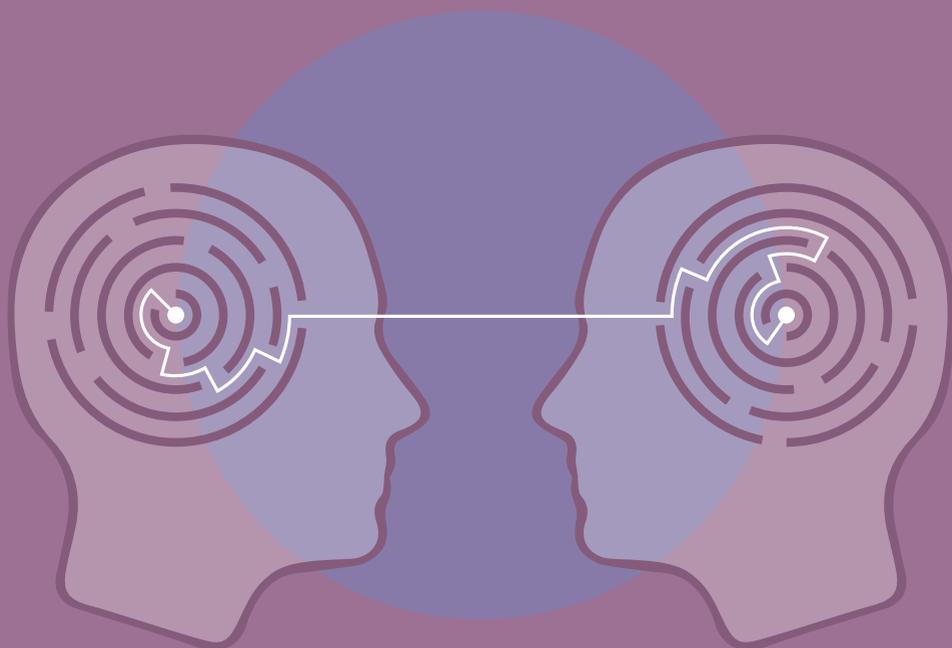
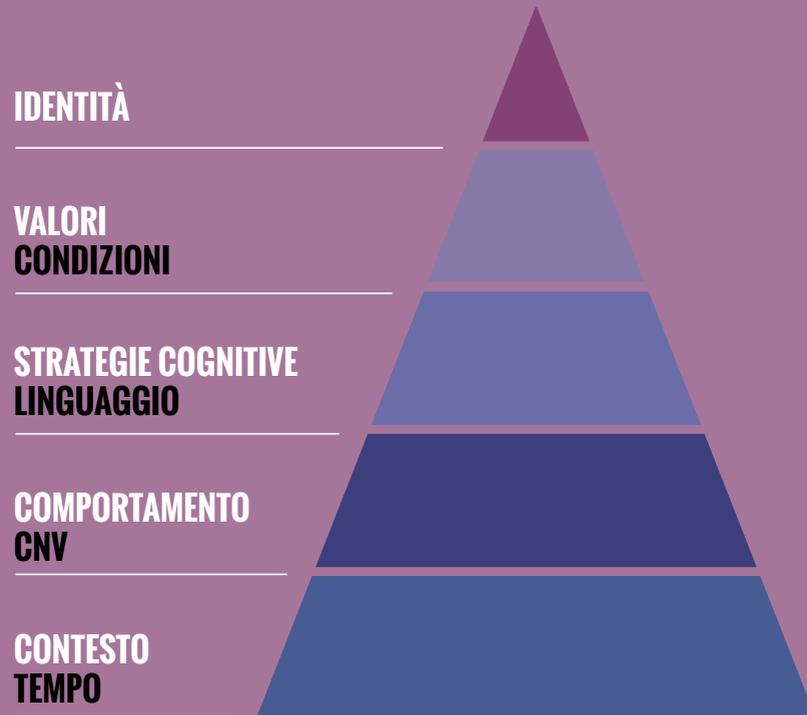


PICCOLO MANUALE DI COMUNICAZIONE



• I LIVELLI LOGICI •



Gregory Bateson - Steps to an Ecology of Mind - 1973

Una delle migliori rappresentazioni della realtà esperita è raffigurata dal concetto dei Livelli Logici, un modello introdotto da Bateson che prese spunto dall'opera di Russell sui livelli logici in matematica e aggiornato negli anni Ottanta dal ricercatore Robert Dilts.

Il termine "Livelli Logici" si riferisce al fatto che all'interno di un individuo o di un'organizzazione ogni processo è costituito da una gerarchia di livelli la cui funzione è quella di sintetizzare, organizzare e dirigere i processi dei livelli inferiori: ogni cambiamento a un livello produrrà necessariamente dei cambiamenti ai livelli sottostanti.

Da un punto di vista psicologico possono essere interpretati come i cinque livelli di organizzazione dell'individuo.

Il livello che costituisce la base del modello è il **CONTESTO**, che comprende i limiti fisici esterni e che include anche la variabile **TEMPO**. Si agisce su questo livello con il **COMPORAMENTO**, le azioni specifiche che vengono prodotte dal soggetto, che a sua volta è guidato dalle strategie che determinano le **CAPACITÀ** dell'individuo.

Le capacità sono condizionate dai sistemi di **CONVINZIONI** e di **VALORI** che sono generate dall'**IDENTITÀ** della persona. I problemi che riscontriamo in qualsiasi tipo di esperienza possono essere generati da uno di questi livelli.

Più specificamente il **CONTESTO** è il livello in cui ci troviamo a vivere, l'ambiente fisico il **"DOVE"** avviene l'esperienza, il luogo di lavoro

in cui operiamo, la città, la famiglia, gli amici o i colleghi che frequentiamo. Il **TEMPO** definisce il **"QUANDO"** avviene l'esperienza.

Al livello superiore si colloca il **COMPORAMENTO**, il **"COSA"** che comprende le azioni che compiamo per interagire e adattarci all'ambiente che ci circonda e include tutta la comunicazione non verbale e paraverbale e i relativi significati dell'interazione tra gli individui.

Le **CAPACITÀ** rispondono al **"COME"** un'azione va eseguita, è il livello delle strategie cognitive che utilizziamo per selezionare i comportamenti, le nostre abilità cioè quello che sappiamo fare, la nostra professione: questo è il livello che traduce ciò in cui noi crediamo in comportamenti specifici.

Le credenze e i valori sono in generale gli assunti e i presupposti che guidano il nostro agire, le idee, le **CONVINZIONI** che legano i **VALORI** ai nostri comportamenti, il **"PERCHÉ"** che rende manifesta la nostra motivazione.

L'**IDENTITÀ** è il livello che esprime il nostro senso di identità, ciò in cui ci identifichiamo, il nostro ruolo, **"CHI"** siamo con le nostre convinzioni, capacità e comportamenti che ci fanno agire nell'ambiente in cui viviamo.

La capacità del medico di impostare il rapporto con il paziente in modo che si instauri una vera e propria relazione di aiuto professionale dipende dalla consapevolezza di mantenere allineati e controllati tutti i livelli di comunicazione partendo dal livello dell'Ambiente.

• I PIANI DI INTERAZIONE •



Come si è visto nel modello di Bateson ogni livello è riferibile a una parola che introduce l'esplorazione e l'analisi di quello specifico livello.

Dove, Quando, Cosa, Come, Perché, le 5W del giornalismo anglosassone, vengono utilizzati nelle domande aperte che hanno lo scopo di raccogliere informazioni perché permettono una vasta gamma di risposte.

Questo tipo di domande possono essere utilizzate del medico per incoraggiare il paziente a descrivere i propri punti di vista, per descrivere la propria realtà soggettiva e gli permettono di rispondere in modo dettagliato, aggiungendo tutti i chiarimenti che desidera.

Nell'interazione clinica ogni livello corrisponde a un piano di interazione di cui il medico deve tener conto per co-costruire la realtà vissuta insieme al paziente.

AMBIENTE E TEMPO

È quello che può essere identificato con il **SETTING ESTERNO** e che deve comprendere l'accoglienza e l'attenzione all'ambiente fisico dell'incontro medico-paziente per garantire se è possibile la privacy del malato e include il coinvolgimento dell'équipe e delle diverse figure professionali impegnate nella gestione dell'intero processo, l'attivazione della rete di supporto presente sul territorio come i servizi socio-sanitari, la considerazione per norme e regolamenti e l'eventuale presenza di un mediatore

linguistico-culturale nel caso il paziente non sia italiano.

