

Comunicare con persone “difficili”

Gli aspetti fondamentali della comunicazione terapeutica in un contesto sanitario sono tre:

1. Abilità assistenziali
2. Ascolto attivo
3. Empatia, di base ed avanzata

Descriveremo queste dimensioni prima di passare all'analisi specifica della comunicazione con persone “difficili”.

Per quanto riguarda le abilità assistenziali, esse implicano la possibilità di usare segnali non verbali per comunicare attenzione, interesse, presenza emotiva: il contatto visivo, i movimenti del capo, l'espressione del volto, e i suggerimenti appropriati. Si tratta di un processo in cui si espande la capacità di rimanere fisicamente, psicologicamente ed emotivamente in comunicazione con la persona in quel momento ed in quel contesto.

L'ascolto attivo comprende anche il processo di presenza, ma porta i concetti di ascolto e di comunicazione di ciò che si è ascoltato ad un livello molto più profondo: si tratta di un processo dinamico in cui una persona ascolta un messaggio, ne interpreta il significato e poi comunica la sua percezione al mittente. Rispetto all'ascolto passivo richiede maggior tempo ed implicazioni: è come la differenza fra l'ascoltare una lezione o interagire con il docente: cambia tutto, il livello di attenzione, la postura, la tensione emotiva ma anche quella muscolare. L'ascolto attivo è un ascolto “disciplinato” (Dainow e Bailey 1992) diverso quindi dal consueto “da un orecchio mi entra e dall'altro mi esce”.

Nell'ascolto attivo la comunicazione verbale e non verbale hanno la stessa importanza, e in genere è impossibile separarle. Oltre al tipo ed al tono di voce, è fondamentale il contenuto di ciò che si dice. Ad esempio, secondo alcune ricerche, uno dei principali errori del personale sanitario è quello di parlare troppo velocemente ed a bassa voce, atteggiamento che spesso riflette ansia e che a sua volta porta il paziente a sentirsi ansioso.

Vi sono alcuni messaggi fondamentali nella comunicazione con il paziente:

1. Messaggi di apertura. Molto diretti, vengono utilizzati per aprire una conversazione in risposta o al comportamento di un paziente o verso una determinata direzione. Il messaggio simbolico deve sempre essere: “Sono interessato e pronto ad ascoltare”.
2. Piccole remunerazioni. Esse sono brevi espressioni verbali di interesse da parte dell'ascoltatore atte ad incoraggiare la persona che parla: simbolicamente contengono questo messaggio: “Continui pure, io ci sono”.
3. Domande aperte. Esse possono essere utilizzate per incoraggiare le persone a descrivere i propri punti di vista o un argomento che può essere importante per lo stesso. Esse non consentono una risposta monosillabica (sì o no) ma appunto sono aperte ai contenuti che la persona può mettere dentro (e che dicono di lei e del suo problema assai di più).

Il termine empatia letteralmente significa comprendere le esperienze dell'altro come fossero le proprie, o mettersi nei panni dell'altro.

Vi sono due fondamentali tipi di empatia:

1. empatia emotiva, ovvero rimanere coinvolti con l'altra persona anche rispetto al suo stato emotivo;
2. empatia di ruolo, ovvero la capacità di comprendere lo stato, la condizione ed i punti di vista di un'altra persona. L'empatia di ruolo, da parte di un operatore sanitario, è l'elemento più importante per dare inizio ad un processo di supporto, per instaurare una relazione utile e per sviluppare fiducia da parte del paziente.

Heron (SCIA) tipi di gestione relazionale con i pazienti difficili

Questo modello rappresenta attualmente la base di formazione degli operatori sanitari sul tema delle relazioni interpersonali.

Le sei categorie di Heron mirano ad aiutare gli operatori sanitari a soddisfare le esigenze dei pazienti ed a rispondere ai loro comportamenti: è necessario selezionare la categoria che più si addice al paziente ed alla situazione, e scegliere il ruolo che più è utile in quel determinato contesto e con quella persona. Non è certamente un modello definito e rigido ma una base di comprensione e di azione.

