



PSICOLOGIA CLINICA A.A. 2012/2013

Prof.ssa Christa Zimmermann
Tel. 045 8124441

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

DMS-PSY

- 8 Ottobre, ore 9.00-12.00
- 15 Ottobre, ore 9.00-12.00
- 19 Ottobre, ore 9.00-12.45
- 5 Novembre, ore 9.00-12.45

Quali sono le competenze professionali dell'assistente sociale?



Per essere un buon assistente sociale occorre...



Per essere dei bravi assistenti sociali occorre...

- **Qualità personali**
 - motivazioni
 - Sincerità e schiettezza verso il paziente
 - Atteggiamento rilassato, accogliente, non giudicante
 - Interesse e solidarietà verso il paziente
 - Comprensione e disposizione a vedere i problemi dal punto di vista del paziente
 - Empatia, accettazione
 - Buon adattamento, alta tolleranza alla frustrazione
 - Fiducia in se stessi
 - Non farsi coinvolgere troppo
 - Senso di responsabilità
- **Capacità professionali**
 - Conoscenze teoriche (es. formulare ipotesi di lavoro)
 - Competenze tecniche (es. formulare un piano strategico, utilizzare delle strategie)
 - Competenze relazionali e comunicative (es. raccogliere informazioni, gestire le emozioni)
 - Automonitoraggio e supervisione



**Le funzioni “terapeutiche” del
l’assistente sociale sono...**



Le funzioni terapeutiche dell'assistente sociale

- Accogliere e mettere a proprio agio l'utente
- Creare un clima di fiducia e collaborazione
- Gestire eventuali emozioni dell' **l'utente**
- Motivare ed educare alla salute
- Riabilitare funzionamento (es. abilità sociali, relazionali)
- Individuazione dei bisogni (individuo e collettività)
- Prevenzione



Quali sono le competenze comunicative-relazionali dell'assistente sociale

?





Le competenze comunicative e relazionali

- Saper raccogliere le informazioni utili dall'utente
- Saper instaurare una relazione di collaborazione e fiducia
- Saper informare correttamente l'utente
- Motivare l'utente
- Saper ascoltare e gestire eventuali reazioni emotive dell'utente
- Capacità di identificare un problema o un disagio emotivo
- Capacità di comunicare e collaborare con altre figure professionali



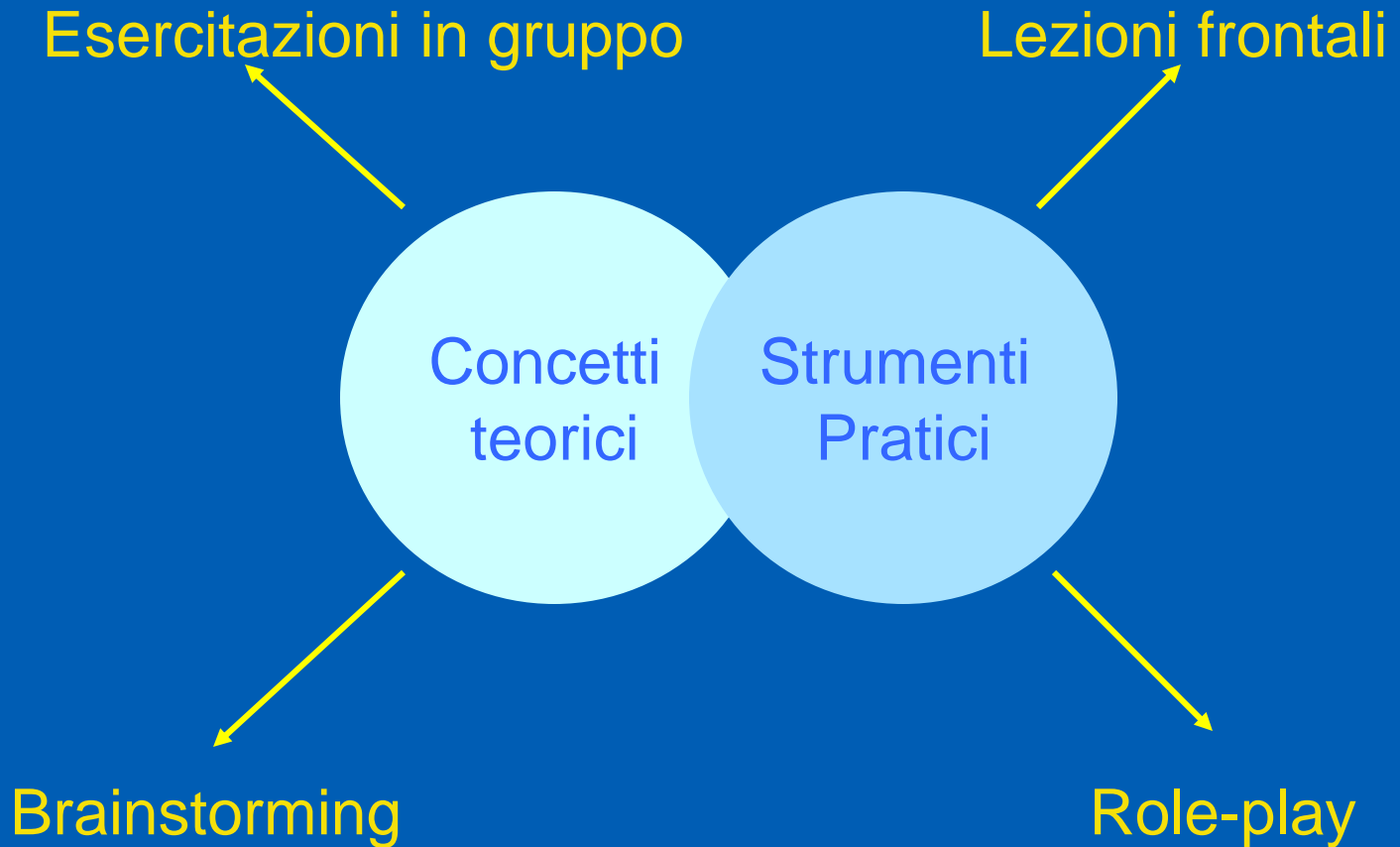
Obiettivi del Corso:

- Conoscere e applicare le conoscenze e competenze cliniche richieste per instaurare e mantenere l'alleanza di collaborazione con gli utenti e i familiari
- Programma in forma sintetica:
 - 1) Introduzione all'approccio comunicativo "centrato sul cliente"
 - 2) Le strategie comunicative per stabilire o recuperare un'alleanza di collaborazione con l'utente e il familiare.
 - 3) Il burn-out e il prendersi cura di se
 - 4) Analisi di situazioni professionali critiche ed elaborazione di interventi efficaci



Conoscenze e competenze

- Acquisire le **conoscenze** funzionali alla conduzione di un colloquio clinico e all'instaurarsi di una alleanza collaborativa
- Conoscere e sviluppare le **competenze** comunicative necessarie (*interview skills*) per **identificare tutti i problemi** rilevanti dell'utente in modo accurato ed efficace
- Conoscere e applicare le **competenze** comunicative funzionali alla creazione di una **relazione con l'utente** di fiducia e di collaborazione





I temi di oggi

- Il colloquio
 - La raccolta di informazioni
 - La relazione
 - La condivisione
- I criteri di efficacia
- La struttura del colloquio
- Introduzione alle tecniche comunicative
 - L'indagine aperta , l'indagine chiusa
 - Le abilità di raccogliere informazioni (1. Funzione)
 - Le abilità di riconoscere e far esprimere le emozioni (2. Funzione)
 - Le abilità di informare ed educare l'utente (3. Funzione)
- Le barriere comunicative





1. Acquisire le conoscenze funzionali alla conduzione del colloquio clinico e all'instaurarsi di una alleanza collaborativa

Tramite il colloquio , l'operatore raccoglie dati sulla persona e i suoi problemi, instaura la relazione, informa e consiglia l'utente

Il colloquio è il banco di prova per valutare la professionalità dell'operatore

Le competenze comunicative sono parti integranti della professionalità dell'assistente sociale



2. Conoscere e sviluppare le competenze comunicative necessarie (*interview skills*) per identificare tutti i problemi rilevanti dell'utente in modo accurato ed efficace

PERCHE ' COMPETENZE COMUNICATIVE PER RACCOGLIERE INFORMAZIONI DALL'UTENTE

Il flusso comunicativo e la relazione nel contesto del colloquio clinico sono diversi da quelli osservati in altri contesti della vita quotidiana e richiedono tecniche specifiche

IL FLUSSO COMUNICATIVO DURANTE UN COLLOQUIO CLINICO (1)

1. L'utente dà informazioni all'operatore

Descrive attuali problemi (mia moglie ha la sclerosi multipla e ha bisogno di aiuto perché io lavoro)

2. L'operatore riceve le informazioni

Ascolta facilitando l'utente (Mi dica. Mi spieghi. Cos'altro vorrebbe chiedere?)

3. L'operatore comunica all'utente di aver ricevuto e compreso le informazioni (feedback)

Sintetizza le informazioni avute dal l'utente

4. L'utente conferma o corregge l'operatore (feedback)

Sì, è proprio così, oppure, No, veramente non è la prima volta che cerco aiuto







IL FLUSSO COMUNICATIVO DURANTE UN COLLOQUIO CLINICO (2)

- | | |
|---|--|
| 5. L'operatore fornisce informazioni | Fa proposte, suggerisce azioni |
| 6. L'utente riceve il messaggio | Ascolta |
| 7. L'utente comunica all'operatore di aver ricevuto e compreso le informazioni (feedback) | Alla domanda dell'operatore (Spero di essere stato (a) chiaro (a); per essere sicuro (a) potrebbe per favore ripetere brevemente cosa ha compreso e cosa deve fare?) l'utente risponde |
| 8. L'operatore conferma o corregge l'utente (feedback) | Sì, bene ,oppure, No, Dovrebbe farsi fare una certificazione del medico di famiglia |



Il doppio “*feedback loop*”



L'accuratezza della comprensione delle informazioni ricevute deve essere confermato da chi ha emesso l'informazione



2. Conoscere e sviluppare le competenze comunicative necessarie (*interview skills*) per identificare tutti i problemi rilevanti dell'utente in modo accurato ed efficace

PERCHE ' COMPETENZE COMUNICATIVE PER RACCOGLIERE INFORMAZIONI DALL'UTENTE?

- Il flusso comunicativo e la relazione nel contesto del colloquio clinico sono diversi da quelli osservati in altri contesti della vita quotidiana e richiedono tecniche specifiche
- La “sensibilità” e la “gentilezza” da sole non garantiscono una buona comunicazione e non sono sufficienti per promuovere una relazione terapeutica di collaborazione e fiducia



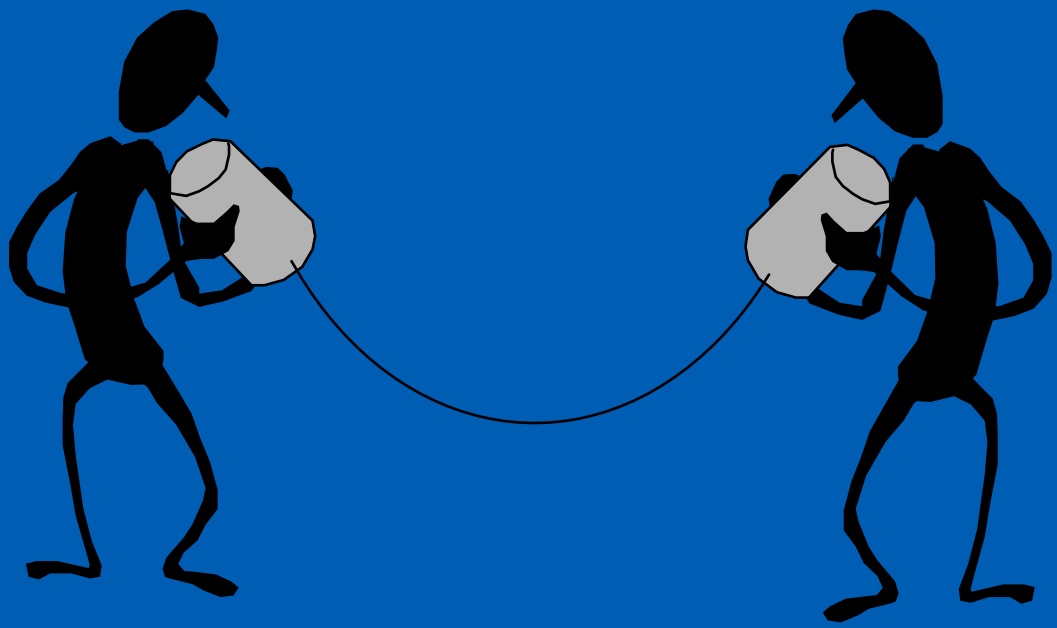
3. Conoscere e applicare le competenze comunicative funzionali alla creazione di una relazione con l'utente di fiducia e di collaborazione

PERCHE ' COMPETENZE COMUNICATIVE PER INSTAURARE LA RELAZIONE

- Tutti gli interventi e programmi si effettuano mediante la relazione operatore-utente
- Il tipo di relazione determina la misura della partecipazione dell'utente
 - L'esito degli interventi dipende quindi da una relazione ottimale
 - La relazione è la determinante principale della soddisfazione dell'utente (e dell'operatore)



Il colloquio



Alcune considerazioni

1. E' impossibile non comunicare (anche il silenzio è comunicazione)
2. Ciascun messaggio comporta 2 canali distinti: verbale e non-verbale
3. Ogni messaggio tra due persone dice qualcosa in termini di contenuto ma anche sulla relazione tra le due persone
4. il messaggio trasmesso non equivale al messaggio ricevuto (la realtà esterna è sempre filtrata dalla mappa interna)
5. Il contesto influenza la comunicazione (es. la comunicazione con un operatore è diversa da quella quotidiana – relazione ritualizzata)





LE TRE FUNZIONI DEL COLLOQUIO CLINICO

The Three Function Approach (Cohen-Cole, 1991), modificato

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita dell'utente

Creare una relazione terapeutica e riconoscere e gestire le emozioni e preoccupazioni dell'utente

Informare e istruire l'utente rispetto alle sue problematiche, concordare la gestione dei problemi e motivarlo a collaborare con il programma



I CRITERI PER UN COLLOQUIO EFFICACE

L'utente fornisce **in un minimo di tempo**, in modo preciso e attendibile, **il massimo delle informazioni rilevanti** necessarie per comprendere i suoi problemi di salute e di vita

L'utente si sente **compreso e sostenuto** dall'operatore e **libero** nell'esprimere le sue preoccupazioni ed emozioni

La comprensione dei problemi principali emersi è **condivisa** da operatore e utente

L'utente **partecipa e collabora** al programma

I criteri per una relazione terapeutica efficace

L'utente si sente **compreso e sostenuto** dall'operatore e **libero** nell'esprimere le sue preoccupazioni ed emozioni

La comprensione dei problemi principali emersi è **condivisa** da operatore e utente

L'utente **partecipa e collabora** al programma



CONSEGUENZE DI UN DI UN COLLOQUIO INEFFICACE (1)

Se l'operatore non raccoglie dall'utente tutte le informazioni e/o le raccoglie in modo poco preciso ed accurato aumenta:

- il rischio di conclusioni e decisioni errati

Se l'operatore non istaura un rapporto coll'utente, non rispondendo in modo adeguato alle sue emozioni aumenta:

- l'insoddisfazione dell'utente
- la non-collaborazione dell'utente (informazioni lacunose)
- l'inosservanza dell'utente rispetto al programma terapeutico
- la possibilità di denunce da parte dell'utente e dei familiari



CONSEGUENZE DI UN COLLOQUIO INEFFICACE (2)

Se l'operatore non informa ed educa in modo efficace il paziente aumenta:

- la non-collaborazione e l'inosservanza dell'utente rispetto al programma
- il rischio di uno scompenso emotivo dell'utente (operatore)
- Conflitti e incomprensioni con colleghi e altri operatori coinvolti nel caso (comunicazione interprofessionale)





M: Buon giorno Signora Rossi Che problemi ha?

P: *Da due anni le cose peggiorano di giorno in giorno. Sembra che non funzioni niente*

M: Cos'è che funziona peggio?

P: *Le mie gambe. Ho dolori costanti nelle gambe. Sono diventati così forti che non posso dormire*

M: Come va il respiro?

P: *Quello va bene. Respiro bene. Ci sono solo questi dolori nelle gambe.*

M: Lei fuma ancora?

P: *Sì, ho ripreso purtroppo. Con questi dolori!*

M: Ha dolori nel petto?

P: *No*

M: Ha tosse?

P: *Non tossisco mai.*

M: Cosa riesce a fare?

P: *Allora, potevo fare tutto fino a due anni fa, ma adesso non riesco a fare neanche un mezzo isolato.*

M: Le manca il respiro?

P: *No, Ho questo terribile dolore alle gambe!*

M: Si gonfiano?

P: *Da due o tre settimane sono un po' gonfie, ma il dolore c'è con o senza gonfiore.*

M: Va bene, adesso vorrei chiederle delle cose sulla sua storia medica.



