

Codice deontologico: 2019- capo V – comunicazione

Capo I – relazione di cura (apprendimento e cura)+ Reciprocità di rapporto infermiere x paziente

L'infermiere se ne occupa di non lasciare mai solo il paziente specialmente in emergenza. Il tempo di cura è quello necessario (non si può quantificare/standardizzare

Capo IV – rapporti con gli assistiti

Art 19 – confidenzialità e riservatezza

Segreto professionale (non rivelare i dati – anche pos mortem – obbligo giuridico e convinzione morale) x riservatezza(proteggere i dati)

Art 20. Rifiuto all'informazione sul proprio stato di salute. Nel caso questa disinformazione rappresenti rischi a lui o alla collettività dobbiamo cercare in ogni modo di farlo capire la problematica

Art 21 strategie e modalità di comunicazione

Art. 24 fin di vita- E un momento difficile il fine vita, ma è essenziale permettere all'assistito di attraversare questo periodo in modo degno

CURE PALLIATIVE – proteggono la vita e promuovono la qualità. Non accelerano né ritardano la morte. Prende cura anche dei bisogni di parenti (sistema di supporto durante la malattia terminale e per elaborare il lutto)

AUTODETERMINAZIONE – CONSENSO INFORMATO - CORRETTO E CHIARO

PATTO INFERMIERE PAZIENTE DEL 1996 - DEFINISCE IL rapporto DI FIDUCIA TRA INFERMIERE E CITTADINO-

La informazione al paziente deve essere: onesta, veritiera, completa e aggiornata

L'informazione alla persona deve essere paritetica, non discriminata e libera da conflitti di interesse

**I dati personali in grado di rivelare lo stato di salute delle persone sono definiti "dati sensibili" e non possono essere diffusi.**

Regolamento dati personali – Unione Europea

**I dati personali oggetto di trattamento sono:**

- a) Trattati in modo lecito e secondo correttezza
- b) Raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi ...
- c) Esatti, e se necessario aggiornati
- d) Pertinenti, completi e non eccedenti ...
- e) Conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo non superiore a quello necessario ..

**Il consenso informato, è il diritto del paziente di scegliere, accettare o anche rifiutare i trattamenti (diagnostici, terapeutici, ecc.), dopo esser stato pienamente informato sulla diagnosi, il decorso previsto dalla malattia, tutti i possibili rischi ad essa correlati e sulle alternative terapeutiche e le loro conseguenze.**

COMUNICAZIONE – condividere messaggi – scambio reciproco . trasmissione di informazioni, conoscenze, pensieri tra due o più soggetti. Contenuto (cosa si comunica) e relazione (come si comunica). comunicare è un’abilità ma anche una capacità che va sviluppata costantemente.

Funzioni della comunicazione: emotiva, informativa, di contatto, poetica, metalinguistica, persuasiva

I CINQUE ASSIOMA DELLA COMUNICAZIONE

NON SI PUO’ NON COMUNICARE

ESISTONO DUE MODULI DI COMUNICAZIONE: QUELLO NUMERICO E QUELLO

ANALOGICO

LA COMUNICAZIONE E’ SEMPRE METACOMUNICAZIONE

LA COMUNICAZIONE E’ ORDINATA DA UNA SEQUENZA DI ATTI COMUNICATIVI: LA

PUNTEGGIATURA

TUTTI GLI SCAMBI DI COMUNICAZIONE POSSONO ESSERE SIMMETRICI O

COMPLEMENTARI

Feedback – ritorno di un messaggio che influenza i messaggi successivi

VERBALE mezzo (numerica – efficace per contenuto – non per relazione) 7%, PARAVERBALE – 38%,

NON VERBALE – 55%(analogici - relazione) Espressione facciale; Gesti; Postura; Contatto visivo; Elementi para verbali.

**CONTENUTO – può creare confronto – RELAZIONE – può creare CONFLITTO**

STILE PASSIVO – accondiscendente – no iniziative –

STILE AGGRESSIVO – esigente ostile scortese

STILE PASSIVO AGGRESSIVO – evita conflitto non contrariando la persona ma si arrabbia e non soddisfa le richieste

STILE MANIPOLATIVO - Tendono a delegare le responsabilità agli altri, vittimismo per raggiungere i loro obiettivi. Gli assistiti vano “coccolati” ma abbiamo anche l’obbligo di spingere all’autonomia

STILE ASSERTIVO: ideale – gentile ma diretto – Positivo e propositivo

Percezione sociale: modo in cui formiamo una opinione sugli altri

SPAZIO

Intimo – fino 45 cm – solo a uso terapeutico

Personale 45 cm a 1,2 m – amici – colloqui-consulenze

Sociale – 1,2 a 3,60 m

Distanza pubblica – sopra 3,6m estranei

3 FASI DELLA RELAZIONE:

APERTURA – Anche il paziente raccogli informazioni su di noi e sull'ambiente. Molto importante farlo sentire a suo agio, trattato come persona e non come caso clinico.