Per comprendere meglio, le sei categorie possono essere suddivise in autoritarie e facilitative.

Categorie autoritarie

Sono così chiamate le categorie di relazione nelle quali l'operatore sanitario assume un ruolo di leader, come guidare il paziente, dargli istruzioni, aumentarne la consapevolezza, prendere l'iniziativa ed assumersi maggiori responsabilità quando il paziente non è in grado di farlo da sé a causa di una mancanza di conoscenza, di scarse capacità o di poca motivazione. Gli interventi autoritari sono di solito usati maggiormente nelle prime fasi della relazione con il paziente, per poi procedere verso approcci più facilitativi.

Essi sono:

1. Interventi prescrittivi: essi mirano a guidare il comportamento del paziente quindi sono spesso di tipo istruttivo; implicano il dare istruzioni o consigli su come comportarsi in varie situazioni.
2. Interventi informativi: mirano ad istruire, implicano spesso l'uso di nuovi materiali, la chiarificazione di punti già esaminati o l'aggiornamento di informazioni vecchie o superate.
3. Interventi di confronto: un intervento di confronto mira a rendere consapevole il paziente di alcuni suoi comportamenti limitanti dei quali non potrebbe essere conscio. E' l'intervento più difficile, ma essenziale con i cosiddetti pazienti difficili, e serve ad aiutare gli stessi a riconoscere i propri punti di forza e di debolezza all'interno di un'atmosfera di supporto.

Gli interventi facilitativi mirano invece a rendere il paziente più autonomo e responsabile, ad affermare il suo valore ed a permettergli di esprimere le emozioni che possono bloccare il suo personale potere.

Essi sono:

1. Interventi catartici: essi mirano a rendere il paziente consapevole dei sentimenti dolorosi, della paura, della collera; gli ambienti sanitari pullulano di emozioni, mentre spesso la loro espressione viene repressa, ristretta, evitata, ignorata o resa nulla. Gli operatori sanitari hanno spesso timore di lasciar esprimere ai pazienti i loro sentimenti per paura che possano perdere il controllo, ma anche perché temono le loro proprie emozioni.
2. Interventi catalitici: essi mirano a portare il paziente alla scoperta di sé, alla cura di sé, all'apprendimento ed alla risoluzione dei problemi, al fine di aiutarlo ad accrescere la sua autonomia (empowerment)
3. Interventi di supporto: essi mirano a sostenere il valore personale del paziente, le sue qualità e potenzialità ed i suoi comportamenti assertivi.

In questo modello nessuna categoria è più importante dell'altra e non c'è un ordine da seguire: l'operatore potrà ricorrere all'una o all'altra a seconda delle necessità e delle risposte del paziente: questo modello è di particolare utilità con i pazienti "difficili"

Ma chi è il paziente "difficile" ?

I pazienti "difficili" sono coloro che ci fanno sentire frustrati, inutili, a disagio: il disagio scaturisce dall'antipatia per un paziente o dalla disapprovazione del suo comportamento, la frustrazione da come progredisce il processo della sua cura, l'inutilità dall'incertezza su come intervenire. Tutti questi sentimenti possono farci sentire inefficaci come operatori, arrabbiati e insoddisfatti di noi stessi. A tutti piace di "piacere" e di sentirsi utili, o necessari, e la soddisfazione nel lavoro è un elemento motivazionale molto importante nelle professioni di aiuto.

Come regola generale per interagire con i pazienti difficili è molto importante la autoconsapevolezza (di pensieri, sentimenti ed azioni), l'autocontrollo (la disciplina dei sé) ed il sapere che le nostre azioni possono provocare o bloccare nel paziente comportamenti difficili.

Gli atteggiamenti difficili

Essi sono : la chiusura in sé stessi, la passività e la non collaboratività, la manipolazione difensiva, gli atteggiamenti di sfida, lo scontro e l'aggressione. Ognuno di questi atteggiamenti si può combinare insieme ad altri in alcune particolari condizioni, quali ad esempio, il paziente aggressivo a causa di sostanze, il paziente confuso di tipo neurologico, il paziente agitato con patologia psichiatrica, quello richiedente perché molto afflitto, i familiari di pazienti in pericolo di vita, o le persone che richiedono un intervento a loro avviso urgente ma non urgente per il personale sanitario.