Verificare la propria efficacia

Pendelton et al., 2003: The New Consultation

Dopo il colloquio

- Ero curioso?
- Ho ascoltato?
- Ho indagato le preoccupazione, le attese, le opinioni dell'utente
- Ho riconosciuto il suo punto di vista
- Ho coinvolto l'utente nel colloquio?
- L'utente si è sentito compreso e sostenuto?



Verificare la propria efficacia

Pendelton et al., 2003: The New Consultation

Dopo il colloquio

- Ero curioso?
- Ho ascoltato?
- Ho indagato le preoccupazione, le attese, le opinioni dell'utente
- Ho riconosciuto il suo punto di vista
- Ho coinvolto l'utente nel colloquio?
- L'utente si è sentito compreso e sostenuto?



DMSP-PSY

La struttura del colloquio clinico



Fase di preparazione dell'incontro

Predisposizione di un ambiente funzionale
Elaborazione personale degli obiettivi del colloquio

Fase di accoglienza

Saluti e presentazione, motivo dell'incontro

Fase di focalizzazione

L'operatore raccoglie le informazioni utili a circoscrivere e definire i bisogni dell'utente, ascolta e facilita attivamente, sintetizza e verifica la comprensione

L'utente conferma o corregge (feedback)

Fase di approfondimento

L'operatore ridefinisce il problema/i, strategie e risorse. Spiega e informa.

L'utente ascolta e comunica di aver ricevuto e compreso il messaggio (feedback)

Fase di chiusura

Sintesi degli aspetti più significativi emersi, le strategie concordate e il modo di verificarne l'efficacia. Saluti e congedo

Saluti ed eventuali domande



Le tre funzioni del colloquio clinico

(Cohen-Cole, 1991)

- Racogliere informazioni

- Creare, mantenere o recuperare una relazione terapeutica e rispondere alle emozioni del paziente

- informare il paziente e concordare la gestione dei problemi

LA PRIMA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita dell'utente

Compiti

- *Facilitare l'utente nel esporre i suoi problemi in modo preciso e accurato*
- *Conoscere il punto di vista dell'utente*
- *Riconoscere e ridurre le barriere comunicative*





Per facilitare l'utente nel esporre i suoi problemi in modo preciso e accurato occorre ?

DMSP-PSY

Tecniche comunicative “centrate sul paziente”



DMSP-PSY

INDAGINE “APERTA”

Domanda aperta non direttiva

“Qual è il problema?” “ E poi?” “Cos’altro non va?”

Facilitazione

Uso del silenzio

Incoraggiamento non verbale

Incoraggiamenti verbale

“Mi dica di più di questo problema”

Tecniche facilitanti non direttive
(aperte, centrate sul paziente)

Commento riflessivo

Operatore: “L’ho visto molto preoccupato quando ho proposto questa soluzione” o
“Dice che non vuole trasferirsi”

Tecniche direttive
(aperte, centrate sul paziente)

Domanda aperta direttiva

“ Come mai non vuole traferirsi?”

Sintesi

Verifica

“ Quindi I questo luogo le fa venire in mente questo episodio”





Domanda (richiesta) aperta (non direttiva) e facilitazione

Aprire colloquio clinico

Da usare tutte le volte l'utente introduce un nuovo argomento

- Facilita la libera espressione dell'utente.
- Consente l'individuazione delle aree problematiche.

Domanda di chiarificazione

Viene usata quando l'interlocutore ha scelto una parola con significato ambiguo, confuso o vago

Verifica

Usata per controllare l'accuratezza dell'informazione ottenuta.

- Rassicura l'utente che l'operatore ha colto il suo messaggio; percepisce l'interesse dell'operatore nei suoi confronti



Commento riflessivo

Ripete quello che la persona ha detto

Sottolinea un contenuto particolare

Risposta a un segnale non verbale

- Segnala ascolto e aiuta la persona a dare ulteriori informazioni sull'argomento

Sintesi

L'operatore fa una breve sintesi del problema del paziente

- La sintesi dà al p l'occasione di specificare, correggere o aggiungere informazioni
- Segnala al paziente che è stato ascoltato



Indagine “chiusa”

Domande chiuse che implicano risposte si/no

Operatore : Ha risolto il problema?

Utente: si!

Domande multiple

Operatore: Ha contattato il suo medico, o l'assistente sociale del distretto a qualcun altro?

Utente: il medico



L'INDAGINE CHIUSA

M: Buongiorno, signora Rossi. Il suo medico dice che sembra che lei abbia un problema alla tiroide. Mi dica, ha perso peso?

P: *No.*

M: Vampate di calore?

P: *No.*

M: Si sente stanca o rallentata?

P: *Beh, forse un po', dottore.*

M: L'intestino va bene, non soffre di stipsi, vero?

P: *No, veramente no. Mi stavo chiedendo...*

M: Penso che dovrei visitarla, ora. Si può togliere la giacca, per favore?



L'INDAGINE CHIUSA

M: Buon giorno Signora Rossi Che problemi ha?

P: Da due anni le cose peggiorano di giorno in giorno. Sembra che non funzioni niente

M: Cos'è che funziona peggio?

P: Le mie gambe. Ho dolori costanti nelle gambe. Sono diventati così forti che non posso dormire

M: Come va il respiro?

P: Quello va bene. Respiro bene. Ci sono solo questi dolori nelle gambe.

M: Lei fuma ancora?

P: Sì, ho ripreso purtroppo. Con questi dolori!

M: Ha dolori nel petto?

P: No

M: Ha tosse?

P: Non tossisco mai.

M: Cosa riesce a fare?

P: Allora, potevo fare tutto fino a due anni fa, ma adesso non riesco a fare neanche un mezzo isolato.

M: Le manca il respiro?

P: No, Ho questo terribile dolore alle gambe!

M: Si gonfiano?

P: Da due o tre settimane sono un po' gonfie, ma il dolore c'è con o senza gonfiore.

M: Va bene, adesso vorrei chiederle delle cose sulla sua storia medica.



L'INDAGINE CHIUSA

L'operatore controlla il contenuto e la direzione dell'intervista per

•
Definire il problema
(Verificare ipotesi)

Attenzione!

- Limita la partecipazione dell'utente all'intervista
- Inibisce il flusso informativo da parte dell'utente

Rischi!

- Raccolta incompleta di informazioni non attendibili
 - Verifiche premature di ipotesi e mancanza di attenzione ad informazioni che non concordano con le ipotesi



L'INDAGINE "APERTA"

M: Buongiorno, signora Rossi. Il suo medico dice che lei ha un problema alla tiroide. Mi può dire di cosa si tratta?

P: *Oh, beh... sì. Ho notato come prima cosa che era ingrandita, qualche mese fa, ma non ho fatto niente, per un po'.*

M: Come mai?

P: *Beh, ecco, speravo andasse via, ma pensavo al peggio.*

M: Al peggio..?

P: *Al cancro, a che cos' altro?*

M: E' un pensiero che deve averla spaventa

P: *Beh, sì. Ma spero che saprà darmi una risposta che mi tranquillizzi, dottore.*



INDAGINE “APERTA”

M: Buon giorno Signora Rossi. Mi dica che tipo di problemi ha?

P: Da due anni va sempre peggio. Sembra che tutto funzioni male

M: Cos'è che va peggio?

P: Le gambe. Ho dolori costanti nelle gambe. Fanno così male che non dormo più

M: Dolori nelle gambe. Mi spieghi.

P: Bene, sono diventati così forti che non riesco neanche a fare mezzo isolato.

M: Vuol dire che è costretta a fermarsi per i troppi dolori?

P: Sì, proprio così. Va un po' meglio quando mi fermo, ma i dolori non vanno mai via del tutto. Anche la notte, stando ferma, i dolori mi svegliano, sto proprio male Mi è passata anche la voglia di lavorare...

M: I dolori la devono mettere a dura prova

INTEGRARE TECNICHE DI TIPO APERTO E DI TIPO CHIUSO

Durante il processo centrato sull'utente

Predomina l'indagine **aperta** usata ripetutamente allo scopo di raccogliere le informazioni personali sui problemi e sulle preoccupazioni.

Durante il processo centrato sull'operatore

predomina *l'indagine chiusa*. Le **domande aperte, le facilitazioni, i commenti riflessivi, le verifiche** sono meno numerose, ma devono essere usati ogni volta che l'utente da nuovi informazioni che riguardano preoccupazioni o problemi ("Mi dica di più")





Fase di preparazione dell'incontro

Predisposizione di un ambiente funzionale
Elaborazione personale degli obiettivi del colloquio

Fase di accoglienza

Saluti e presentazione, motivo dell'incontro

Fase di focalizzazione

L'operatore raccoglie le informazioni utili a circoscrivere e definire i bisogni dell'utente, ascolta e facilita attivamente, sintetizza e verifica la comprensione

L'utente conferma o corregge (feedback)

Fase di approfondimento

Il tecnico ridefinisce il problema/i, strategie e risorse. Spiega e informa.

L'utente ascolta e comunica di aver ricevuto e compreso il messaggio (feedback)

Fase di chiusura

Sintesi degli aspetti più significativi emersi, le strategie concordate e il modo di verificarne l'efficacia. Saluti e congedo

Saluti ed eventuali domande

Strutturare il colloquio

- *Riassumere*
- *Orientare*
- *Esplicitare*

Come prendere appunti durante il colloquio

Processo centrato sull'utente

- Pochi appunti, soprattutto le date cronologiche degli eventi e dei problemi
- Avvertire l'utente
- Interrompere il colloquio quando si prendono appunti
- Leggere quello che si sta scrivendo

Processo centrato sull'operatore

- Più appunti
- Avvertire l'utente
- Mantenere l'attenzione centrata sull'utente, non perdere il contatto visivo



LA PRIMA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita dell'utente

Compiti

- *Facilitare l'utente nel esporre i suoi problemi in modo preciso e accurato*
- *Conoscere il punto di vista dell'utente paziente*
- *Riconoscere e ridurre le barriere comunicative*



LE BARRIERE COMUNICATIVE TRA OPERATORE E UTENTE

BARRIERE

1. **Barriere ambientali**

(rumori, interruzioni, mancanza di privacy, arredo, distanza, comunicazione per interposta persona)

2. **Barriere culturali**

(linguaggio, istruz., religione, educazione, età, sesso)

3. **Barriere sociali**

(gerarchia, status sociale, classe sociale)

4. **Stato emotivo dell'utente**

(paura, timori, preoccupazioni, vergogna, colpa, pudore depressione, ostilità, rabbia).
Facilitare l'espressione delle emozioni

5. **Stato emotivo dell'operatore**

(irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)

6. **Comportamento dell'operatore**

(frettoloso, distaccato, autoritario, critico, prevenuto, invadente)

7. **Stile dell'intervista**

(intervista centrata sull'operatore
riflessivi)

8. **Caratteristiche del messaggio**

(mancanza di chiarezza)

9. **Intonazione ed articolazione delle parole**

COME RIDURRE LE BARRIERE

Migliorare l'ambiente

Adottare un linguaggio comprensibile per il paziente; aumentare il feedback

Non assumere comportamenti di superiorità

Riconoscere e rispondere alle emozioni espresse

Riconoscere le proprie emozioni saperle controllare

Evitare comportamenti che aumentano o riducono la distanza tra operatore e utente

Formulare domande aperte, di verifica, di facilitazione, fare commenti empatici, ecc.. Intervista centrata sull'utente

Formulare il messaggio chiarezza, logicità, precisione e concisione

Perfezionare la pronuncia, l'articolazione, il tono ed il ritmo



LE BARRIERE COMUNICATIVE TRA OPERATORE E UTENTE

BARRIERE

1. *Barriere ambientali*

(rumori, interruzioni, mancanza di privacy, arredo, distanza, comunicazione per interposta persona)

2. *Barriere culturali*

(linguaggio, istruz., religione, educazione)

3. *Barriere sociali*

(gerarchia, status sociale, ruolo)

4. *Stato emotivo dell'utente*

(paura, timore, ansietà, incomprensioni, vergogna, colpa, pudore, depressione, ostilità, rabbia).

Facilitare l'espressione delle emozioni

5. *Stato emotivo dell'operatore* (irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)

6. *Comportamento dell'operatore*

(frettoloso, distaccato, autoritario, critico, non empatico, invadente)

7. *Stile dell'intervista*

(intervista)

8. *Contenuto*

(messaggio)

9. *Intonazione ed articolazione delle parole*

COME RIDURRE LE BARRIERE

Migliorare l'ambiente

Utilizzare un linguaggio comprensibile per l'utente; aumentare il feedback

Non assumere comportamenti di superiorità

Riconoscere e rispondere alle emozioni espresse dall'utente

Riconoscere le proprie emozioni

Non è possibile ridurre le barriere?

Esplicitarne e commentarne la loro presenza con l'utente!

Utilizzare domande aperte, di verifica, di chiarimento, fare commenti empatici, riflessivi ecc

Formulare il messaggio con chiarezza, logicità, precisione e concisione

Perfezionare la pronuncia, l'articolazione, il tono ed il ritmo





BARRIERE COMUNICATIVE

aumentano o diminuiscono la distanza “ottimale” tra operatore e utente e compromettono l’efficacia del colloquio perché

diminuiscono la rilevanza, l’accuratezza e la quantità delle informazioni ottenute, modificando il loro contenuto e il loro significato



PSICOLOGIA CLINICA A.A. 2012/2013

Prof.ssa Christa Zimmermann
Tel. 045 8124441

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

DMS-PSY

8 Ottobre, ore 9.00-12.00
15 Ottobre, ore 9.00-12.00
5 Novembre, ore 9.00-12.45
12 Novembre, ore 9.00-12.45



I temi di oggi

- Le abilità di riconoscere e far esprimere le emozioni (2. Funzione)
- Le abilità di informare ed educare l'utente (3. Funzione)

Riconoscere le tecniche comunicative

Riconoscere i segnali di emozioni

Gestire le emozioni dell'utente

Fattori psicosociali di rischio e la vulnerabilità individuale



NON PARLO

Dr.X: Buon giorno. Sono il medico specializzando di questo reparto e sono venuto per raccogliere la sua storia clinica e farLe una visita.

Pz: Veramente la mia storia la può raccogliere dalla mia cartella. Ho parlato abbastanza con i medici!

Dr.X: Come ha detto, scusi?

Pz:: Mi ha sentito. Non voglio più parlare con nessun medico. Tutto é nella cartella. Che senso ha continuare a raccontare la stessa storia? Non parlate tra di voi?

Dr.X: Veramente si, lo facciamo, però devo riesaminare la sua storia, così possiamo discutere il suo caso e lavorare insieme.

Pz: Bene, perché non esce e si studia la mia cartella e parla con Dr. A e Dr.B, che mi hanno visto quando sono stato ricoverato? Non mi servono altri dottori!

Dr.X: E se le chiedessi solamente della sua malattia, lasciando perdere la storia delle sue malattie passate?

Pz: Può lasciar perdere tutto quanto. Non parlerò più con nessun dottore. Basta!

Dr X: E' arrabbiato con me?

Pz: Perché dovrei essere arrabbiato con Lei? Non l'ho mai vista prima, non la conosco!

Dr. X:Bene, il mio lavoro è di rivedere la sua storia e farle una visita e.....

Pz: Non m'importa qual'é il suo lavoro. Non parlerò.



NON PARLO

Ricordare la seconda funzione dell'intervista medica:

2. Creare, mantenere o recuperare una relazione terapeutica e rispondere alle emozioni dell'utente

LA SECONDA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

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

Obiettivi

- Garantire
 - la disponibilità dell'utente di dare tutte le informazioni rilevanti
 - Riduzione del disagio emotivo dell'utente dovuto alle sue problematiche o al contesto
 - la soddisfazione dell'utente
 - la soddisfazione dell'operatore
- Far sentire l'utente compreso e sostenuto

Compiti

- Comunicare professionalità
- Comunicare l'interesse, rispetto, sostegno e empatia
- Riconoscere e risolvere le barriere comunicative
- Conoscere il punto di vista dell'utente (l'agenda)





L'importanza di poter esprimere liberamente le emozioni

L'importanza terapeutica

Poter esprimere un disagio emotivo (anche lieve) in presenza di un operatore attento e interessato è terapeutico perché attraverso il supporto percepito e la libera espressione delle emozioni, l'intensità del disagio diminuisce, ristabilendo l'equilibrio psichico e favorendo un buon adattamento



TECNICHE CENTRATE SULLE EMOZIONI

Tre funzioni

- Aiutare l'utente a esprimere le sue preoccupazioni ed emozioni
- Capire di più
- Gestire le emozioni espresse in modo appropriato a beneficio dell'utente paziente



TECNICHE CENTRATE SULLE EMOZIONI

Domanda aperta direttiva che indaga le emozioni (non espresse o segnalate)

Cosa si prova quando per l'ennesima volta si deve raccontare la propria storia?

Commento empatico

Sembra veramente stufo di dover raccontare sempre le stesse cose

Legittimazione

Mi immagino che abbia dei buoni motivi per non aver fiducia nei medici

E facile essere stufo quando si deve sempre raccontare le stesse cose a dei medici che poi sembrano di non comunicare tra di loro difatti.

