

Prevenzione della
violenza a danno degli
operatori sanitari

Dott.ssa Bariselli Silvia

Psicologa Psicoterapeuta Musicoterapeuta

L'AGGRESSIVITA' ed il COMPORTAMENTO VIOLENTO/DEVIANTE

«Le azioni erano mostruose, ma chi le fece era pressoché normale, né demoniaco né mostruoso...»

(Hannah Arendt)

«Noi non impariamo dall'esperienza ... impariamo dal riflettere sull'esperienza...»

(John Dewey)

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”. Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

Gli infortuni accaduti nelle strutture ospedaliere italiane e denunciati all'INAIL per qualifica professionale e modalità di accadimento nell'anno 2005 ammontano a 429, di cui 234 su infermieri e 7 su medici.

AGGRESSIVITA'

- = ogni comportamento diretto verso un altro individuo motivato dall'intento (immediato) di causare un danno.
- Lesioni accidentali non sono agiti aggressivi in quanto il danno non era un obiettivo (C.A.Anderson and B.J.Bushman, 2002)

TRE COMPONENTI:

1. Intento

= volontà di arrecare un danno, o in modo diretto o impedendo a qualcuno di compiere azioni piacevoli. Può essere dedotto dalle manifestazioni verbali, dall'osservazione delle azioni e dal contesto generale in cui il comportamento viene attuato.

2. Azione

3. Stato Emotivo

= sempre presente la rabbia ma possono esserci altri tipi di emozioni che variano in base all'intensità (dalla lieve irritazione alla grave ira)

= provocare un danno fisico o psichico

AGGRESSIVITA'



AGGRESSIVITA'

ostile = impulsive, non pianificate, mediate dalla rabbia, finalizzate a danneggiare il «bersaglio», è reattiva

strumentale = premeditate e finalizzate ad

ottenere obiettivi specifici diversi dal danno, sono proattive.

è razionale e calcolata, utilizzata da un individuo per massimizzare i suoi profitti.

Rabbia : Emozione secondaria da danno o sofferenza per aver subito qualcosa...

ATTIVITA': Riconoscere i volti...Chi sono e che lavoro fanno?

TIPOLOGIE DI AGGRESSIONE (Buss, 1961, cit. in Monds-Watson, 2011a)

- 1. fisico-attivo-diretto (es. assalire fisicamente qualcuno),
- 2. fisico-attivo-indiretto (es. incaricare qualcuno di attaccare qualcun altro per proprio conto, danneggiare i beni di qualcuno, collocare una ordigno esplosivo, ecc.),
- 3. fisico-passivo-diretto (es. ostacolare qualcuno in maniera simile ai sit-in di protesta),
- 4. fisico-passivo-indiretto (es. rifiutarsi di eseguire atti dovuti),
- 5. verbale-attivo-diretto (es. insultare qualcuno o umiliarlo in pubblico),
- 6. verbale-attivo-indiretto (es. diffondere gossip o storie malevoli su qualcuno),
- 7. verbale-passivo-diretto (es. ignorare qualcuno),
- 8. verbale-passivo-indiretto (es. decidere di non difendere qualcuno accusato falsamente o criticato ingiustamente)

(Bandura) Tre tipi di influenze sull'aggressività:

- *Origini*: da fattori ambientali, modellamento e rinforzo (famiglia, vicinato)
— Aggressività e status nel gruppo.

- *Istigatori*: Esperienze passate e fattori cognitivi. Attivazione emotiva (frustrazione ecc.). Obbedienza e controllo (l'esperimento di Milgram del 1963).

- *Fattori di mantenimento*: conferme sociali, raggiungimenti ecc.

VIOLENZA

= particolare atto inflitto al soggetto contro la sua volontà. Forma di restrizione, più o meno improvvisa, della libertà di disporre di sé e del proprio corpo.

Il concetto di violenza non si identifica con l'aggressività.

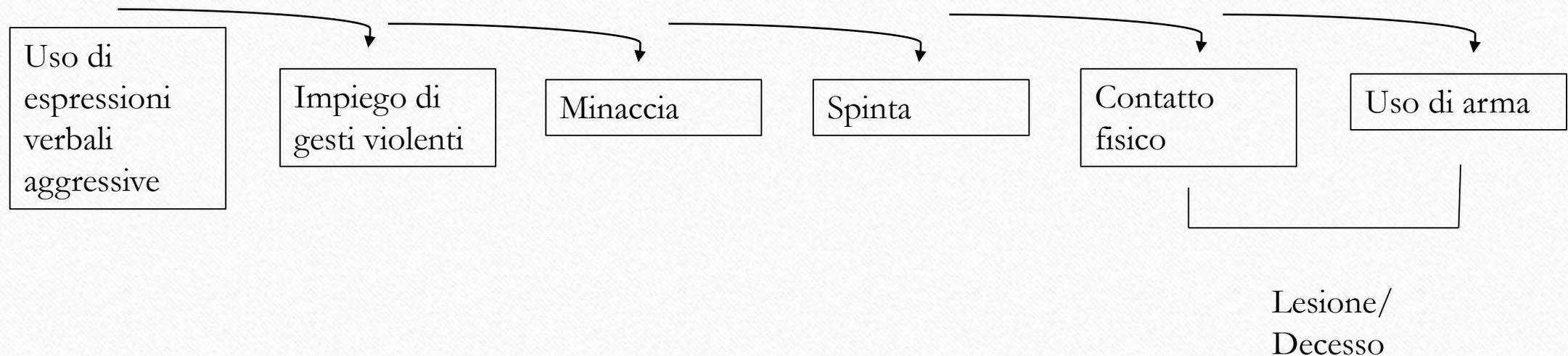
= è un termine più ristretto e indica i comportamenti che includono la violenza o la minaccia della forza fisica. Non tutti gli esempi di aggressione sono violenti (es. gridare contro qualcuno è un atto aggressivo ma non violento) ma tutti gli atti violenti si qualificano come aggressivi

In ambito sanitario concorrono all'incremento degli atti di violenza:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;
- mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;
- scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture.

I fattori di rischio variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, di servizi erogati, ubicazione, dimensione.

Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.



TEORIE sull'AGGRESSIVITA'

1. APPRENDIMENTO OSSERVAZIONALE =

l'apprendimento non dipende solo dall'esperienza diretta ma dall'osservazione e dalla cognizione --- i rinforzi non sono solo concreti ma anche risposte sociali (es. ammirazione, attenzione, ...)

2. SOCIALIZZAZIONE FAMILIARE =

Se la fam non fornisce sicurezza, identità e connessioni sociali la fam promuove l'aggressività. (influenza infantile da punizioni fisiche)

3. FREUD=

L'aggressività è una strategia comportamentale per allentare lo stato di tensione generato dal mancato soddisfacimento immediato di un bisogno (principio di piacere vs. principio di realtà).

4. TEORIA DELLA COMUNICAZIONE =

Oltre al controllo dell'emozione esiste la comunicazione dell'emozione. Le emozioni violente sono residui evolutivi finalizzati alla sopravvivenza

5. TEORIA ATTACCAMENTO di Bowlby =

Emozioni come rabbia, tristezza e paura hanno un ruolo importante nel monitoraggio dal pdv del sé e della comunicazione con la figura di attaccamento. L'attaccamento disorganizzato è una reazione indotta dalla separazione – eccessiva permissività – rinforzo dell'aggressività.

VIDEO: «I bambini imitano i genitori»

PROSPETTIVE ed IPOTESI...

1. **PROSPETTIVA ETOLOGICA** = l'energia aggressiva è prodotta continuamente nell'organismo fino a quando non viene rilasciata a causa di uno stimolo (es. comparsa di un rivale). Quindi il comportamento aggressivo è la conseguenza di questa continua produzione di energia. Questa spiegazione implicherebbe che una volta “scaricata” l'energia non è possibile ottenere un altro comportamento aggressivo poiché l'organismo deve ricostituire un sufficiente livello di energia. E quindi come si spiegano gli atti ripetuti di violenza?

2. **PROSPETTIVA GENETICA** = collegamento tra condotte aggressive e patrimonio genetico ... tuttavia non è possibile escludere l'influenza delle esperienze di socializzazione nel corso dello sviluppo individuale.

3. **PROSPETTIVA ORMONALE** = ha indagato il ruolo degli ormoni - in particolare il testosterone, che è collegato all'attivazione degli impulsi di lotta e all'inibizione del comportamento di evitamento e fuga. Un altro correlato ormonale è il cortisolo (ormone dello stress): ridotti livelli di cortisone sono associati al coraggio, alla tendenza a correre rischi e l'insensibilità alla punizione

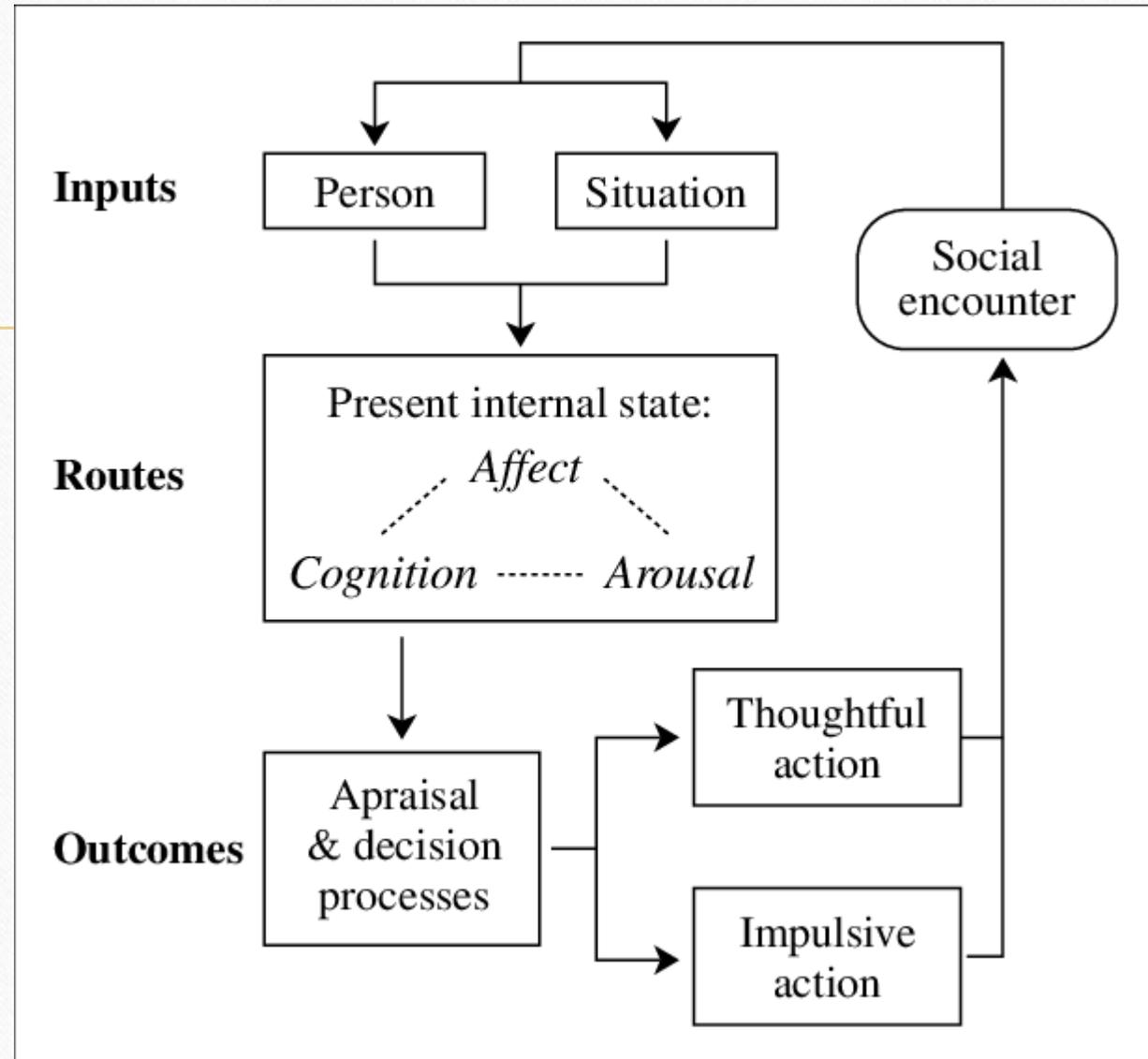
4. **IPOTESI FRUSTRAZIONE-AGGRESSIVITÀ** la frustrazione causa un'istigazione a diversi tipi di risposte, una delle quali è l'aggressività (Miller, 1941) ... tuttavia l'aggressività non è la sola risposta alla frustrazione: dipende dall'influenza di altre variabili individuali o ambientali: ad es. la paura di essere puniti o la mancanza della fonte di frustrazione sono fattori inibenti l'aggressività a volte la frustrazione che non può essere espressa verso la fonte originale viene deviata verso un bersaglio maggiormente disponibile.