Il **TEMPO** definisce il periodo oggettivo (giorno, ora, minuti) in cui avviene l'incontro tra medico e paziente.

COMPORTAMENTO

Attenzione e cura devono essere rivolti anche al livello **COMPORMENTALE-RELAZIONALE** e cioè alle azioni e ai relativi significati di interazione che tengono conto del sistema familiare e sociale di appartenenza del paziente. Il livello comprende in generale i comportamenti e tutta la comunicazione non verbale, i movimenti, la prossemica del medico e del paziente, i gesti, l'espressione del viso e i segni di comunicazione presenti nel luogo dell'incontro come indossare il camice, porsi davanti o dietro la scrivania, prendere appunti mentre il paziente parla, guardare l'interlocutore mentre sta parlando senza dimenticare le variabili paraverbali come l'inflessione della voce, il tono, il timbro, il ritmo, la cadenza delle parole e anche il silenzio.

CAPACITÀ

Al livello **COGNITIVO** si situano le capacità del medico di acquisire informazioni, affrontare



i problemi e di attuare soluzioni accettabili e soddisfacenti. In pratica tutta la comunicazione verbale, i contenuti dell'interazione, le parole, i termini tecnici e specialistici che dovrebbero essere sempre fortemente limitati e utilizzati **CUM GRANO SALIS**. Al medico è richiesto di verificare e di prestare attenzione su come si esprime il paziente e se c'è coerenza tra le parole, i gesti e la mimica: di fornire informazioni corrette, complete, calibrate in base a ciò che il paziente è in grado di poter effettivamente ascoltare e capire.

riportato per come lo percepisce e lo intende la persona, ad accettare infine i sentimenti, le opinioni e le azioni del malato, pur non condividendoli.

IDENTITÀ

Infine il livello dell'Identità si focalizza sui ruoli che partecipano all'incontro: da una parte un professionista preparato e dall'altra una persona portatrice di bisogni, richieste, problematiche con un profilo ogni volta differente in relazione ai vissuti, al contesto familiare e sociale di appartenenza, al sistema di valori.

Quello che viene chiesto al medico è di prestare attenzione inoltre al proprio **"SETTING INTERNO"** e cioè di essere consapevole dei fattori interni ed esterni che lo possono influenzare, di essere congruente nel proprio modo di essere e comportarsi, di essere disponibile all'ascolto e di accettare l'altro, comprendendo le paure, la riluttanza e le preoccupazioni di chi vive una situazione di salute problematica.

In ultima analisi la comunicazione con il paziente è sicuramente un processo complesso dove entrano in gioco una molteplicità di fattori individuali e di contesto che influenzano la relazione di aiuto e attivano reazioni di tipo emozionale in base alla personalità di ogni singolo individuo coinvolto

VALORI E LE CONVINZIONI

Il livello Emotivo-Affettivo coincide con i sentimenti e le emozioni del paziente. È il luogo in cui praticare l'ascolto attivo, un processo che si può tradurre con "mostrare un autentico interesse nei riguardi della persona in modo che si senta compresa e possa raccontarsi senza il timore di essere giudicata". È un processo complesso che mira a comprendere il problema emotivo come viene vissuto dal malato astenendosi dal fornire soluzioni precostituite, a supportare la persona nel contenimento dell'ansia e delle preoccupazioni, ad accogliere i sentimenti di vergogna e di paura che il paziente può esprimere (silenzio, racconti parziali, eloquio sostenuto e incalzante, ecc.), a favorire uno stile comunicativo comprensivo rispetto a ciò che è stato detto, narrato,

nell'interazione e alla problematica specifica oggetto del processo comunicativo.

L'obiettivo di un'interazione professionale così complessa, non può e non deve essere improvvisata ma va costruita per aiutare il malato ad affrontare e superare la situazione che l'ha portata a richiedere l'intervento.

Le competenze richieste al medico sono dunque quelle di saper praticare l'Autoconsapevolezza per essere conscio del proprio ruolo, e del proprio **SETTING** interno (**VALORI, PREGIUDIZI, MOTIVAZIONI, SCHEMI DI RIFERIMENTO CULTURALI, VISSUTI PERSONALI, EMOZIONI**) distinguendo il proprio sé da quello dell'altro, attraverso una continua azione di auto-osservazione e di auto-monitoraggio di quanto avviene nella relazione; l'Ascolto Attivo per cogliere il contenuto della comunicazione e l'Empatia per entrare nello schema di riferimento del paziente, nel suo mondo per comprendere i suoi pensieri e intenzioni, di cogliere la situazione che sta vivendo dal suo punto di vista (empatia cognitiva) e di condividere l'esperienza emotiva dell'altro (empatia emotiva) ma rimanendo consapevole che non è il proprio modo di pensare e di provare emozioni.

Il medico quindi deve essere in grado di comprendere il problema nei termini in cui si pone per ogni paziente, in uno specifico momento, creando le condizioni favorevoli per aiutarlo ad affrontare la situazione.

.....

L'ASCOLTO ATTIVO

La relazione medico-paziente è un'interazione asimmetrica nel senso che non vi è una condizione di equivalenza tra i due interlocutori nella relazione: il rapporto infatti avviene tra una persona che teme per la sua salute e un esperto di malattie: la gerarchia delle preoccupazioni non è sempre la stessa: per il medico le priorità sono prevalentemente cliniche, per il paziente invece anche esistenziali: la posizione contrattuale tra medico e paziente non mai è paritaria solo uno dei due ha bisogno di aiuto, e avere bisogno di aiuto pone il malato in condizioni di asimmetria. Con queste premesse il rapporto tra medico e paziente potrebbe ridursi a una conversazione a senso unico mentre i pazienti non desiderano solo essere assistiti professionalmente ma vogliono anche la certezza di essere ascoltati. La capacità di ascoltare il paziente è fondamentale per sviluppare l'empatia: come il medico potrebbe interessarsi e sintonizzarsi sulle necessità e sulle richieste del proprio interlocutore se non ascoltandolo?

I pazienti chiedono al medico di produrre le proprie abilità comunicative sia per dare spiegazioni e indicazioni circa la terapia da seguire ma anche per instaurare una relazione di fiducia sincera e durevole: non basta quindi la sola competenza clinica ma è necessaria anche una comunicazione che favorisca

la consapevolezza del paziente riguardo alla sua malattia per una migliore aderenza alla terapia.

Quando si parla di ascolto attivo si intende un processo articolato che implica un insieme di tecniche e atteggiamenti che mirano a far sì che l'interlocutore si senta compreso, accettato e si possa a esprimere liberamente senza sentirsi giudicato.

Le stesse abilità di ascolto permettono di andare oltre il semplice significato delle parole evitando l'interpretazione letterale del messaggio ma cercando di capire affermazioni o comportamenti per comprendere i veri stati d'animo di chi parla che possono diventare importanti riferimenti per interagire efficacemente e promuovere comportamenti funzionali.

Per ascoltare attivamente è necessario leggere il significato sotteso dalle parole e cercare di riconoscere le emozioni che stanno dietro alcune affermazioni: bisogna prestare attenzione a quali fatti o situazioni il paziente trascuri, quali racconta e quali emozioni accompagnano la sua descrizione e notare quali vengono enfatizzate con gesti, mimica o toni di voce.

È necessario quindi per rendere più efficace l'ascolto, far esprimere liberamente il paziente per consentirgli di portare a termine il suo pensiero per intercettare informazioni importanti per il prosieguo dell'interazione. Le interruzioni, quindi, se sono necessarie, dovrebbero essere ridotte e con un

preciso intento strategico: per esempio potrebbe essere utile interrompere il paziente per contenere un flusso comunicativo eccessivo o disfunzionale.

L'ascolto attivo è un processo dinamico e rispetto all'ascolto passivo richiede più tempo e implicazioni: l'ascolto attivo è un ascolto disciplinato, in cui la comunicazione verbale e non verbale hanno la stessa importanza, e non è possibile separarle.

In un'accezione empatica l'ascolto attivo è un atteggiamento di sensibilità, disponibilità, e ricettività, diretto al paziente e rivolto a cogliere non solo i concetti e le idee, ma anche i presupposti psicologici ed emotivi che li hanno generati.