Commento di rispetto

Nonostante che ha già raccontato la sua storia tante volte, si è reso disponibile per un'altra volta



Domanda (richiesta) aperta (non direttiva) e facilitazione

Aprire l'intervista medica

Da usare tutte le volte che il paziente introduce un nuovo argomento

- Facilita la libera espressione del paziente.
- Consente l'individuazione delle aree problematiche.

Domanda aperta (direttiva)

Usata per indagare aree specifiche.

- Consente la chiarificazione di dettagli e scoraggia un'elaborazione irrilevante da parte del paziente.
- Più efficace se non interrompe la fluidità dell'intervista

Verifica

Usata per controllare l'accuratezza dell'informazione ottenuta.

- Rassicura il paziente che il medico ha colto il suo messaggio; percepisce l'interesse del medico nei suoi confronti



Commento empatico

- Identifica le emozioni dell'utente e l'evento associato, formulandole come ipotesi
- comunica al paziente che il medico ha colto, compreso ed accettato la situazione emotiva dell'utente.
- Sentendosi accettato l'utente può affrontare le sue emozioni apertamente e quindi in modo più efficace.

Legittimazione

- Comunica che le emozioni dell'utente sono giustificabili o comprensibili dal punto di vista del paziente.

Commento di rispetto

- Mette a fuoco le risorse le capacità dell'utente e lo incoraggia ad affrontare situazioni difficili



Il colloquio con il paziente

Fase di accoglimento

Strutturare il colloquio

Saluti e presentazione, motivo dell'incontro

Il paziente conferma o corregge (feedback)

La relazione

Fase di raccolta delle informazioni

L'operatore raccoglie le informazioni utili, ascolta e facilita attivamente il paziente, sintetizza e verifica la comprensione

Il paziente conferma o corregge (feedback)

• *Non-verbale*

• *Ascolto attento*

• *Gestire le emozioni*

• *Riassumere*

• *Orientare*

• *Esplicitare*

Fase di spiegazione e informazione

L'operatore spiega e informa

Il paziente ascolta e comunica di aver ricevuto e compreso il messaggio (feedback)

• *Sollecitare domande*

• *Coinvolgere il paziente*

Fase di esecuzione dell'esame o dell'intervento

Fase di chiusura

Saluti e congedo

Saluti ed eventuali domande

Tecniche che aiutano il paziente ad esprimere le sue emozioni

Paziente affronta il compito riabilitativo di malavoglia:

Faccio fatica a fare gli esercizi

Operatore: fa un po' fatica ... **(Commento riflessivo)**

Pz: tace

Operatore: come mai? **(Domanda aperta direttiva)**

Pz: difatto, sono ai limiti' ...

Operatore: cosa vuol dire per Lei "sono ai imiti" ?
(Domanda di chiarificazione) o ..ai limiti **(Commento riflessivo)**

.....



Le tecniche che aiutano a gestire le emozioni espresse

Paziente: mi scusi, ma mi sento molto agitata...

Operatore: in effetti vedo che è piuttosto tesa **COMMENTO RIFLESSIVO CENTRATO SULLE EMOZIONI**

Paziente: eh sì...

Operatore: che cosa la rende cos' agitata? **DOMANDA APERTA CHE INDAGA LA SITUAZIONE ASSOCIATA ALL'EMOZIONE**

Paziente: L'esame che dovrò fare mi spaventa

Operatore: La spaventa **COMMENTO RIFLESSIVO**

Paziente: non sapere qual è l'esito, ci si sente un po'così...

Operatore:ci si sente un po' ... **COMMENTO RIFLESSIVO**

Paziente: in ansia, l'idea di non sapere come finirà

Operatore: non dev'essere facile affrontare una visita con esito incerto **COMMENTO EMPATICO**

Paziente: infatti, ma ce la metto tutta, anche perché so che dura poco e che non è nulla

Operatore : ha un buon modo di affrontare questa situazione di incertezza **COMMENTO DI RISPETTO**





LA TERZA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

Informare e istruire l'utente e concordare il programma (progetto)

Obiettivi

- La comprensione da parte dell'utente della natura dei problemi, delle procedure, proposte, opzioni
- L'accordo tra operatore e utente rispetto agli obiettivi precedenti
- Miglioramento delle strategie di *coping*
- Garantire la collaborazione dell'utente



LA TERZA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

Informare e istruire l'utente e concordare il programma (progetto)

Compiti

- Identificare eventuali contrasti tra operatore e utente, esplicitarli per poi negoziare la loro risoluzione
- Comunicare la “diagnosi” del problema
- Suggestire le procedure e azioni appropriate
- Suggestire le misure appropriate, inclusi i cambiamenti richiesti
- Coinvolgere l'utente nel progetto
- Migliorare le strategie di *coping*



LA TERZA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

Informare e istruire l'utente e concordare il programma (progetto)

Compiti

- Identificare eventuali contrasti tra operatore e utente e negoziare la loro risoluzione
- Comunicare la “diagnosi” del problema
- Suggestire le procedure e azioni appropriate
- Suggestire le misure appropriate, inclusi i cambiamenti richiesti
- Coinvolgere l'utente nel progetto
- Migliorare le strategie di *coping*



EPILOGO SULLE TECNICHE COMUNICATIVE CENTRATE SUL PAZIENTE

Domande aperte, facilitazioni, verifiche, chiarimenti, transizioni, sintesi, commenti centrati sulle emozioni

- Identificazione e riduzione di barriere comunicative
- Raccolta precisa ed attendibile di dati sui sintomi e sulla persona
- Tempi più contenuti
- Diminuzione dell'intensità del disagio dell'utente Informazioni e istruzioni personalizzate
- Soddisfazione dell'utente con l'operatore
- Soddisfazione dell'operatore con l'utente
- Adesione e collaborazione con il programma e “prognosi “ migliore



Terminologia

Indagine chiusa



Approccio centrato sull'operatore



L'operatore decide e controlla la direzione e i contenuti del colloquio



Indagine aperta



Approccio centrato sull'utente



L'utente è lasciato libero di esprimere le proprie priorità, preoccupazioni e bisogni



Tecniche d'intervista centrate sull'operatore
insieme a tecniche centrate sull'utente
=
Approccio integrato

Esercizio: Formulare domande aperte

1. Sta bene in famiglia?
2. Si è già presentato in passato questo episodio?
3. La tosse in particolari situazioni peggiora oppure no?
4. La sua vita familiare procede regolarmente?
5. Non ha problemi di insonnia?
6. I rapporti in famiglia sono sempre buoni?
7. Lo considera molto faticoso questo lavoro?
8. Ha provato a curarsi?
9. Ha questi dolori più di frequente la sera o quando?
10. Sua moglie in questo momento le è vicina?
11. Non ha mai avuto altri problemi?
12. Ha avuto un calo di peso?
13. Vive con la sua famiglia?
14. Ha qualche preoccupazione?
15. Tutto bene con i suoi familiari?
16. I dolori sono collegati a qualche evento particolare?
17. Ha progetti per il futuro?
18. Ci sono problemi tra lei e sua moglie?
19. I suoi studi procedono abbastanza bene?



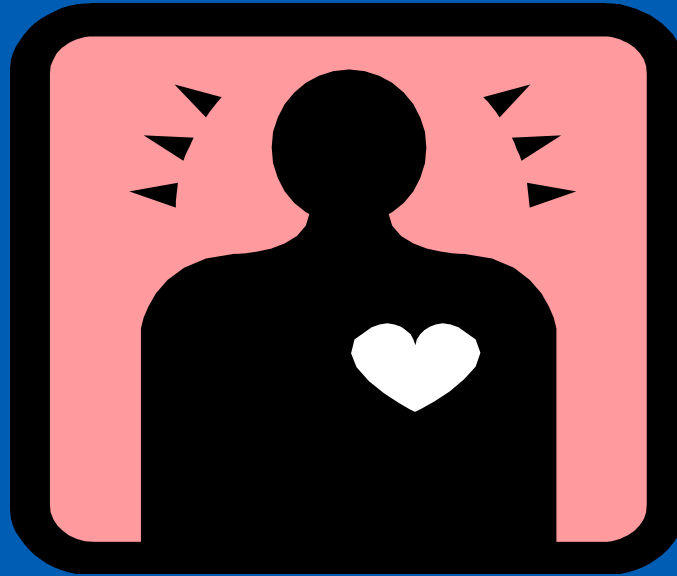
Esercizio: Formulare domande aperte

20. Questi episodi di stanchezza durano un paio di ore o sono abbastanza lunghi?
21. Questo suo dolore l'ha costretta a chiedere aiuto in famiglia?
22. Si sente un pò sotto pressione in questa situazione?
23. Ha anche dei figli?
24. Non ha mai sentito una fitta alla schiena?
25. Vive con qualcuno che la può aiutare?
26. Però sua moglie non gliela fa pesare questa sua difficoltà?
27. Coltiva qualche interesse per occupare il suo tempo libero?
28. E' successo qualcosa che l'ha turbata?
29. Anche sua moglie è preoccupata?
30. Sua nuora ha reagito male quando ha appreso la notizia?
31. Ha deciso lei di venire da me o sono stati i suoi familiari a consigliarla?
32. Ci sono state crisi in famiglia?





Cos' è un'emozione?





Le emozioni

Definizione: (dal latino “muovere”) reazione affettiva complessa molto intensa indotta da uno stimolo che provoca dei cambiamenti fisici e psicologici

Caratteristiche:

- Relazione con un evento
- Componente fisiologica/somatica
- Componente psicologica
- Componente comportamentale
- Hanno un oggetto e spesso un destinatario
- Relazione con scopi e credenze



Le principali emozioni

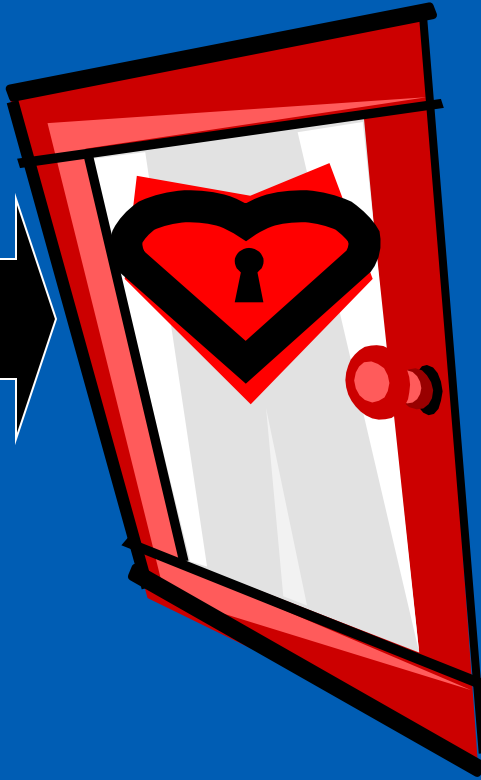
Le emozioni di base

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

Altre emozioni

- Invidia
- Colpa
- Gelosia
- Pena
- Sorpresa
- Delusione
- Disprezzo

PERCHE' LE EMOZIONI SONO IMPORTANTI?





Forse non tutti sanno che....

Diversi studi hanno dimostrato gli effetti esercitati dalle emozioni sulle capacità cognitive del soggetto riducono o compromettendo le capacità mnestiche, attentive o di processare informazioni (Beck et al., 1976; Butler et al. 1983; Eysenck et al., 1987; Zuroff et al., 1983).

A livello neurale il soggetto si trova in una sorta di sequestro emotivo, in cui un centro del sistema limbico (deputato all'integrazione del sistema emotivo-istintivo-comportamentale), dichiara lo stato di emergenza imponendo a tutto il resto del cervello, compresa la neocorteccia, "il cervello pensante", il proprio "impellente ordine del giorno" (Goleman 1999, Eichelman 1987). E' quindi come se il soggetto agisse sulla base di informazioni molto più grezze e istintive, non ancora modulate dall'intervento della neocorteccia.

PRIMO APPROCCIO ALLE EMOZIONI SEGNALATE O ESPRESSE DAL PAZIENTE

Riconoscere il segnale





Riconoscere le emozioni del paziente

- Segnali non verbali

Espressioni non verbali di emozioni

	VOCE	SGUARDO	VISO	CORPO
ANSIA	<p>tremante</p> <p>volume alto</p> <p>frequenze alte</p> <p>parla molto</p> <p>incrinata</p> <p>ritmo veloce</p> <p>affannata</p> <p>esposizione verbale disorganizzata</p>	<p>mobile</p> <p>spaventato</p> <p>occhi aperti,</p> <p>continuo cambiamento del focus visivo</p>	<p>contratto</p> <p>macchie rosse</p> <p>teso</p> <p>sudore</p>	<p>irrequietezza motoria</p> <p>manipolazione di oggetti</p> <p>tendenza a gesticolare</p> <p>ipereattività</p> <p>seduto sulla punta della sedia</p> <p>tensione muscolare</p> <p>tremore</p> <p>sudorazione delle mani</p>
DEPRESSIONE	<p>bassa</p> <p>monosillabe</p> <p>silenzio</p> <p>sospiri</p> <p>ritmo lento</p>	<p>occhi abbassati</p> <p>evita contatto visivo</p>	<p>pallido</p> <p>mimica inespressiva</p>	<p>rallentamento motorio</p> <p>scarsa reazione agli stimoli esterni</p> <p>si trascina</p> <p>trascuratezza</p> <p>tendenza all'immobilità</p> <p>ripiegato su se stesso</p> <p>mani fredde</p> <p>steroetipie dei movimenti</p>





Riconoscere le emozioni dell'utente

- Emozioni espresse verbalmente



EMOZIONI E SENSAZIONI COMUNI

triste
depresso
giù
deluso
infelice
inutile
senza valore
insensibile
disgustato
debole
apatico
senza speranze
intorpidito
esausto
desolato
indifeso
marcio
logorato
incompreso
distante
incapace
a pezzi
colpevole
solo
rassegnato

isolato
brutto
strano
stupido
bloccato
pessimista
schacciato
indifferente
annoiato

arrabbiato
irritato
irascibile
furioso
apprensivo
sconvolto
incerto
confuso
pieno di rancore
tradito
imbrogliato
ansioso
preoccupato
eccitato
agitato
frustato
imbarazzato
intrappolato
disorientato
confuso
impazzito
scoraggiato
terrorizzato
turbato
sopra sotto

perplesso
sbalordito
paralizzato
logorato
debole
scosso
fragile
per aria
scontento
teso

compiaciuto
contento
soddisfatto
felice
ottimista
sorpreso
sollevato
tranquillo
sereno
fiducioso
pieno di speranze
forte
attivo
pieno di energie
determinato
rilassato
di buon umore
entusiasta
motivato

INTENSITA' DELLE EMOZIONI



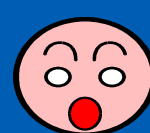
Intensità



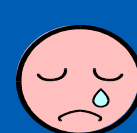
Rabbia



Contentezza
Gioia



Ansia, Paura



Tristezza
Depressione

Debole

irritato
infastidito
innervosito

compiaciuto
contento
allegro

incerto
a disagio
apprensivo

triste
giù di corda
melanconico

Media

risentito
arrabbiato

felice
eccitato
soddisfatto

preoccupato
ansioso
turbato

afflitto
rabbuiato
abbattuto

Alta

infuriato
fuori di me
rabbioso

entusiasta
esaltato
estatico

angosciato
terrorizzato
spaventato
tormentato

devastato
schiacciato
disperato
sconvolto

PRIMO APPROCCIO ALLE EMOZIONI SEGNALATE O ESPRESSE DAL PAZIENTE

Riconoscere il segnale

Domande aperte, di chiarificazione
e/o commenti riflessivi

Commenti facilitanti per avere più informazioni



TECNICHE CENTRATE SULLE EMOZIONI

Tecniche che aiutano il paziente ad esprimere le sue emozioni (o la situazione associata) e a chiarire il significato di ciò che afferma l'utente

- Facilitazioni non direttive
- **Mi dica**
- Domanda aperta direttiva che indaga la situazione associata alla emozione espressa dall'utente
 - Cosa la rende così giù di morale?**
 - Cos'altro sente quando è così ansioso?**
- Domanda di chiarificazione
 - Cosa vuol dire con "sopra sotto"?**
- Commento riflessivo
 - Sopra sotto..**
 - Effettivamente la vedo un po' teso**





Le emozioni

Definizione: (dal latino “muovere”) reazione affettiva complessa molto intensa indotta da uno stimolo che provoca dei cambiamenti fisici e psicologici

Caratteristiche:

- Relazione con un evento
- Componente fisiologica/somatica
- Componente psicologica
- Componente comportamentale
- Hanno un oggetto e spesso un destinatario
- Relazione con scopi e credenze