Rapporto alla pari e disponibilità all'ascolto

OPERATIVA O DI SVILUPPO- L'informazione che dobbiamo dare al paziente sono importantissima, a volte includono delle condizioni invalidanti anche alla fine del ricovero, e il paziente va supportato

DISTACCO O CONCLUSIVA - Spesso ci sono grossi disagi delle famiglie dopo la fine della degenza (per morte, condizioni difficili di dipendenza...). Spesso entrano in gioco i servizi sociali per appoggio alla famiglia e all'assistito. Anche noi dovremmo imparare a gestire il carico emozionale della sofferenza/della morte. Confrontarci con i colleghi o con il servizio di supporto psicologico è importante.

Potenzialità TERAPEUTICA: Empatia, considerazione Positiva e accettazione incondizionata

BUON SENSO DI SE' – conoscerci bene, e lavorare sui nostri punti deboli

5 fasi dell'elaborazione al dolore: negazione e rifiuto, rabbia depressione , patteggiamento, accettazione

BAMBINO IN OSPEDALE: Nel caso della separazione della mamma o chi fa le veci di essa

0-3 anni - **La fase della protesta** – RIFIUTA L'INFERMIERE, VUOLE LA MAMMA

**La fase della disperazione:** PERDE LE speranze di rivedere la mamma – apatia. E quando viene la mamma sembra peggiorare

4–6 anni - il bambino può entrare in una terza fase di reazione che ha definito: negazione.

adattamento puramente reattivo che lo porta ad un progressivo isolamento affettivo.

Alcuni diventano pazienti difficili e intrattabili, altri regrediscono al punto che alcuni segni di questa regressione rimangono anche dopo la deospedalizzazione (es. suzione del dito, disturbi del sonno, disturbi dell'alimentazione, ecc.)

6 anni in su - stadio di "latenza"

Il gioco permette di assimilare l'esperienza e di esplicitare anche eventuali vissuti di angoscia relativi alla situazione di malattia, trasformandone la carica distruttiva attraverso la rappresentazione.

NELL'ADULTO: **la negazione** - ignorare la malattia, **la resistenza** - la persona è consapevole di essere affetta da una patologia, ma continua la sua vita normale **l' ipocondria**- esageratamente preoccupato per la sua salute e non si dà pace sin quando non ha avuto una diagnosi precisa.

ENGEL - Biopsicosociale secondo il quale la comprensione della malattia potrebbe avvenire solo attraverso la comprensione degli aspetti biologici, psicologici e sociali in cui si sviluppa nei singoli pazienti.

Jasper -approccio empatico

Balint -l'importanza della relazione con il paziente considerandola di per sé terapeutica.  
Rogers, relazione terapeutica centrata sul paziente e sullo sviluppo delle potenzialità del curato. riconoscimento della sua autonomia, responsabilità ed espressione di sé.

## MEDICINA CENTRATA SUL PAZIENTE

Diagnosi di malattia

Confronto con il vissuto del paziente

Impostazione del trattamento terapeutico: AGENDA DEL PAZIENTE -"ciò che il paziente porta con sé e con la sua malattia: composta da quattro dimensioni:

i sentimenti, le sue idee e interpretazioni riguardo la sua malattia; le aspettative (quello che presumibilmente accadrà) e desideri (quello che si vorrebbe veder accadere), il contesto di vita del paziente (ciò che genera l'agenda)

**EMOZIONI** - cognitiva fisiologica espressivo-motoria motivazionale soggettiva

le due vie di reazione all'attacco: quella impulsiva e a volte aggressiva, la seconda più equilibrata e riflessuta

**Prospettiva evoluzionista dell'espressione delle emozioni DARWIN**

EKMAN - 7 REAZIONI FACIALI – emozioni UNIVERSALI : sono universali ossia riconoscibili dentro gli stessi standard ovunque, ma sono anche congenite (nascono con noi). Quello che differisce sono gli stimoli che le provocano, che sono di fondo estremamente culturali (esempio una donna truccata per strada in Brasile causa gioia in un paese arabo disgusto)  
GIOIA, TRISTEZZA, DISGUSTO, DISPREZZO, SORPRESA, RABBIA, PAURA

**L'AMIGDALA** - emozioni negative: rabbia, evitamento, difesa, paura.

Teoria PERIFERICA

Lange- può comprendere un comportamento linguistico misurabile, azioni manifeste organizzate e un sistema fisiologico

James e Lange - l'emozione corrisponde alla percezione di modificazioni fisiologiche

La TEORIA CENTRALE: Cannon-bard-Le modificazioni fisiologiche non sono sufficienti per spiegare la nascita di un'emozione

La teoria cognitivo-attivazionale - Schachter e Singer - dimensione psicologica nello studio delle emozioni,

ESPERIMENTO DI SCHACHTER & SINGER le emozioni dipendono dall'interpretazione cognitiva che l'individuo fa dei cambiamenti fisiologici.

