



Giulia e Matteo

"Lo psicologo e gli stili comunicativi"

Dott.ssa psicologa Alice Candon

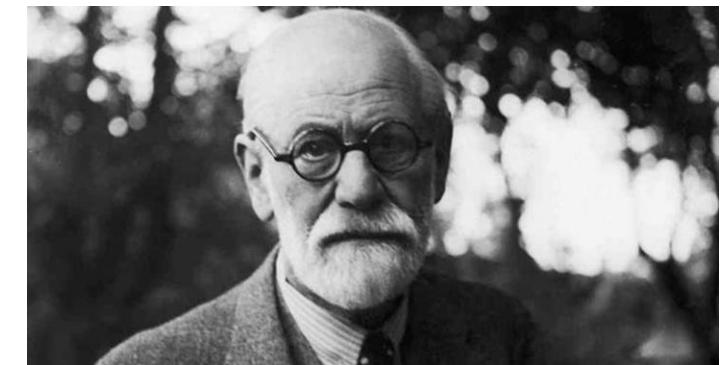
Corso per Facilitatori dei gruppi di Auto e Mutuo Aiuto per familiari di pazienti psichiatrici
8 Settembre 2022 ore 17.00 - 19.00

Chi è lo psicologo?

- Studia il comportamento dell'uomo.
- Si interessa dei **processi mentali, affettivi e relazionali** della persona per **promuovere il miglioramento della qualità di vita**.
- Obiettivo: il **benessere** della persona.

Legge italiana 56/89 e Codice Deontologico:

Strumento scritto e reso pubblico che stabilisce e definisce le concrete regole di condotta che devono essere rispettate nell'esercizio di un'attività professionale.





Legge italiana 56/89

"La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti per la **prevenzione**, la **diagnosi**, le attività di **abilitazione-riabilitazione** e di **sostegno** rivolte alla persona, al gruppo e alle comunità."

CON QUALI STRUMENTI?

- Colloquio psicologico (sedute)
- Test psicologico (diagnostica, intelligenza, personalità...)
- Osservazione e ascolto del comportamento
- Tecniche specifiche a seconda dell'orientamento e dell'obiettivo (psicodramma, role playin...)

I compiti dello psicologo e modo in cui opera

L'intervento dello psicologo è volto al superamento di situazioni di sofferenza e disagio e al raggiungimento del **miglioramento del benessere psicologico**



Come raggiungere questo traguardo?

- Diagnosi e cura di disturbi psicologici
- Prevenzione del disagio e promozione della salute psicologica
- Attività di riabilitazione (esempio Comunità riabilitativo terapeutiche)
- interventi psico-sociali e psico-educativi



Quali sono i tipi di psicologia?

- Lo psicologo clinico
- Lo psicoterapeuta
- Lo psicologo scolastico
- Il neuropsicologo
- Lo psicologo sociale
- Lo psicologo del lavoro
- Lo psicologo forense o criminologo
- Lo psicologo dello sport.

Quali sono gli ambiti della psicologia?

Lo Psicologo lavora negli studi privati come Libero Professionista, nei Servizi pubblici (Pubblica amministrazione come negli Ospedali e nei Consultori), nei Servizi per l'infanzia e adolescenza (UONPIA o Centri privati accreditati), nelle Comunità terapeutiche, nelle Residenze per anziani, nelle Scuole, Centri di Salute Mentale (SPDC, Sert per tossicodipendenze...)



Psicologo, Psicoterapeuta o Psichiatra? Facciamo un pò di chiarezza!

Psicologo

Laurea magistrale in psicologia e abilitazione professionale

Iscrizione all'Ordine degli Psicologi regionale

Non può prescrivere farmaci

Si occupa della valutazione dei bisogni e della promozione del benessere in termini psicologici

Psicologo-psicoterapeuta

Ha frequentato una scuola quadriennale di specializzazione universitaria o riconosciuta dal MIUR e conseguito il relativo diploma

Si occupa del trattamento dei disturbi psicopatologici attraverso il colloquio clinico e altri strumenti non farmacologici

Le modalità di intervento, gli strumenti usati, la durata della terapia dipendono dall'approccio usato dal singolo psicoterapeuta

Psichiatra

Laurea in medicina e specializzazione post-lauream in psichiatria

Iscrizione all'Ordine dei Medici provinciale

Può prescrivere farmaci

Si occupa della cura in termini biologico-organicisti dei disturbi mentali

Un panorama ricco di approcci

Psicoanalisi: fondata da Sigmund Freud (inconscio, transfert, conflitto psichico e pulsioni)

Psicodramma: uso del gruppo, tecniche di role-playing ed esposizione teatrale

Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale: lavora su credenze e comportamenti problema

O ancora Terapia Sistematico Familiare, Cognitiva orientata alla Mindfulness, Terapia della Gestalt...



