insegnanti.
- Problemi scolastici: difficoltà di concentrazione, rendimento scolastico, motivazione.
- Attività quotidiane: come il tempo libero, il sonno e le attività ricreative.
- Autostima e immagine di sé: percezione di sé, aspettative e soddisfazione personale.

Esempi domande della SCICA

"Come ti senti quando sei a scuola o in gruppo con i tuoi amici?"

"Hai mai difficoltà a fare quello che ti viene chiesto a casa o a scuola?"

"Ci sono situazioni che ti mettono particolarmente a disagio o ti fanno paura?«

"Che cosa fai nel tempo libero? Ci sono attività che ti piacciono particolarmente?"

"Come ti senti rispetto ai tuoi compagni di classe? E rispetto ai tuoi fratelli?"

IL COLLOQUIO ONLINE

- Quando siete in videochiamata/conferenza cosa osservate di voi e cosa osservate dell'altro?

IL COLLOQUIO CLINICO ONLINE

NB non è da preferirsi ma utile:

Raggiungere persone che possono avere difficoltà a essere in presenza

Maggiori opportunità per incontri da parte del clinico in presenza di limiti, quali densità degli appuntamenti e distanze

Linee guida CNOP (2017)

Etica

Adeguatezza

È responsabilità di ogni psicologo, prima di iniziare un intervento on line, valutare l'adeguatezza di tale strumento in base alle caratteristiche dell'intervento e dei soggetti coinvolti.

Competenza

Aspetti Legali

Riservatezza

Consenso

Gestione delle crisi

Gli psicologi dovrebbero fornire riferimenti a strutture cliniche nella posizione geografica del cliente in caso di emergenza, prima di iniziare l'intervento on line.

Setting

- Semplice e neutrale (senza distrazioni, pareti di colore neutro, nessuna immagine di persone...)
- Accertarsi di poter essere ben ascoltati (materiale che assorbe, evitare troppo vetro o legno nella stanza)
- Rimuovere il disordine dalla vista della telecamera
- Evitare di sedersi direttamente sotto una fonte di luce
- Posizionare la telecamera in una posizione dove poterci guardare direttamente dentro (guardare la telecamera o l'intervistato non la propria immagine)
- Non dimenticare che le immagini vengono codificate e decodificate digitalmente quindi possono esserci delle alterazioni che possono causare distorsioni e o ritardi nella comunicazione
- *Zoom fatigue* (Florell, 2020)

Secondo la letteratura.....

- La presenza del terapeuta implica l'essere consapevole di se stessi*, mentre si risponde nel qui ed ora all'esperienza verbale e non verbale del paziente (Geller, 2019). Ciò consente al paziente di «sentirsi sentito» (Siegel, 2010) e di percepire sicurezza → regolazione emotiva
- Il contesto si amplia e include: l'ambiente del cliente, l'ambiente del terapeuta e lo schermo del computer (Spagnolli & Gamberini, 2002).
- Alcuni pazienti hanno maggiore coraggio di esporsi protetti da una relazione virtuale.
- I turni conversazionali, il silenzio, il modo di gestire le interruzioni a causa di problemi tecnologici. I pazienti possono interpretarli come dipendenti dalle caratteristiche e dall'assenza del terapeuta piuttosto che come questioni tecnologiche reali

Secondo la letteratura.....

- La deprivazione spaziale della stanza della terapia costituisce un cambiamento per la concezione classica di setting.
- L'assenza di una relazione fisica del terapeuta e del paziente elimina le occasioni esperienziali di azione nella stanza di terapia
- I terapeuti hanno una ridotta capacità di esprimere la loro presenza con tutto il corpo (prosodia, postura del corpo, gesti, rispecchiamento del movimento dei clienti in tempo reale), che limita la loro capacità di sintonizzarsi e trasmettere un senso di sicurezza e creare fiducia attraverso la presenza
- I terapeuti hanno accesso ridotto ai segnali fisici delle emozioni e dell'esperienza dei clienti (ad es. gesti, postura, espressione non verbale)
- L'espressione del volto, i gesti e il tono vocale prosodico possono essere espressi online. Attenzione però al primo piano del volto (se può depotenziare l'attenzione sull'altro, può altresì favorire la lettura del non verbale)

In ambito forense



Vantaggi principali

- **Efficienza e accessibilità:** riduzione costi e tempi, raggiungimento di aree remote.
- **Sicurezza:** minore rischio di aggressioni e infezioni.
- **Comfort del cliente:** ambiente familiare, riduzione ansia.
- **Flessibilità:** meno cancellazioni, più continuità.