FATTORI PSICOSOCIALI E DI RISCHIO

Eventi di vita recenti

DMSP-PSY



Gravi discussioni con uno stretto familiare
Rottura di una relazione stabile
Gravi discussioni con il partner
Fidanzamento di un figlio
Pensione
Termine degli studi
Trasferimento ad altra nazione
Inizio di una relazione extra-coniugale
Nascita di un figlio per il padre
Gravidanza non desiderata
Modifiche orario lavorativo
Fidanzamento
Grave insuccesso scolastico
Disaccordi sul lavoro
Licenziamento
Fallimento
Separazione coniugale
Cambiamento scuola, università
Retrocessione
Prigione
Un figlio va a vivere per conto suo
Matrimonio di un figlio
Matrimonio (convivenza) non approvato di un figlio
Modificazione sostanziale nelle condizioni di lavoro

Promozione
Problemi legali di un familiare stretto
Miglioramento delle condizioni economiche
Morte del coniuge
Menopausa
Grave malattia di un stretto familiare
Divorzio
Trasloco
Processo con azione legale
Multa
Rottura di fidanzamento
Cambiamento di lavoro
Nascita di un figlio per la madre
Aborto
Gravidanza desiderata
Morte di un familiare stretto
Smarrimento di documenti (patente, passaporto)
Nuova persona che entra in casa
Sostenuto un importante esame
Grave malattia fisica
Morte di un figlio
Perdita o furto di oggetti di valore personale



FATTORI PSICOSOCIALI E DI RISCHIO

Eventi di vita recenti

Cambiamenti nella vita personale e sociale dell'individuo che devono essere esterni e verificabili piuttosto che interni o psicologici



FATTORI PSICOSOCIALI E LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE

ANSIA



Eventi futuri con esito *incerto*

Eventi accaduti o futuri che introducono *cambiamenti*

Eventi di *perdita* accaduti o futuri (perdita reale o simbolica)



DEPRESSIONE

FATTORI PSICOSOCIALI DI RISCHIO

Problemi sociali

Circostanze, condizioni di vita avverse che perdurano nel tempo

- L'abitazione
- Lavoro
- Problemi legali
- Situazione economica
- Relazioni sociali
- Relazioni familiari
- Matrimonio e relazioni sentimentali
- Vita domestica (convivenze, divisione dei compiti, problemi con i figli)
- Salute (malattie croniche, handicap)
- Vivere solo





Capacità predittiva del GHQ-12 nei pazienti della medicina generale a Verona

Pazienti con un punteggio $>$ di 2 hanno una probabilità del
di avere un disturbo emotivo (sensività) del
83%

Pazienti con un punteggio uguale o $<$ 2 hanno una probabilità di non
avere un disturbo emotivo (specificità) del
66%



PSICOLOGIA CLINICA A.A. 2012/2013

Prof.ssa Christa Zimmermann
Tel. 045 8124441

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

8 Ottobre, ore 9.00-12.00

15 Ottobre, ore 9.00-12.00

5 Novembre, ore 9.00-12.45

12 Novembre, ore 9.00-12.45



I temi del 15 ottobre

- Le abilità di riconoscere e far esprimere le emozioni (2. Funzione)
- Le abilità di informare ed educare l'utente (3. Funzione)

Riconoscere le tecniche comunicative

Riconoscere i segnali di emozioni

Gestire le emozioni dell'utente

Fattori psicosociali di rischio e la vulnerabilità individuale



I temi di oggi

- Fattori psicosociali di rischio e la vulnerabilità individuale
- Fallimenti comunicativi

Concetti chiave:

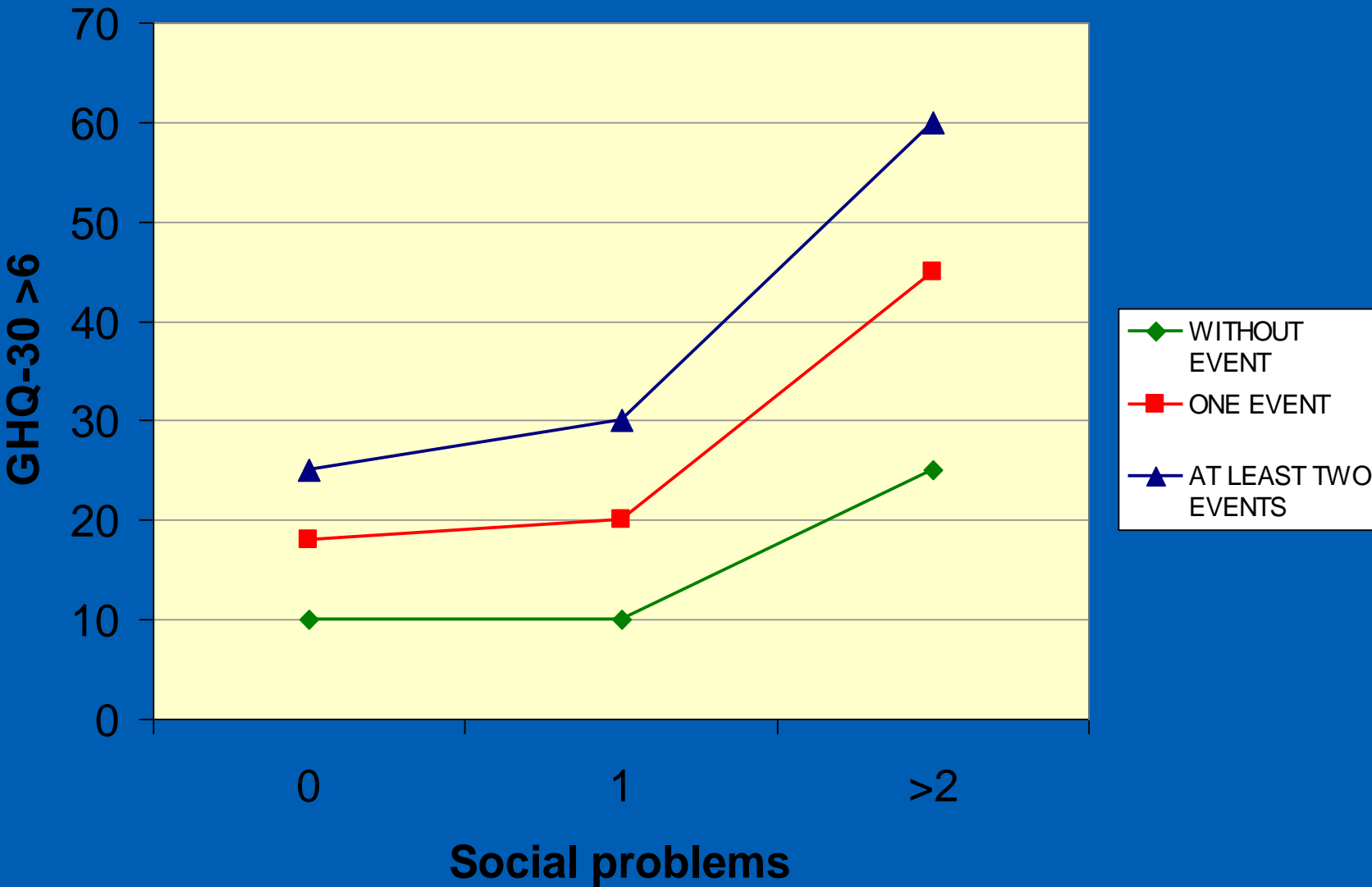
- L'agenda integrata
- Cue
- Alleanza terapeutica
- Ascolto attivo

Esercizi:

- Identificare i cue e applicare le tecniche comunicative centrate sull'utente (Ascolto attivo)



Fig. 1 The probability of emotional distress in men as predicted by social problems and undesirable life events derived from logistic regression analysis. (Zimmermann et al., 1991)





FATTORI PSICOSOCIALI E LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE

Eventi di vita e problemi sociali significativi per l'individuo richiedono un adattamento efficace

- Un mancato adattamento causa una esposizione prolungata agli ormoni di stress (catocolamine) inducendo uno stato continuativo di attivazione (*arousal*)
- Alcune conseguenze: aumento di pressione, tensione muscolare e dolori, abbassamenti dei livelli di calcio nel sangue, disturbi dell'alimentazione, amenorrhea, diminuita libido, anoressia, disturbi del sonno, disturbi della memoria e della concentrazione, ansia , invecchiamento precoce



ANSIA E DEPRESSIONE “NORMALI” E “ANORMALI”

ANSIA NON PATOLOGICA

Risposta adattiva
transitoria a un evento o
una situazione
stressante

DEPRESSIONE NON PATOLOGICA

Risposta adattiva a un
evento di perdita

ANSIA E DEPRESSIONE PATOLOGICHE

- Intensità e durata maggiore
- Indipendenza da stimoli esterni
- Interferenza disorganizzante con il funzionamento normale
- Comportamenti di evitamento



L'ansia non riconosciuta

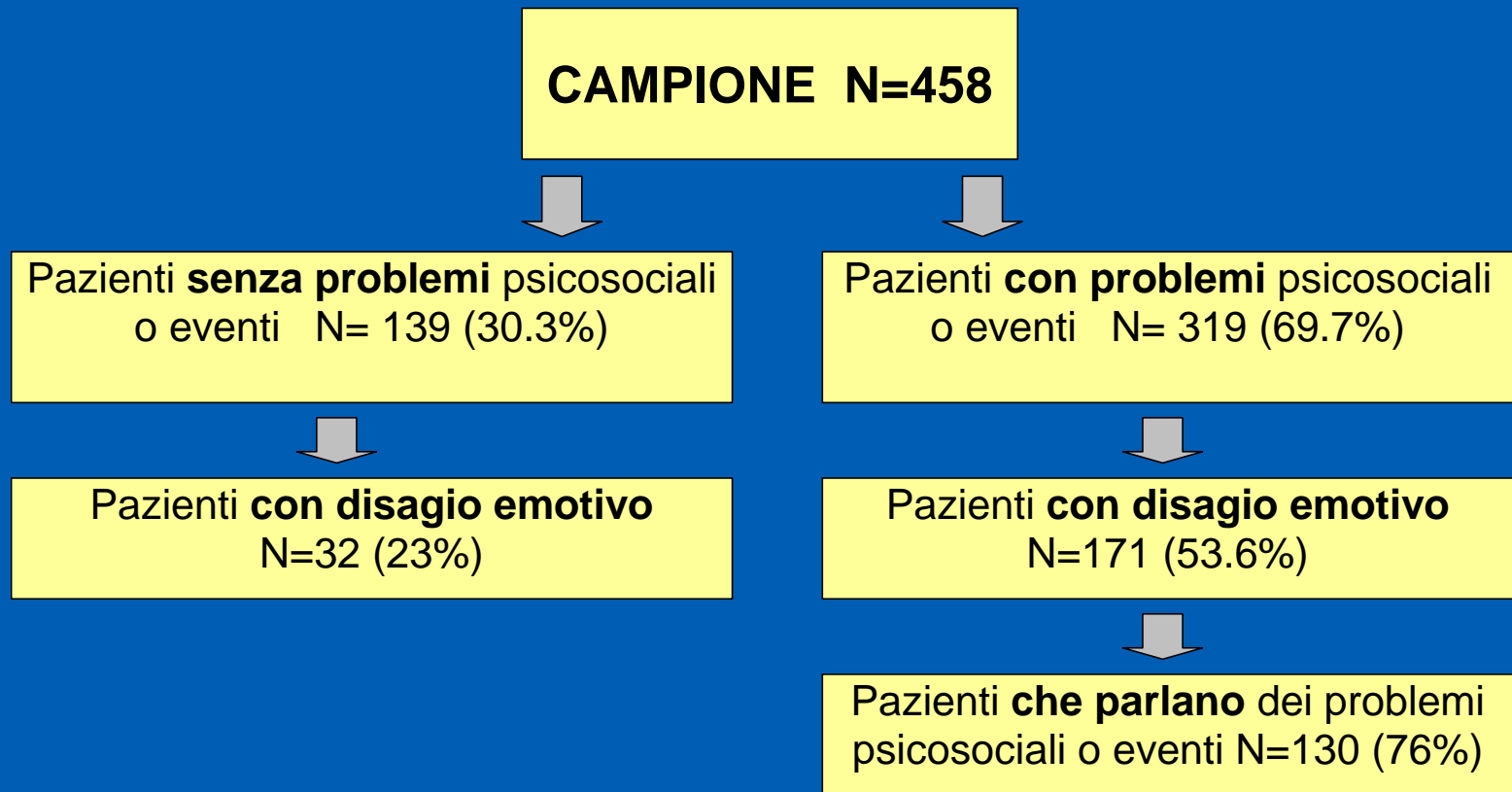
- Interagisce con il decorso e l'esito delle malattie attraverso una amplificazione e cronicizzazione dei sintomi somatici o
- **porta (in assenza di patologie organiche) a sintomi somatici (disturbi gastro-intestinali e/o respiratori, formicolii, tremori, dolori muscolari)**
- **fa aumentare le richieste inappropriate di interventi medici e sociosanitari, compromette le capacità di "coping" e la qualità di vita**

La depressione non riconosciuta

- Amplifica o cronicizza la sintomatologia di patologie esistenti
- **può sfociare (in loro assenza) in disturbi somatici (soprattutto dolori)**
- **è associata con esiti sfavorevoli di malattie**
- **compromette le capacità di "coping" e la qualità di vita**



FREQUENZA DI PROBLEMI PSICOSOCIALI IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI DELLA MEDICINA DI BASE



La presenza di eventi e problemi sociali é associata con una maggiore probabilità di consultare il medico



ATTENZIONE AGLI EVENTI STRESSANTI E AI PROBLEMI PSICOSOCIALI

RICORDARE

- Eventi della vita e problemi sociali sono fattori di rischio per la salute

QUINDI

- Attenzione agli eventi della vita e ai problemi sociali segnalati durante il colloquio
- Saperne di più
- Indagare il loro impatto emotivo sull'utente
- Identificare gli eventi e problemi sociali che si sono verificati nei mesi precedenti alla visita

Quindi suo figlio é partito militare?"; "Mi sta dicendo che é senza lavoro?";

" Cos'é cambiato per Lei dopo quest'incidente?", "Cosa ha provato o sta provando in questa situazione?"; "Che significa la promozione per Lei?"

"Cos'altro le é successo in questo periodo?", "Quali altri cambiamenti si sono verificati ultimamente?";

LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE

La vulnerabilità psicofisica rispetto ad eventi e circostanze stressanti varia da persona a persona

Molte persone con problemi sociali notevoli e con molti eventi anche gravi non si ammalano, non hanno incidenti e non si scompensano da un punto di vista emotivo

Da quali fattori può dipendere questa vulnerabilità?



Fattori che mediano gli effetti dei fattori di rischio (eventi, problemi sociali) sulla salute fisica e psichica e sul funzionamento sociale

Le risorse sociali

- l'aiuto ed il supporto materiale e psicologico da parte della famiglia del partner e degli amici
- disponibilità economiche
- l'accesso a informazioni e servizi

Le risorse personali

- abilità, capacità ed intelligenza,
- convinzioni
- esperienze
- caratteristiche di personalità
 - l'autostima
 - tenacia
 - indipendenza
 - fiducia in sé
 - stabilità emotiva
 - ottimismo



LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE

Il supporto sociale

Un legame con persone che forniscono in occasioni di crisi un aiuto pratico materiale, un sostegno emotivo, informazioni, consigli, strategie per affrontare i problemi

Caratteristiche

Supporto di stima

- Supporto informativo
- Supporto strumentale
- Relazioni sociali

Due ipotesi sull'effetto del supporto sociale

- Ipotesi dell'effetto principale:
- Ipotesi del “ *stress buffering model*”



LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE

Il supporto sociale

Due ipotesi sull'effetto del supporto sociale

- Ipotesi dell'effetto principale:
- Ipotesi del “ *stress buffering model*”

• Ipotesi dell'effetto principale:

Supporto sociale ha un effetto positivo sulla salute fisica e psicologica indipendentemente da eventi o situazioni stressanti

• Ipotesi del “ *stress buffering model*”

I benefici del supporto sociale si manifestano durante i periodi di stress intenso e sono irrilevanti in periodo di poco stress



LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE

- La mia salute risente più che altro di quello che io faccio.
- Riesco ad occuparmi del mio stato di salute in modo soddisfacente.
- Quando non sto bene consulto un medico di mia fiducia.
- Regolari check-up sono importanti per stare in buona salute.
- Se mi ammalo dipende dal mio comportamento.
- Sono responsabile del mio stato di salute.
- Se devo ammalarmi, mi ammalo indipendentemente da quello che faccio.
- Quando sono ammalato, la rapidità della guarigione dipende in gran parte dalla fortuna.
- Se mi dovessi ammalare sarà destino.
- La mia buona salute è questione di fortuna.
- Se mi ammalo i medici sapranno fare il loro mestiere.
- Quando guarisco da una malattia è perché altre persone si sono prese cura di me.



LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE

Locus of Control

- indica il modo in cui gli eventi vengono percepiti come dipendenti o indipendenti dalla propria volontà a secondo che il “luogo di controllo” sia rispettivamente interno o esterno.

Health Locus of Control

- indica la convinzione che la salute è determinata o non è determinata dal proprio comportamento a secondo che il “luogo di controllo” sia rispettivamente interno o esterno.