5. **NEO-ASSOCIAZIONISMO COGNITIVO** è un'estensione del modello precedente (Berkowitz, 1993) prevede una teoria più generale del legame tra stato affettivo negativo e comportamento aggressivo

GAM = General Aggression Model

= modello integrato delle varie teorie; focalizza la persona nella situazione all'interno di un circuito di dinamiche ed interazioni sociali

Disposizioni individuali (es. rabbia di tratto) e stimoli esterni creano uno stato interiore caratterizzato da cognizioni specifiche e sintomi di attivazione.



Accanto alle pulsioni primarie gli esseri umani hanno sviluppato tre necessità/propensioni:

1. Una funzione di sopravvivenza in un gruppo “intelligente” basato sul bonding (legame). I legami di gruppo è un'estensione genetica del legame madre/piccolo che accresce la sopravvivenza.

2. Ai legami si oppone l'autonomia dell'azione, l'esploratività

3. Gli esseri umani hanno bisogno di significato. Il significato è alla base del linguaggio, senza significato non abbiamo identità sociale.

Queste tre necessità/propensioni fanno capo a reazioni e centri emotivi da cui dipende l'aggressività: è un modo per comunicare che queste istanze psichiche non sono soddisfatte o sono poste in crisi.

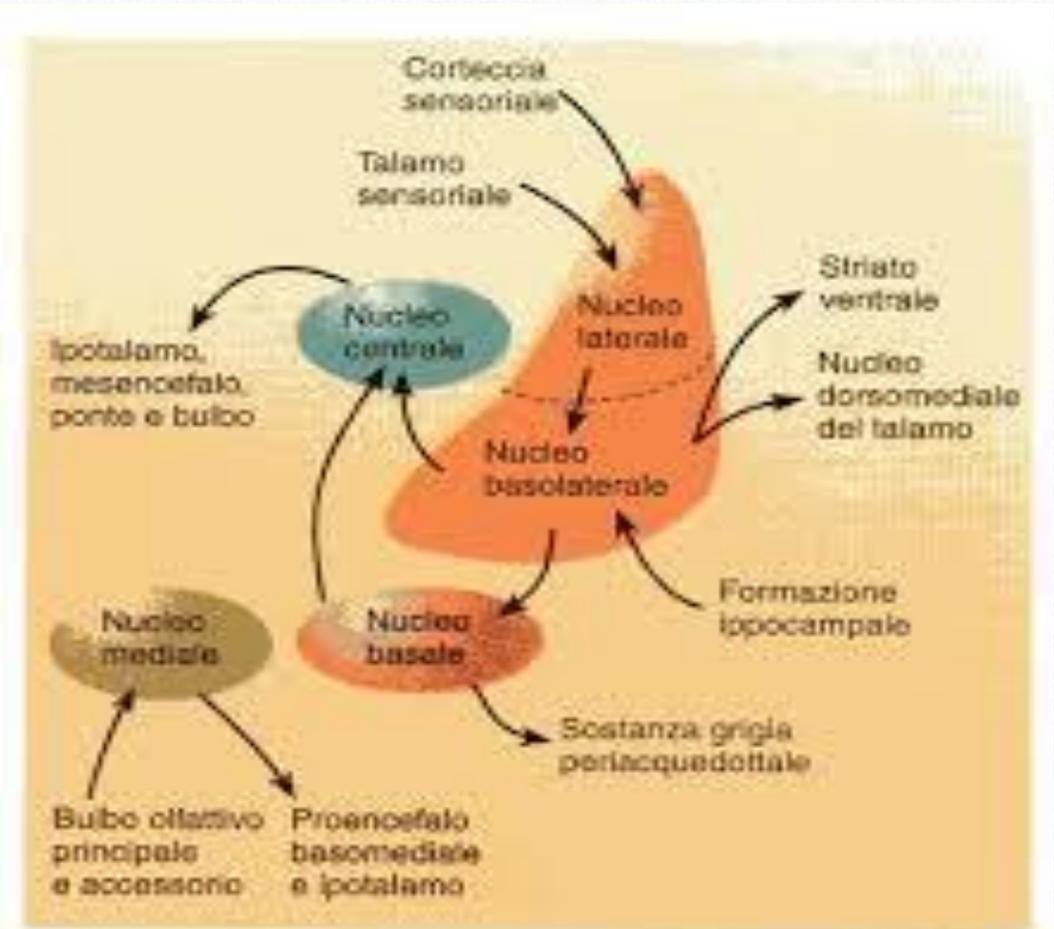
Se il dialogo fallisce o le necessità psichiche non sono soddisfatte, la comunicazione può diventare violenta dal punto di vista psichico e fisico: ciò è ancor più evidente nelle situazioni di conflitto irrisolto, ad esempio quando non ci si può separare da una figura di dipendenza (figlio/madre ecc.)

ATTIVAZIONE CEREBRALE

L'**amigdala**: organizza le risposte comportamentali, vegetative e ormonali di rabbia, paura e ansia ed è implicata nei comportamenti sessuali e materni.

(Le lesioni dell'amigdala bloccano il riconoscimento delle espressioni di paura)

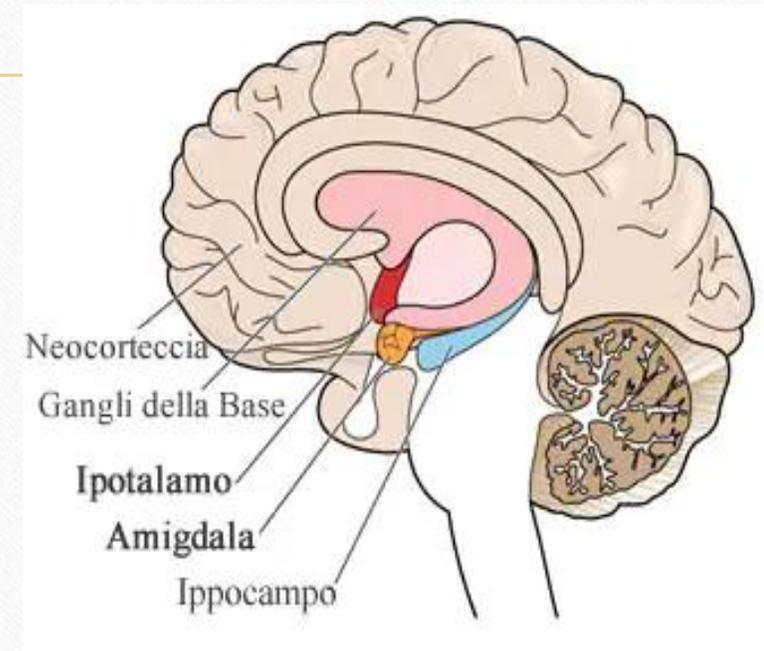
Connessioni anatomiche: l'amigdala è costituita da *nuclei basolaterali* che ricevono informazioni sensoriali da corteccia e talamo, da un *nucleo mediale* che riceve informazioni olfattive dal bulbo olfattivo e accessorio e da un *nucleo centrale* che invia comandi a strutture motorie del troncoencefalo e all'ipotalamo (funzioni vegetative e comportamenti speciespecifici)



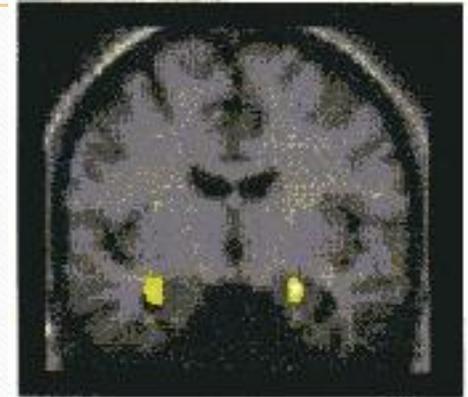
La **corteccia orbitofrontale**: interpreta situazioni socialmente complesse nel contesto di scelte personali che inducono emozioni.

Interazioni sociali: la corteccia orbitofrontale valuta il rischio e induce prudenza e moralità nei comportamenti.

Ingressi e uscite anatomiche: riceve afferenze da aree temporali, frontali, limbiche e dall'amigdala e invia efferenze ad amigdala e giro del cingolo.



La stimolazione elettrica dell'amigdala:
induce risposte emozionali specialmente associate a rabbia,
paura e ansia; la sua disattivazione farmacologica (benzodiazepine,
oppio) attenua la risposta emozionale e la sua distruzione
praticamente la abolisce.



Stimoli visivi che illustrano visi impauriti:
inducono nel soggetto umano una significativa attivazione bilaterale
dell'amigdala (in colore giallo nella figura, che mostra una sezione
coronale del cervello umano)

IL CERVELLO MORALE

Aree cerebrali implicate nei giudizi morali.