LA TEORIA DELLA VALUTAZIONE DI MAGDA ARNOLD

Stimolo→Valutazione→Tendenza→Sentimento all'azione

**TEORIE DELL'APPRAISAL** - Le emozioni dipendono dal modo con cui gli individui valutano e interpretano gli stimoli del loro ambiente. Sono – insieme di valutazioni che l'individuo compie sul significato di eventi e stimoli che hanno una certa importanza per il suo benessere e la sua sopravvivenza. I processi di appraisal hanno un vero e proprio ruolo causale nella genesi delle emozioni. I processi di appraisal sono anche ritenuti responsabili del diverso modo in cui le emozioni si manifestano a livello fisiologico, espressivo-comportamentale e soggettivo

#### **STRESS: IL MODELLO TRANSAZIONALE DI LAZARUS**

Primaria: il soggetto valuta il significato : irrilevante, positivo o stressante;

Secondaria: è relativa al tipo di azione richiesta;

Rivalutazione (o reappraisal): consiste nel valutare gli effetti delle risposte

**LE TEORIE PSICO-EVOLUZIONISTICHE-** le emozioni siano strettamente associate alla realizzazione di scopi universali, connessi con la sopravvivenza della specie e dell'individuo. Si fonda su famiglie di emozioni di base (primarie) che sono Tristezza, Sorpresa, gioia, Disgusto, Rabbia, e Paura e secondarie( espressione è modellata culturalmente) allegria, invidia, vergogna, ansia, rassegnazione, gelosia, speranza, perdono, offesa

**TEORIE EVOLUZIONISTICHE:** significato adattativo delle emozioni

Componenziali: le emozioni sono eventi complessi dipendenti dall'apprendimento

Dimensionali: le emozioni sono processi cognitivi di valutazione dei diversi aspetti dello stimolo (novità, piacevolezza, coerenza con obiettivi del soggetto, risorse personali per farvi fronte, norme sociali, concetto di sé)

Costruttivistiche: le emozioni sono culturalmente costruite (es. amare)

#### **DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ (BPD) DEREGOLAZIONI**

Interpersonali : Sforzi disperati di evitare un abbandono e Relazioni interpersonali instabili e intense (tutto o niente)

Del sé: Alterazione dell'identità (difficoltà di percezione di sé stessi) e Sentimenti cronici di vuoto

Comportamentale : Impulsività e comportamento autolesivi

Emozionali: Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (da un estremo all'altro in un attimo) e Rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllarla

Cognitiva: Ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress

La DBT (Terapia Dialettico- Comportamentale)- Da alta a media fino a lieve gravità.

PRÉ-TRATTAMENTO: condivisione degli obiettivi e coinvolgimento attivo del paziente, ACCORDO (obiettivi da raggiungere).

TERAPIA INDIVIDUALE: monitoraggio, applicazione in seduta di catene comportamentali

SKILLS TRAINING: intervento di gruppo sull'acquisizione di abilità Mindfulness Tolleranza

alla sofferenza mentale/angoscia, Regolazione emotiva, Efficacia interpersonale Di fondamentale importanza il coinvolgimento dei FAMILIARI/figure di riferimento partecipazione attiva ai gruppi

LUTTO stato psicologico conseguente alla perdita di un oggetto significativo, che ha fatto parte integrante dell'esistenza.

STADI DEL LUTTO: 1 shock e incredulità , 2 cordoglio acuto, 3 risoluzione del processo di cordoglio

BOWLBY -4 fasi del lutto: disperazione acuta - il rifiuto della perdita, fase d'intenso desiderio e di ricerca della persona deceduta (mesi o anni), fase di disorganizzazione e di disperazione, fase di riorganizzazione

Kubler Ross 5 fasi negazione o del rifiuto , rabbia: costituita da ritiro sociale, della contrattazione , della depressione, Fase dell'accettazione

Sono fasi e non stadi poiché non si assiste rigorosamente a una sequenzialità ma si possono presentare con differenti tempistiche, alternanze, intensità

1990 - Le cure palliative hanno la finalità di garantire una buona morte in un contesto di cura adeguato con il controllo dei sintomi e in presenza delle persone che si desidera avere vicino.

Leggere gli approfondimenti sono tema di esame

#### LETTURE DI APPROFONDIMENTO

Ilaria Betti (2016), 10 parole per descrivere 10 emozioni inspiegabili.

Awumbuk, malu, torschlusspanik: in un libro tutti i nomi delle sensazioni "strane" - The Huffington Post

Paolo Legrenzi (2017), Una sintassi delle emozioni - Sole24Ore

<https://www.ilsole24ore.com/art/una-sintassi-emozioni-AE6AQkMB>

(2020), Una società italiana di intelligenza artificiale ha studiato le nostre emozioni durante il lockdown -

[https://www.wired.it/attualita/tech/2020/05/13/coronavirusintelligenza-artificiale-emozioni-lockdown/?refresh\\_ce](https://www.wired.it/attualita/tech/2020/05/13/coronavirusintelligenza-artificiale-emozioni-lockdown/?refresh_ce)

La **“conoscenza del corpo”** è una capacità cognitiva, indica un **“sapere come è fatto il proprio corpo”**, ed è diversa dalla **“coscienza o consapevolezza corporea”**.