L'ascolto, in conclusione, è un potente strumento a disposizione del medico di reale comprensione e veicolo per mostrare interesse e considerazione per il paziente.

• IL PROTOCOLLO SPIKES •

Il modello di Bateson ha evidenziato la complessità e la molteplicità delle variabili contenute in un processo di comunicazione. Complessità che deve essere risolta quando, nell'interazione con il malato e i suoi familiari, il medico deve fornire indicazioni pratiche e concrete su come procedere nella comunicazione della diagnosi che contiene le cattive notizie che modificheranno drasticamente e in modo negativo il loro punto di vista o le loro previsioni per il futuro: è un colloquio asimmetrico perché il medico informa il paziente di fatti di una certa gravità di cui il malato non è ancora al corrente.

Dall'inizio degli anni Ottanta la diagnosi nell'ambito oncologico è passata da essere fonte di rifiuto e negazione all'essere l'oggetto di una comunicazione strutturata, in modo da indurre un maggiore consapevolezza nell'affrontare ogni situazione per tutta la durata del trattamento ponendo una particolare attenzione a tutte le fasi considerate cruciali che riguardano il colloquio tra il medico, il paziente e i familiari.

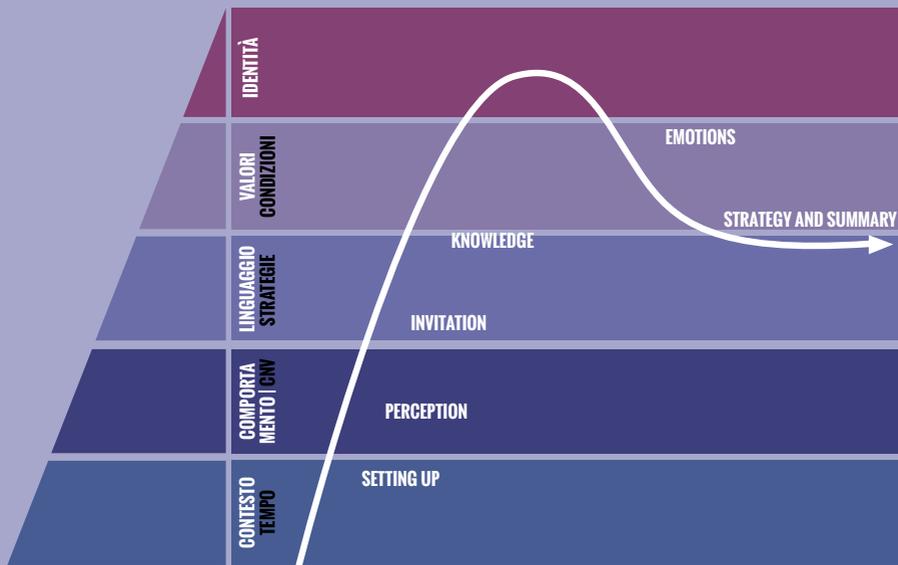
Questo particolare processo di comunicazione assume una specifica rilevanza perché può essere influenzato positivamente o negativamente da fattori generali come l'ambiente, lo stato del paziente e il comfort di quest'ultimo o anche da fattori specifici come il rapporto tra gli interlocutori, il contenuto, lo scopo della cura.

Le comunicazioni con questo grado di complessità, per essere efficaci, devono essere strutturate come un processo a tappe (o a gradini come nel modello dei Livelli Logici di Bateson) per evitare il rischio

che si dica troppo e tutto in una volta: i modelli per comunicare sono diversi e variano in base ai contesti culturali.

Il protocollo introdotto da Baile, Buckman and Coll, il cui acronimo in inglese è SPIKES, sintetizza i diversi protocolli comparsi recentemente in letteratura ed è ad oggi considerato uno dei più efficaci.

L'acronimo è formato dalle lettere che costituiscono i sei passaggi fondamentali dell'intervento, che iniziano dall'esplorazione delle conoscenze e delle aspettative del malato fino alla comunicazione della diagnosi rispettando il ritmo e la volontà del paziente:



S - SETTING UP - PREPARARE IL COLLOQUIO

P - PERCEPTION - CAPIRE COSA SA IL PAZIENTE

I - INVITATION - CAPIRE QUANTO IL PAZIENTE VUOLE SAPERE

K - KNOWLEDGE - CONDIVIDERE LE INFORMAZIONI CON IL PAZIENTE

E - EMOTION - IDENTIFICARE E COMPRENDERE LE REAZIONI DEL PAZIENTE

S - STRATEGY AND SUMMARY - PIANIFICARE LA STRATEGIA E RIASSUMERE I CONTENUTI DEL COLLOQUIO

SETTING UP - PREPARARE IL COLLOQUIO

Per cominciare un percorso complesso di comunicazione, il primo passo è sicuramente il più importante e per questo bisogna dedicare un po' di tempo alla preparazione di un contesto adeguato sia per il paziente sia per il medico che può guadagnare la sensazione di controllare la situazione e quindi può apparire più rilassato agli occhi dei suoi interlocutori.

Cosa fare:

- Visionare la documentazione clinica del paziente.
- Prepararsi su cosa dire: annotare, per meglio memorizzare, parole o frasi specifiche da usare o da evitare.
- Presentarsi e sedersi, per evitare di dare la sensazione che la comunicazione avverrà in modo frettoloso.
- Chiedere in anticipo al paziente se desidera che qualcun altro assista al colloquio (il coniuge, un familiare, un amico) e in che misura intende coinvolgerlo.
- Mettere il paziente a proprio agio.
- Ottimizzare qualsiasi richiesta di assistenza alla comunicazione e assicurarsi che il paziente sia mentalmente capace di partecipare alla discussione.
- Pregare i colleghi e lo staff di non interrompere il colloquio, se possibile.
- Assicurarsi che il tempo assegnato alla visita sia sufficiente per poter rispondere a domande o per ripetere informazioni non chiare.
- Qualora il tempo a disposizione non fosse sufficiente, organizzare il colloquio successivo in una data ravvicinata, e durante il colloquio seguente stabilire i limiti temporali già dall'inizio.

La fase iniziale è quella della costruzione della relazione per cui alcune frasi di apertura sullo stato attuale del malato e un atteggiamento di ascolto e di attenzione rimandano al paziente l'interesse del medico alla situazione e che l'interazione non sarà un monologo.

In questa fase i messaggi trasmessi attraverso la comunicazione non verbale sono molto importanti come mantenere un contatto visivo perché trasmette

il senso di esclusività della conversazione o un contatto fisico (se il paziente mostra di apprezzare il gesto di toccargli la mano o il braccio e se il medico è a suo agio nel farlo) sempre sia culturalmente accettato.

Infine sarà necessario chiarire le finalità del colloquio.

PERCEPTION - PRIMA DI DIRE, CHIEDERE

Il passo successivo è ottenere dal paziente informazioni e percezioni, riguardo la sua conoscenza della malattia, per cercare di capire quanto la persona sa già e l'idea che si è fatta dei suoi disturbi. Questo è un punto che richiede grande concentrazione e capacità di ascolto per stabilire alla fine quale sia la consapevolezza dell'impatto che avrà la malattia sul futuro del paziente. Questa parte del colloquio è fondamentale: permette al medico di allineare le informazioni che il malato ha raccolto nel passato da altre fonti (altre figure sanitarie, conoscenti, internet) con le informazioni che sta per fornirgli.

Alcune domande aperte utili alla comprensione di quanto il paziente conosca sulla sua malattia possono essere:

“Che idea si è fatto della sua situazione?” / “Come ha scoperto la sua malattia?”

“Come ha interpretato i suoi primi sintomi?”

“Che cosa le è stato detto dagli altri medici?” / “Cosa le è stato detto della sua malattia?”

“Quale è la sua idea?” / “Come descriverebbe la sua situazione attuale?”

“Cosa ha pensato quando ha iniziato gli accertamenti?”.

Eventuali domande chiuse invece possono essere:

“Ha pensato di avere qualcosa di grave?” / “È preoccupato?”