Esaminiamo ognuno di questi atteggiamenti nel dettaglio, in modo da vederne gli aspetti di relazione.

Chiusura in sé stessi.

Essa consiste principalmente nel rifiuto di interagire e di collaborare per disinteresse, per negazione del problema, per paura, per protesta, per ragioni morali o religiose o soltanto per pigrizia : tale gamma di percezioni non sono scelte volontarie del paziente e soprattutto non possono essere influenzate soltanto dalla decisionalità cosciente.

I pazienti si possono chiudere o possono scegliere di sospendere una terapia ed arrivare anche ad abbandonare il luogo della cura per una serie di motivi.

Tutti abbiamo alle spalle storie ed esperienze varie, sia buone che cattive, che possono influenzare le nostre azioni: alcuni pazienti possono riferirsi a precedenti esperienze con il sistema sanitario, mentre altri hanno ragioni di rifiuto in altri aspetti, magari non consciuti coscientemente.

Chiudersi in sé stessi può essere il risultato di una serie di problemi fisici reali o potenziali come il dolore e lo sconforto, l'impossibilità di dormire, l'immobilità il disorientamento: possono contribuire anche problemi di ordine psicologico,

come biasimo, confusione, incertezza, frustrazione, ansia, mancanza di adeguati supporti, o combinazioni complesse di più di uno di questi elementi.

La chiusura del paziente e la sua non collaborazione è in genere un atto estremamente frustrante per l'operatore sanitario (come, io sto facendo tutto ciò che posso, mi sforzo di capirlo, di entrare in sintonia, gli sto risolvendo questo o gli ho appena salvato la vita, o ci sto provando, e lui non accetta, non risponde, non si comporta con gratitudine e riconoscenza?);

Passività e non collaboratività

La passività è l'incapacità di agire, ed è diversa dalla chiusura perché una persona passiva vorrebbe avere delle interazioni, ma in realtà, rimanendo passiva, si appoggia o richiede senza troppe parole agli altri, aspettandosi che essi facciano qualcosa. I pazienti passivi, sebbene in alcuni casi siano visti come pazienti difficili, sono il prodotto anche del sistema sanitario paternalistico e in un recente passato sono stati considerati i pazienti ideali. Possono essere pazienti che, più o meno consapevolmente, non desiderano assumersi la responsabilità per la loro condizione o per il loro processo di cura, e per questo possono costituire un ostacolo.

Manipolazione difensiva

La manipolazione si può definire come l'uso di mezzi disonesti ed ingiusti per influenzare il comportamento altrui o per raggiungere un risultato. Rientrano in questa categoria i pazienti molto richiedenti, o esigenti o che mostrano di avere particolare bisogno di attenzioni. Molte sono le ragioni per cui i pazienti possono essere considerati esigenti, come la rumorosità, la lamentosità, l'essere appiccicosi, eccessivamente emotivi, irritabili, in genere insoddisfatti. Il bisogno di attenzioni si può manifestare attraverso:

1. la simulazione di malattie o il senso di malessere agito per prolungare l'assistenza o la degenza, 2. lamenti immotivati o il tentativo di mettere gli operatori sanitari l'uno contro l'altro; 3. la ricerca di costante attenzione che non riflette l'effettivo livello di necessità del paziente.

Nel complesso, il principale problema con i comportamenti manipolativi o con la percezione che gli operatori hanno di ciò consiste nell'elevato stress che provocano; il personale può tendere ad evitare tali pazienti e il risultato è spesso un maggior distacco o una graduale chiusura. Ciò, a sua volta, rende il paziente più bisognoso ed esigente, e si crea così un circolo vizioso.

Scontro ed aggressività

Il settore sanitario è un campo minato di ansie, lamentele, paure e frustrazioni, che se non riconosciute e ben gestite, possono sfociare nello scontro.