1 Giro frontale mediale

2 Corteccia cingolata posteriore, precuneo, corteccia retrospleniale

3 Solco temporale superiore, lobo parietale inferiore

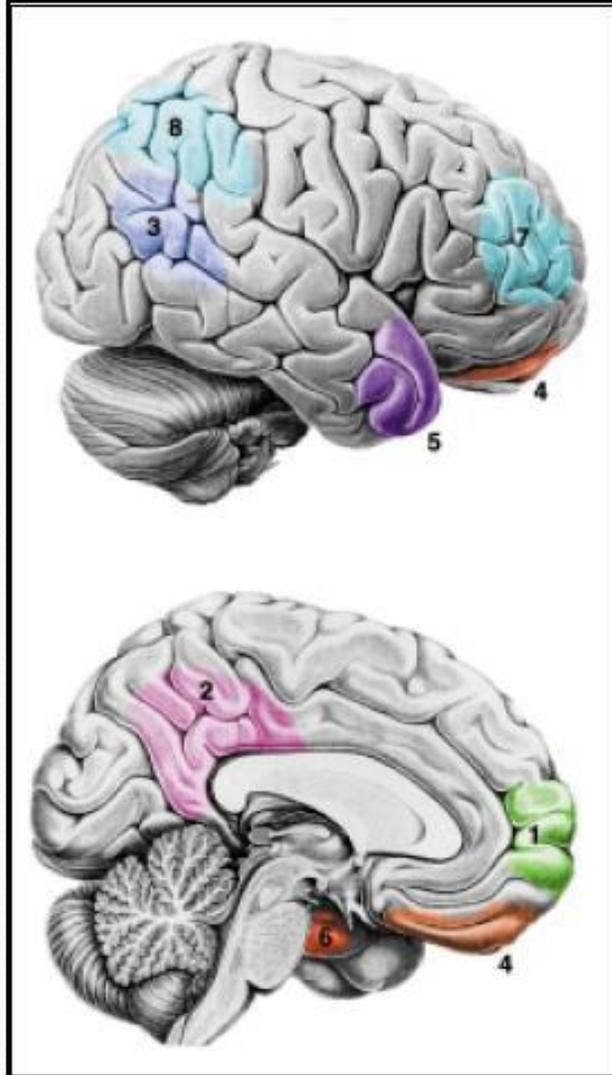
4 Corteccia frontale orbitofrontale ventromediale

5 Polo temporale

6 Amigdala

7 Corteccia frontale dorsolaterale

8 Lobo parietale



STIMOLO

ANSIOGENO

Reazione inefficace delle
difese intrapsichiche

Angoscia

AGGRESSIONE

Tentativo di difesa istintuale
(Attacco/Fuga)

Possibili cause dell'aggressività:

- **Differenze individuali** – aggressività di tratto come caratteristica di personalità
- **Differenze di genere:** gli uomini sono statisticamente più aggressivi delle donne (le statistiche sui crimini violenti riportano un rapporto di 8:1)
- **Alcool:** porta ad aumento dei comportamenti aggressivi. Ha anche un effetto indiretto poiché riduce la capacità attentiva ed ostacola la valutazione globale della situazione (miopia alcolica)
- **Bias di attribuzione ostile:** tendenza ad interpretare i comportamenti ambigui di un'altra persona come espressione di intenti ostili
- **Elevate temperature:** le aggressioni aumentano al crescere delle temperature; il calore suscita una sensazione di disagio che favorisce attivazione affettiva negativa la quale influenza l'elaborazione cognitiva degli stimoli sociali
- **Contenuti violenti dei mass media:** imitazione, risonanza cerebrale, neuroni specchio (sono una classe di neuroni che si attiva sia quando un individuo esegue un'azione sia quando lo stesso individuo osserva la medesima azione compiuta da un altro soggetto)

FATTORI DI RISCHIO:

Individuali +

Attitudinali +

Situazionali +

Organizzativi +

Ambientali =

AGGRESSIONE

FATTORI DI RISCHIO – LA PERSONA

- FATTORI PSICOSOCIALI:

Schizofrenia, ridotte tolleranza alle frustrazioni, carente controllo degli impulsi, confusione mentale, panico, delirio, allucinazioni

- FATTORI SOCIOCULTURALI:

Modelli di interazioni familiare violenti

- FATTORI FISIOLOGICI:

Maschio giovane, deficit nutrizionale, reazioni tossiche a farmaci, patologia cerebrale

- FATTORI ANAMNESTICI:

Storia di episodi di collera, storia di comportamenti violenti

FATTORI DI RISCHIO – LA PROVOCAZIONE

- FATTORI SITUAZIONALI:

Linee di condotta di reparto vaghe, mancato coinvolgimento del pz nel progetto di cure, mancanza di privacy, conflittualità tra pz, costrizione della libertà personale

- FATTORI INTERAZIONALI:

Impreparazione del personale, mancato ascolto del pz, provocazione, trascurare i pz, misure restrittive costanti, intrusività

ATTIVITA': Il disegno a due mani

Ogni coppia ha a disposizione un foglio ed una penna che deve essere impugnata contemporaneamente da entrambi. Entrambi i partner devono disegnare una persona senza parlare tra loro. Successivamente ovranno fare un disegno libero sempre senza parlare tra loro.

RIFLESSIONE: La nostra attitudine al comando è in grado di confrontarsi con il diverso da sé ed accoglierlo? Preferiamo guidare o essere guidati? Quanto del progetto sentiamo che ci appartiene?

MISURE di PREVENZIONE

1. Eliminare ogni fattore di provocazione
2. Identificare segni di aggressione imminente
3. Ottenere la fiducia del pz e rassicurarlo
4. Insegnare al pz strategie di controllo della tensione

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune.

Segni premonitori...

Sono segni necessari ma non sufficienti...

1. Abusi verbali (insulti, critiche,...)
2. Postura minacciosa
3. Minacce verbali
4. Alterazione del livello di attività
5. Vicinanza disagiosa
6. Aumentato tono della voce
7. Sudorazione

Raffreddamento della tensione



GESTIONE DEGLI ALTRI

FARE:

Cercare scuse per spostare l'attenzione in un'altra area,

Allertare i colleghi

NON FARE:

Spostare l'aggressore in un'area e trovarsi isolati e lontano da possibili aiuti

INCORAGGIARE IL PENSIERO:

FARE:

Domandare, cercare dettagli per focalizzarsi sulla situazione ed allontanare il pz dall'agito. Fare domande con COME e QUANDO

NON FARE:

Domandare con il PERCHE' (viene percepito come provocatorio)

DARE INFORMAZIONI CHIARE E CONCISE:

FARE:

Essere concisi, assertivi, negoziare alternative

NON FARE:

Minacciare, fare promesse che non si possono mantenere

POSTURA E SGUARDO:

FARE:

Lasciare ampio spazio, mantenere postura aperta

NON FARE:

Tenere le mani dietro la schiena o nelle tasche, tenere le braccia incrociate, avvicinarsi bruscamente

FARSI RICONOSCERE:

FARE:

Ricordare alla persona chi si è ed utilizzare termini come NOI per enfatizzare la cooperazione

MOSTRARE COMPRESIONE:

FARE:

Annuire con la testa mostrando che si sta ascoltando, incoraggiare la persona a parlare («sì, dimmi...vedo...»)

NON FARE:

Usare frasi come «calmati», o «non esser sciocco» perché vengono interpretate come dirette alla persona, denigrare la persona o sminuire il suo problema

UMORE:

FARE:

Sottolineare le AZIONI e mostrare empatia

NON FARE:

Sottolineare le EMOZIONI e mostrare rabbia

Tranquillizzazione rapida :

ansiolitici e/o neurolettici ad azione sedativa (endovena). CAUTELE:
disponibili i farmaci e presidi per sostegno funzioni vitali, antidoto delle
benzodiazepine per depressione respiratoria.

LA DE ESCALATION

- = riduzione progressiva / attenuazione graduale del fenomeno di aggressività

1. *L'operatore deve essere in grado di avere il controllo di se stesso.*

- apparire calmo, centrato e sicuro di se, anche se non sente di esserlo;
- cercare di rilassare muscoli del volto mostrandosi fiducioso perché la sua ansia può – a sua volta - far sentire il cliente ansioso ed insicuro, il che può scatenare l'aggressione;
- usare un tono di voce modulato, basso e monotono (quando si è spaventati si ha normalmente la tendenza ad usare un tono di voce teso, acuto e di alto volume);
- se ne ha il tempo, togliere la cravatta, la sciarpa, collane, eventuali simboli religiosi o politici prima di incontrare il cliente (mai farlo in sua presenza);
- non stare sulla difensiva, anche se i commenti o gli insulti sono diretti al professionista essi non lo riguardano *personalmente*;

- non difendere mai se stesso o qualcun altro dagli insulti, accuse o idee sbagliate sul vostro ruolo;
- avere sempre in mente quali sono le possibili azioni da adottare per mettersi in salvo;

- essere, consapevole che ha sempre la possibilità di andarsene, chiedere al cliente di andarsene, chiamare le Forze dell'Ordine qualora la de-escalation non fosse efficace;
- essere molto rispettoso, anche quando mette con fermezza dei limiti o chiama aiuto;
- essere consapevole che un individuo agitato è molto sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto: l'obiettivo è che il cliente sappia che non è necessario mostrarsi aggressivo per essere rispettato.

2. La posizione fisica

- non dare le spalle per nessun motivo;
- mantenere con il cliente lo stesso livello di sguardo;
- incoraggiare il cliente a stare seduto, ma se ha bisogno di stare in piedi anche il professionista è opportuno stia in piedi;
- mantenere tra professionista e cliente una distanza maggiore del solito, circa 4 volte la distanza usuale, ricordando che la rabbia e l'agitazione “riempiono” lo spazio extra fra due persone;
- non stare faccia a faccia di fronte al cliente;
- mantenere una posizione ad angolo, in modo che sia più agevole allontanarsi se necessario;
-

- non mantenere un continuo contatto visivo perché è opportuno permettere al cliente di interrompere questo tipo di contatto e guardare altrove;
- non puntare né scuotere il dito gesticolando;
- non sorridere: farlo può sembrare che ci si prenda gioco del cliente ovvero sia una dimostrazione di ansia;

- non toccare il cliente, anche se nel contesto del professionista un certo tipo di contatto fisico sia culturalmente appropriato ed usuale: infatti, la distorsione cognitiva nelle persone agitate porta a fraintendere facilmente il contatto fisico come ostile o minaccioso;
- non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi. Ciò comunica anche, a livello non verbale, che non si hanno armi;
- non argomentare per provare a far cambiare idea al cliente, piuttosto è opportuno consentirgli possibilità diverse;
- non stare sulla difensiva e non avere un atteggiamento giudicante.