Bisognerà che il medico si ponga all'ascolto in maniera attiva e riflettendo su quello che il paziente dice (“Se ho ben capito, mi sembra che lei stia dicendo...”) esaminando le risposte, facendo attenzione al vocabolario utilizzato, alle formule linguistiche poco chiare, all'uso di metafore, ai cambi repentini di argomento, alle ripetizioni e a tutti i potenziali segnali di malessere per cercare di renderli comprensibili.

A questo proposito sarà utile valutare l'aspetto emotivo delle dichiarazioni del paziente: la parte

verbale (le parole utilizzate) e la parte non verbale (i comportamenti come il modo di stare seduto, la distanza dal medico, i gesti e il tono della voce) che rappresentano indizi della sua condizione emotiva. Sarà necessario invece correggere le informazioni sbagliate ed eventuali fraintendimenti, valutando le discrepanze nell'informazione, la negazione e le dissimulazioni ma cercando di comprendere le aspettative e le preoccupazioni del paziente, preparandosi a gestire le possibili aspettative irrealistiche.

INVITATION - CHIEDILO AL MALATO.

Questo è il momento particolarmente delicato in cui il paziente espone la sua posizione rispetto a quale livello e dettaglio di informazione desidera arrivare, il proprio desiderio di essere informato o meno sulla

diagnosi, sulla prognosi e i dettagli della malattia. Spesso, già dalle prime due fasi del colloquio, è possibile comprendere quanto il paziente desideri essere informato.

Alcune domande utili alla comprensione di quanto il malato voglia conoscere sulla sua malattia possono essere:

- “Vuole che cerchi di spiegarle meglio la sua situazione?”
- “Lei cosa vorrebbe sapere?”
- “Lei sa esattamente che cosa sta succedendo o preferisce che glielo descriva io?”

Il bisogno di informazioni da parte del paziente però può cambiare nel tempo: per esempio alcuni pazienti potrebbero utilizzare la negazione come difesa o per potersi abituare all'idea della loro nuova condizione. In questo caso sarà utile offrire la disponibilità a dare informazioni anche in momenti successivi.

Rendere esplicite e appoggiare eventualmente le specifiche preferenze del malato sul livello di informazione rispettando comunque il diritto del paziente a non essere informato nei dettagli e, se espresso chiaramente, il diritto a non essere informato affatto sulla propria malattia declinando per scelta di ricevere informazioni o nominando qualcun altro ad assumere informazioni in sua vece.

KNOWLEDGE - DARE LE INFORMAZIONI

Quando il paziente avrà espresso la sua volontà di essere informato sulla propria malattia, il medico potrà proseguire il colloquio fornendogli le informazioni necessarie a comprendere la sua situazione clinica. Il medico dovrà avere ben chiaro l'obiettivo che vuole raggiungere restituendo

informazioni precise sulla diagnosi, sul piano di cura, sulla prognosi e sul supporto affinché durante il colloquio non si generi confusione. Inizierà quindi partendo da ciò che il paziente conosce, allineandosi alla sua realtà soggettiva rinforzandone gli aspetti corretti in modo da accrescere la stima

che il malato ha in sé stesso e nel curante perché ciò che ha espresso precedentemente è stato tenuto in considerazione.

Nella fase successiva il medico dovrà avvicinare la percezione del paziente alla reale situazione

clinica preparando il paziente a ricevere la cattiva notizia: utilizzando ad es. i segnali d'allarme (“Temo che la situazione sia un po' più seria di come l'ha descritta”) seguito da una pausa di silenzio, per osservare la reazione del paziente.

L'informazione successiva dovrà essere fornita in piccole dosi, per rallentare la velocità del processo di presa di conoscenza:

- (“Vorrei parlare con lei di tre cose oggi: i risultati delle analisi, cosa questo comporta per lei e la terapia possibile.”)
- Evitare di fornire tutte le notizie in una volta
- La percezione della situazione da parte del paziente si deve avvicinare, gradualmente, alla realtà clinica: utilizzare un linguaggio non tecnico, esprimersi nel linguaggio del paziente, evitare lunghi monologhi ed eufemismi non minimizzare.
- Verificare sempre il grado di comprensione delle informazioni fornite e chiarire:
- “Le sembra che le ho fornito le informazioni di cui aveva bisogno?”
- “Le sembra di aver capito tutto quello che le è stato detto? C'è qualcosa che vorrebbe riesaminare?”

Il medico incoraggerà il paziente o il caregiver a fare domande o ritornare sull'argomento

- “C'è qualcos'altro che vuole discutere?”
- “Quali sono i pensieri o le domande che le passano per la testa in questo momento? Ha voglia di condividerle con me?”

EMOTIONS - VALUTARE LE EMOZIONI DEL PAZIENTE

È la fase più difficile e variabile del protocollo. Il successo dell'interazione dipenderà dall'abilità del medico di valutare e gestire le emozioni anche intense del paziente che potrà produrre una vasta gamma di reazioni, a volte inaspettate.

Per prima cosa è bene prestare molta attenzione alle reazioni verbali e non verbali del paziente riconoscendo e dando spazio all'espressione delle sue emozioni e delle sue preoccupazioni rispondendo a queste emozioni in modo empatico, incoraggiandone la descrizione e legittimandole:

- “Mi sembra che questa informazione sia diversa da quello che si aspettava, penso che questo potrebbe turbare chiunque.”

Il secondo obiettivo del curante sarà quello di favorire la comprensione delle ragioni che sono la causa di tali reazioni:

- “Lei si aspettava effetti più efficaci dalla chemioterapia. Il fatto che ci sia ancora la necessità di proseguire con le terapie le ha creato uno stato di delusione che è ben comprensibile”.

È importante lasciare il tempo al paziente per reagire, rispondere, anche se questo significa affrontare le sue reazioni emotive.

STRATEGY AND SUMMARY - PIANIFICARE E ACCOMPAGNARE

A questo punto del percorso il paziente potrà sentirsi disorientato e scoraggiato. Il medico ha l'opportunità di dare un senso alla sua confusione e a pianificare il suo futuro cercando di coniugare le percezioni soggettive del paziente, lo scenario clinico e il progetto terapeutico. Dopo aver valutato la stabilità emotiva del paziente e l'opportunità di proseguire il colloquio il medico avrà cura di stilare una lista delle priorità dei problemi del malato prospettando al paziente che cosa è possibile fare sulla base dei dati clinici disponibili discutendo, pianificando e concordando con la persona una strategia d'azione che prenda in considerazione le possibilità di intervento e i risultati attesi.

È importante fornire rassicurazioni al paziente e al suo caregiver che saranno seguiti tutto il decorso della malattia; e se ciò non fosse possibile, è cruciale che vengano organizzate delle alternative affidabili.

- “Farò tutto quello che [posso/possiamo] per assisterla in qualunque situazione in futuro.”
- “Non sarà lasciato solo.”

Prestare particolare attenzione al ruolo che il paziente vuole assumere nel processo decisionale e manifestare l'intento di coinvolgerlo in questo processo.

L'ultimo passaggio di questa parte dell'interazione sarà quello di valutare quanto la persona ha effettivamente compreso e di riassumere quanto effettivamente detto considerando la possibilità di sintetizzare la discussione:

- “Dunque, abbiamo parlato di ... a lungo e abbiamo anche parlato di ... velocemente. È la sua stessa impressione?”

Dare l'opportunità di sollevare eventuali altri problemi o di porre altre domande anche se a volte per diverse ragioni il paziente non riesce a pensare ad alcuna domanda.

Il medico infine fissando un nuovo contatto con il malato dovrà stabilire con esso un accordo per il futuro: nessun colloquio è completo senza una sintesi e un contratto. Questo serve a mostrare al paziente che è stato ascoltato e a motivarlo, a costruire la relazione di fiducia tra medico e paziente.

1
CONOSCENZA DELLE PROPRIE EMOZIONI

2
• CONTROLLO DELLE EMOZIONI •

3
• MOTIVAZIONE DI SE STESSI •
CAPACITÀ DI DOMINARE LE EMOZIONI

4
• RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI ALTRUI •

5
• GESTIONE DELLE RELAZIONI •
(GESTIONE DELLE EMOZIONI ALTRUI)

» IL QI E L'INTELLIGENZA EMOTIVA «
SONO COMPETENZE SEPARATE

• INTELLIGENZA EMOTIVA •

“Non si vede bene che col cuore.
L'essenziale è invisibile agli occhi”

Antoine De Saint Exupery, Il Piccolo Principe

Goleman nel testo del 1995 “Intelligenza emotiva” sostiene come l'analisi del quoziente intellettivo non sia in grado di predire il diverso destino di individui con talenti, istruzioni e opportunità approssimativamente simili. Nella vita, dunque, un successo non dipenderebbe solo da un buon quoziente intellettivo ma anche da un buon quoziente emotivo.