**Il termine sensazione** - indica l'insieme degli elementi della conoscenza sensibile provocati da stimoli esterni che agisce sui nostri organi sensoriali.

sensibilità Enterocettiva: provenienti dall'interno del corpo, grazie alle quali possiamo sentire il battito cardiaco, il movimento respiratorio, il grado di tensione dei muscoli o dei tendini, o sensibilità Propriocettiva: possiamo conoscere la posizione e il movimento delle

varie parti del corpo a occhi chiusi. - risposte agli stimoli provenienti dal mondo fisico/chimico da parti dei recettori degli organi di senso – effetti immediati ed elementari, passivi non influenzati dalla coscienza/vissuti/aspettative.

WEBER SOGLIA DIFFERENZIALE PROPORZIONALE ALLA GRANDEZZA DELLO STIMOLO (soglia assoluta...minimo stimolo possibile da distinguere 50% delle presentazioni)

**PERCEZIONE**- processi coinvolti nell'elaborazione, selezione e organizzazione degli stimoli ricevuti dagli organi di senso – effetti finali complessi con impronta psicologica. Processo attivo ma non volontario

PERCEZIONE BOTTON UP – inizia dallo stimolo e viene progressivamente elaborata

PERCEZIONE TOP-DOWN – (guidati da concetti GREGORY-Tomita) uso integrato e contestuale di tutte le informazioni presenti + conoscenze pregresse

Stimolo distale- energia di stimolazione che perviene al recettore sensoriale

Stimolo prossimale – porzione dello stimolo distale che viene raccolta producendo segnale avvertito dall'organismo

PSICOFISICA: STUDIO DELLE PERCEZIONI

GELSTALT – KOFFKA, KOHLER, WERTHEIMER – importanza degli stimoli (caratteristiche) meno dei processi cognitivi (DEUTSCH – UDITO). Raggruppamento con regole : vicinanza, somiglianza, continuità, chiusura(completamento), destino comune, pregnanza o buona forma (vengono privilegiati le forme più semplici e coerenti)

IN QUALCHE MODO TENDIAMO SEMPRE A SOVRASTIMARE GLI ELEMENTI VERTICALI E SOTTOSTIMARE QUELLI ORIZZONTALI

FIGURE DI RUBIN E NECKER – Provano che la percezione non dipende soltanto dallo stimolo ma da una elaborazione

COSTANZE PERCETTIVE - di grandezza, di luminosità e di colore

Thouless – regressione fenomenica compromesso tra valore retinico e realtà fisica

ILLUSIONI PERCETTIVE- discrepanza tra dato fisico e dato percepito

### **SINTESI – LA PERCEZIONE**

Processo di adattamento attivo all'ambiente, seleziona le informazioni: Filtro, Non corrispondenza biunivoca fra realtà fisica e fenomenica, Segmentazione del flusso continuo delle stimolazioni spaziali e temporali, Interdipendenza fra processi “bottom up” (sense driven) e “top down” (concept driven), Legame fra esterno e interno, Rapporto fra percezione e attività conoscitiva in ambiente dotato di significato

L'insieme delle varie sensazioni e percezioni che riguardano il corpo, unificate, formano quella che chiamiamo **coscienza o consapevolezza corporea**, grazie alla quale possiamo raccogliere tutte le percezioni dei singoli segmenti corporei e unificarle in un unico schema, dando loro un'identità specifica.

**L'immagine corporea** - è la rappresentazione mentale che ognuno ha del proprio corpo, permeata e modellata dal vissuto che ha arricchito la percezione del corpo stesso. implica anche come e in che modo noi percepiamo il nostro corpo e gli altri ci percepiscono, e

quindi l'importanza dei fattori psicologici e sociali, le dinamiche inconsce che influenzano lo schema corporeo.

**schema corporeo intendiamo** - la rappresentazione mentale del corpo come entità spaziale, costituita sulle basi cognitive delle sensazioni che provengono dal corpo stesso

L'APPRENDIMENTO – processo cognitivo che consente di acquisire informazioni, conoscenze, abitudini e comportamenti nuovi

**APPRENDIMENTO NON ASSOCIATIVO: Assuefazione** – abituarsi a uno stimolo senza conseguenze positive o negative (non è adattamento sensoriale – es all'odore quello è associativo). La risposta si affievolisce in relazione al numero delle presentazioni, ma può ristabilirsi, con la stessa intensità iniziale, dopo un periodo sufficientemente lungo di assenza di presentazione. **Sensibilizzazione** – : si verifica quando si risponde intensamente ad uno stimolo considerato neutrale