Quando si ha a che fare con pazienti difficili che cercano lo scontro un mancato riconoscimento di questo meccanismo rappresenta spesso sia il problema che la soluzione.

Il bisogno di comunicare efficacemente e di acquisire rispetto e consapevolezza delle difficoltà di " essere paziente" è un tema enorme. Spesso negli ospedali o negli ambulatori si respira un'atmosfera molto tesa: lo scontro si può manifestare in molti modi e può includere lamentele, rabbia, aggressività e qualche volta violenza. Può includere domande ostili che mettono il personale di fronte a problemi di difficile gestione, se per esempio di natura organizzativa o gestionale.

Verso una persona che si pone come aggressiva è utile un atteggiamento assertivo, ma disponibile: e i due concetti (assertivo ed aggressivo) non sono facilmente distinguibili se non con molta pratica.

Il termine asserzione vuol dire essere abili ad esprimere un'opinione in modo chiaro, diretto, leale, senza difese e senza negare i diritti ed i sentimenti dell'altro: al contrario l'aggressività non permette di rispettare i pensieri ed i sentimenti altrui.

Strategie per affrontare i vari atteggiamenti con gli interventi di Heron

Come affrontare i pazienti chiusi in sé stessi

Gli interventi prescrittivi

Ci sono molti tipi di interventi prescrittivi, di cui alcuni riguardano la prescrizione di ausili terapeutici come farmaci o ricerche, altri la prescrizione di norme alimentari o comportamenti o atteggiamenti: proviamo a descriverli:

Prescrizione direttiva: consiste nel consigliare, proporre, raccomandare, suggerire e richiedere determinati comportamenti al paziente senza chiedere direttamente la sua opinione o il suo accordo relativamente a quanto proposto.

Può essere accettabile in situazioni in cui figurano stati di incoscienza, situazioni di emergenza o trattamenti sanitari obbligatori in paziente al momento incapaci di decidere.

Prescrizione consultiva: Questo intervento prevede la discussione con il paziente e l'esplorazione delle sue opinioni circa le possibili scelte: pur nella ricerca del dialogo col paziente, l'approccio resta in gran parte di tipo autoritario e nel quadro del principio di beneficenza.

Prescrizione dimostrativa: Quando si desidera che i pazienti adottino determinati comportamenti necessari al loro benessere, la dimostrazione è un mezzo utile. La prescrizione viene effettuata mostrando direttamente al paziente che cosa si vuole che si faccia, oppure mediante un'azione di modellamento in rapporto ad un comportamento proposto. Come molte altre forme di prescrizione, questo approccio può essere più o meno direttivo, ma richiede sempre un certo livello di autonomia del paziente.

Prescrizione valorizzante: Si tratta di un approccio che stimola o incoraggia i pazienti a fare un certo tipo di attività, sulla base della fiducia che si accorda alle loro capacità. I pazienti ritirati in sé stessi e passivi spesso possono avere scarsa autostima o mancanza di fiducia nelle proprie capacità: per questo tale approccio può avere grandi effetti terapeutici.

Prescrizione paradossale: questo approccio è di tipo psicoterapeutico e deve essere adottato da personale esperto in contesti terapeutici: è nato come un metodo usato all'interno di terapie familiari con famiglie particolarmente complesse, per "scardinare" sintomi gravi dalla loro funzione omeostatica.

In modo non psicoterapeutico tuttavia alcune prescrizioni paradossali possono essere usate per suscitare una reazione costruttiva in pazienti passivi o ritirati (es.: "penso che lei debba fare questa cosa, ma non sono sicuro che lei ce la faccia"). Persino se indotta da sfida o fastidio, anziché da una motivazione di adesione fiduciosa ad una prescrizione, tale reazione ("gli farò vedere se ne sono capace") può essere utile ed accettabile. Questo approccio comunque deve essere usato con sicurezza ed all'interno di una relazione fiduciaria, in quanto sono possibili feedback negativi a cui bisogna essere preparati a rispondere.