3. L'aspetto verbale:

- ricordare che l'unico contenuto della de-escalation verbale è il riportare con calma l'eccitazione ad un livello di maggiore sicurezza;
- non alzare il tono e non provare a parlare sopra una persona che sta urlando;
- aspettare che il cliente riprenda fiato e solo allora parlare;
- parlare con calma e con un tono di voce medio;
- rispondere alle domande in modo selettivo rispondendo a tutte le domande con un contenuto di informazione, non importa quanto aggressivamente siano state poste. Ad esempio: "Perché devo compilare questi moduli di m....?" Questa è una domanda in cui vengono effettivamente richieste informazioni;

- non rispondere mai a domande tendenziose. Ad esempio: "Perché tutti gli assistenti sociali sono dei(insulto)?" . E' molto importante ricordare che a questo tipo di domanda non si deve mai rispondere;
- spiegare i limiti e i ruoli in modo autorevole, fermo, ma sempre con un tono rispettoso;
- prospettare, quando possibile, scelte alternative che consentano ad entrambi di uscire dalla situazione in modo sicuro. Ad esempio: "Che ne pensa di continuare il nostro incontro in modo più tranquillo? Oppure preferisce che ora ci fermiamo e ritornare domani quando le cose saranno più calme?";
- essere empatico con i sentimenti ma non con il comportamento. Ad esempio: "Capisco che lei abbia tutti i motivi per essere arrabbiato, ma non va bene che lei minacci me o il mio staff");

- non chiedere al cliente quali siano i suoi sentimenti, e non interpretarli in modo analitico;
- non argomentare o provare a convincere il cliente;
- entrare in contatto, quando possibile - col livello cognitivo del cliente;
- non chiedere, ad esempio, "Mi dica come si sente" ma piuttosto "Mi aiuti a capire quello che lei vuole dirmi"; normalmente le persone non aggrediscono mentre stanno spiegando ciò che vogliono si sappia;
- suggerire comportamenti alternativi. Ad esempio: "Le va di fare una pausa, prendersi un caffè (tiepido e in bicchiere di carta...) o un bicchiere d'acqua? ";
- esporre le conseguenze dei comportamenti inadeguati senza minacce o rabbia;
- illustrare i controlli esterni come istituzionali piuttosto che personali;
- fidarsi del proprio istinto e della propria esperienza.
- un suggerimento importante, infine: se il professionista valuta o sente – e ciò avverrà nel giro di due tre minuti - che la de-escalation non sta funzionando deve assolutamente fermarsi.

Se la de-escalation non funziona il professionista deve:

- o chiedere alla persona di andarsene, accompagnarla alla porta, chiedere aiuto o allontanarsi e chiamare le Forze dell'Ordine; soprattutto, evitare qualsiasi comportamento "eroico"

Colloquio con paziente...

Per ridurre l'escalation dei comportamenti aggressivi nella fase acuta sono consigliati interventi di desensibilizzazione basati sulla comunicazione verbale e non verbale.

- Mostrare autocontrollo (obiettivo di ridurre il livello di aggressività del pz)
- Superare l'impulso ad agire
- Condurre il colloquio con gentilezza (in modo leggermente formale)
- Esprimere comprensione («capisco che questa situazione le provochi rabbia...»), rispetto, sostegno («sono qui per aiutarla»)
- Esporre con calma e chiarezza

Fase del ciclo	Sintomi clinici possibili	Interventi consigliati
1. Scatenamento (trigger)	<ul style="list-style-type: none"> • Condotte di allerta e aggressività • Inibizione delle capacità di problem solving e comunicazione costruttiva 	Riconoscere il fattore scatenante e tentare di rimuoverlo: negoziare con tono basso, mantenere un dialogo, mostrare considerazione e serio intento di trovare soluzioni condivise
2. Escalation	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento di agitazione • Minacce o insulti • Atti di violenza contro cose • Ideazione paranoidea • Paura incontrollata 	Non affrontare da soli l'utente, non dargli le spalle, mantenere una distanza di sicurezza e il contatto visivo senza fissarlo negli occhi, usare un tono basso e pacato e un linguaggio appropriato alla persona, riconoscere i messaggi della condotta, focalizzare il colloquio solo sui motivi concreti alla base del conflitto, non rimproverare e non rispondere con toni alti a provocazioni, offrire ascolto e l'aiuto possibile
3. Crisi	<ul style="list-style-type: none"> • Massima eccitazione incontrollata • Atti di violenza verbale e/o fisica 	Garantire la sicurezza, la protezione propria e delle persone e come extrema ratio il contenimento o la fuga, chiamata alle forze dell'ordine
4. Recupero	Riduzione di eccitamento ma alta vulnerabilità a nuovo trigger con recidive della condotta violenta	Evitare nuovi trigger quali: rimproveri, discussioni, intempestive rielaborazioni dei fatti
5. Depressione post crisi	<ul style="list-style-type: none"> • Rientro dei sintomi emotivi nella condotta abituale • Sentimenti di colpa 	Evitare biasimi e dare sostegno per una critica maturazione di accaduto e circostanze scatenanti

ATTIVITA' : Pugni

Lavoro a coppie, A e B. Quando A chiude i pugni B cerca di riaprirli (può minacciare verbalmente ma non può fare uso della violenza fisica). A li apre solo quando decide di farlo. Poi si invertono i ruoli. **SUCCESSIVAMENTE** chiusura/apertura della bocca

RIFLESSIONE: simulazione di conflitto tra due volontà opposte.

Il Ministero della Salute con la “**Raccomandazione n.8**” del 2007, definisce gli episodi di violenza contro operatori sanitari “**eventi sentinella**”(segnali della presenza nell’ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità) **che richiedono l’adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.**

La Raccomandazione n.8 obbliga l’Organizzazione sanitaria ad **identificare i fattori di rischio** per la sicurezza del personale che variano da struttura a struttura, dipendendo da:

- tipologie dell'utenza
- tipologia dei servizi erogati
- ubicazione, dimensioni e tipologia della struttura
- fattori organizzativi
- fattore di genere (la maggior parte degli operatori socio sanitari e sociali sono donna)
- presenza o mancanza di una formazione specifica
- fattori culturali.

Predisporre un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno le azioni seguenti:

- 1. Programma di prevenzione*
- 2. Analisi delle situazioni lavorative*
- 3. Definizione ed Implementazione misure di prevenzione*

1. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

Le finalità sono:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza,;
- incoraggiare il personale **a segnalare prontamente gli episodi subiti** e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte a eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
- assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro
- affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.

2. ANALISI DELLE SITUAZIONI LAVORATIVE

- analizzare l'incidente nei suoi dettagli rilevanti, prendendo in considerazione le caratteristiche di aggressore e vittima, la successione di eventi prima e durante l'incidente.
- identificare attività lavorative, processi, procedure o ambienti a rischio più elevato.
- rilevare i fattori di rischio legati alla tipologia dei pazienti (ad esempio, quelli affetti da patologie psichiatriche o sotto effetto di droghe, alcool), alle caratteristiche strutturali (presenza di luoghi isolati, e/o scarsamente illuminati, assenza o indisponibilità di mezzi di comunicazione, aree ad accesso poco sicuro etc.), alle attività lavorative.

Le aree di maggior frequenza degli eventi di violenza nei confronti degli operatori sanitari sono:

- . servizi di emergenza-urgenza;
- . strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
- . luoghi di attesa;
- . servizi di geriatria;
- . servizi di continuità assistenziale.

3. DEFINIZIONE ED IMPLEMENTAZIONE MISURE DI PREVENZIONE

Misure strutturali e tecnologiche, nei luoghi dove il rischio è elevato, come ad esempio:

- impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza
- stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza nel caso di pazienti in stato di fermo, sotto effetto di alcol e droga o con comportamenti violenti;
- i luoghi di attesa confortevoli idonei a minimizzare fattori stressogeni;
- nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi eliminare oggetti che possono essere usati come arma;
- sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'aperto;
- sostituire e/o riparare, con urgenza, finestre e serrature rotte..

Misure organizzative, per tutti i servizi e per le aree a rischio , come ad esempio:

- esporre chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati;
 - sensibilizzare il personale a segnalare aggressioni o minacce ;
-
- fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili;
 - registrare tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborare le informazioni raccolte al fine di definire ogni necessaria misura di prevenzione
 - regolamentare, se necessario, l'ingresso in alcune aree,
 - predisporre procedure di evacuazione e di emergenza e personale addestrato a gestire queste situazioni critiche
 - informazioni chiare sui tempi di attesa.

STRATEGIE COMPORTAMENTALI PER LA SICUREZZA DEI LAVORATORI

L'operatore deve:

- Prestare attenzione a qualsiasi indizio che possa essere associato ad un attacco imminente: ira e frustrazione espressa verbalmente o atteggiamenti corporali come i gesti intimidatori Indizio di uso di alcool e droghe
- Mantenere una condotta che aiuti ad eliminare l'ira: adottare un atteggiamento tranquillo e fermo, non rispondere alle minacce con altre minacce e non dare ordini
- Riconoscere i sentimenti delle persone (ad es. dire “so che lei si sente abbattuto”)

- Evitare qualsiasi atteggiamento che potrebbe essere interpretato come aggressivo (ad es.: muoversi rapidamente, avvicinarsi troppo, toccare o parlare a voce alta.)
- Quando si entra in una sala o si inizia a trattare con un paziente o un visitatore si valuti sempre la possibilità che possa verificarsi un atto di aggressione
- Non rimanere solo con una persona che potrebbe essere violenta
- Mantenere sempre una via di fuga
- Se la situazione non si può risolvere rapidamente adottare queste misure: allontanarsi dalla situazione o chiamare in aiuto il personale di emergenza
- Riferire qualsiasi atto di violenza

ATTIVITA': Io e il conflitto

Completare le frasi della scheda "Io e il conflitto"

CICLO della RIFLESSIVITA' di Gibbs



1. Descrizione degli eventi

Dov'ero? Chi altri era con me? Perché ero lì? Cosa stavo facendo? Cosa stavano facendo le altre persone? Quale era il contesto dell'evento? Cosa è successo? Che parte ho avuto in ciò che è successo? Che parte hanno avuto gli altri? Quale è stato il risultato?

2. Sensazioni

Come erano le mie sensazioni immediatamente prima che l'evento iniziasse? Cosa stavo pensando in quel momento? Cosa ho pensato dell'evento quando è iniziato? Come mi ha fatto sentire? Cosa mi hanno fatto pensare le parole/azioni degli altri? Come queste mi hanno fatto sentire? Come mi sono sentito a proposito dell'esito dell'evento? Cosa ne penso ora? Fare una lista di tutte le emozioni provate in relazione all'evento dal suo inizio alla fine. Quale di queste emozioni ha per me maggior significato?

3. Valutazione

Cosa c'è stato di positivo nell'esperienza? Cosa c'è stato di negativo nell'esperienza?

4. Analisi

Cosa è andato bene? Cosa ho fatto bene? Cosa hanno fatto bene gli altri? Cosa è “andato storto” o non bene come avevo pensato? In che modo ho contribuito a questo? In che modo gli altri hanno contribuito a questo? Perché sarebbero successe tutte queste cose?

5. Conclusioni

Consapevolezza e comprensione su come il mio comportamento e quello degli altri hanno contribuito agli esiti (outcome) dell'evento Cos'altro avrei potuto fare?