DMSP-PSY

L'utente «difficile»



DMSP-PSY



Non-compliance



Ambulatorio psichiatrico (1)

Operatore : Sig.ra Rossi. Prima di poterLa vedere dovrei fare alcune telefonate. Mi scusi

Paziente: Dottoressa, ho già aspettato un bel po'; non posso aspettare ancora, ho terribili mal di schiena

Operatore : Sono molto dispiacuta, dopo queste telefonate urgenti, sarò con Lei (*scompare e ritorna dopo 5 minuti*)

Paziente (a voce alta): Avevo bisogno di essere vista subito. Ho mal di schiena; A lei non importa niente. Io me ne vado

Operatore : Mi dispiace che l' ho fatto aspettare, ma si trattava solamente di pochi minuti.

(paziente va verso l'uscita, l'operatore la segue)

Operatore: Spero che la prossima volta ci andrà meglio. Le facciamo sapere quando sarà il prossimo

appuntamento.

La paziente non si presenta al prossimo appuntamento



Reparto psichiatrico (2)

Operatore: Buon giorno Sig. Dossi, come va oggi?

Paziente: Non voglio parlare.

Operatore : va bene, possiamo parlare più tardi. Per me sarebbe importante sapere come si sente oggi, visto che ieri è stato ricoverato qua per stare meglio e per essere aiutato.

Paziente : Mi avete ricoverato illegalmente. Vi denuncio. Mi sento bene. Perchè non parla con qualcun'altro. Io me ne vado da qua!

Operatore : Penso che avrò bisogno di stare qui un paio di giorni ,giusto per mettere a posto la terapia e per vedere come va. A proposito dove pensa di andare?

Paziente : Non glielo voglio dire. Non credo alle medicine, non voglio nessuna terapia

Operatore : Sig Dossi, perchè non vuole capire che siamo qua per aiutarla?

Paziente: Mi lasci stare, per favore

Operatore: Va bene, va bene. A domani allora!



Ambulatorio psichiatrico (3)

Operatore : Buongiorno, Signora Reso! Sono Paola Farina, e la seguio al posto del Dr. Pali . Come sà, il Dr . Pali ha cambiato lavoro, non è più qua.

Paziente: Com' era bravo il Dr. P. Non è che Lei è un po' troppo giovane?

Operatore : lavoro come assistente sociale già da alcuni anni, non si preoccupi. Allora, come vanno le cose?

Paziente: Dr. Pali era il miglior assistente sociale che mai avevo. Non troverò mai piu una persona come lui!

Operatore :



Reparto psichiatrico (4)

Paziente: Non mi avete detto qual'è la mia malattia!

Operatore : E chiamata psicosi, vuole dire una perdita di contatto con la realtà e può compromettere il funzionamento lavorativo e relazionale.

Paziente : Vuole dire che , come sono ora, non avrò mai la fidanzata , una famiglia, un lavoro?

Operatore : Non se prenderà le medicine e si farà aiutare da noi

Il paziente si chiude, sembra aver allucinazioni. Non parla più.

Centro di Salute Mentale (5)

Paziente: Per favore, dottoressa, dica all'infermiera di portarmi a casa con la macchina di servizio

Operatore: Ma si ricorda Miranda, che oggi doveva prendere l'autobus. Le macchine di servizio sono prenotate per altri pazienti

Paziente : Non mi vuole aiutare. Le infermieri non mi aiutano. Aiutano sempre gli altri. Vede, accompagnano a casa questa ragazza là! Ho bisogno di aiuto, non c'è la faccio oggi da sola!

Operatore : I pazienti prenotati per le macchine sono meno capaci di Lei di prendere l'autobus da soli. Lei c'è la farà. Non siamo la mamma e Lei non è più una bambina

La paziente si lascia cadere a terra.





Ambulatorio psichiatrico (6)

Madre : Giuseppe *non* sta bene.. Non vedo nessun miglioramento con le vostre terapie che avete prescritto. Pensavo di rivolgermi a uno specialista privato

Operatore: **dovrebbe aspettare un pò, gli effetti della terapia si vedono solamente a distanza di tempo. Vedrà che riusciremo a risolvere I suoi problemi**

Madre: Mi piacerebbe parlare con un altro specialista

Operatore: **Se è d'accordo, al nostro prossimo appuntamento potrebbe partecipare il Dr. Rossi, il responsabile**

Madre: Se crede.....

Ne il paziente ne la madre si presentano al prossimo appuntamento



Schemi ricorrenti Utente «difficile»

- Non ascolta
- Protesta e obietta
- Provoca
- Verbalmente ostile
- Diffidente
- Rassegnato
- Sospettoso
- Non collabora
- Insoddisfatto con il trattamento
- Boicotta il programma terapeutico
- Non mostra rispetto
- Non segue le regole
- Non accetta suggerimenti e consigli
- Ha attese irrealistiche



Schemi ricorrenti

- Non ascolta
- Protesta e obietta
- Provoca
- Verbalizza
- Non rispetta i ruoli
- Non segue le regole
- Sospettoso
- Non collabora
- Non prende le medicine
- Non accetta suggerimenti e consigli
- Ha attese irrealistiche

**Operatore sanitario
 Impotente, frustrato, irritato, imbarazzato,
 arrabbiato, umiliato
 "angry helplessness"**

Riassumendo: quali sono i comportamenti dell'utente "difficile" ?

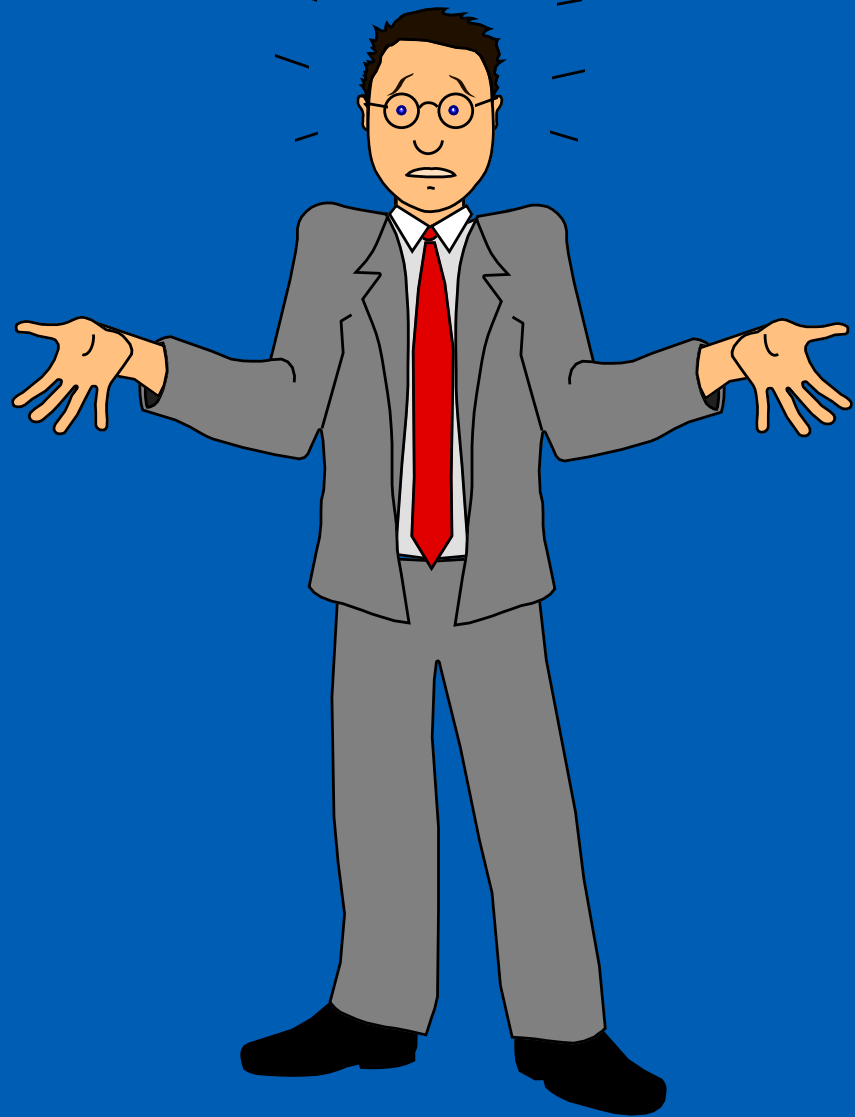
- Atteggiamenti di resistenza
- Emozioni intense: rabbia, paura, depressione e lutto.
- Mancanza di fiducia, sospettosità o eccesso di confidenza, seduzione.
- Non adesione al programma o insoddisfazione per gli interventi proposti
- Lamentele continue sul proprio malessere che sembrano esagerate o eccessive





DMSP-PSY

Che fare?



10 cose che rendono l'operatore "difficile" e provocano resistenza, irritazione e ostilità nell'utente

- Dare consigli se non richiesti
- Tentare di attribuire all'altro la colpa di un evento/situazione
- Rassicurazioni premature e irrealistiche
- Forzare o fare pressioni per indurre cambiamenti
- Voler aver ragione a tutti i costi
- Dare l'impressione di voler biasimare
- Non ascolta
- Comportarsi come una persona infallibile
- Mostrare impazienza e fretta
- Far aspettare l'utente e non mantenere l'orario fissato





COSA PROVOCA OSTILITA'

1. Sentirsi umiliati (il sanitario che si comporta come una persona infallibile, che mette in dubbio le capacità cognitive o personali che assume atteggiamenti agonistici). L'aggressività è la risposta per ristabilire la propria importanza personale.
2. Sentirsi forzati (consigli non richiesti, sentirsi pressati a cambiamenti non sentiti come necessari). L'aggressività è la risposta per ristabilire la propria libertà personale.
3. Non sentirsi capiti (rassicurazioni premature e irrealistiche, ottimismo banalizzante, atteggiamenti falsamente empatici). L'aggressività è la risposta di fronte al vissuto emotivo dell'abbandono, dell'esclusione, della percezione di essere trascurati.



RIASSUMENDO...

- Non perdere la propria professionalità
- Ricordare alcuni concetti chiave



Concetti chiave

- I criteri di efficacia
- L'agenda
- Integrazione di agende
- L'alleanza terapeutica
- Cue
- Ascolto attivo

Verificare la propria efficacia

Pendelton et al. 2003: The New Consultation

Dopo il colloquio

- Ero curioso?
- Ho ascoltato?
- Ho indagato le preoccupazioni, le attese, le opinioni dell'utente (l'agenda)
- Ho riconosciuto il punto di vista dell'utente?



Verificare la propria efficacia

Pendelton et al. 2003: The New Consultation

Dopo il colloquio

- Ero curioso?
- Ho ascoltato?
- Ho indagato le preoccupazioni, le attese, le opinioni dell'utente (l'agenda)
- Ho riconosciuto il punto di vista dell'utente?





Concetti chiave

2. I criteri per una relazione terapeutica efficace

L'utente si sente **compreso e sostenuto** dal medico e **libero** nell'esprimere le sue preoccupazioni attese, opinioni?

La comprensione dei problemi principali emersi è **condivisa** da operatore e utente

L'utente **partecipa e collabora** al programma terapeutico

IL CONCETTO DI AGENDA

Tate, 1994



Ogni volta che ci si avvicina al colloquio con un'altra persona si ha in mente una serie di obiettivi e di aspetti che si vogliono discutere.

Alcuni elementi che fanno parte della nostra persona subentrano a modulare il modo in cui cercheremo di perseguire i nostri obiettivi (es. stato emotivo, credenze personali, precedenti eventi di vita, ecc..).

Tutti questi diversi aspetti vadano a comporre una sorta di agenda mentale caratteristica per ogni individuo.





L'AGENDA DELL'OPERATORE





L'AGENDA DELL'UTENTE





L'AGENDA DELL'UTENTE

Le quattro dimensioni

- Percezione soggettiva del problema; idee ed interpretazioni
- L'impatto emotivo del problema sull'utente: timori, preoccupazioni (dipende dal significato personale del problema)
- Aspettative e bisogni
- Il contesto psicosociale: qualità di vita; problemi sociali; eventi stressanti



Concetti chiave

Integrare le agende

La conoscenza reciproca delle diverse agende



Collaborazione efficace: decisioni terapeutiche condivise, concordate o negoziate



Premesse essenziali per una adesione ottimale al programma terapeutico



Sull'integrazione delle due agende si basa L'ALLEANZA TERAPEUTICA

DMSP-PSY



L'ALLEANZA TERAPEUTICA

- Una relazione di reciproca collaborazione, per il raggiungimento di un fine comune (*partnership*)
- La qualità dell'alleanza aumenta
 - con la fiducia che il paziente ha nei confronti del medico e della terapia
 - nella misura in cui si sente libero di esplicitare e discutere con il medico preoccupazioni, aspettative, dubbi, disaccordi e contrarietà



Esplicitare la propria agenda professionale

- Indicare i motivi e gli obiettivi del colloquio e indicare il tempo a disposizione.

“Oggi dovremo parlare di.. per...”

“Vorrei capire meglio come... per...”

“In questo incontro dovremmo discutere...per capire come...”

Sollecitare l'agenda dell'altro

“Prima di andar avanti mi può dire per favore quali sono gli argomenti che Lei invece avrebbe bisogno di discutere oggi”



Concetti chiave

Cue

Gli utenti introducono la loro agenda
“emotiva” con i Cue



I “CUE” DELL’UTENTE SEGNALANO LA SUA L’AGENDA “EMOTIVA”

Cue

una frase, una espressione verbale o non verbale che suggerisce la presenza di un ostacolo comunicativo (emozione spiacevole) il quale , se non chiarito o esplorato, rimane nascosto.

Introduzione **spontanea** di disturbi, sintomi, aspettative, idee, sensazioni, che non sono state ancora esplorate



I “CUE” DELL’UTENTE SEGNALANO LA SUA AGENDA (EMOZIONI)

Introduzione **spontanea** di disturbi, sintomi, aspettative, idee, sensazioni, che non sono state ancora esplorate

Espressioni verbali che apparentemente non hanno relazione con quanto riferito fino a quel momento.

Precisazioni, tentativi di spiegazione introdotti spontaneamente dal paziente

Espressioni di disagio introdotte nel contesto di informazioni riguardanti sintomi o disturbi organici

Ritorno a temi già menzionati; ridondanze

Descrizione di una situazione difficile senza apparente partecipazione emotiva

Segnali non verbali



Ambulatorio psichiatrico (1)

Operatore : Sig.ra Rossi. Prima di poterLa vedere dovrei fare alcune telefonate. Mi scusi

Paziente: Dottoressa, ho già aspettato un bel po'; non posso aspettare ancora, ho terribili mal di schiena

Operatore : Sono molto dispiacuta, dopo queste telefonate urgenti, sarò con Lei (*scompare e ritorna dopo 5 minuti*)

Paziente (a voce alta): Avevo bisogno di essere vista subito. Ho mal di schiena; A lei non importa niente. Io me ne vado

Operatore : Mi dispiace che l' ho fatto aspettare, ma si trattava solamente di pochi minuti.

(paziente va verso l'uscita, l'operatore la segue)

Operatore: Spero che la prossima volta ci andrà meglio. Le facciamo sapere quando sarà il prossimo

appuntamento.

La paziente non si presenta al prossimo appuntamento



Reparto psichiatrico (2)

Operatore: Buon giorno Sig. Dossi, come va oggi?

Paziente: Non voglio parlare.

Operatore : va bene, possiamo parlare più tardi. Per me sarebbe importante sapere come si sente oggi, visto che ieri è stato ricoverato qua per stare meglio e per essere aiutato.

Paziente : Mi avete ricoverato illegalmente. Vi denuncio. Mi sento bene. Perchè non parla con qualcun'altro. Io me ne vado da qua!

Operatore : Penso che avrà bisogno di stare qui un paio di giorni ,giusto per mettere a posto la terapia e per vedere come va. A proposito dove pensa di andare?

Paziente : Non glielo voglio dire. Non credo alle medicine, non voglio nessuna terapia

Operatore : Sig Dossi, perchè non vuole capire che siamo qua per aiutarla?

Paziente: Mi lasci stare, per favore

Operatore: Va bene, va bene. A domani allora!



Ambulatorio psichiatrico (3)

Operatore : Buongiorno, Signora Reso! Sono Paola Farina, e la seguio al posto del Dr. Pali . Come sà, il Dr . Pali ha cambiato lavoro, non è più qua.

Paziente: Com' era bravo il Dr. P. Non è che Lei è un po' troppo giovane?

Operatore : lavoro come assistente sociale già da alcuni anni, non si preoccupi. Allora, come vanno le cose?

Paziente: Dr. Pali era il miglior assistente sociale che mai avevo. Non troverò mai piu una persona come lui!

Operatore :



Reparto psichiatrico (4)

Paziente: Non mi avete detto qual'è la mia malattia!

Operatore : E chiamata psicosi, vuole dire una perdita di contatto con la realtà e può compromettere il funzionamento lavorativo e relazionale.

Paziente : Vuole dire che , come sono ora, non avrò mai la fidanzata , una famiglia, un lavoro?