### **APPRENDIMENTO ASSOCIATIVO**

Condizionamento Classico : l'associazione ripetuta di uno stimolo neutro con uno stimolo capace di evocare una risposta fisiologica fa sì che anche lo stimolo inizialmente neutro evochi la stessa risposta. es. campana prima del cibo provoca salivazione nel cane  
IL COMPORTAMENTISMO DI WATSON – condizionamento delle persone, mediante stimoli, modificandone il comportamento

CONDIZIONAMENTO OPERANTE – THORNDIKE – apprendere che un determinato comportamento porta a una particolare conseguenza. **legge dell'effetto**: una risposta che determina un effetto piacevole tende a ripetersi, mentre una conseguenza spiacevole non favorisce la ripetizione della risposta; - **"legge dell'esercizio"**: la ripetizione di una risposta diventa sempre più probabile quanto più spesso viene ripetuta  
RINFORZO= evento che fa sì che il comportamento che lo ha immediatamente preceduto divenga più probabile rispetto ad altri comportamenti POSITIVO - aumenta la probabilità della risposta che lo precede. NEGATIVO la SCOMPARSA aumenta la probabilità dell'azione (fuga o evitamento)

**Skinner: la Skinner Box** - Le conseguenze di un'azione modificano la probabilità che quell'azione si ripeta

MATURAZIONE: UNIVERSALE, SEQUENZIALE NON INFLUENZATA DALL'ESPERIENZA

**Periodo Critico**: una fase specifica dello sviluppo in cui un particolare tipo di stimolazione (o la sua carenza) possono avere un impatto determinante sulle fasi successive di sviluppo. Ciò dipende dall'AMBIENTE

LORENZ – etologia - IMPRINTING - determina una forma di attaccamento nei confronti della figura materna, anche se questa è solo un oggetto in movimento. Si determina in momenti sensibili ("periodi critici") poco dopo la nascita e può determinare scelte successive, come ad es. soprattutto quelle sociali e sessuali

BOWLBY e la teoria dell'attaccamento - Monotropia – I bambini costruiscono un solo forte attaccamento, generalmente alla madre nel primo anno di vita – è essenziale per lo sviluppo sociale, emotivo e cognitivo. **“Deprivazione Materna”** : gravi conseguenze dovute alla mancanza di attaccamento. Segnalazione e avvicinamento – comunicazioni dirette - mantenimento vicinanza - relazione con scopo programmato

Accudimento adeguato - I genitori sono attenti ai bisogni del bambino e li soddisfano rapidamente. Nell'accudimento inadeguato i genitori si occupano del bambino quando ne hanno voglia, e lo ignorano nelle altre circostanze

**KOHLER - INSIGHT** - Intuizione improvvisa : è una RISTRUTTURAZIONE DEL CAMPO PERCETTIVO che porta all'**improvvisa** acquisizione di conoscenze e alla soluzione di problemi, inducendo modificazioni nel comportamento. **Preparazione.** Acquisizione di informazioni ed esperienza sull'argomento. **Incubazione.** Spesso si individuano nuove soluzioni ad un problema a distanza di tempo. **Illuminazione.** La soluzione appare improvvisamente, e può non essere elicitata da stimoli connessi o evidenti (l' "Eureka" di Archimede). **Verifica.** Accertamento della validità della soluzione WEISBERG – Creatività: la creatività dipende dall'esperienza (conoscenza DELL'AMBITO) e dalla costanza dell'impegno. Il processo creativo implica l'analisi finalizzata ad un obiettivo, la generazione di idee, e la valutazione critica

I bias cognitivi sono costrutti fondati, al di fuori del giudizio critico, su percezioni errate o deformate, su pregiudizi e ideologie; utilizzati spesso per prendere decisioni in fretta e senza fatica. Si tratta, il più delle volte di errori cognitivi che impattano nella vita di tutti i giorni, non solo su decisioni e comportamenti, ma anche sui processi di pensiero.

man, 1974). Le euristiche sono definibili come un processo di pensiero che permette di apprendere, recuperare e comprendere informazioni, riducendo il complesso compito di stima di probabilità in uno più maneggevole. Basandosi su informazioni parziali, esse permettono di arrivare allo scopo desiderato nel minor tempo e con il minor dispendio possibile di risorse cognitive. È proprio la semplificazione di un compito complesso a causare la messa in atto di decisioni che portano alla commissione di errori.

Le euristiche sono procedimenti mentali intuitivi e sbrigativi, scorciatoie mentali, che permettono di costruire un'idea generica su un argomento senza effettuare troppi sforzi cognitivi. Sono strategie veloci utilizzate di frequente per giungere rapidamente a delle conclusioni.