6. Piano d'azione

Cosa farei di diverso se la situazione si ripresentasse?

I MECCANISMI di DIFESA

“Con il termine *meccanismo di difesa* ci riferiamo a un'operazione mentale che avviene per lo più in modo inconsapevole, la cui funzione è di proteggere l'individuo dal provare eccessiva ansia. Secondo la teoria psicoanalitica classica, tale ansia si manifesterebbe nel caso in cui l'individuo diventasse conscio di pensieri, impulsi o desideri inaccettabili. In una moderna concezione delle difese, una funzione ulteriore è la protezione del Sé– dell'autostima e, in casi estremi, dell'integrazione del Sé” (Cramer, 1998)

«sentimenti, pensieri o comportamenti appresi, quasi sempre involontari, che si manifestano in risposta alla percezione di ogni pericolo per il mondo psichico»

- adattivi o disadattivi (patologici) e, nonostante la tendenza alla “cristallizzazione” nei principali quadri psicopatologici, **REVERSIBILI** (fattore che legittima la potenzialità curativa degli interventi di psicoterapia).

Tipi di difese

- **PRIMARIE**

- Operano in modo globale e indifferenziato in tutta la dimensione sensoriale della persona
- Evitamento psicologico o distorsione dei fatti disturbanti
- Mancato raggiungimento del principio di realtà
- Modalità di funzionamento del neonato o del bambino molto piccolo

- **SECONDARIE (funzionali)**

- Operano trasformazioni specifiche del pensiero, del sentimento, della sensazione, del comportamento o una loro combinazione
- Hanno a che vedere con confini interni (tra Io, Es, Super-Io)
- Implicano molti adattamenti alla realtà
- La loro assenza definisce la struttura borderline o psicotica di personalità

- **PRIMARIE (Psicosi)**

Scissione

Identificazione proiettiva

Proiezione

Negazione (psicotica)

Dissociazione

Idealizzazione

Svalutazione

Acting out

Somatizzazione

Regressione

Ritiro

- **SECONDARIE (Nevrosi)**

Spostamento

Intellettualizzazione

Isolamento

Razionalizzazione

Negazione (nevrotica)

Formazione reattiva

Rimozione

Annullamento retroattivo

Ipocondriasi

Umorismo

Repressione

Altruismo

NEVROTICI

- Rimozione
- Spostamento
- Form. Reattiva
- Somatizzazione
- Conversione
- Intellettualizzazione

PRIMARIE

PIU' PRIMITIVI

- Scissione
- Identif Proiettiva
- Introiezione

SECONDARIE

PIU' EVOLUTI

- Repressione
- Altruismo
- Sublimazione
- Umore
- Affiliazione

RIMOZIONE: il soggetto affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne, attraverso il non essere in grado di ricordare o il non essere cognitivamente consapevole di desideri, sentimenti, pensieri o esperienze disturbanti;

Esempio: Uno studente ha un rapporto molto conflittuale con il padre. All'esame di psicologia dinamica, materia in cui è molto preparato, "dimentica" la teoria del complesso edipico.

Oppure

Familiare non ricorda ciò che il medico informa...

NEVROTICI

SPOSTAMENTO: l'individuo generalizza o indirizza su un oggetto meno minaccioso, un sentimento o una risposta primariamente rivolti a un altro oggetto; tale meccanismo può essere tanto consapevole quanto inconsapevole (*nella fobia entrerebbero in gioco prima la rimozione e poi lo spostamento*);

Esempio: un conflitto con un familiare viene “spostato” su un'entità superiore (ad esempio il poliziotto che mi ferma...)

NEVROTICI

FORMAZIONE REATTIVA: il soggetto, percependo come inaccettabili i propri pensieri, sentimenti e comportamenti, li sostituisce con pensieri, sentimenti e comportamenti diametralmente opposti;

Esempio: Il paziente riferisce che va tutto bene nonostante particolari difficoltà...so che c'è qualcosa che non va però dico che sto bene

NEVROTICI

COME VIVE L'IPCONDRIACO :



SOMATIZZAZIONE: tipica dei pazienti ipocondriaci, comporta il trasferimento di sentimenti dolorosi a parti del corpo.

NEVROTICI

CONVERSIONE: solitamente, anche se non esclusivamente, associato all'isteria, è caratterizzato dalla rappresentazione simbolica di un conflitto intrapsichico in termini fisici.

Esempio: paralisi,
cecità,...conversione isterica

NEVROTICI

INTELLETTUALIZZAZIONE: il soggetto utilizza in modo eccessivo il pensiero astratto per evitare di provare sentimenti che lo disturbano;
non distorce i fatti o le motivazioni, non usa giustificazioni per nascondere, come avviene nella razionalizzazione, ma tende a “porli”, piuttosto, a un livello astratto tale da consentire la spogliazione dei loro aspetti emotivi, riducendo però le possibilità di compartecipazione emotivo-affettiva da parte degli altri

Esempio: il paziente racconta propri eventi senza partecipazione emotiva (es. pz che sa tutte le info di internet dei sintomi)

Chi intellettualizza, in altre parole, parla delle proprie emozioni e dei propri sentimenti come se non ci fosse una reale partecipazione emotiva.

NEVROTICI

SCISSIONE: il soggetto, non riuscendo a integrare le caratteristiche positive e negative di sé e degli altri in immagini cose, considera se stesso e/o gli altri come completamente buoni o completamente cattivi (alternativamente idealizzando e svalutando);

PIU' PRIMITIVI

IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA:

Come nella proiezione, il ss affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti, interni ed esterni attribuendo erroneamente a qualcun altro i propri sentimenti, impulsi o pensieri inaccettabili.

≠ della proiezione, il ss non disconosce totalmente ciò che viene proiettato, ma li interpreta erroneamente come reazioni giustificate nei confronti dell'altro. Non di rado, il ss suscita negli altri quegli stessi sentimenti che prima attribuiva loro erroneamente, rendendo difficile valutare chi sia stato a cominciare.

Esempio: la pz si identifica con un'amica per ugual patologia...dice "Mi rivedo in lei 5 mesi fa".

PIU' PRIMITIVI

INTROIEZIONE: un oggetto esterno viene simbolicamente preso dentro di sé e assimilato come parte di se stessi. Può esistere come aspetto dell'identificazione proiettiva, in cui ciò che era stato messo dentro era stato originariamente proiettato, oppure può sussistere indipendentemente, come contrario della proiezione.

Esempio: il pz ripete/introietta quello che gli si comunica...”bisogna vivere giorno per giorno”.

PIU' PRIMITIVI

REPRESSIONE: l'individuo, in situazione di stress, evita “volontariamente” e temporaneamente di pensare a problemi, desideri, sentimenti o esperienze disturbanti, fino al momento giusto per affrontarli; rimanda a un momento più opportuno pur non dimenticando il problema (in questo differenziandosi dalla rimozione);

PIU' EVOLUTI

ALTRUISMO: l'individuo si occupa dei bisogni degli altri allo scopo, in parte, di soddisfare i propri;
attraverso atti altruistici possono venire incanalati sia gli affetti, quali la rabbia, che le esperienze, quali l'impotenza, che altrimenti genererebbero scompenso;
va distinto dalla sublimazione soprattutto perché quest'ultima non fornisce un vero aiuto diretto, quanto piuttosto dei prodotti di cui eventualmente si può godere;

PIU' EVOLUTI

SUBLIMAZIONE: l'individuo affronta i conflitti incanalando, più che inibendo, sentimenti o impulsi potenzialmente disadattivi verso comportamenti socialmente accettabili (sport, lavori competitivi, espressioni creativo-artistiche, o altro dove è possibile dirigere utilmente gli impulsi ostili-competitivi di collera o sessuali); ad esempio il chirurgo può sublimare la propria componente "sadica" così come il ginecologo quella "voyeristica".

PIU' EVOLUTI

UMORISMO: l'individuo enfatizza gli aspetti divertenti o ironici del conflitto o della fonte di stress; cerca di alleviare la tensione in modo da consentire agli altri di condividere tale possibilità e ciò, soprattutto, senza arrecare danni ad alcuno, a differenza dei casi caratterizzati da derisione, da sarcasmo o da atteggiamento sprezzante.

Inoltre, l'umorismo va tenuto distinto dallo scherzo e dal divertimento; raccontare una barzelletta non equivale all'umorismo, a meno che essa abbia, come finalità principale, quella di mitigare un grave conflitto emotivo o una importante situazione di stress.

PIU' EVOLUTI

AFFILIAZIONE: il soggetto affronta conflitti e stress rivolgendosi agli altri per aiuto o sostegno, con la convinta possibilità di confidare, e così sentirsi meno solo ed eventualmente ricevere sia consigli sia aiuti concreti;

PIU' EVOLUTI

CLASSIFICAZIONE per LIVELLI

DSM-IV: Scala del Funzionamento Difensivo (Defensive Functioning Scale) comprende una sorta di “asse del funzionamento difensivo” e un glossario dei meccanismi di difesa.

Il clinico dovrebbe elencare fino a 7 stili di difesa specifici (partendo dal più rilevante) e indicare il livello predominante.

7. Livello altamente adattivo
6. Livello delle inibizioni mentali (formazione di compromesso)
5. Livello minore di distorsione dell'immagine
4. Livello del disconoscimento
3. Livello di maggiore distorsione dell'immagine
2. Livello dell'azione
1. Livello della disregolazione difensiva



7. Livello altamente adattivo

Adattamento ottimale nella gestione dei fattori stressanti. Consentono la massima gratificazione e permettono di rendersi conto dei propri sentimenti, idee e conseguenze.

Es: Affiliazione – Altruismo _ Umore – Repressione

6. Livello delle inibizioni mentali (formazione di compromesso)

Mantiene fuori dalla coscienza idee, sentimenti, ricordi e desideri potenzialmente pericolosi.

Es: Formazione reattiva – Intellettualizzazione – Rimozione - Spostamento

5. Livello minore di distorsione dell'immagine

Distorsioni dell'immagine di sé, del proprio corpo o degli altri, che vengono utilizzate per modulare l'autostima.

Es: Idealizzazione – Onnipotenza - Svalutazione

4. Livello del disconoscimento

Esclusione dalla coscienza di fattori stressanti, impulsi, idee, affetti o responsabilità spiacevoli, con o senza l'attribuzione erronea di questi a cause esterne.

Es: Negazione – Proiezione - Razionalizzazione

3. Livello maggiore di distorsione dell'immagine

Grossolana distorsione o attribuzione erronea dall'immagine di sé o altri.

Es: Fantasie autistiche – Identificazione proiettiva – Scissione dell'immagine di sé o di altri

2. Livello dell'azione

Funzionamento difensivo che affronta i fattori stressanti interni o esterni utilizzando l'azione o il ritiro da essa.

Es: Acting out – Aggressione passiva – Ipocondriasi – ritiro apatico

1. Livello della disregolazione difensiva

Fallimento dell'organizzazione difensiva utilizzata per contenere le reazioni del soggetto agli stress, che porta a una netta frattura con la realtà oggettiva.