Prescrizione contraddittoria: In questo approccio vengono presentate al paziente prescrizioni o informazioni relative a due azioni opposte: ad esempio, mentre si suggerisce che il soggetto stia a letto tutto il giorno, accettando apparentemente una passività dello stesso, si spiega anche che l'immobilità può provocare una trombosi. Si ipotizza che posto dinanzi ad un dilemma e senza forzature il paziente potrà optare per un comportamento più ragionevole, che in questo caso potrebbe essere maggiore attività fisica.

Prescrizione contro-dipendente: tale strategia si basa sul principio che con alcuni tipi di persone, ad esempio quelle ostinate o che hanno problemi con l'autorità, se si chiede loro di fare qualcosa, e se si insiste, esse spesso fanno l'opposto.

In modo generale comunque tutti noi vogliamo esercitare la nostra indipendenza e ci sentiamo a disagio se altri ci dicono cosa dobbiamo fare. Es. "dato che lei non vuole essere coinvolto nell'assistenza che la riguarda, provvederemo a farle i trattamenti che riteniamo opportuni". La reazione a questo approccio può essere sorprendentemente attiva: il paziente può diventare curioso ed interessato e porre domande.

Gli interventi catartici

Con i pazienti ritirati o passivi è necessario, in primo luogo, favorire l'espressione di qualsiasi sentimento o di qualsiasi disagio non risolto che possa indurre un comportamento distorto. Questo è lo scopo della catarsi: facilitare l'espressione delle emozioni in modo utile per il paziente. Ci sono diverse situazioni di stress su cui focalizzare l'attenzione: il disagio in sé della degenza, la tensione fisica, il dolore, la rabbia, la paura, l'ansietà dell'aspettare una diagnosi, l'afflizione, l'imbarazzo per la propria dipendenza fisica, l'essere nelle mani di persone sconosciute in uno stato di necessità, la lontananza dalle proprie consuetudini o dalle persone familiari, o qualsiasi emozione che un essere umano può sperimentare in condizioni di dipendenza. E' necessario facilitare e favorire l'espressione delle emozioni creando un ambiente favorevole a questo: ma è altresì necessario tenere conto delle emozioni dell'operatore sanitario a contatto con il paziente, perché esse rappresentano, se non ben disciplinate, un altro importante fattore di stress.

Si può procedere con un approccio a tre stadi:

1. Analizzare ciò che sta accadendo: se un paziente appare silenzioso, preoccupato per una difficoltà o per un problema attuale, è auspicabile incoraggiarlo a descrivere, in modo concreto ed attraverso esempi specifici, come si sente, e ciò che lo preoccupa. Per molti pazienti possono essere più cose, e si può aiutarlo a porre un scala di priorità ed ad affrontare gli stessi in tempi successivi. Già questo fa sentire sollievo e comprensione alla persona.
2. Incoraggiare una descrizione realistica: chiedere al paziente non solo ciò che è accaduto ma anche di descrivere le sue reazioni emotive con immagini, suoni, percezioni sensoriali è un modo di favorire la catarsi.
3. Facilitare il racconto qui ed ora: per aumentare l'effetto catartico, è importante stimolare il paziente a raccontare parlando al tempo presente mentre descrive le immagini e le sensazioni. Questo favorisce l'espressione delle emozioni in un contesto di accoglienza.

Gli interventi catalitici

Sono interventi maggiormente di sostegno, e per questo particolarmente indicati in alcune situazioni, quali i gruppi di automutuoaiuto o i focus group: essi mirano a comprendere quali sono i bisogni del paziente nel contesto della sua

esperienza, delle sue percezioni e del suo stile di vita. Necessitano di parecchio tempo e conoscenza e quindi sono poco adatti alle situazioni di degenza o di urgenza, mentre lo sono maggiormente in quelle di trattamenti riabilitativi o post-intensivi.