Già Gardner nel 1983 aveva criticato il costrutto del quoziente intellettivo sostenendo che ci fosse un'ampia gamma di intelligenze che possono essere determinanti per raggiungere il successo nella vita. Nella sua concezione l'intelligenza è multipla e comprende non solo l'intelligenza verbale e logico-matematica, abitualmente apprezzata nel contesto scolastico, ma anche il genio cenestesico, il talento musicale, l'intelligenza personale. Gardner e colleghi

hanno ampliato la lista sino ad individuare venti diversi tipi di intelligenza. Questa visione poliedrica dell'intelligenza sarebbe in grado di fornire una visuale più adeguata del potenziale di successo di un bambino più di quanto possa fare il test standard per la misurazione del QI.

Ognuno di noi sarebbe dunque dotato di una miscela di abilità intellettuali ed emozionali che non possono essere definite come competenze opposte ma solo separate. Il nostro modo di comportarci nella vita dipenderebbe da entrambe queste componenti, dunque in assenza dell'intelligenza emotiva l'intelletto non potrebbe funzionare al meglio. Questo modello ci spinge a cercare un'armonia tra mente e cuore.

Nel definire l'intelligenza emotiva Goleman abbraccia il modello di Salovey che include le intelligenze personali di Gardner estendendo queste abilità a cinque ambiti principali di riferimento:

- **CONOSCENZA DELLE PROPRIE EMOZIONI:**
la capacità di riconoscere un sentimento nel momento in cui esso si presenta. L'autoconsapevolezza è la capacità di monitorare i sentimenti avendo così la possibilità di gestire la propria vita con maggior consapevolezza di quello che realmente si prova rispetto alle decisioni personali.
- **CONTROLLO DELLE EMOZIONI:**
la capacità di controllare i sentimenti in modo che essi siano appropriati. Coloro che sono scarsamente dotati di questa abilità si trovano a dover combattere contro i propri sentimenti a differenza di coloro che, capaci di controllo emotivo, riescono a calmarsi, liberarsi dall'ansia, dalla tristezza e dall'irritabilità riuscendo a riprendersi più rapidamente dalle sconfitte e dalle frustrazioni della vita.
- **MOTIVAZIONE DI SE STESSI:**
la capacità di dominare le emozioni per raggiungere un obiettivo, per trovare motivazione per tollerare il ritardo della gratificazione. Permette di entrare in uno stato di flusso creativo che consente di ottenere prestazioni e produttività eccezionali.
- **RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI ALTRUI:**
l'empatia. Caratteristica fondamentale nelle relazioni con gli altri rende gli individui sensibili ai segnali sociali che indicano le necessità e i desideri altrui.
- **GESTIONE DELLE RELAZIONI:**
la capacità di dominare le emozioni altrui. L'arte delle relazioni si fonda in larga misura su questa caratteristica che rende le persone molto disinvolve in tutti i campi nei quali è necessario interagire con gli altri.

Ciascuno di questi ambiti rappresenta un insieme di abitudini che si acquisiscono nel corso della vita a partire dalle esperienze personali gestite all'interno del contesto familiare prima e nel contesto sociale poi. Tutte queste abilità possono essere allenate e migliorate purché ci si impegni a farlo nel modo giusto.

Soprattutto nelle professioni che richiedono un contatto ripetuto e continuo con un'utenza disagiata e sofferente, l'intelligenza emotiva rappresenta un costrutto centrale su cui interrogarsi e nei confronti del quale pensare di poter generare degli

allenamenti sistematici e ripetuti nel tempo per dare agli operatori strumenti pratici per migliorare la consapevolezza e gestire le relazioni in maniera costruttiva migliorando l'esperienza di cura degli utenti.

Ogni operatore esposto a pazienti sofferenti dovrebbe essere allenato alle competenze sociali che contribuiscono all'efficacia dell'individuo nel trattare con gli altri e che consentono di plasmare un'interazione, di trovarsi bene nelle relazioni intime di mobilitare, ispirare, persuadere e influenzare gli altri mettendoli nel contempo a proprio agio.

• LE EMOZIONI •

“L’emozione non è un’appendice,
un apparato residuale che non serve e che dovremmo asportare:
le emozioni sono il cuore della nostra vita, e la rendono vivibile”

P.Ekman

L’Oxford English Dictionary definisce emozione “*ogni agitazione o turbamento della mente, sentimento, passione: ogni stato mentale violento o eccitato*”.

Il termine emozione deriva dal latino **E-MOVEO**, muovere da, muovere fuori, smuovere, trasportare fuori. Le emozioni sarebbero infatti dei piani di azione, una propensione all’agire, di cui ci ha dotato l’evoluzione per prepararci a gestire con rapidità gli eventi più importanti per la nostra esistenza. Il neurologo Damasio sottolinea l’importanza delle emozioni e quanto esse siano in grado di influenzare le decisioni. Secondo questa visione le emozioni coinvolgerebbero il funzionamento cerebrale e il corpo producendo un movimento che diventa manifesto, a partire dalle emozioni si svilupperebbero poi i sentimenti, stati privati e totalmente interni.

Anche Ledoux sottolinea come nel caso dell’emozione la reazione del corpo è parte integrante dell’intero processo emotivo, la maggior parte delle nostre emozioni implicano delle risposte fisiche che non sono presenti nel caso della cognizione, in cui il cervello funziona indipendentemente dal corpo.

Secondo Ekman le decisioni o le valutazioni che innescano le emozioni sono straordinariamente veloci, al di fuori della nostra consapevolezza. Esisterebbero dei valutatori automatici che ci consentono di scandagliare molto velocemente il mondo circostante per individuare se accade qualcosa di importante per il nostro benessere e la nostra sopravvivenza. Le emozioni sarebbero per lo più innescate da questi valutatori automatici, e nascono così velocemente da non renderci consapevoli dei processi che le hanno attivate.

RABBIA

IL SANGUE FLUISCE ALLE MANI E QUESTO RENDE PIÙ FACILE AFFERRARE UN’ARMA O SFERRARE UN PUGNO SULL’AVVERSARIO; LA FREQUENZA CARDIACA AUMENTA, SCARICA DI ADRENALINA

PAURA

IL SANGUE FLUISCE VERSO I GRANDI MUSCOLI SCHELETRICI FACENDO IMPALLIDIRE IL VOLTO RENDENDO PIÙ FACILE LA FUGA. IL CORPO SI IMMOBILIZZA

DISGUSTO

IL LABBRO SUPERIORE SOLLEVATO LATERALMENTE MENTRE IL NASO ACCENNA AD ARRICCIARSI INDICA IL TENTATIVO PRIMORDIALE DI CHIUDERE LE NARICI COLPITE DA UN ODORE NOCIVO O DI SPUTARE CIBO VELENOSO

FELICITÀ

INIBIZIONE DEI CENTRI CHE GENERANO PENSIERI ANGOSCIOSI E AMPIA DISPONIBILITÀ DI ENERGIA

TRISTEZZA

CADUTA DI ENERGIA ED ENTUSIASMO VERSO LE ATTIVITÀ DELLA VITA, HA L’EFFETTO DI RALLENTARE IL METABOLISMO

SORPRESA

SOLLEVAMENTO DELLE SOPRACCIGLIA CONSENTE DI AVERE UNA VISUALE PIÙ AMPIA E DI FAR ARRIVARE PIÙ LUCE SULLA RETINA

Ekman descrive altri 8 percorsi per “accendere” le nostre emozioni: la valutazione riflessiva alla quale subentrano i valutatori automatici:

- **Il ricordo di una passata esperienza emozionale;**
- **L’immaginazione;**
- **Parlare di un evento emozionale passato**
- **L’empatia: le istruzioni altrui su cosa debba farci provare una data emozione**
- **La violazione di norme sociali**
- **L’assunzione intenzionale dell’aspetto esteriore dell’emozione.**

Secondo la teoria di Ekman esisterebbe un gruppo di emozioni fondamentali riconosciute da ogni cultura del mondo, compresi popoli analfabeti non influenzati culturalmente, espresse attraverso espressioni facciali specifiche ed universali. Questa universalità delle espressioni facciali dell’emozione fu notata da Darwin che la giudicò una prova del fatto che le forze evolutive avevano impresso questi segnali nel nostro sistema nervoso centrale.