Es: Distorsione psicotica – Negazione psicotica – Proiezione delirante

PROIEZIONE: il soggetto attribuisce erroneamente ad altri i propri sentimenti, impulsi o pensieri non riconosciuti; rinnega le proprie intenzioni, la propria esperienza, assegnandoli agli altri, di solito alle persone da cui si sente minacciato o che percepisce, in qualche misura, affini

Es. PROIEZIONE:

NON delirante:

Un professore pieno di rabbia per motivi personali aggredisce alcuni colleghi pensando che stiano tramando alle sue spalle.

Delirante:

Un professore pieno di rabbia per motivi personali aggredisce alcuni colleghi pensando che immettano del gas velenoso nella sua stanza attraverso l'impianto di condizionamento dell'aria.

RAZIONALIZZAZIONE: l'individuo escogita spiegazioni rassicuranti o a lui utili, anche se inesatte, per il proprio o altrui comportamento; utilizza scuse e ragioni che "legittimano" plausibilità tale da consentire di nascondere i veri fatti e le autentiche motivazioni rispetto ai quali sperimenta un conflitto; talora questo meccanismo comporta una significativa difficoltà nel distinguere la spiegazione dalla menzogna; probabilmente, chi mente è interamente consapevole, mentre chi "razionalizza" è, almeno momentaneamente, inconsapevole;



PAZIENZA, NON E'
ANCORA MATURA,
NON MI VA DI SPENDERE
TROPPE ENERGIE PER UN
FRUTTO ANCORA ACERBO,

Es. RAZIONALIZZAZIONE:

Uno studente si presenta per sostenere un esame totalmente impreparato e viene respinto. Racconta però a se stesso e agli amici che le domande erano così difficili che nessuno avrebbe potuto superare l'esame.

NEGAZIONE: l'individuo rifiuta di riconoscere gli aspetti della realtà esterna o della propria esperienza evidenti per gli altri;
nega attivamente che un sentimento, una reazione comportamentale o un'intenzione sia stata o sia presente restando all'oscuro del contenuto ideativo ed emotivo di ciò che viene negato.

Es. NEGAZIONE:

Uno studente fa domanda presso un'università straniera per frequentare uno stage estivo. Dice ai suoi genitori e ai suoi amici che sarebbe un'esperienza per lui molto importante. La domanda non viene accettata. Lo studente dice di non provare alcun sentimento di delusione o tristezza.

ACTING OUT: il soggetto agisce senza riflettere, senza alcuna apparente considerazione per le possibili conseguenze negative, attraverso un comportamento incontrollato e noncurante dei coinvolgimenti a livello personale o sociale (“lancio del libro”);

AGGRESSIVITA' PASSIVA: il soggetto esprime la propria aggressività verso gli altri in modo indiretto e non dichiarato, manifestando risentimento, ostilità, rancore, in modo velato e passivo

Meccanismi di difesa del PAZIENTE

- Negazione
- Minimizzazione
- Regressione
- Maniacalità
- Proiezione
- Isolamento

Meccanismi di difesa della famiglia

- Occultamento
- Ipercoinvolgimento
- Distanziamento

Quando crollano i meccanismi di difesa funzionali



DISTRESS ESISTENZIALE

ATTIVITA': Le sette parole

Si decide l'argomento "LIBERTA" ed in un minuto tutti i partecipanti devono scrivere su un foglio sette parole attinenti l'argomento (parole non frasi). Poi si formano delle coppie, ognuna delle quali deve trovare in due minuti un accordo sulla scelta delle sette parole. Poi si uniscono due coppie formando dei quartetti, ogni quartetto ha tre minuti per decidere le sette parole comuni. Si continua finchè i partecipanti non sono divisi in due squadre: a questo punto si deve cercare un accordo globale.

RIFLESSIONE: sperimentare che l'accordo si può raggiungere senza rinunciare alle proprie idee, accettando però quelle degli altri quando queste sono convincenti.

MODALITA' di COMUNICAZIONE

*«E la natura, si dice,
ha dato a ciascuno di NOI
due orecchie ma una sola lingua,
perché siamo tenuti ad ascoltare
più che a parlare»*

Plutarco

La comunicazione è un'esperienza usuale e continua di relazione con gli altri, tende quindi ad influenzare reciprocamente le persone in relazione.

La comunicazione è un processo:

- **Sistemico** in quanto le persone coinvolte fanno parte di un sistema di influenzamento reciproco
- **Pragmatico** in quanto ciò che conta sono gli effetti del comunicare, non le intenzioni, conta il messaggio che l'altro recepisce, la risposta che si ottiene
- **Strategico** in quanto la persona che ha chiari obiettivi da raggiungere si dota di una strategia ben precisa.

- **La comunicazione:** dal latino *communis* = *agere, che appartiene a tutti* (mettere in comune, far partecipare).
-
- *... Ogni processo consistente nello scambio di messaggi, attraverso un canale e secondo un codice, tra un sistema (animale, uomo, macchina ecc.) e un altro della stessa natura o di natura diversa.*

(Palo Alto – California -- Watzlawick)

-
- Non si può non comunicare!!! (Primo assioma)
 - Il significato della comunicazione sta nel risultato che otteniamo e non nelle intenzioni di chi comunica.

Gli assiomi della comunicazione:

- Impossibile non comunicare
- Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione
- La natura della relazione dipende dalla connessione logico-temporale delle sequenze comunicative
- Gli esseri umani comunicano a livello verbale e non
- Gli scambi comunicativi sono complementari (differenza) o simmetrici (uguaglianza)

Video: Filmato es.1

Come trasmettiamo informazioni?

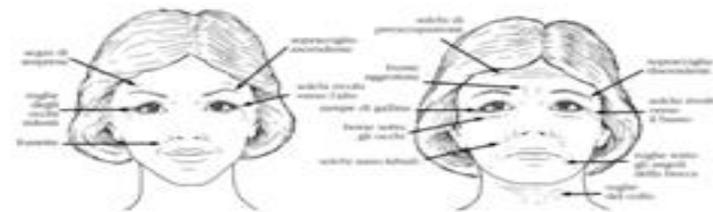
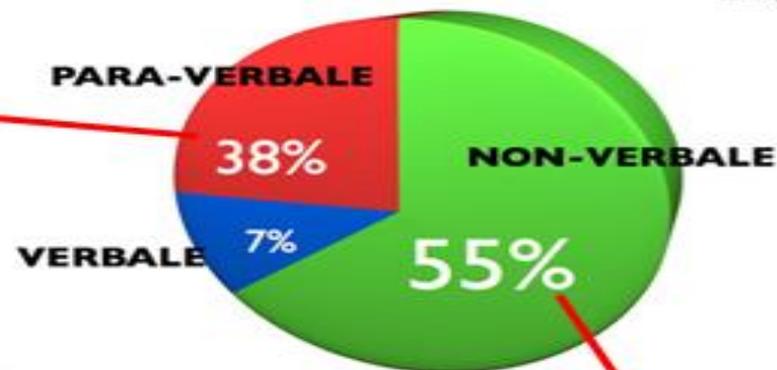
IL LINGUAGGIO

Si tratta del **codice** (il sistema di segni che usiamo per comunicare) della **comunicazione verbale**: quella espressa pronunciando le parole con la voce.



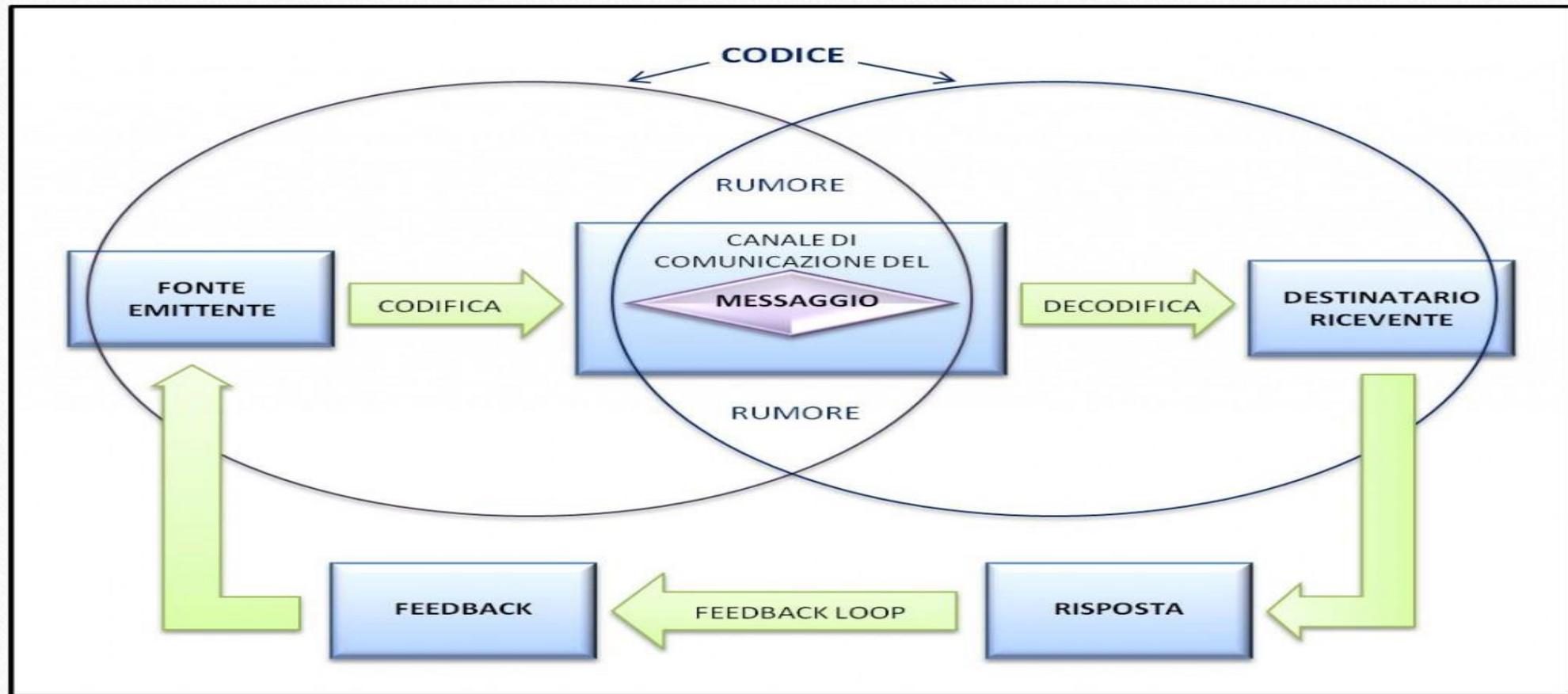
Ruolo della Comunicazione

Tono della voce, Timbro, Ritmo, Alcuni effetti vocali (ad es. tremolio...), Espressioni paraverbali (“ehmm...”, “uhmm...”), Velocità, Cadenza.