Gli interventi informativi

Gli interventi informativi costituiscono naturalmente una parte dell'attività volta a rendere i pazienti in grado di assumere un maggior controllo sull'assistenza e sulla stessa esperienza di malattia attraverso una maggiore partecipazione. Tenendo presente la prospettiva del paziente, le aree problematiche e le priorità, mediante gli interventi informativi si offre, in termini comprensibili per il paziente, nuove conoscenze ed informazioni direttamente correlate con i bisogni.

Se si eccede, il paziente può sentirsi sopraffatto ed alienarsi, con diminuzione della propria motivazione; mentre se l'informazione è insufficiente, il paziente viene mantenuto all'oscuro di cose che lo riguardano e con un sentimento di perdita del proprio potere personale. Questo aspetto è oggi centrale nelle difficoltà fra i cittadini e le strutture sanitarie.

Come affrontare i pazienti che sfidano e che tendono allo scontro

Gli interventi di confronto

Il termine confronto viene qui utilizzato con molteplici significati: può indicare sia il prendere posizione nei confronti delle convinzioni e dei sentimenti disfunzionali del paziente, sia in modo più assertivo, la capacità di fronteggiare il paziente anche se minaccioso.

Se riferito al paziente indica lo scontro che egli ricerca, anche in forme violente, con l'istituzione sanitaria ed i suoi operatori. È indubbio che gli atteggiamenti di opposizione siano tra le situazioni più difficili da affrontare nell'assistenza sanitaria: questi atteggiamenti spesso liberano una vasta gamma di emozioni e pensieri che sono comunemente, e da tutti i soggetti in gioco, rapportabili ad esperienze passate. L'ansia che essi suscitano è molto forte, ed anche la paura per la gestione e per le conseguenze.

Detto questo però, atteggiamenti di confronto costruttivi che gli operatori sanitari possono mettere in atto rappresentano un utile apprendimento per il paziente, se affrontati con sensibilità e desiderio di aiutare il paziente a meglio comprenderli.

Per utilizzare efficacemente un approccio confrontativo bisogna considerare preliminarmente i tempi che esso richiede, la reale necessità di farlo, quanto ci si vuole coinvolgere profondamente con il paziente.

Passiamo alle tecniche:

1. Domande dirette: sono domande franche ed immediate relative a ciò che il paziente sta evitando, negando, facendo oppure non facendo oppure nascondendo. Es. "quando ha fatto l'ultima volta la cura che le ho prescritto?" Si tratta di un approccio molto frontale e deve essere usato in modo selettivo. 2. "porta a porta": si tratta di un approccio che consiste nel porre una richiesta importante seguita da una marginale; l'idea di base è che la domanda alla quale si cerca realmente la risposta sia la seconda e che rispondere non sembrerà difficile al paziente se gli è appena stata fatta una richiesta più grande e più difficile da soddisfare. Es. "può cercare di essere meno ostile per una settimana? O per lo meno per il resto del pomeriggio?" 3. "piede nella porta": per questa tecnica è necessario, all'inizio, un approccio molto morbido, che, in un secondo tempo, può cominciare a comprendere richieste più coinvolgenti. Es. chiedergli di aderire ad un nuovo regime di terapie farmacologiche per una settimana e trascorsa la settimana chiedergli di proseguire per 6 mesi. 4. "dare uno scossone": si affronta direttamente il comportamento del paziente, (o la sua inazione) con affermazioni che mostrano come ciò che egli sta facendo è sbagliato o pone dei problemi. Es. "è così in ansia perché si sta agitando molto: provi a fermarsi ed a parlare un po' di come si sente?". 5. "reggere lo specchio": tale tecnica consiste nel "mimare" o "imitare" i comportamenti dei pazienti così da renderli consapevoli della realtà delle loro azioni; è una tecnica molto forte, che richiede un rapporto consolidato e non deve essere fatto con malizia o derisione, ma come strumento di sostegno e possibilità di espansione dell'autoconsapevolezza. 6. "fermare il disco": tale tecnica si utilizza quando il paziente incomincia inconsapevolmente a ripercorrere una via già battuta che ne ostacola i progressi ovvero mette in atto comportamenti ostili agiti. La tecnica consiste nel fermarlo, in modo diretto e autorevole, ma senza alcuna rabbia, e nel portarlo dove è il vero problema. A volte un lieve contatto tattile può essere utile, come segno di accoglienza. 7. Uso adeguato della disapprovazione: viene facilitato dal ricorso ad una comunicazione franca ed aperta, in quanto rende evidenti cose di cui in quel momento il paziente non è o sembra consapevole. Anche questo approccio deve essere usato con grande sensibilità.