Le emozioni avrebbero, dunque un ruolo determinante: la funzione di guidarci nell’affrontare compiti troppo difficili e importanti perché possano essere affidati al solo intelletto.

Ogni emozione ci predispose all’azione in modo caratteristico, orientandoci in una direzione già rivelatasi proficua per superare le sfide ricorrenti della nostra storia evolutiva.

Ledoux spiga così la funzione delle emozioni e la loro importanza per la sopravvivenza: *“l’apprendimento condizionato della paura è particolarmente resiliente, e in effetti può costituire una forma di apprendimento indelebile (...) l’incancellabilità della paura appresa ha un lato buono e un lato cattivo: ovviamente è molto utile che il cervello possa tenere traccia di stimoli e situazioni che in passato sono stati associati al pericolo; tuttavia questi ricordi potenti, di norma formati in circostanze traumatiche, possono anche trovare il modo di invadere la vita quotidiana, intromettendosi in situazioni nelle quali non sono così utili (...). Si genererebbero così degli assembramenti cellulari che contengono la memoria dell’innescò appreso, che sembra essere una registrazione fisiologica permanente. Il primo passo per disinnescare queste registrazioni apprese è diventare consapevoli del copione in cui si ricade”.*

Le emozioni avrebbero dunque un ruolo determinante nell’evoluzione e nella sopravvivenza della specie. Esperienze emotive forti, impresse nella nostra mente possono condizionare il nostro modo di reagire nel presente e facilitare o rendere difficile quello che accade nel nostro contesto sociale e ambientale. **Nel contesto sanitario gli operatori sono continuamente esposti a stimoli di natura emotiva che possono condizionare il loro operato e metterli nella condizione**

di reagire a situazioni ad alto impatto emotivo sulla spinta di esperienze apprese o meccanismi di difesa causati dalla continua esposizione a sofferenze altrui in un contesto lavorativo complesso. Soprattutto in contesti sanitari in cui i pazienti vivono esperienze emotivamente intense è importante poter prestare attenzione alle emozioni e alle strategie per utilizzare la loro energia in maniera produttiva per l’individuo.

ALLENANDOSI È POSSIBILE MODERARE ULTERIORMENTE IL NOSTRO COMPORTAMENTO EMOZIONALE ATTRAVERSO DUE TECNICHE:

REINTERPRETARE CIÒ CHE STA ACCADENDO



SE CI RIUSCIAMO I COMPORTAMENTI EMOZIONALI IN CORSO
SI INTERROMPERANNO RAPIDAMENTE, POTRÀ SUBENTRARE
UN'ALTRA EMOZIONE PIÙ APPROPRIATA O, SE GIÀ LA NOSTRA
REAZIONE INIZIALE ERA APPROPRIATA, ESSA SARÀ CONFERMATA.
DIVENTA MOLTO MENO DIFFICILE UNA VOLTA CHE
IL PERIODO DI REFRATTARIETÀ È TERMINATO

INTERROMPERE LE NOSTRE AZIONI



SE NON RIUSCIAMO A REINTERPRETARE L'EVENTO IN CORSO,
E SIAMO ANCORA CONVINTI CHE CIÒ CHE PROVIAMO SIA GIUSTIFICATO,
POSSIAMO FERMARCI, SMETTERE DI PARLARE PER QUALCHE
SECONDO, O QUANTOMENO NON DARE AI NOSTRI SENTIMENTI TOTALE CARTA
BIANCA. POSSIAMO RIDURRE I SEGNALI DEL
VISO E DELLA VOCE, OPPORRE RESISTENZA A OGNI IMPULSO AD AGIRE,
E GENSURARE QUANTO STIAMO PER DIRE

• CONOSCERE E CONTROLLARE LE PROPRIE EMOZIONI •

Tutti dicono che il cervello sia l'organo più complesso del corpo umano,
da medico potrei anche acconsentire.
Ma come donna vi assicuro che non vi è niente di più complesso del cuore,
ancora oggi non si conoscono i suoi meccanismi.
Nei ragionamenti del cervello c'è logica,
nei ragionamenti del cuore ci sono le emozioni.

Rita Levi Montalcini, 2011

Montalcini riconosceva il ruolo centrale delle emozioni ritenendo che una delle sfide del nostro tempo sia quella di saper identificare e poter gestire le proprie emozioni senza farsi travolgere da esse. Le "esplosioni emozionali" generano una sorta di "sequestro neuronale" in cui il sistema limbico prende il sopravvento su tutto il resto del cervello. Per questo motivo, gli esseri umani dovrebbero, se vogliono porre le basi per riuscire a controllare le proprie emozioni, allenarsi a sviluppare funzioni di

metacognizione, diventare consapevoli dei propri processi di pensiero, e di metaemozione, sviluppare consapevolezza delle proprie emozioni.

Mayer afferma che essere consapevoli di sé significa "essere consapevoli sia del nostro stato d'animo che dei nostri pensieri su di esso". Egli ritiene che le persone siano classificabili in diverse categorie in base al modo in cui percepiscono e gestiscono le proprie emozioni.

• CONOSCERE E CONTROLLARE LE PROPRIE EMOZIONI •

- **GLI AUTOCONSAPEVOLI:** persone consapevoli dei loro stati d'animo nel momento stesso in cui si presentano. Sono persone sofisticate riguardo alla propria vita emotiva, sono capaci sia di metacognizione che di metaemozione.
- **I SOPRAFFATTI:** persone sommerse dalle proprie emozioni, incapaci di sfuggire loro come se avessero preso il sopravvento; si sentono incapaci di controllare le proprie emozioni.
- **I RASSEGNA TI:** persone che hanno idee chiare sui propri sentimenti, ma tendono ad accettarli senza cercare di modificarli. In questa categoria rientrano coloro che hanno un atteggiamento di *laissez faire* relativo alle proprie emozioni: sia positive che negative.

Nel 1972 Sifneos e Nemiah si dedicarono a ricerche sistematiche sulle caratteristiche psicologiche dei pazienti affetti da malattie psicosomatiche classiche e riscontrarono nella maggior parte di questi soggetti un'evidente difficoltà a descrivere i propri sentimenti accompagnata da un'attività fantastica povera. Coniarono così il termine *alessitimia* (**A(ASSENZA)LEXIS(LINGUAGGIO) THYMOS(EMOZIONE) = MANCANZA DI PAROLE PER LE EMOZIONI**). Queste persone hanno difficoltà nell'identificare e descrivere le proprie emozioni, difficoltà nel distinguere tra stati affettivi soggettivi e sensazioni corporee legate all'attivazione emotiva, povertà dei processi immaginativi, stile cognitivo concreto, pratico ed orientato verso la realtà esterna piuttosto che introspettivo, tendenza al conformismo sociale.

La mancanza di capacità, da parte di questi soggetti, di sapere che emozione stanno provando e di esprimerla a parole li indurrebbe a lamentarsi di problemi fisici di varia natura senza rendersi conto del collegamento che essi hanno con la sfera emozionale rendendo il compito dei medici ancora più difficile sia nel processo diagnostico che terapeutico.

A partire dal riconoscimento delle emozioni, il saper controllare i propri stati emotivi sarebbe la chiave del benessere psicologico. Infatti, lasciarsi travolgere da emozioni che diventano troppo intense o durano troppo a lungo potrebbe compromettere la nostra stabilità e risultare inefficace per il raggiungimento dei nostri obiettivi.