Espressioni del volto, Sguardo, Postura e Orientamento spaziale (di fianco; faccia a faccia); Distanza interpersonale o Prosemica; Movimenti del corpo e la gestualità; Aspetto esteriore

Processo comunicativo...



- **Fonte/emittente:** L'emittente è chi invia il messaggio. Esso ne decide la forma e di conseguenza un processo di codifica che ne permetta l'efficacia comunicativa. *Inoltre dovrà apparire attendibile (onesto e obiettivo), di competenza professionale, "simpatico" e "accattivante" al fine di risultare credibile al proprio destinatario.*
- **Codifica:** La codifica è il processo mediante il quale la fonte/mittente esplicita la propria idea utilizzando determinati segni (*linguaggio, simboli, immagini, suoni*).

-
- **Messaggio:** L'elemento centrale di un piano di comunicazione è costituito dal messaggio, che, per essere efficace deve attirare l'attenzione, mantenere elevato l'interesse del consumatore, sollecitare il desiderio e spingerlo all'azione. Fattori costitutivi del messaggio sono la *struttura e i contenuti*.
 - **Struttura:** esposizione degli argomenti (*ad esempio è necessario decidere se esporre l'argomento principale all'inizio o alla fine del messaggio*)
 - **Contenuti:** possono essere di differenti tipologie: *informativo* (cioè facendo leva su elementi logico-razionali) o di tipo *simbolico* (cioè facendo leva su fattori emozionali).

- **Canale/mezzo di comunicazione:** Il mezzo di comunicazione (caratterizzato da proprie caratteristiche distintive) permette la transizione del messaggio dall'emittente al destinatario.

La scelta del canale deve essere coerente con il messaggio e la strategia di comunicazione, al fine di raggiungere il pubblico prescelto in modo efficiente ed efficace.

- **Decodifica:** La decodifica è il processo attraverso il quale chi riceve attribuisce un significato ai simboli trasmessi dalla fonte e viene effettuata dai **destinatari/riceventi** in base alle loro esperienze, valori e convinzioni.

- **Rumore:** Durante il processo di comunicazione si può verificare un fenomeno detto rumore, cioè l'insieme di fattori che operano una distorsione non pianificata del messaggio, che dunque potrà non essere recepito correttamente dal destinatario. ***Il rumore può consistere in un semplice errore o nell'uso di termini e immagini che non riescono a comunicare con chiarezza il messaggio.***
- **La risposta:** E' il percorso inverso al processo di comunicazione. ***La risposta consiste nell'impatto che il messaggio ha sulla conoscenza e sul comportamento del destinatario.***
- **Il feedback:** Consente di svolgere un'azione di controllo sulle modalità con le quali gli interlocutori/destinatari interpretano il messaggio, e dunque di capire se la comunicazione è stata efficace. ***Il feedback con la risposta crea quindi il feedback loop, cioè il circuito di retroazione.***

- **Codice Comune:** una comunicazione efficace è estremamente difficile.

Affinché la comunicazione del messaggio avvenga in maniera efficace, è necessario che mittente e destinatario abbiano un **codice comune**, ovvero che condividano una capacità di comprensione e un sapere che permettano di stabilire una corrispondenza fra i criteri di codifica e di decodifica dei messaggi (per esempio, parlare la stessa lingua o condividere lo stesso sistema di valori).

Video: «comunicazione assertiva ed intelligenza retorica»

COMUNICAZIONE NON VERBALE

- **Prosemica**
 - **Postura**
 - **Movimenti e gesti**
 - **Espressioni del viso**
 - **Movimenti degli occhi**
-

COMUNICAZIONE PARAVERBALE

- **Prosodia**
- **Tono di voce**
- **Volume**
- **Timbro della voce**
- **Ritmo del parlare**

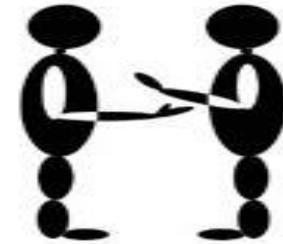
Prossimità



L'uso dello spazio fisico come elemento di comunicazione e, in particolare, la tendenza a interporre maggiore o minore distanza tra sé e gli altri

Zona intima

- permette contatto fisico
- si può sentire l'odore
- si percepisce intensità emozioni



vicinanza / distanza 0 – 45 cm.

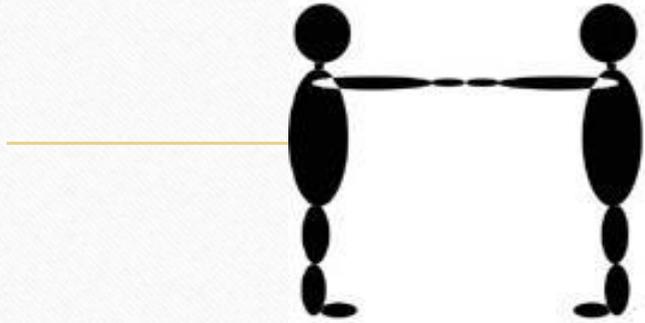
Zona personale



- inizia dopo zona intima
- non si percepisce odore

vicinanza / distanza 45 - 120 cm.

Zona sociale



- nessun contatto fisico
- zona riservata a contatti sociali

vicinanza / distanza 120 – 365 cm

Zona pubblica



- comunicazione pubblica
- gestualità amplificata

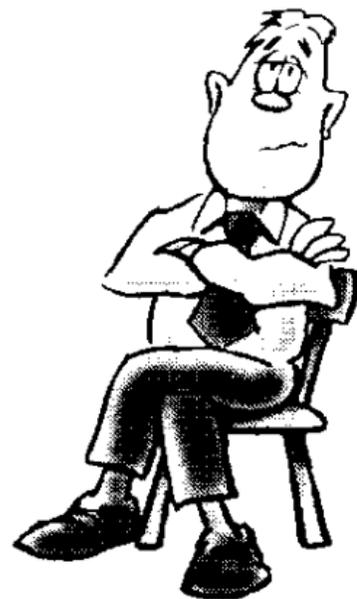
vicinanza / distanza maggiore 365 cm.

POSIZIONI E GESTI: STARE SEDUTI



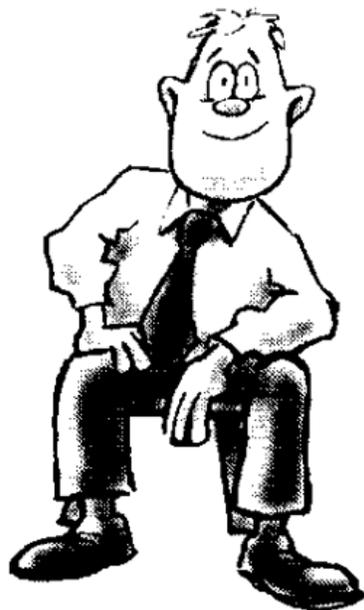
Braccia verso l'alto

- Atteggiamento riservato, difensivo



Braccia/gambe incrociate/accavallate

- Atteggiamento chiuso, non convinto



Piegarsi in avanti

- Disponibilità, sentirsi pronto!



Piegarsi all'indietro

- Superiorità, sicurezza di se



Togliersi i fili dalla giacca

- Disapprovazione

Prospettiva emotiva...

- Le espressioni facciali hanno valore emotivo in quanto sono l'emergenza immediata e spontanea delle emozioni

Video: «Empatia – Inside out»

Le tecniche che facilitano la comunicazione

Categoria di risposta	Definizione	Valore terapeutico
Ascolto	Processo attivo per capire	Empatia, riconoscimento, disponibilità verso il paziente.
Silenzio	Periodo di non comunicazione	Utile per riflettere e organizzare idee e concetti da esprimere.
Riflettere o rispecchiare	Rinviare al paziente emozioni, idee e significati che sta comunicando	Legittima il vissuto del paziente permettendogli riflessione e consapevolezza
Focusing	Incoraggiare il paziente a non divagare	Dirigere la comunicazione verso aspetti importanti
Chiarificare	Chiarire il messaggio del paziente, stabilire se il messaggio trasmesso coincide con quello ricevuto	Esprime il desiderio di comprendere la comunicazione del paziente

Le tecniche che NON facilitano la comunicazione

Categoria di risposta	Definizione	Valore terapeutico
Falsa rassicurazione (banalizzazione)	Utilizzare frasi stereotipate prive di significato nel tentativo di rassicurare il paziente.	Nega la paura, i sentimenti, il significato della comunicazione del paziente.
Fornire consigli	Dire al paziente ciò che deve o non deve fare.	Nega la possibilità del paziente di condividere le decisioni con l'operatore.
Dare giudizi (risposte moralizzanti)	Approvare o disapprovare i comportamenti del paziente, esprimendo i propri valori su ciò che è giusto o sbagliato usando parole come "buono" o "cattivo".	Crea dipendenza dall'operatore. Soddisfa bisogni narcisistici di autoapprovazione dell'operatore. Difficile creare un rapporto fondato sulla reciprocità.
Cambiare argomento	Dirigere l'interazione in un'area personale piuttosto che seguire il discorso del paziente.	Genere ansia e rabbia per il mancato riconoscimento dei sentimenti provati dal paziente.
Insuccesso nell'ascolto	Non ascoltare il messaggio del paziente, non prestare attenzione.	Disinteresse, negazione dell'altro. I bisogni dell'operatore vengono prima di quelli del paziente.

L'escalation dell'aggressività viene alimentata da particolari atteggiamenti, comportamenti, messaggi verbali e non verbali.

Due connotazioni:

1. Modalità aggressiva
2. Modalità passiva

-
- MODALITA' AGGRESSIVA : di fronte al comportamento ostile di qualcuno il sogg sceglie di resistere attivamente (forza contro forza)
 - MODALITA' PASSIVA : si cerca di non far arrabbiare l'altro, cercando di accontentare l'altro o di non fare nulla ----- spesso questo favorisce gli intenti aggressivi dell'altro, alimentando la violenza

Escalation Violenta

- Fase visuale (analizzare i dettagli dell'espressione visiva dell'aggressore...non solo il sorriso ma anche sguardo fisso, lineamenti tesi, tic nervosi, pallore, sudorazione. Analizzare improvvisi rallentamenti nei gesti, postura angolata e non frontale, prossemica e prosodica)
- Fase verbale
- Fase delle spinte e delle prese
- **AGGRESSIONE FISICA**

Nella fase visuale : EFFETTO TUNNEL = perdita della visuale periferica da parte dell'aggressore. E' un fenomeno fisiologico, non controllabile, determina la sensazione di vedere il bersaglio come attraverso un cannocchiale...in più:
DILATAZIONE DELLA PUPILLA.

PROSSEMICA = distanza interpersonale (con le persone intime è ridotta)

PROSODICA = ritmo e tono della voce. Prima di un'aggressione di solito ci sono improvvisi rallentamenti, interruzioni del discorso, cambiamenti repentini del tono di voce.

Cosa fare?