8. Tono di voce calmo ed atteggiamento fermo: nelle situazioni di collera, rabbia, agitazione grande l'operatore deve rappresentare simbolicamente una colonna ferma che non si contrappone ma che fa da modello, non perdendo il proprio controllo ed aiutando il paziente a riacquistare il suo. 9. Feedback di scarica: a volte, in situazioni circoscritte, può essere

utile permettere una certa esternazione contenuta della rabbia, in modo da non far male e non farsi male (picchiare i pugni su un cuscino)

Gli interventi di sostegno

Gli interventi di sostegno, che sono il vero intervento efficace con tutti i pazienti difficili, possono però essere effettuati solo se la tensione emotiva e la rabbia sono placati, ed il paziente può più facilmente accedere al proprio dolore, al suo mondo emotivo ed aprirsi all'aiuto. Un intervento di sostegno è una procedura terapeutica nella quale viene offerto un aiuto diretto, e che è utile e necessaria nelle situazioni di crisi.

Gli scopi di questi interventi possono essere così schematizzati:

1. aiutare il paziente a mantenere un certo grado di autonomia;
2. aiutarlo a ripristinare la e sue capacità ed a fidarsi delle sue risorse interiori;
3. incrementare la sua autostima;
4. fissare con lui aspettative realistiche circa le terapie;
5. impedire il deterioramento;
6. rendere il paziente in grado di agire con il minimo sostegno possibile;
7. coinvolgere altri, come i familiari, nel processo.

E' utilissimo pensare al sostegno come composto da più elementi, ognuno con il suo specifico valore:- Cognitivo: consiste nell'aiutare l'individuo a pensare a come e perché sta agendo in un certo modo;- Affettivo: consiste nel sentimento affettivo che accompagna la comunicazione franca ed aperta, e che può essere chiamata rassicurazione;
- Fisico: consiste nell'assistenza concreta, nel contatto fisico vero e proprio, nell'uso di attrezzature o ausili o nel mutamento delle condizioni ambientali.

Comportamenti violenti

Rispetto ai veri e propri comportamenti violenti, il primo passo consiste nel comprendere se si tratta di comportamenti prodotti o influenzati da un problema organico (tossico, o neurologico, o infettivo etc) o psichico, e predisporre i necessari interventi; nel far questi è bene tenere presenti le modalità relazionali fino ad ora descritte nel dettaglio, ed usare quelle più appropriate alla circostanza.

Farrel e Gray hanno proposto uno schema , in tre fasi, utile nella gestione dei comportamenti aggressivi:

1°fase: riflettere. Prima di poter capire i pazienti e le loro reazioni individuali, è necessario essere in grado di comprendere noi stessi e di accettare il nostro potere di influenzare gli altri. Ciò comprende il modo in cui ci presentiamo, la postura, il modo e il tono con cui diciamo le cose. Chiunque può diventare aggressivo se si sente minacciato o provocato, ed a volte non è chiaro, ad un'osservatore esterno, chi è più minaccioso o aggressivo fra due litiganti. L'autoconsapevolezza dei propri stati emotivi è cruciale per aiutare l'altro senza controllo.

2° fase: porsi in relazione. Durante tale fase è necessario usare, ed al meglio, tutte le abilità comunicative, espressive e di relazione, anche per attuare interventi forti come la contenzione o i trattamenti sanitari senza adesione del paziente.

3° fase: riesame. In un secondo momento, vanno riesaminati i fatti con coloro che sono stati coinvolti, offrendo sostegno ma anche confronto sulle dinamiche. Ciò rappresenta un'utilissima modalità di analisi ed apprendimento.