• CONOSCERE E CONTROLLARE LE PROPRIE EMOZIONI •

Neuroscienziati e saggezza orientale convergono nel suggerire strategie attraverso le quali riuscire a controllare le nostre emozioni. Aumentare la conoscenza sulle cause di ciascuna emozione, identificando i nostri pulsanti sensibili personali e provando a desensibilizzarli cambiando ciò che innesca l'emozione, imparando a conoscere le sensazioni fisiche che contraddistinguono l'insorgenza delle emozioni, imparando

a osservare meglio gli stati emozionali delle persone legate alla nostra reazione emotiva, se capiamo come si sentono gli altri, con la nostra mente conscia, possiamo usarlo per capire meglio ciò che noi stessi proviamo. Imparare a controllare le nostre emozioni è una capacità che può essere allenata. Con l'allenamento si può imparare a moderare ulteriormente il nostro comportamento emozionale:

1) REINTERPRETANDO CIÒ CHE STA ACCADENDO:

se ci riusciamo i comportamenti emozionali in corso si interromperanno rapidamente, potrà subentrare un'altra emozione più appropriata o, se già la nostra reazione iniziale era appropriata, essa sarà confermata:

2) INTERROMPENDO LE NOSTRE AZIONI:

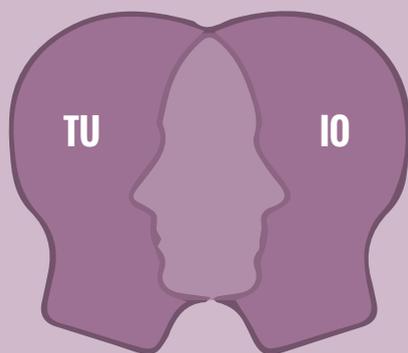
se non riusciamo a reinterpretare l'evento in corso, e siamo ancora convinti che ciò che proviamo sia giustificato, possiamo fermarci, smettere di parlare per qualche secondo, o quantomeno non dare ai nostri sentimenti totale carta bianca. Possiamo ridurre i segnali del viso e della voce, opporre resistenza a ogni impulso ad agire, e censurare quanto stiamo per dire.

I medici continuamente esposti a un contatto relazionale con pazienti sofferenti spontaneamente si allenano a gestire le proprie emozioni e a non farsi sopraffare da stati emotivi interni collegati a comportamenti disfunzionali. Per non essere sopraffatti è importante garantirsi una buona capacità di controllo delle emozioni, cosa difficile

in uno stato di sofferenza personale o **BURNOUT**. Anche per questo è importante "prendersi cura di chi cura" attraverso metodi istituzionali e individuali che possano consentire di migliorare la presenza mentale degli medici e la consapevolezza e la gestione delle emozioni interne.

RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI ALTRUI

L'EMPATIA È LA CAPACITÀ DI METTERSI
NEI PANI DEGLI ALTRI E LEGGERE
I LORO SENTIMENTI



L'EMPATIA SI BASA SULLA CAPACITÀ
DI COGLIERE E INTERPRETARE
LA COMUNICAZIONE NON VERBALE

• RICONOSCERE E GESTIRE LE EMOZIONI ALTRUI NELLE RELAZIONI •

“Un maestro tibetano ha scritto una bellissima poesia
in cui dice che bastano una o due parole sbagliate
per trasformare il nostro migliore amico di oggi
nel nostro peggiore nemico di domani”

Dalai Lama

Una volta allenati al controllo e al riconoscimento delle proprie emozioni, la capacità di automotivarsi e la capacità di riconoscere e gestire le emozioni altrui sono gli altri passi fondamentali dell'intelligenza emotiva.

Goleman sostiene che prive del loro significato emozionale le interazioni umane perdono di interesse. Sulla lettura degli stati emotivi interni all'altro e sulla capacità di gestire le emozioni dell'altro all'interno delle relazioni si basano le relazioni più significative della nostra vita.

L'empatia è la caratteristica che riassume queste funzioni e che rende gli operatori sanitari maggiormente apprezzati dai pazienti.

Il termine empatia deriva dal greco en-pátheia, ossia **“SENTIRE DENTRO”**. Originariamente

questo termine era usato dai teorici dell'estetica per indicare la capacità di percepire l'esperienza soggettiva altrui. Titchener, negli anni venti, usa la parola empatia per indicare il mimetismo motorio. L'empatia cioè scaturiva da una sorta di imitazione fisica della sofferenza altrui che poi evocava gli stessi sentimenti anche nell'imitatore. Il mimetismo motorio scompare dal repertorio dei bambini intorno all'età di due anni e mezzo, quando capiscono che il dolore altrui è diverso dal proprio e proprio grazie a questa capacità riescono a ideare delle strategie che consentano loro di consolare meglio gli altri.

L'empatia consiste nel riconoscere le emozioni degli altri, calandosi nella realtà altrui per comprenderne punti di vista, pensieri, sentimenti ed emozioni, è l'abilità di cogliere gli stati d'animo e la prospettiva attraverso la quale l'altro vede il mondo.

Questa abilità sociale va al di là della capacità di far ricorso alla comunicazione verbale cogliendo elementi che spesso travalicano il “contenuto” attraverso la lettura della metacomunicazione, quella parte significativa del messaggio espressa dalla comunicazione non verbale, il linguaggio del corpo.

L'empatia rappresenta uno degli strumenti di base di una comunicazione efficace e gratificante. Private del loro significato emozionale le interazioni umane perderebbero di interesse.

Gallese descrive l'empatia come una sorta di simulazione incarnata *“Percepire un'azione - e comprenderne il significato - equivale a simularla internamente. Ciò consente all'osservatore di utilizzare le proprie risorse per penetrare il mondo dell'altro mediante un processo di modellizzazione che ha i connotati di un meccanismo non conscio, automatico e prelinguistico di simulazione motoria. [...] L'emozione dell'altro è costituita dall'osservatore e compresa grazie a un meccanismo di simulazione*

che produce nell'osservatore uno stato corporeo condiviso con l'attore di quella espressione. È per l'appunto la condivisione dello stesso stato corporeo tra osservatore e osservato a consentire questa forma diretta di comprensione, che potremmo definire empatica”.

L'empatia quindi è una competenza emotiva, un'abilità sociale che facilita la comprensione dell'altro. Permette di innescare processi di trasformazione delle emozioni dell'altro a partire dalla comprensione del suo mondo interno. L'empatia consente di fare un uso intelligente dell'emozione in un'ottica di salute e benessere propria e dell'interlocutore. **Il mondo della salute dovrebbe considerare attentamente questa variabile per aiutare i professionisti della salute ad instaurare relazioni efficaci e comunicazioni chiare, che tengano conto della componente emotiva dell'interlocutore e dell'influenza che questa può avere sulla capacità di comprensione e sulle scelte terapeutiche.**

Nell'ambito dell'intelligenza interpersonale Hatch e Gardner identificano 4 ulteriori abilità che consentono agli individui di gestire i gruppi di lavoro in maniera produttiva tutelando il benessere dei lavoratori.

1 • LA CAPACITÀ DI ORGANIZZARE I GRUPPI, DI COORDINARE GLI SFORZI DI UNA RETE DI INDIVIDUI;

2 • LA CAPACITÀ DI NEGOZIARE SOLUZIONI, PREVENENDO I CONFLITTI O RISOLVENDO QUELLI GIÀ IN ATTO;

3 • LA CAPACITÀ DI STABILIRE LEGAMI PERSONALI, LA DOTE DELL'EMPATIA DEL SAPER ENTRARE IN CONNESSIONE CON GLI ALTRI, FACILITA L'INIZIO DI UN'INTERAZIONE, IL RICONOSCIMENTO DEI SENTIMENTI E DELLE PREOCCUPAZIONI DEGLI ALTRI E STIMOLA LA RISPOSTA ADEGUATA;

4 • LA CAPACITÀ DI ANALISI DELLA SITUAZIONE SOCIALE. LA CAPACITÀ DI RICONOSCERE E DI COMPRENDERE I SENTIMENTI, LE MOTIVAZIONI E LE PREOCCUPAZIONI ALTRUI.

Prese nel loro insieme tutte queste abilità costituiscono gli ingredienti necessari per il successo sociale e relazionale.

CONCLUSIONI

L'intelligenza emotiva è un importante costrutto da tenere in considerazione in tutte quelle professioni in cui il contatto relazionale è rilevante e ripetuto nel tempo. In special modo nel contesto sanitario in cui le comunicazioni riguardano la salute e dove spesso si vivono momenti di sofferenza e di disperazione è importante allenare funzioni di riconoscimento e gestione delle proprie emozioni e delle emozioni altrui per favorire una modalità di prendersi cura che passa attraverso la componente relazionale umana e non solo attraverso la preparazione specialistica tecnica.