- Non essere aggressivi
- Non essere passivi
- Utilizzare la COMUNICAZIONE, la negoziazione

Il messaggio deve essere chiaro anche a livello non verbale

Cosa fare?

Se la distanza interpersonale è nulla e la minaccia è troppo vicina non si può far nulla --- agire e difendersi.

Altrimenti... DISSUASIONE COMUNICATIVA (de-escalation)

Modalità personali di reazione:

- 1. Aggressivo
- 2. Passivo
- 3. **Assertivo**

TEST: Test assertività

L'ASSERTIVITA'

= decisa volontà di far valere i propri diritti, di esprimere le proprie opinioni, sentimenti, desideri quando lo si ritenga opportuno in modo chiaro, sincero, diretto, appropriato e rispettoso senza violare i diritti del proprio interlocutore.

Non è l'ostinato atteggiamento di chi vuole ottenere a tutti i costi ciò che vuole.

C'è rispetto di sé e dell'altro.

Di solito le persone oscillano tra passività (= non esprimere proprie opinioni e bisogni) ed aggressività (= esprimere bisogni e critiche in modo inappropriato)

→ Sindrome del pendolo

Importante: saper distinguere tra diritti altrui e propri desideri/aspettative.

Assertività

→ **positiva** = esprimere affetto e stima autentici verso gli altri, vederne le qualità

→ **empatica** = esprimere critiche agli altri dopo aver compreso il pdv altrui

→ **progressiva** = affermare con maggior fermezza proprie opinioni

→ **comparativa** = far notare la discrepanza tra le sue parole ed il suo effettivo comportamento

Il sogg Assertivo

- Tende a negoziare ed a cercare soluzioni favorevoli per sé e per gli altri
- Non giudica
- Possiede una dose elevata di flessibilità

Assertività

- **ASCOLTARE** : Ricevere il messaggio

Riformulare (indica comprendere l'emozione altrui)

Restituire (feedback)



Comprendere

Esempio...

Pz dice «Siete dei razzisti» «Non vuoi capire» «Non c'è verso di farti ascoltare da te» «Non mi tieni in considerazione»...

Cosa sta dicendo davvero?

«Mi sento discriminato» «Non mi sento compreso» «Non mi sento ascoltato»
«Non mi sento considerato»

Le **abilità assertive** sono:

- Come esprimere gli elogi (chiedere il permesso e descrivere il comportamento che si vuole elogiare)

- Come riceverli

- Come esprimere i propri desideri (errore nell'aspettarsi che l'altro capisca da solo quello che noi vogliamo. Importante usare i messaggi in prima persona senza far riferimento a norme generiche)

- Come disarmare la collera (interrompere la conversazione, calma, cercare di comprendere il pdv dell'altro.

ESERCIZIO ASSERTIVITA'

- Come proteggersi dall'aggressività e dalla prepotenza altrui (ripetizione della stessa frase con chiarezza che esprime ciò che desideriamo – onestà)

- **Come fare una critica** (esprimere in modo appropriato quello che ci dà fastidio).

Critica costruttiva =

1. prima della critica una riflessione:

Abbiamo anche della nostra responsabilità nel comportamento dell'altro?

Delimitare la critica solo al comportamento inadeguato.

Far riferimento a comportamenti che si possono correggere.

Scegliere luogo e momento adatto.

Preparare l'interlocutore («Posso parlarti di una cosa che mi ha dato fastidio?»)

2. durante la critica:

Avere una disposizione empatica.

Descrivere chiaramente il comportamento che si vuole riprendere

Evitare squalifiche globali, minacce, accuse, ironie, ...

Aver cura dei gesti non verbali (es. indice puntato, tono di voce aggressivo, sguardi sprezzanti,...)

Fornire delle alternative di comportamento

3. dopo la critica:

Se il sogg. L'accetta comportarsi normalmente e ringraziare qualora l'altro si comporti in modo corretto.

Se l'altro non accetta cercare canale comunicativo.

- Come ricevere una critica (non contrattaccare precipitosamente, fare domande per chiarire il pdv., prendersi del tempo per pensare e riflettere personalmente, comunicare se si è d'accordo o no.
-

Come di solito reagisci alle critiche?

STORIELLA...

Una mattina due sorelline si alzano e corrono in cucina con un preciso obiettivo: vogliono ambedue un'arancia.

Si accorgono però che in casa ne è rimasta una sola...

Quali soluzioni?

...le due sorelle decidono di dividere l'arancia.

Anna sprema la sua metà ottenendo una piccola spremuta abbastanza insoddisfacente e butta via la buccia.

Bice gratta la buccia per l'impasto della torta che intende fare e getta via la polpa, ma la quantità è insufficiente.

Se le due sorelle avessero comunicato (ascoltare, riformulare, negoziare, trovare soluzioni) avrebbero potuto evitare eventuali conflitti ottenendo però una maggior soddisfazione reciproca...

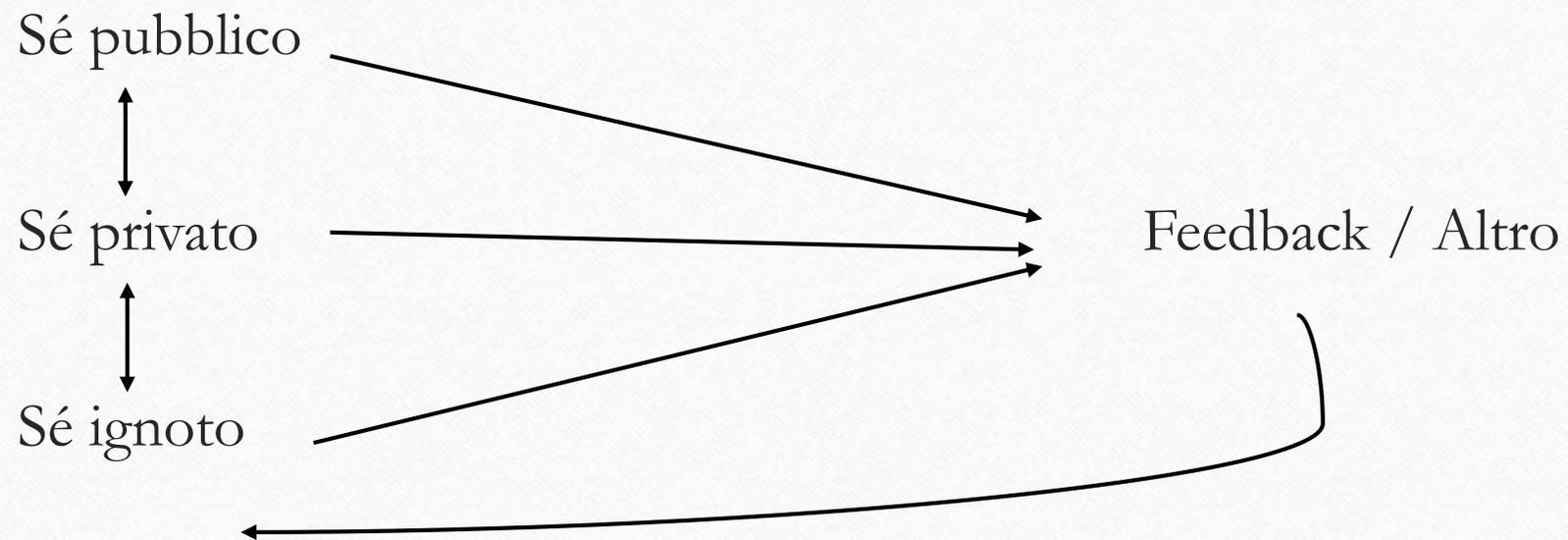
Per COMUNICARE in modo FUNZIONALE è importante sapere come e cosa comunichiamo

Ideata nel 1961 da due psicologi ricercatori della California Joseph Luft e Harry Ingham per studiare le interazioni sociali

La finestra di Johari



Relazione di reciprocità fra le aree



Nell'interazione con l'altro la conoscenza è fatta da ciò che vediamo dell'altro, ciò che percepiamo dell'altro e di ciò che «mediamo» dell'altro attraverso i nostri criteri psicologici, sociali e culturali.

Questo processo è RECIPROCO.

Video: «Empatia...»

Con il pz. aggressivo come comunicare?

- Usare tono di voce pacato ed uniforme
- Usare gesti in modo aperto e mai aggressivo
- Adottare un'espressione del viso attenta ma non accigliata. Mostrare attenzione ed apertura
- Usare un contatto visivo diretto ma non inquisitorio
- Curare la postura in modo da esprimere solidità ed energia (posizione eretta ma non protesa in avanti)

- Molte volte quando comunichiamo diamo per scontato che l'altro sia al corrente di informazioni che invece non ha: in questo caso la comunicazione non viene compresa dall'altro o compresa in maniera diversa da quello che era nostra intenzione comunicare.
- Bisogna quindi comunicare attraverso messaggi semplici chiari e completi, considerando che la nostra storia e quella di chi abbiamo di fronte sono diverse, quindi non necessariamente l'altro conosce i presupposti non presenti nel messaggio, ma necessari per comprendere quello che volevamo esprimere.

La sicurezza per gli operatori

- Se il paziente è aggressivo o apertamente ostile: accertarsi che l'avvicinamento non sia pericoloso. Richiedere l'intervento delle forze dell'ordine prima di avvicinarsi. Attenzione ad eventuali improvvisi mutamenti del comportamento del paziente.

-
- Se il paziente è delirante: non negare il delirio del paziente, si entrerebbe in conflitto con lui, aumentandone lo stato di ansia. Bisogna far capire al paziente che crediamo che lui veda o senta ciò che descrive, spiegandogli che, in conseguenza dello stato di ansia che ciò che vede o sente gli procura, è necessaria una terapia adeguata per modificare questa condizione.

-
- Paziente potenzialmente suicida: è fondamentale la capacità di interagire con il paziente, si deve cercare di stabilire un contatto visivo e verbale al più presto, evitando di discutere con il paziente, di minacciarlo e di mostrare di voler usare la forza. Attenzione ad eventuali improvvisi mutamenti del comportamento del paziente.

-
- Se il paziente è catatonico, quindi non parla, è immobile, ha lo sguardo fisso, ma è pronto a diventare clastico (a danneggiare e a distruggere cose e persone) Bisogna mettersi sullo stesso piano del paziente sia a livello verbale che di altezza, (come per i bambini). Per questo tipo di paziente, infatti, è necessaria la carezza, lo stare vicino, il parlargli. In questo modo il paziente percepisce il soccorritore simile a lui ed al proprio modo di sentire e lo accetta.

Video: «Motivazione»

«Prenditi cura dei tuoi pensieri,
Diventeranno parole...
Prenditi cura delle tue parole,

Diventeranno azioni...
Prenditi cura delle tue azioni,
Diventeranno abitudini...
Prenditi cura delle tue abitudini,
Diventeranno Destino»

Gandhi

“

Il più grande spreco nel mondo è la **differenza** tra ciò che **siamo** e ciò che potremmo **diventare.**

Ben Herbster

www.job4good.it