Operatore : Non se prenderà le medicine e si farà aiutare da noi

Il paziente si chiude, sembra aver allucinazioni. Non parla più.

Centro di Salute Mentale (5)

Paziente: Per favore, dottoressa, dica all'infermiera di portarmi a casa con la macchina di servizio

Operatore: Ma si ricorda Miranda, che oggi doveva prendere l'autobus. Le macchine di servizio sono prenotate per altri pazienti

Paziente : Non mi vuole aiutare. Le infermieri non mi aiutano. Aiutano sempre gli altri. Vede, accompagnano a casa questa ragazza là! Ho bisogno di aiuto, non c'è la faccio oggi da sola!

Operatore : I pazienti prenotati per le macchine sono meno capaci di Lei di prendere l'autobus da soli. Lei c'è la farà. Non siamo la mamma e Lei non è più una bambina

La paziente si lascia cadere a terra.





Ambulatorio psichiatrico (6)

Madre : Giuseppe non sta bene.. Non vedo nessun miglioramento con le vostre terapie che avete prescritto. Pensavo di rivolgermi a uno specialista privato

Operatore: dovrebbe aspettare un pò, gli effetti della terapia si vedono solamente a distanza di tempo. Vedrà che riusciremo a risolvere i suoi problemi

Madre: Mi piacerebbe parlare con un altro specialista

Operatore: Se è d'accordo, al nostro prossimo appuntamento potrebbe partecipare il Dr. Rossi, il responsabile

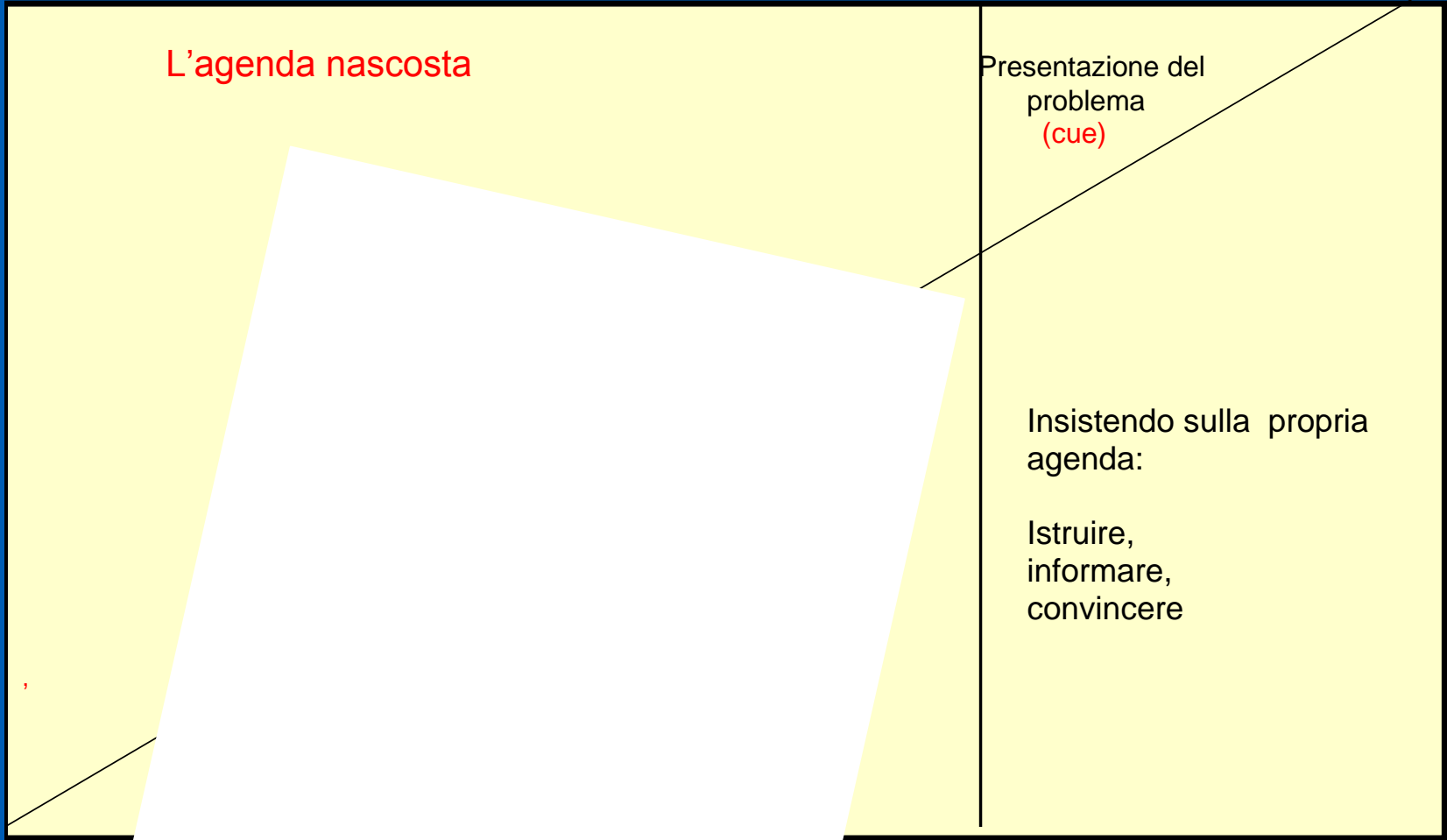
Madre: Se crede.....

Ne il paziente ne la madre si presentano al prossimo appuntamento



DMS-PSY

AGENDA UTENTE



L'agenda nascosta

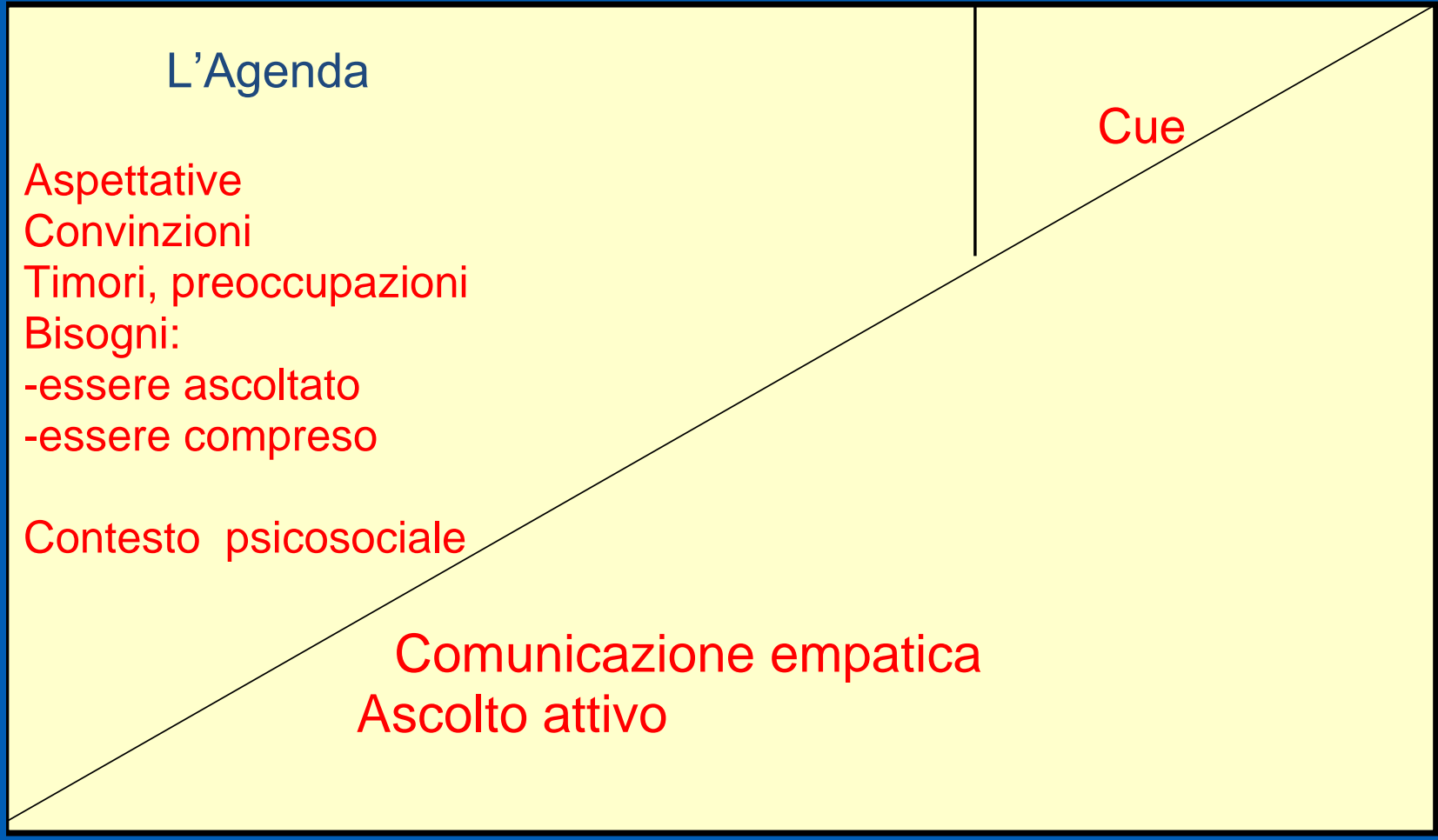
Presentazione del problema
(cue)

Insistendo sulla propria agenda:

Istruire,
informare,
convincere

Approccio

APPROCCIO CENTRATO SULL'OPERATORE





Empathic communication

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



Abilità cognitive, affettive e comportamentali



Comunicazione empatica

- Riconoscere e riprendere i “ cue” con i quali l’interlocutore segnala emozioni (emozioni non espresse)
- Facilitare l’espressione di emozioni
- Rispondere alle emozioni e le preoccupazioni
- Far sentire l’interlocutore compreso e sostenuto



Ascolto attivo



Reparto psichiatrico (2)

Operatore: Buon giorno Sig. Dossi, come va oggi?

Paziente: Non voglio parlare.

Operatore : va bene, possiamo parlare più tardi. Per me sarebbe importante sapere come si sente oggi, visto che ieri è stato ricoverato qua per stare meglio e per essere aiutato.

Paziente : Mi avete ricoverato illegalmente. Vi denuncio. Mi sento bene. Perchè non parla con qualcun'altro. Io me ne vado da qua!

Operatore : Penso che avrà bisogno di stare qui un paio di giorni ,giusto per mettere a posto la terapia e per vedere come va. A proposito dove pensa di andare?

Paziente : Non glielo voglio dire. Non credo alle medicine, non voglio nessuna terapia

Operatore : Sig Dossi, perchè non vuole capire che siamo qua per aiutarla?

Paziente: Mi lasci stare, per favore

Operatore: Va bene, va bene. A domani allora!



Ascolto attivo1

Commento riflessivo

- Sottolinea un contenuto particolare
 - Risposta a un segnale non verbale
 - Ripete quello che la persona ha detto
- Segnala ascolto e aiuta la persona a dare ulteriori informazioni sull'argomento

“Non vuole parlare”



Ascolto attivo 2

Sintesi

- L'operatore fa una breve sintesi del problema del paziente
 - La sintesi dà al paziente l'occasione di specificare, correggere o aggiungere informazioni

“E' stato ricoverato contro la sua volontà, sta dicendo che sta bene e non vuole prendere le medicine. Vorrebbe solamente andare via di qui”



Ascolto attivo 3

Domanda aperta direttiva che indaga l'emozione

- Aiuta la persona ad esprimere le sue emozioni (attese, timori, preoccupazioni, dubbi, disaccordi, contrasti)

Si trova ricoverato in psichiatria senza il suo consenso e Le chiediamo pure di prendere delle medicine. Mi chiedo come tutto ciò lo fa sentire ?

Come vive questa situazione, di trovarsi qua in psichiatria senza il suo consenso?

Mi chiedo cosa prova nell'essere ricoverato in psichiatria contro la sua volontà?

Come è stato per lei di essere stato ricoverato in psichiatria senza il suo consenso?



Ascolto attivo 4

Commento empatico

- L'identificazione della potenziale emozione dell'utente e dell'evento associato, formulata come ipotesi, comunica al paziente che l'operatore ha tentato di mettersi nei suoi panni (empatia)

Il fatto di trovarsi ricoverato in psichiatria contro la sua volontà deve essere veramente una brutta esperienza.

Sarà rimasto molto male vedersi ricoverato in psichiatria senza il proprio consenso.

Immagino che deve far molta rabbia essere ricoverato in psichiatria senza il proprio consenso



Ascolto attivo

Legittimazione

- Comunica all'utente che le sue emozioni o comportamenti, dal suo punto di vista, sono comprensibili e legittimi
- Sentirsi legittimato l'utente affronta il problema in modo più efficace

E' comprensibile rifiutare le cure e voler andar via quando si è stato ricoverato in ospedale senza il proprio consenso

Ritenendo illegale il suo ricovero in Psichiatria, posso capire che non vuole le medicine e vuole solamente andarsene da qua



PSICOLOGIA CLINICA A.A. 2012/2013

Prof.ssa Christa Zimmermann
Tel. 045 8124441

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

8 Ottobre, ore 9.00-12.00

15 Ottobre, ore 9.00-12.00

5 Novembre, ore 9.00-12.45

12 Novembre, ore 9.00-12.45



I temi del 5 novembre

- Fattori psicosociali di rischio e la vulnerabilità individuale
- Fallimenti comunicativi

Concetti chiave:

- L'agenda integrata
- Cue
- Alleanza terapeutica
- Ascolto attivo

Esercizi:

- Identificare i cue e applicare le tecniche comunicative centrate sull'utente (Ascolto attivo)



I temi di oggi

- Identificare i cue e applicare le tecniche comunicative centrate sull'utente (Ascolto attivo)
- Comprendere il significato del problema
 - Disaccordo sulla natura del problema
 - Non adesione
 - Relazioni difficili
 - Il paziente arrabbiato
 - Il burn-out
 - Lavoro di gruppo sugli incidenti critici vissuti in prima persona

Ambulatorio psichiatrico (12)

Operatore : Sig.ra Rossi. Prima di poterLa vedere dovrei fare alcune telefonate. Mi scusi

Paziente: Dottoressa, ho già aspettato un bel po'; non posso aspettare ancora, ho terribili mal di schiena

Operatore : Sono molto dispiacuta, dopo queste telefonate urgenti, sarò con Lei (*scompare e ritorna dopo 5 minuti*)

Paziente (a voce alta): Avevo bisogno di essere vista subito. Ho mal di schiena; A lei non importa niente. Io me ne vado

Operatore : Mi dispiace che l' ho fatto aspettare, ma si trattava solamente di pochi minuti.

(paziente va verso l'uscita, l'operatore la segue)

Operatore: Spero che la prossima volta ci andrà meglio. Le facciamo sapere quando sarà il prossimo appuntamento.

La paziente non si presenta al prossimo appuntamento





Ascolto attivo

Commento riflessivo

- Sottolinea un contenuto particolare
 - Risposta a un segnale non verbale
 - Ripete quello che la persona ha detto
- Segnala ascolto e aiuta la persona a dare ulteriori informazioni sull'argomento

La vedo molto prostrata



Ascolto attivo

Sintesi

- L'operatore fa una breve sintesi del problema del paziente
 - La sintesi dà all'utente l'occasione di specificare, correggere o aggiungere informazioni
 - Segnala all'utente che è stato ascoltato

Ha dovuto aspettare, sentendosi poco bene. Poi l'ho fatto aspettare per altri 5 minuti. Ora non c'è la fa più e vuole solamente andare a casa..



Ascolto attivo

Domanda aperta direttiva che indaga l'emozione

- Aiuta la persona ad esprimere le sue emozioni (attese, timori, preoccupazioni, dubbi, disaccordi, contrasti)

Come si è sentito durante questa attesa più lunga del previsto?"

L'ho fatto aspettare un bel po'. Cosa ha provato mentre mi aspettava?



Ascolto attivo

Commento empatico

- L'identificazione della potenziale emozione dell'utente e dell'evento associato, formulata come ipotesi, comunica all'utente che l'operatore ha tentato di mettersi nei suoi panni

«deve essere stato pesante dovermi aspettare ancora , non stando affatto bene.»



Ascolto attivo

Legittimazione

- Comunica all'utente che le sue emozioni o comportamenti, dal suo punto di vista, sono comprensibili e legittimi

Sentirsi legittimato l'utente affronta il problema in modo più efficace

E' facile (comprensibile) perdere la pazienza quando si aspetta che inizi la visita, non si sta bene e l'operatore (medico, psicologo, assistente sociale) non è puntuale.

Mancanza di fiducia

1. La fiducia è il risultato di una buona comunicazione.
2. La sfiducia va esplicitata e affrontata con l'utente (familiare) a partire dalla sua esperienza, non pensare che sia un fatto privato o troppo imbarazzante.
3. Focalizzarsi sul l'utente (familiare) e non sulla propria frustrazione per non essere stati apprezzati o ascoltati. Considerarla un'opportunità per capire meglio.
4. Chiedere alla persona cosa può contribuire ad aumentare la sua fiducia.