Il *problem solving* è «una elaborazione cognitiva volta a trasformare una determinata situazione in una meta da raggiungere, quando nessun metodo scontato di soluzione è immediatamente disponibile» (Mayer, 1990, p. 284). Negli anni Settanta del Novecento si è tentato di

Per *afasia* si intende un disturbo conseguente a lesioni cerebrali che compromettono la capacità di comprendere, elaborare e produrre linguaggio, in modalità sia orale che scritta (Grossi e Trojano, 2011). Tale disturbo è selettivo, ossia legato a lesioni cerebrali specifiche connesse ai centri del linguaggio. Per formulare quindi una diagnosi di afasia è necessario prima escludere deficit a livello cognitivo globale (per esempio, demenza), sensoriale (deficit visivi o uditivi) così come paralisi o cattivo coordinamento dei muscoli coinvolti nell'eloquio. La classificazione delle afasie rispecchia le prime osservazioni compiute da o addirittura aperta ostilità. Riassumendo le diverse prospettive sull'argomento, il linguaggio umano viene qui inteso come «la capacità di utilizzare un codice per esprimere, comprendere, comunicare e rappresentare il mondo, le idee sul mondo e i propri stati interni attraverso un sistema convenzionale di segni arbitrari». I prossimi paragrafi approfondiranno nel detta-

DISEASE- malattia biologica

ILLNESS – percezione della malattia

SICKNESS – dimensione sociale della malattia

ASCOLTO- non è solo l'atto fisico di udire ma è un'azione intellettuale ed emotiva Chi ode riconosce i suoni mentre **chi ascolta capisce cosa e' stato detto**

**ASCOLTO ATTIVO – SOLER – Predisposizione a ricevere un messaggio, empatia per capire il vero messaggio, il punto di vista altrui, non giudicare**

**RIFORMULAZIONE** – riorriferire alla persona un riassunto di quanto hai compreso. Rassicura l'interlocutore di essere stato ascoltato, conferma la comprensione, minimizza conflitti

**EMPATIA** -Un atteggiamento verso gli altri caratterizzato da uno sforzo di comprensione dell'altro, escludendo ogni attitudine affettiva personale (simpatia, antipatia) e ogni giudizio morale

LA RESILIENZA è la capacità di autoripararsi dopo un danno, di far fronte, resistere, ma anche costruire e riuscire a riorganizzare positivamente la propria vita nonostante situazioni difficili che fanno pensare a un esito negativo. ciò che non lo uccide, lo rende più forte.

COUNSELING relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato

**CONFLITTO** è un'esperienza comune, quotidiana e costante nella vita degli individui e dei gruppi, permette l'elaborazione positiva o funzionale (o negativa - disfunzionale). Il conflitto è un processo che inizia quando una parte percepisce che l'altra parte agisce in modo negativo: implica opposizione, incompatibilità o mancanza di interazione. Conflitto di contenuto (controversia, di relazione, di identità, di interesse e di valori); Conflitto organizzative ( di ruolo, strutturale, di controllo e di dati);

**Risoluzione del conflitto:** Approccio collaborativo: le parti lavorano assieme per risolvere i problemi e raggiungere obiettivi; Negoziazione: è il processo di discussione e di concessioni reciproche tra le parti (vantaggiosa per entrambe le parti o solo per il più forte); Mediazione – Arbitrato: l'intrusione di una terza persona che aiuti e faciliti la comunicazione

**STRESS** -è una risposta integrata dell'organismo a fattori interni/esterni che tendono ad alterarne l'equilibrio (stressors) che mettono in moto risposte fisiologiche e psicologiche di natura adattiva Eustress (stimolo – reazione- adattamento – ristabilimento omeostasi) e distress (impossibilità dell'organismo di modulare la risposta di stress: attivarla quando

serve e fermarla quando non serve più)

**BURNOUT** reazione conseguente all'esposizione prolungata a fattori di stress (distress cronico) di carattere emotivo e interpersonale sul lavoro. Esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale

**IMPEGNO** – l'opposto dell'burnout : energia+coinvolgimento+efficacia

**COPING** - Le modalità di gestione della malattia sono incluse nel termine coping, nella prospettiva teorica delle risposte allo stress. (fonte di minaccia (threat) o fonte di stimoli (challenge))

**COPING Centrato sul problema – aloplastico** Obiettivo: modificare la situazione –Esempio mettersi a dieta per controllare il diabete

**COPING Centrato sulle emozioni - autoplastico** Obiettivo: ridurre le emozioni negative – ossia agire su sé stesso, adattarsi

**COPING Evitamento** Obiettivo: non elaborare la situazione – aspettiamo momenti migliori per gestire la situazione

Tuttavia, occorre distinguere tra il processo - o **strategia** - di coping (che non è di per sé adattativo o disadattativi) e **gli esiti** del coping, cioè le sue conseguenze sul benessere e sulla qualità di vita. L'efficacia di una strategia di coping non può essere determinata a priori, ma valutata in risposta ad una specifica situazione.

Nella gestione di situazioni scarsamente controllabili si è evidenziata l'utilità del coping centrato sulle emozioni: in esse il problem-focused coping risulta poco efficace e adattativo.