Porre l'attenzione su questo processo di cura consentirebbe non solo di farsi carico dei pazienti in maniera più adeguata favorendo l'aderenza terapeutica ma permetterebbe anche di ridare valore al ruolo del medico che attraverso la cura della relazione e della componente umana della malattia può riscoprire il piacere di una motivazione interiore alla professione e una maggiore fluidità del lavoro stesso. Detto con le parole dei Dalai Lama “Prendersi cura degli altri è fonte di felicità e di soddisfazione (2001).

• BIBLIOGRAFIA •

I LIVELLI DI COMUNICAZIONE:

Bateson, G. (1972). Tr. it., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano. I Russell B.

Whitehead A. N. (1910-1913) *Principia Mathematica* - Cambridge University Press

I PIANI DI INTERAZIONE :

Dilts, R. (1982). *Roots of Neuro Linguistic Programming*, Meta Publications, Cupertino, CA.

Dilts, R. (1990). *Changing Belief Systems with NLP*, Meta Publication, Capitola, CA.

IL PROTOCOLLO SPIKES:

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES - *A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer*. The Oncologist 2000;5:302-11.

Bellani ML. *La comunicazione di cattive notizie in oncologia*. In: Amadori D, Bellani ML, Bruzzi P, Casali PG, Grassi L, Marasso G, Orrù W (Ed.). *Psiconcologia*. Milano: Masson; 2002.

Buckman R. *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*. Milano: Raffaello Cortina; 2003.

INTELLIGENZA EMOTIVA:

Goleman D., *Emotional Intelligence*, Bantam New York, 1995 trad.it. *L'Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milan, 1996)

Gardner H., *Frames of mind: The the ora of multiple intelligences* New York, NY: Basic Books. 1983
Trad. it. *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell'intelligenza*, Milano, Feltrinelli 1987.

Salovey P., Mayer J.D., *Emotional Intelligence, Imagination, Cognition and Personality*, 9, 1990 pp.185-211

LE EMOZIONI:

Ekman P., *Emotion revealed. Understanding Faces and Feelings*. Trad.it. *Te lo leggo in faccia, riconoscere le emozioni anche quando sono nascoste* ED. AMRITA Torino, 2008

Damasio *L'errore di Cartesio: Emozione, ragione e cervello umano* Ed. Adelphi, 1994

Ledoux J., *Il cervello emotivo: alle origini delle emozioni* Dalai Editore, 1996

P.Ekman R. Davison *Fundamental Questions about emotions* New York Oxford University Press1994.

CONOSCERE E CONTROLLARE LE PROPRIE EMOZIONI:

John D. Mayer e Alexander Stevens *An emerging Understanding of the reflective (Metà) Experience of Mood* manoscritto non pubblicato, 1993

P. Sífneos *Affect, emotional conflict and deficit: an Overview* Psychotherapy and Psychosomatics 56, 1991, pp. 116-122

Dalai Lama, D.Goleman et al. *Emozioni distruttive, liberarsi dai tre veleni della mente: rabbia desiderio e illusione*. Mondadori, Milano 2009
Dalai Lama, P. Ekman et al. *Felicità emotiva*. Sperling Paperback, Milano 2012

R.W. Levenson, P. Ekman, W.V.Friesen *Voluntaru Facial Action Generates Emotion-Specific Autonomous Nervous System Activity* Psychophysiology 27, 1990.

RICONOSCERE E GESTIRE LE EMOZIONI ALTRUI NELLE RELAZIONI:

Damasio A., Cartesio' Error: *Emotion, Reason and the Human Brain Grosset*/Putnam, New York, 1994 (trad. it. L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano: Adelphi, Milano 1995.

Goleman D., *Emotional intelligence*, Bantam, New York, 1995 trad. it. *L'intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano 1996.

Gallese V., Migone P., Eagle M.N., *La simulazione incarnata: i neuroni specchio. Le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi*, PSICOTERAPIA E SCIENZE UMANE, 2006

Gardner H., *Frames of mind: The the ora of multiple intelligences* New York, NY: Basic Books. 1983
Trad. it. *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell'intelligenza*, Milano, Feltrinelli 1987.

Tenzin Gyatso (Dalai Lama), *I consigli del cuore*, 2001.

Si ringraziano tutti coloro che hanno partecipato alla realizzazione del documento, in particolare:

Vito Barbieri, U. O. Oncologia Medica, A.O.U. "Mater Domini", Germaneto, Catanzaro

Anna Bettini, ASST Papa Giovanni XXIII, U.O. Oncologia, Bergamo

Roberto Bianco, A.O.U. Federico II, U.O.C. Oncologia Medica, Napoli

Gloria Borra, A.O.U Maggiore della Carità di Novara

Lucio Buffoni, AOU San Luigi Orbassano, Oncologia Medica, Torino

Alessandra Bulotta, Dipartimento di Oncologia Medica, IRCCS Ospedale Scientifico San Raffaele, Milano

Annamaria Carta, A.O.B. Cagliari - U.O. Oncologia Medica, Ospedale Businco, Cagliari

Diego Cortinovis, Struttura Semplice Lung Unit, Ospedale San Gerardo, ASST Monza

Raffaele Costanzo, U. O Complessa di Oncologia medica Toraco-Polmonare, Istituto Nazionale Tumori, Napoli

Antonio Cusmai, ASL Bari Ospedale S. Paolo

Romano Danesi, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa

Ettore D'Argento, U.O.C. Oncologia Medica, Policlinico Gemelli

Alessandro Del Conte, Centro di riferimento Oncologico (CRO), U.O. Oncologia Pordenone, San Vito

Tindara Franchina, Dipartimento di Patologia Umana "G.Barresi", Università degli studi di Messina

Marina Gilli, A.O.R.N. dei Colli, U.O.S.D. DH PNL Oncologico, Napoli

Vanesa Gregorc, Dipartimento di Oncologia Medica, IRCCS Ospedale Scientifico San Raffaele, Milano

Luciana Irtelli, Clinica Oncologica, ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Lorenza Landi, Unità Operativa di Oncologia ed Ematologia, AUSL Romagna - Ravenna

Francesco Malorgio, Dipartimento di Oncologia, ASL Pescara

Gianfranco Mancuso, Oncologia Medica, Casa di Cura "La Maddalena", Palermo

Olga Martelli, A.O. Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Roma

Umberto Malapelle, Anatomia Patologica, Dip.to di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Napoli Federico II

Paola Mazzanti, U.O. Clinica Oncologica, Ospedali Riuniti di Ancona

Barbara Melotti, Oncologia Medica, Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, Bologna

Maria Rita Migliorino, U.O.S.D di Pneumologia Oncologica Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini Roma

Vincenzo Minotti, Divisione Struttura Complessa Oncologia Medica, Ospedale S.Maria della Misericordia Perugia

Michele Montrone,

Alessandro Morabito, Struttura Complessa Oncologia Medica Toraco-Polmonare, Divisione di Oncologia Medica, Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale, Napoli

Sara Pilotto, U.O. Oncologia Medica, AOUI Verona, Università degli Studi di Verona

Elisa Roca, Oncologia Medica, Spedali Civili di Brescia

Giampiero Romano, U.O. Oncologia, ASL Lecce, Ospedale "Vito Fazzi"

Antonio Rossi, Divisione di Oncologia Medica, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S.Giovanni Rotondo, Foggia

Giuseppa Savio, U.O. Oncologia, A.R.N.A.S. Civico, Palermo

Marcello Tiseo, Oncologia Medica Azienda Ospedaliero-Universitaria, Parma

Ivano Boscardini, Docente di tecniche di comunicazione, Università di Castellanza

Claudia Yvonne Finocchiaro, Psicologa specialista in psicoterapia individuale e di gruppo

Editore

Medica
EDITORIA E
DIFFUSIONE
SCIENTIFICA

Direttore responsabile
Paolo Delrio - MD

Creatività e Impaginazione
Reverb Srls - Milano

© 2018 - Medica Editoria e Diffusione Scientifica
C.so Buenos Aires, 43 - 20124 Milano
tel. +39 02 76281337 Fax +39 02 93661995
e-mail: info@medicacom.it
http://www.medicacom.it

Registrazione presso il Tribunale di Milano N.459 del 17/07/2008. Tutti i diritti riservati. È vietato riprodurre, tradurre in altra lingua, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza autorizzazione scritta dell'Editore.