Comprendere il significato del

Principi

problema (1)

- La collaborazione rimane precaria finché non è emerso il significato del problema (evento, problema sociale, intervento proposto, trattamento, CSM, psicofarmaci, progetto di cura) per l'utente (familiare)
- Chiedere l'utente (familiare) di spiegare cosa significano per lui i suoi problemi e i programmi proposti

- Cosa significa per Lei...?
- Cosa teme che succeda ?
- Cosa La preoccupa di più ?
- Che effetto avràsulla sua vita di ogni giorno?

Comprendere il significato del problema (2)

Procedure

- Ogni utente (familiare) ha un punto di vista unica rispetto al suo disturbo o problema : sulle cause, sugli effetti del problema sulla sua vita, su quello che ha bisogno per stare meglio.

Abbiamo bisogno di sapere

come il problema e il programma consigliata interferiscono con

- il ruolo dell'utente (lavoratore, marito/moglie, genitore, amico/a, parente etc)
- le relazioni interpersonali dell'utente
- le preoccupazioni
- il significato simbolico del problema o degli interventi





Comprendere il significato del problema (3)

O: Abbiamo bisogno di fissare un appuntamento per Lei con lo psichiatra per un consiglio farmacologico per l'ansia

P: *Non ci penso nemmeno*

O: Come?

P: *Non prendo psicofarmaci. Se devo proprio prenderli, fatte mi il TSO.*

O: Chi dice che si dovrà fare il TSO?

P: *Non importa. Non voglio psicofarmaci.*

Domanda

- Quale significato hanno i psicofarmaci hanno per l'utente?

Comprendere il significato del problema (4)

- Trappole
- Attribuire la responsabilità all'utente , quando le cose non vanno nella direzione che vogliamo
- Argomentare, credendo che il proprio compito è di dover convincere l'utente.
- Non considerare la possibilità di altri tipi di interventi, credendo che la nostra proposta sia l'unica fattibile.



Disaccordo sulla natura del problema

(1)

- Principi

- Importante scoprire, esplicitare e discutere le convinzioni e le teorie dell'utente(familiare) sul problema perché ciò determina l'accettazione dell'utente del vostro aiuto e la sua collaborazione
- Rispettare le teorie e le convinzioni dell'utente (familiare)

- Cosa ha pensato quando....,
- Cosa sa di questa procedura (cura)?,
- Cosa vi potrebbe aiutare ?
- Cosa vorrebbe sapere su..?
- Come vi sembra questa proposta?
- Quali domande vorrebbe fare?



Disaccordo sulla natura del problema (2)

Principi

- La comunicazione empatica è lo strumento per scoprire le ipotesi dell'utente (familiare) (ascoltare, fare domande solo quando il paziente (familiare) non ne parla spontaneamente)
- I disaccordi possono essere risolti nel tempo

Disaccordo sulla natura del problema

(3)

Procedure

Se la vostra opinione e quella dell'utente contrastano
esplicitare il conflitto

M: Abbiamo delle idee abbastanza diverse, vero?

F: *Cosa vuol dire?*

M: Lei crede che Eduardo sia un po' stressato perché si deve ancora abituare al suo nuovo ambiente e poi si riprenderà. Io invece sono convinto che si tratti di un disturbo emotivo più grave che richiede delle terapie.

F: *Si! Penso che passerà.*

M: Io invece sono preoccupato che senza un aiuto terapeutico Edoardo farà molta fatica uscire da solo da questa crisi.

F: *Ah, si?*

M: Allora, vista la differenza delle nostre opinioni, come andiamo avanti?

F: *Non potremmo prima tentare con un po' di ricostituenti? Rinforzandosi magari c'è la fa?*

M: I ricostituenti vanno sempre bene, ma temo che per Edoardo non siano sufficienti e continuerà a star male, perciò sono molto preoccupato





Disaccordo sulla natura del problema (4)

Procedure

1. Esplicitare il fatto che esiste un disaccordo e discuterlo insieme è l'inizio di una negoziazione
2. Quando l'utente insiste su una procedura non appropriato, parlarne
3. Comunicazione empatica

Disaccordo sulla natura del problema

(5)

M: Lei dice che pensavo a un viaggio all'estero come rimedio
Come mai è arrivato a questa idea. Mi può aiutare?

P: *Lo penso, e basta, non voglio neanche discutere*

M: Quindi lei crede che il viaggio risolve i suoi problemi. Io non lo credo e lei non vuol farmi sapere perché pensi a un viaggio. Questo mi rende difficile proporre una soluzione fattibile. E' sicuro che non mi possa aiutare a capire?

P: *Va bene; è mia madre che dice che non supporta più i miei scatti di nervi e vorrebbe che vado a vivere per conto mio. Non me la sento ma intanto il viaggio mi fa stare meglio e le do anche un po' di tregua.*

M: Quindi o il viaggio o fuori di casa, sembra un bel dilemma.

P: *Proprio così*

M: Proporrei una terza via: le medicine che ho proposto dovrebbero diminuire i suoi scatti. Se provassimo parlare con la mamma, spiegando che Lei si sta curando e che appena starà meglio cercherò una casa per conto proprio

P: *Potremo fare così, dottore*



Disaccordo sulla natura del problema

(6)

Procedure

1. Esplicitare il fatto che esiste un disaccordo e discuterlo insieme è l'inizio di una negoziazione
2. Quando il paziente insiste su un trattamento non appropriato, parlarne
3. Comunicazione empatica
4. Stare dalla parte del paziente (uso di metafore)

M: Bene vedo che abbiamo opinioni diverse. Vorrei spostarmi accanto a lei (spostando la sedia), così posso vedere meglio come le cose si presentano dal suo punto di vista

P: *Non ho mai vista una cosa del genere*

M: Me lo posso immaginare. Bene, adesso che sono qua, mi spieghi di nuovo come vede le cose, cos'è che non va e cosa dovremmo fare. Non è detto che sarò d'accordo, ma voglio essere sicuro di comprendere il suo punto di vista

5. Se la negoziazione fallisce, essere d'accordo che ci sia un disaccordo.



Disaccordo sulla natura del problema (7)

Trappole

- Offendersi e diventare intransigente

M: Vede, sono io il suo referente . Dobbiamo vederci per affrontare e discutere i suoi problemi sociale da quando su moglie l'ha lasciato.

P: *Quella roba con me non ha mai funzionato. Mi faccia parlare con uno psicologo che mi deve aiutare a convincere mia mogli di ritirare la denuncia*

M: Ah si ? Non ha nessun senso. Invece deve assolutamente portarmi tutti i documenti rispetto a.....I visto che da tempo è senza lavoro e senza guadagno

P: *Vorrei farcela da solo. Non ho bisogno di voi.*



Disaccordo sulla natura del problema

(8)

Trappole

- Ripetere i concetti, con la voce sempre più alta, all'infinito
 - O: Non credo che sia un episodio banale*
 - F: Ma a me sembra di si*
 - O: No, non è banale . Niente affatto*
- Non comprendere le idee o i valori del paziente.
 - P: Vorrei farcela da solo. Non ho bisogno di voi.*
 - O: Ma questo è un momento particolare e da solo non c'è lo fara.*
- Perdere delle buone opportunità per essere empatico
 - P: la mamma vuole che esca di casa , ma io non me la sento*
 - O: Bene, proviamo prima con l'appartamento del nostro servizio*





Non adesione

•Principi

- L'obiettivo è ottenere l'adesione dell'utente al programma. Gli utenti aderiscono spesso alle loro convinzioni e ai loro valori rispetto alla loro qualità di vita (Conflitto)
- Non ci sono dei marker (sociali, razziali, educativi, di personalità) che predicano la non adesione



Non adesione

- La migliore variabile predittiva è la relazione operatore utente

Altri fattori che determinano la non adesione

- non saper spiegare bene
- mancanza di comprensione da parte dell'utente
- materiale illustrativo confuso o non alla portata dell'utente
- costi del programma (tempo, denaro, sforzo, disagio)
- mancanza di fiducia nell'efficacia del programma
- conflitto tra le idee dell'utente e quelle dell'operatore rispetto al problema e l'intervento
- conflitto tra la vita (famiglia, contesto) e il programma
- la fatica richiesta e la dimenticanza dell'utente



Non adesione

Procedure (1)

1. Comprendere il modello esplicativo dell'utente. Se l'utente è titubante, insistere

O: Cosa pensa abbia causato i suoi problemi?

P: *Non lo so, se non lo sa Lei!*

O: Certo, ma se lo sapesse, cosa avrebbe potuto essere?

P: *Forse non sono stata sempre puntuale.*

2. Se l'idea dell'utente si avvicina a quella dell'operatore, sottolineare l'accordo; se è diversa, esplicitare e discutere.
3. Comprendere il modello esplicativo dell'utente
4. Solo dopo aver fatto emergere il conflitto si può pensare di iniziare ad arrivare a un programma mediante la negoziazione



Non adesione

Procedure (2)

5. Mantenere il contatto con l'utente (familiare). Non basta aver fissato un altro appuntamento. Controllare o far controllare l'utente periodicamente per telefono
6. Assicurarsi che l'utente(familiare) abbia compreso
7. Anticipare soluzioni di eventuali problemi (cosa potrebbe ostacolare il fatto di seguire il programma?)

Un esempio: paziente che non segue le indicazioni

Dr: Penso che non riusciremo a risolvere le sue difficoltà se lei non collabora...

Pt: Io non penso che questi programmi servano a qualcosa! E' tutto inutile!

Dr: Ma almeno provi a fare qualcosa, magari ci potrà essere qualche miglioramento!

Pt: Questi problemi li ho da tanti anni e non credo che basti un po' di programmi per risolvere il problema!

Dr: E crede che non facendo niente migliori qualcosa?

Pt: Almeno non perdo tempo per niente!.

Dr: Beh, è libero di fare quello che vuole, io non la posso costringere!





Esempio

Dr: Penso che non riusciremo a risolvere i le sue difficoltà se lei non collabora...

Pt: Io non penso che gli programmi servano a qualcosa! E' tutto inutile!

Dr: Come mai pensa che sia tutto inutile?

Pt: Questi problemi li ho da tanti anni e non credo che bastino un po' di lavoretti per risolvere il problema!

Dr: Quindi, il fatto di avere il problema da tanti anni le fa pensare che non c'è più nulla da fare...

Pt: Sì!.

Dr: e come convive con questi problemi?

Pt: Male, come vuole che ci conviva?! Male!.

Dr: Male... E che cosa ha fatto fin ora per cambiare le cose?

Pt: Ho provato un po' di cose per conto mio, ma non è servito a niente!.

Dr: Che cosa in particolare ha provato a fare?

Pt: ho parlato con un po' di gente che conoscevo, ma non è servito a niente!

Dr: cos'è secondo Lei che non ha funzionato? Così capisco anche che aiuto le potrebbe essere utile

Pt: ...



Esempio

Dr: Penso che non riusciremo a risolvere i le sue difficoltà se lei non collabora...

Pt: Io non penso che gli programmi servano a qualcosa! E' tutto inutile!

Dr: Come mai pensa che sia tutto inutile?

Pt: Questi problemi li ho da tanti anni e non credo che bastino un po' di lavoretti per risolvere il problema!

Dr: Quindi, il fatto di avere il problema da tanti anni le fa pensare che non c'è più nulla da fare...

Pt: Sì!.

Dr: e come convive con questi problemi?

Pt: Male, come vuole che ci conviva?! Male!.

Dr: Male... E che cosa ha fatto fin ora per cambiare le cose?

Pt: Ho provato un po' di cose per conto mio, ma non è servito a niente!.

Dr: Che cosa in particolare ha provato a fare?

Pt: ho parlato con un po' di gente che conoscevo, ma non è servito a niente!

Dr: cos'è secondo Lei che non ha funzionato? Così capisco anche che aiuto le potrebbe essere utile

Pt: ...



Non adesione

Trappole

- Credere che il nostro compito consista nel dire all'utente (familiare) cosa fare e che quello dell'utente (familiare) sia di dire "Sì" e fare quello che diciamo
- Credere che il compito sia di registrare le richieste e soddisfarle
- Non indagare le idee dell'utente (familiare, collega) su problemi, cause e programmi
- Accusare l'utente (familiare), e definirlo "non collaborante"
- Tentare di risolvere troppi problemi contemporaneamente
- Venire all'appuntamento non significa ancora adesione. Tentate di coinvolgere l'utente (famigliare) nel programma



Conclusioni

- I vissuti, le aspettative, i bisogni degli utenti e dei familiari rispetto a noi, al problema, al programma rispetto alle priorità delle loro vite, se non conosciute, possano ostacolare una collaborazione ottimale



Conclusioni

- Poter comunicare la propria “agenda” - problemi, preoccupazioni, aspettative, convinzioni, eventi di vita e problemi sociali - ad un operatore interessato e attento, ed essere facilitati ad esporre i propri dubbi e quesiti, determina una maggiore soddisfazione dell’utente e una maggiore probabilità di accettare la il programma e impegnarsi nel seguirlo



Conclusioni

- Una relazione di collaborazione richiede di considerare ciò che è rilevante per l'utente e il familiare e integrare queste conoscenze con ciò che è importante per l'equipe degli operatori



Conclusioni

- Se il coinvolgimento nel programma e l'adesione ad esso sono indicatori di qualità di un Servizio sociale , diventa importante porre maggiore attenzione al modo di costruire la relazione di collaborazione (il problema dell'aggancio) e di raccogliere e dare informazione (l'integrazione delle reciproche agende),



Che cos'è “difficile”?

Gli operatori tendono ad attribuire agli utenti la responsabilità di una difficile interazione.

Gli utenti tendono ad accusare gli operatori

Ci possono essere operatori o utenti “difficili”, ma più spesso sono le interazioni ad essere difficili.

L'approccio

➤ Considerare la relazione come deragliata e tentare di riportarla sui binari giusti.

(W. Platt & G. Gordon, Field Guide to the Difficult Patient Interview, 1999)



Relazioni “difficili” 1

Procedure

1. Riconoscere la difficoltà subito

Segnali:

- Ripetere i concetti, con la voce sempre più alta, all’infinito
O: Non credo che ci siano problemi di che hanno da fare con il suo superiore
U: *Ma a me sembra di sì*
O: No, non è colpa del superiore. Niente affatto
- Quando ci si interrompe a vicenda
- Quando si attuano dei comportamenti stereotipati (una sorta di copione che si ripete)
- Quando si percepisce disagio o si desidera essere altrove



Relazioni “difficili” 2

Procedure

1. Riconoscere la difficoltà subito
2. Essere consapevole delle proprie emozioni e del loro significato.
 - Talvolta la rabbia, la noia, il fastidio emergono così rapidamente che è difficile controllarli. E' importante conoscere il proprio modo di reagire per anticipare comportamenti inappropriati



Relazioni “difficili” 3

Procedure

1. Riconoscere la difficoltà subito
2. Essere consapevole delle proprie emozioni e del loro significato.
3. Attenzione! Non dare una diagnosi all'utente (ad es. disturbo di personalità, mancanza di supporto), ma diagnosticare il problema relazionale
4. L'ostacolo è dovuto a una forte emozione dell'utente:
 - esplicitare l'emozione con commenti empatici



Relazioni “difficili” 4

- **Strategie di sopravvivenza**
- Condividere le difficoltà con i colleghi
- Combattere il “ non c’è soluzione”
- Accettare l’impotenza. Quando l’utente non ha la voglia o la capacità di cambiare, l’acceptare la proprio impotenza è una strategia cruciale
- Non vedersi come vittima



RIASSUMENDO...

- Non perdere la propria professionalità
- Ricordare quali sono gli obiettivi da raggiungere nel colloquio con l'utente



LE TRE FUNZIONI DI UNA CONSULTAZIONE

The Three Function Approach (Cohen-Cole, 1991), modificato

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi attuali di salute e di vita dell'utente

Creare, mantenere o recuperare una relazione terapeutica e rispondere alle emozioni dell'utente

Informare e educare dell'utente rispetto alla sua malattia e motivarlo a collaborare con il programma terapeutico



PRINCIPI

- L'operatore è nella posizione migliore per poter riparare relazioni non funzionali (ruolo professionale).
- Interazioni disturbate richiedono attenzione.
Ricordarsi che tutti gli elementi dell'interazione (operatore, utente, ambiente) possono contribuire a rendere difficile la relazione
- Interazioni disfunzionali avvengono quando non si crede in un buon esito, quando le aspettative contrastano o quando manca la necessaria flessibilità



Cerchiamo di:

- Non attribuire la responsabilità all'utente, quando le cose non vanno nella direzione che vogliamo
- Non argomentare, credendo che il proprio compito sia di dover convincere l'utente.
- Escludere la possibilità di altri tipi di interventi, credendo che la nostra proposta sia l'unica fattibile.



Emozioni intense: rabbia

Problemi ed eventi stressanti spesso induce intense emozioni: paura, vergogna, rabbia.

L'aggressività è spesso una risposta all'ansia, alla paura e in generale a necessità che la persona percepisce come insoddisfatte.