**LA COMPLIANCE** è il livello con cui il paziente rispetta le indicazioni ricevute dal proprio medico curante sia in termini di cure, sia in termini di rispetto di orari e di appuntamenti. Rappresenta un indicatore della collaborazione tra operatore e paziente e ha ovvi effetti sulla buona riuscita di una terapia. La compliance è un riflesso dell'intesa tra il professionista e il suo assistito, ha una natura prettamente relazionale e quindi va conquistata, consolidata e mantenuta attraverso l'interazione

## ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI

Benefici (confermati da ricerche):

- sblocco dell'inibizione usata per frenare i pensieri negativi (coping passivo/evitamento). Ma pensare può portare a rimuginare: occorre anche analizzare la situazione e le proprie emozioni, ed individuarne significati adattativi. Rimuginare se si prolunga non è per niente produttivo, a questo punto è importante uscirne
- L'espressione permette di organizzare consapevolmente l'esperienza come racconto comprensibile e comunicabile, e di inscrivere nella propria storia di vita attraverso connessioni con passato e futuro. Raccontarci aiutaci anche a comprendere meglio.
- Comunicare il proprio stato interno consolida le relazioni interpersonali, che sono supporto essenziale. Condividere la gioia o stesso il dolore, può essere

**COPING BASATO SUL SIGNIFICATO** Il paziente che deve adattarsi al peggioramento delle condizioni fisiche può percepire impotenza, fallimento e perdita di senso (stress esistenziale)

**PROCESSO DI ADATTAMENTO Malattia cronica (le stesse tape del luto)**

- Shock, • Consapevolezza, • Rifiuto / negazione, • Rabbia, • Negoziazione, • Depressione, • Ri-orientamento/ adattamento

**MODELLI A STADI** - Valutazione del livello di adattamento del paziente

- Strumento di rassicurazione per paziente e familiari, Criterio per valutare le modalità ed i contenuti della comunicazione al paziente
- Rifiuto: (minimizzare, prenotare una vacanza...)
- Orientamento al passato . rimpianto
- Orientamento al futuro **Il "dopo di me" può essere molto rassicurante esempio, ravvicinarsi a un parente di cui si è allontanato per non partire con cose pendenti, risolvere questioni pratiche come eredità...**
- Se i tempi della fase diventano troppi lunghi può essere necessario chiedere il consulto a un professionista

ANALISI TRANSAZIONALE – IO formato da bambino, Adulto, Genitore

**Il Bambino** - La parte bambino dell'io è dove è racchiusa la spontaneità e l'emotività.

Il Bambino racchiude tutte quelle esperienze, quei comportamenti che noi mettiamo in atto nella nostra infanzia: adattato, ribelle e libero

**L'Adulto** - La parte adulta è la parte razionale di tutti noi, dove si elaborano le informazioni. L'Adulto esamina la situazione e valuta le conseguenze

**Il Genitore** - La parte genitoriale dell'io è quella dove sono custoditi i sentimenti, i comportamenti, le emozioni, gli insegnamenti, gli esempi che noi abbiamo appreso dai nostri genitori e figure che ci hanno educato. Quando una persona si trova nello stato Genitore, reagisce secondo i modelli di suo padre o sua madre: critico (positivo – guida, insegna. Negativo, punisce, svaluta) e affettivo (positivo: cura e incoraggia. Negativo: iperprotettiva)

**AUTOSTIMA** - La considerazione globale che un individuo ha di sé stesso

Copione da principe- tendenzialmente si sente sempre bene e a suo posto, anche quando non compie grandi cose, non è invidioso. Copione da ranocchio – desiderare sempre oltre, non essere mai soddisfatti. Noi tendiamo a confermare il nostro copione, è la tendenza generale... Per poterlo modificarlo, bisogna soprattutto identificarlo.

Io – la mia immagine di me

Sé – quello che gli altri vedono di me

Ma non sempre è così...a volta sono esattamente i nostri difetti/limiti a diventare

meglio, a svilupparci

Autoplastico – modificare sé stessi per adattarsi all'ambiente es: vestirsi d'accordo con l'ambiente

Aloplastico – modificare l'ambiente per adattarsi a me es: sedia a rotelle

**AUTODETERMINAZIONE DEL PROPRIO VALORE** - Il diritto all'autodeterminazione è il riconoscimento della capacità di scelta autonoma e indipendente dell'individuo

## **LE COMPONENTI DELL'AUTOSTIMA**

**ACCETTAZIONE GLOBALE DI SÉ:** La sensazione di venire accolti dal mondo e da sé stessi così come si è, nonostante i propri difetti ed a prescindere dalle proprie prestazioni

**CONSAPEVOLEZZA DI SÉ:** Sapere quali sono i propri punti di forza e di debolezza. Conoscere i propri obiettivi a lungo termine e a breve termine