Criticità e limiti 1

- **Esame dello stato mentale:** difficoltà su aspetti come apparenza, comportamento, affettività.

Apparenza:

Riguarda il modo in cui il cliente si presenta (cura personale, igiene, abbigliamento, postura). Online, il campo visivo è limitato, quindi non si vedono dettagli come movimenti corporei completi, segni fisici o contesto ambientale.

Comportamento:

Include gesti, mimica, movimenti, agitazione o rallentamento psicomotorio. In video, la qualità dell'immagine e l'inquadratura possono impedire di cogliere micro-espressioni o comportamenti fuori dal frame.

Affettività:

Si riferisce all'espressione emotiva osservabile (tono emotivo, congruenza con il contenuto verbale). Online, la percezione può essere alterata da ritardi audio/video, scarsa risoluzione o distorsioni, rendendo più difficile valutare la genuinità delle emozioni.

Criticità e limiti 2

- **Testing psicologico:** problemi con prove che richiedono manipolazione fisica.
- **Privacy e sicurezza:** rischio di terze persone, hacking, connessioni instabili.
- **Rapporto terapeutico:** percepito come meno soddisfacente (M media = 2.39 vs face-to-face) [Daffern et al., 2021].

Situazioni e popolazioni a rischio

- **Acuta psicosi** (58.6% dei partecipanti la ritiene inadatta).
- **Confusione/delirio** (72.2%).
- **Disabilità sensoriali o cognitive.**
- **Barriere linguistiche.**

Aspetti etici e pratici

- **Consenso informato:** difficoltà con firme fisiche → soluzioni: verbale, digitale, proxy.
- **Misure di privacy:** software criptato, password, uso cuffie, controllo ambiente.
- **Documentazione:** indicare uso AV e limitazioni nel report.

Principi etici nella psicologia forense

Principio Etico	Contesto Forense	Esempi
Competenza professionale	Operare solo entro le proprie competenze; chiedere formazione per ambiti specialistici.	Rifiutare consulenze se non si possiede una formazione specifica
Indipendenza e imparzialità	Essere obiettivi; non assecondare logiche processuali o pressioni.	Utilizzare un metodo rigoroso e presentare riscontri oggettivi
Precisione procedurale	Utilizzare metodi validati, esplicitare limiti e documentare.	
Trasparenza verso le parti	Registrare audio/video, informare sulle modalità di indagine.	Registrare il colloquio con il periziando e dare accesso alle parti
Rispetto e tutela della persona	In particolare minori o soggetti vulnerabili; evitare influenze e stress.	Scegliere metodi delicati e non suggestivi nell'audizione dei minori

Fattori che influenzano la qualità

- **Esperienza e training:** più uso → più competenza e soddisfazione.
- **Età e familiarità tecnologica:** giovani più competenti.
- **Linee guida mancanti:** necessità di standardizzazione.

Raccomandazioni per best practice

- Formazione periodica e accreditata.
- Selezione piattaforme sicure (es. Coviù, Doxy.me).
- Adattamenti per testing (screen sharing, lettura item).
- Strategie per mantenere alleanza terapeutica (più direttività verbale, monitoraggio outcome).

Attenzione

Le modalità e regole dell'interazione dipendono dall'orientamento terapeutico e dallo stile personale del terapeuta (Fitzgerald, 2013) e dal modo in cui questi aspetti interagiscono con le caratteristiche specifiche del paziente piuttosto che sul mezzo utilizzato e le modifiche che questo mezzo introduce nell'interazione.

Meccanismi di difesa

- [file:///C:/Users/Laura/Downloads/Lingiardi-Tanzilli_Contributo%20DIFESE%20-%20MASTER%20OH%20-%20Maggio%202024%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Laura/Downloads/Lingiardi-Tanzilli_Contributo%20DIFESE%20-%20MASTER%20OH%20-%20Maggio%202024%20(3).pdf)

Testi Psicopatologia Dello Sviluppo

- Ammaniti, M. (a cura di) (2001) *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ammaniti, M. (a cura di) (2002) *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Maestro, S. & Muratori, F. (Eds.) (2018). *DC: 0-5. Classificazione Diagnostica Della Salute Mentale e dei Disturbi di Sviluppo nell'Infanzia - Zero To Three*. Roma: Fioriti Editore.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., & Speranza, A. M. (2020). *PDM-2 0/18. Manuale diagnostico psicodinamico. Infanzia e adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Tambelli, R. (2025). *Manuale di Psicopatologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino
- Occhini, L. (2023). *Psicologia clinica per insegnare*. Bologna: Zanichelli.