Nelle relazioni quotidiane alla rabbia si risponde con la rabbia.

Un operatore non se lo può permettere: deve saperla gestire...





Emozioni intense: rabbia

Lipp (1986) descrive tre atteggiamenti che di solito gli operatori attuano quando interagiscono con un utente adirato:

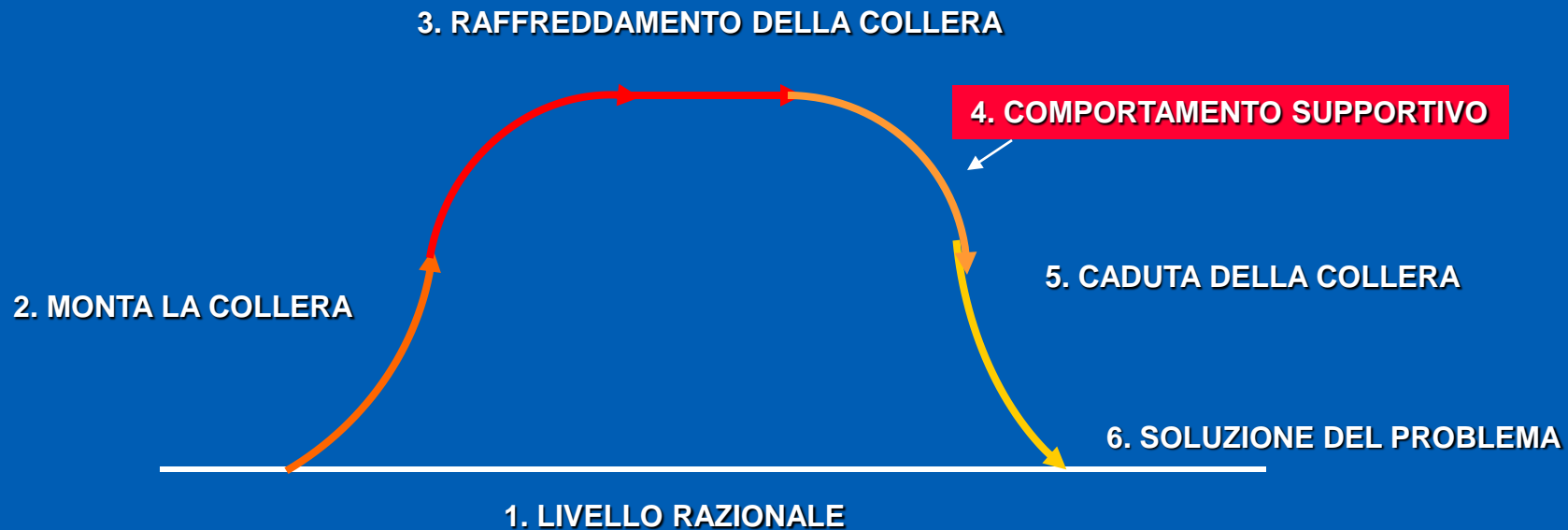
- DISCONOSCONO LA RABBIA: proseguono la loro consueta attività nella speranza che l'utente si plachi da solo;
- CERCANO DI PLACARE le ire dell'utente o lo rassicurano prematuramente;
- RISPONDONO CON ALTRETTANTA RABBIA

TUTTI questi atteggiamenti generalmente inducono un **AUMENTO** della rabbia



L'utente arrabbiato

Curva della collera





1. La maggior parte delle persone funziona a un livello razionale, ed è possibile ragionare con loro

2. Quando una situazione diventa irritante frustrante provocante, la persona “decolla”, si “riscalderà” e comincerà ad essere verbalmente aggressiva e ostile.

Abbandonato il livello razionale, inutile tentare di far ragionare la persona.

3. Il decollo non può durare a lungo. Se non ulteriormente provocata, la persona ostile entra nella fase di “raffreddamento”. Può sentirsi imbarazzata per aver fatto una “scenata”.

4. Dopo una dimostrazione di empatia la persona ostile di solito si calma. Ritorna al livello razionale

5. Ritornata al livello razionale, si può iniziare a risolvere il problema (negoziazione)

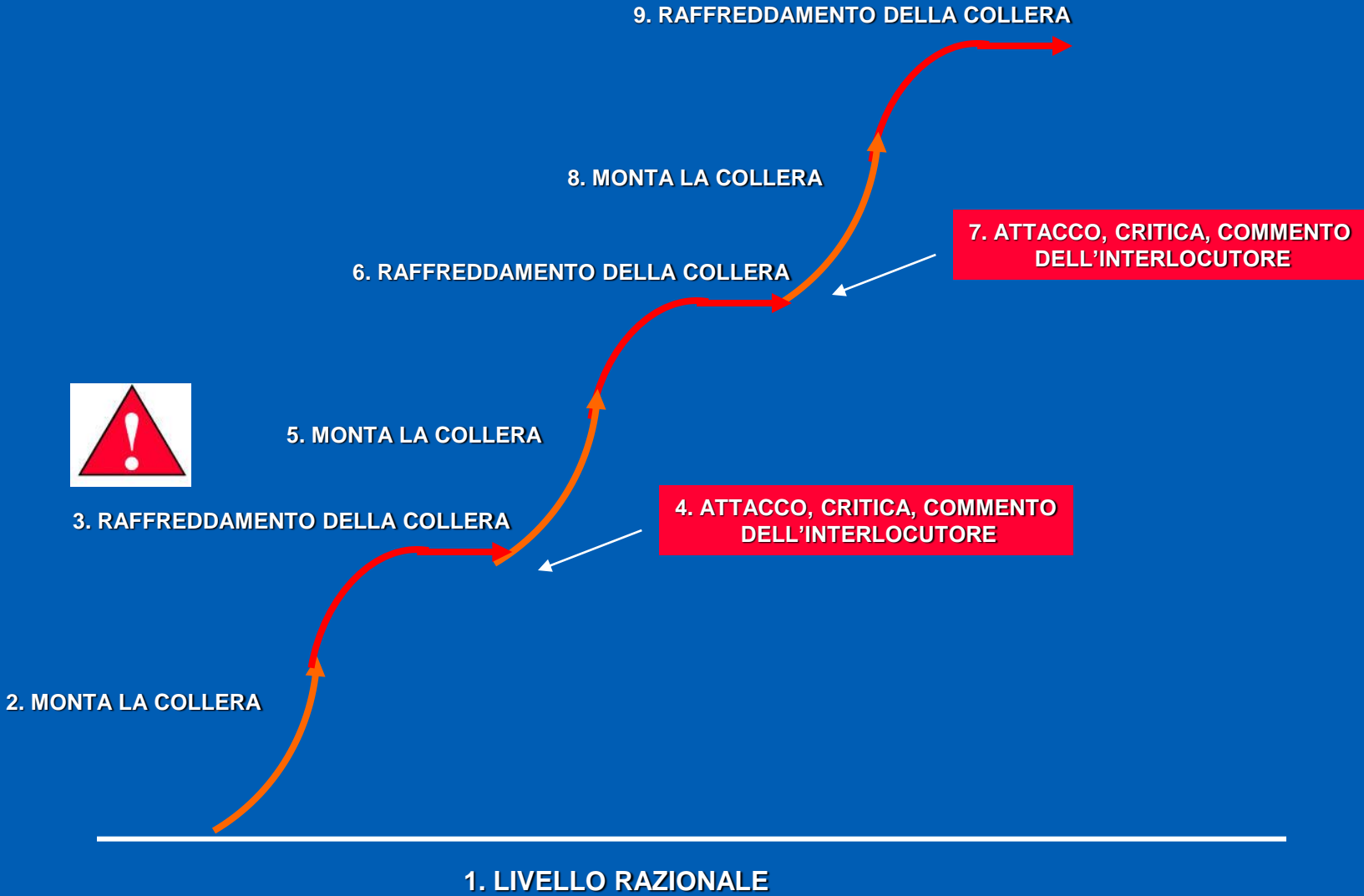
6. Solo ora la controparte che ha assistito al decollo e ha ascoltato lo sfogo, può intervenire (commento supportivo e comportamento empatico non verbale).





CURVA DELLA COLLERA 2

DMS-PSY





Rischio di un errore imperdonabile a fase 4 e 7 (fase di raffreddamento)

Tentare di difendere se o l'istituzione , fare appelli di ragionevolezza alla persona ostile, o argomentare su regoli, diritti o procedure

Argomentare con una persona ostile in fase di raffreddamento produce un altro decollo di ostilità



COME PREVENIRE E GESTIRE L'OSTILITA' DEL NOSTRO INTERLOCUTORE

TRASMETTERGLI
ASCOLTO

RICONOSCERE ED
ESPLICITARE
L'EMOZIONE DI RABBIA





FARE E NON FARE

Si

- Comprendere che l'ostilità è diretta verso quello che voi presentate, non verso di voi come persona
- Riconoscere la collera della persona e esplicitare che l'avete compresa.
- Ascoltare con attenzione cosa dice la persona ostile. Aspettare che la rabbia sia stata espressa prima di rispondere
- Non prendere parte pro o contro prima di aver capito il problem
- Aiutare la persona "salvare" la faccia
- Spostarsi in un luogo privato con meno interferenze esterne
- Sedersi con la persona.
- Mantenere il tono della voce calmo
- Esprimere le vostre emozioni con una persona fidata dopo l'episodio

No

- Sentirsi aggredito personalmente
- Ignorare o negare la collera della persona, dire di calmarsi.
- Rifiutarsi di ascoltare
- Difendere l'istituzione, se stessi o la persona ostile prima di aver capito il problema
- Imbarazzare la persona sottolineando il suo comportamento inadeguato
- Non sgridare o litigare in un luogo pubblico
- Stare in piedi uno e seduto l'altro
- Alzare la voce a livello della voce della persona arrabbiata
- Non confidarsi



Cosa accade quando le proprie emozioni non vengono gestite appropriatamente in modo sistematico?



DMSP-PSY

BURN OUT





Definizione

Deriva dal gergo sportivo: atleta che dopo molti successi si esaurisce, si brucia, non ottiene più risultati

- “Progressiva perdita di idealismo, energia, motivazione ed interesse come risultato delle condizioni di lavoro” (Edelwich & Brodsky, 1980)
- “Uno stato di fatica o frustrazione nato dalla devozione ad una causa, da uno stile di vita o da una relazione che ha mancato di produrre la ricompensa attesa” (Freudenberger & Richelson, 1980)
- “Disturbo caratterizzato da esaurimento fisico, sentimenti d’impotenza e disperazione, svuotamento emotivo, e dallo sviluppo di un concetto di sé negativo e di atteggiamenti negativi verso il lavoro, la vita e gli altri(...) un senso d’afflizione, scontentezza e fallimento nella ricerca di un ideale” (Pines, Aronson & Kafry, 1981)



Sindrome costituita da tre componenti

- **esaurimento emotivo** (svuotamento di risorse emotive personali e sensazione di non avere più nulla da offrire sul piano personale)
- **Ridotta realizzazione personale** (percezione di essere inadeguati al lavoro, cui segue un calo dell'autostima e dell'ambizione)
- **Depersonalizzazione** (atteggiamento di distacco, assenza di partecipazione emotiva, cinismo, ostilità nei confronti di pazienti e loro familiari)

(Maslach, 1982)

Maslach burnout inventory



Categorie a rischio di burn-out

PROFESSIONI SOCIO-SANITARIE

- medici
- infermieri
- assistenti sociali
- psicologi
- operatori sanitari

PROFESSIONI EDUCATIVE E DIDATTICHE

- insegnanti
- educatori/operatori

ALTRE PROFESSIONI

- poliziotti
- amministratori e dirigenti
- sacerdoti e parroci
- controllori di volo
- operatori informatici
- operai catena di montaggio



SINTOMI del BURN-OUT



Sintomi individuali

- Aumentata pressione arteriosa
- Umore depresso
- Abuso d'alcool
- Irritabilità
- dolori toracici
- insonnia
- disturbi gastrointestinali
- senso d'impotenza
- negativismo
- isolamento
- senso di colpa
- paranoia
- rigidità di pensiero
- scarsa fiducia in sé
- scarsa empatia e disponibilità all'ascolto
- cinismo
- apatia

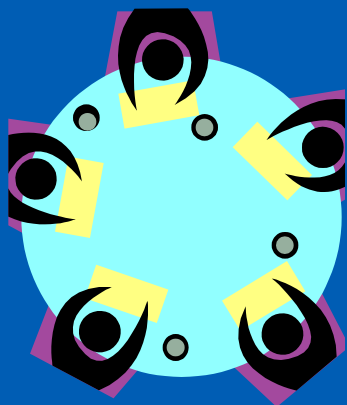
Malattie individuo

Maggiore vulnerabilità per:

- Patologie coronarie
- Patologie gastrointestinali
- Malattie mentali
- Dolori



SINTOMI del BURN-OUT



Sintomi dell'organizzazione

- difficoltà a livello dell'organizzazione
- assenteismo
- alti turnover
- scarso controllo di qualità
- ritardi frequenti
- chiusura al dialogo
- tendenza ad evitare contatti telefonici
- tendenza a rinviare gli appuntamenti
- scarsa creatività
- uso di procedure stereotipate

Malattie organizzazione

- Scioperi
- Incidenti frequenti e gravi
- Perdita di clienti

Come si arriva al burn-out

Fase dello stress lavorativo

Squilibrio tra richieste ambientali e risorse personali

Fase dell'esaurimento

Tensione emotiva, ansia, irritabilità, oppure noia, disinteresse, apatia

Fase della conclusione difensiva

Perdita di entusiasmo, interesse e senso di responsabilità. Si lavora in maniera rigida



Fattori coinvolti nella comparsa del fenomeno del burn-out

Fattori predisponenti

Fattori di personalità

Motivazioni e aspettative personali

Strategie

Fattori organizzativi (mediati dalla valutazione cognitiva)

Fattori protettivi

Supporto del gruppo

Riflessioni sulla propria esperienza

Riduzione degli aspetti routinari

Formazione

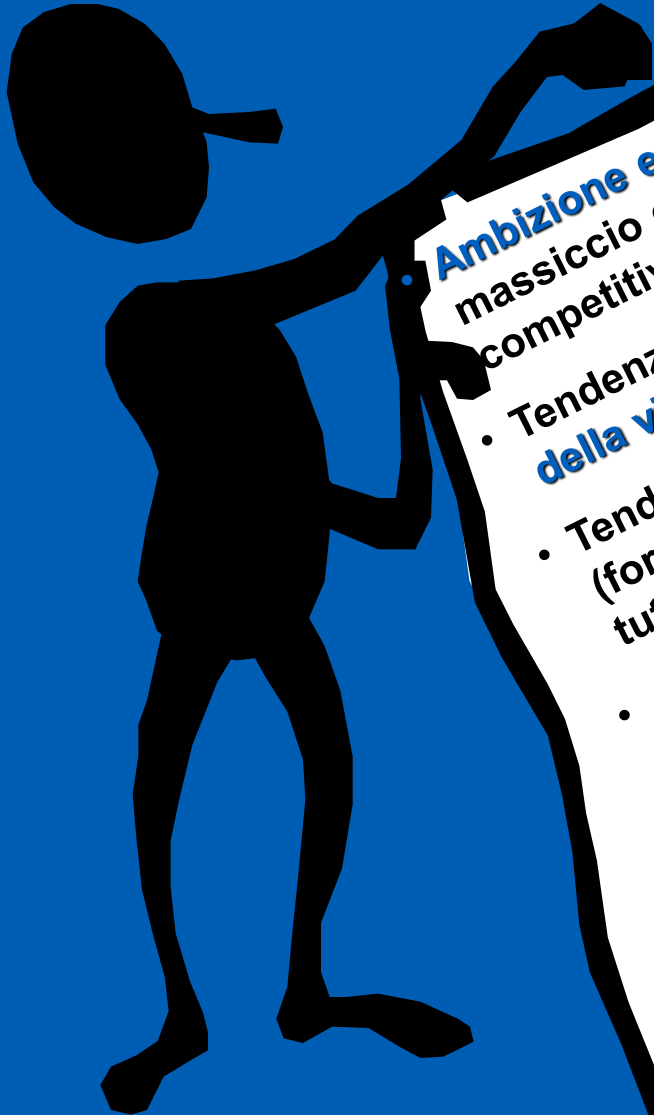
Vita esterna al lavoro

Sesso, età, anni di esperienza





Fattori di personalità



- **Ambizione e motivazione al successo**, con massiccio coinvolgimento nel lavoro e forte competitività sociale;
- Tendenza a **trascurare gli aspetti piacevoli della vita**, come quelli affettivi e familiari.
- Tendenza a **disperdere le proprie energie** (forte impulso ad impegnarsi, in assenza tuttavia di scopi chiari e definiti)
- Anche se sono raggiunti buoni risultati, la persona è spesso insoddisfatta, **poco gratificata dai giudizi positivi, ma ipersensibile anche alle più piccole critiche.**
- Continuo **senso di impazienza**, con urgenza di fare più cose in breve tempo.

FATTORI SOCIO ORGANIZZATIVI



D MSP-PSY