**IMMAGINE DI SÉ:** L'accettazione globale della propria immagine corporea, con consapevolezza di pregi e difetti

**AUTOEFFICACIA PERCEPITA:** La convinzione di essere capace di dominare specifiche attività, situazioni o aspetti del proprio funzionamento psicologico

L'autostima non riflette le capacità delle persone

Persone con alta autostima non sono necessariamente più dotate (più Intelligenti, competenti, attraenti). Quello che le distingue sono le convinzioni circa le loro capacità, i loro atteggiamenti, i loro successi e fallimenti

**L'ASSERTIVITÀ E L'ATTEGGIAMENTO POSITIVO** è mentale positivo che ci consente di comunicare all'altro ciò che realmente pensiamo in un'ottica costruttiva. Esprimersi correttamente in termini di contenuto, modo e momento. Affrontare in modo corretto le critiche che ci vengono rivolte. Farci rispettare all'interno di un gruppo di pari (es. colleghi, amici). Significa anche saper scegliere come comportarsi con gli altri dopo aver calcolato rischi e svantaggi. Il Comportamento Assertivo: È quello di chi considera importanti le proprie esigenze, diritti, bisogni e desideri e cerca di soddisfarli. Nel farlo, però, la persona fa in modo di rispettare i diritti e i bisogni degli altri.

**LO STILE DI INTERDIPENDENZA:** Consiste nel contribuire al raggiungimento degli obiettivi comuni adottando delle modalità relazionali costruttive, basate sul tener in uguale considerazione le proprie e le altrui opinioni. Questo stile è quindi l'unico che possa definirsi assertivo.

I Comportamenti sociali adeguati - I comportamenti assertivi a massima sicurezza sono:

Il comportamento di **ARGOMENTAZIONE:** È di tipo razionale e consiste nel fornire al nostro interlocutore spiegazioni, dati oggettivi e ragioni logiche sulle cause che hanno portato all'insorgere di una data situazione.

Il comportamento di **SOSTEGNO** – Consiste nell'offrire agli altri assistenza e disponibilità non solo nell'immediato ma in maniera continua nel tempo, creando

così rapporti di fiducia e di dipendenza nei confronti di chi lo mette in atto da parte degli interlocutori.

Il comportamento di SEDUZIONE – Consiste nel dimostrare una disponibilità personale nella soluzione dei problemi altrui. Quando si utilizza. È efficace nel momento in cui ci si rapporta con persone molto emotive che vivrebbero come troppo formale la pura erogazione di un servizio, ma che vorrebbero un maggiore interessamento rispetto ai loro problemi.

Il comportamento di INFORMAZIONE – Consiste nella ripetizione di frasi pronunciate dall'altro, che naturalmente mostrino una certa coerenza con le proprie tesi.

Il comportamento di COMANDO – Consiste nella chiara espressione di ciò che desideriamo che gli altri facciano in una data circostanza.

LE CRITICHE MANIPOLATIVE: creano imbarazzo, senso di colpa, di ansia. Rendono difficile l'uso di comportamenti assertivi, a discapito della autostima.

ANALISI DEL COME E DEL PERCHÉ É STATA FATTA LA CRITICA, INSERITA NEL CONTESTO INTERINDIVIDUALE

LE CRITICHE COSTRUTTIVE: UN AIUTO PER L AUTOSTIMA Sono critiche tese al miglioramento, al benessere, all'aiuto dell'altro, anche se possono generare senso di colpa, di incompetenza, di ignoranza, di ansia.

DSM-5 strumento che serve per classificare i disturbi mentali. Stabilire non solo la presenza del disturbo, ma il livello e caratteristiche specifiche in ogni soggetto.

**Psicosi:** follia, disturbo ego sintonico es schizofrenia , disturbo delirante, disturbi psicotici brevi. **Schizofrenia:** mente divisa (almeno due sintomi tra: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato, sintomi negativi), perdita della cura di sé. **Delirio:** convinzioni (grandezza, persecuzione...).

**Allucinazioni:** coinvolge i sensi – sente una voce, vede una immagine

**Nevrosi.** DISTURBI DEPRESSIVI; DISTURBI D'ANSIA; DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI; DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE; DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO E DISTURBI CORRELATI; DISTURBI CORRELATI AD EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI

**SPETTRO AUTISTICO** - Un unico disturbo e non più diversi disturbi, poiché sono presenti gli stessi sintomi alla base ma che variano dal punto di vista quantitativo e di gravità. Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale, in differenti contesti;

**I DISTURBI DI PERSONALITÀ** - Modalità persistente e pervasiva, stabile nel tempo di relazione, percezione e reazione, causando disagio significativo o compromissione funzionale; **Stranezza/eccentricità;** PARANOIDE, SCHIZOIDE, SCHIZOTIPICO.

**Emotività, drammaticità, stravaganza;** ANTISOCIALE, BORDERLINE, ISTRIONICO (molto teatrali), NARCISISTICO (forma aperta: pensano di essere i migliori, forma covert: come un narcisismo non riconosciuti)