Alcuni tipi di orientamento sono più indicati, in base alle evidenze scientifiche, al trattamento di specifici disturbi psicopatologici (es. ansia, anoressia, depressione)

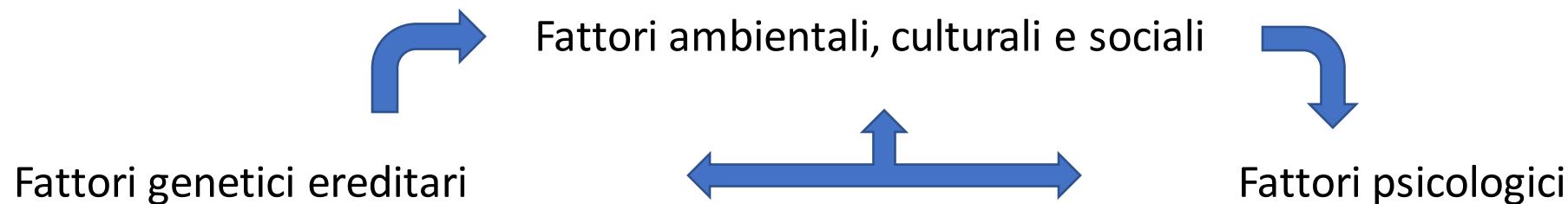


I disturbi mentali

Sono stati di alterazione patologica che colpiscono le **funzioni cognitive** come ad esempio il pensiero, l'ideazione, la concentrazione, l'attenzione, la capacità di problem solving, ma anche la **sfera affettiva** come ad esempio l'umore, le emozioni, i sentimenti, l'ansia, il **comportamento**, la **qualità delle relazioni** interpersonali.

Un disturbo si riferisce a una patologia delle funzioni psichiche (trauma)

QUALI CAUSE SCATENANTI? COME SI MANIFESTANO?

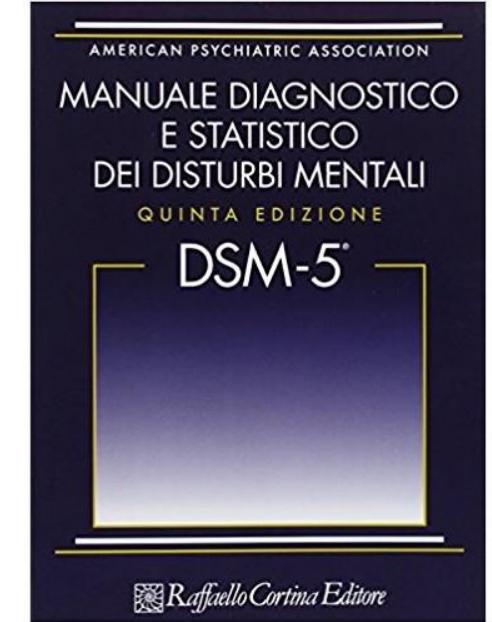


I disturbi mentali: quali ipotesi d'origine

- Fattori ereditari: si riferisce a una maggiore predisposizione, vulnerabilità biologica (esempio IPOTESI MONOAMINERGICA nella depressione)
- Fattori ambientali: comprende aspetti sociali, culturali e familiari (contesti di rischio esacerbano comportamenti devianti) esempio: stress e disturbi del comportamento alimentare



Il DSM e i disturbi psicologici



Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (anni '50 del 900)

Il *DSM* è uno strumento di [diagnosi descrittiva](#) dei disturbi mentali.

Prima del DSM 5

- ASSE I: disturbi clinici, caratterizzati dalla proprietà di essere temporanei o comunque non "strutturali"
- ASSE II: disturbi di personalità e ritardo mentale (dunque disturbi stabili e strutturali)
- ASSE III: condizioni mediche acute e disordini fisici
- ASSE IV: condizioni psicosociali e ambientali che contribuiscono al disordine
- ASSE V: valutazioni globali del funzionamento

Disturbi età evolutiva

- Disabilità intellettiva/ritardo mentale
- Disturbi della comunicazione
- Spettro dell'autismo
- Disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività
- Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA: dislessia, discalculia, disgrafia)
- Disturbi del movimento
- Disturbi dell'evacuazione (enuresi, encopresi)

Disturbi dell'adulto

- Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici
- Disturbo bipolare, maniacale (relativi al tono dell'umore)
- Disturbi depressivi
- Disturbi d'ansia
- Disturbo ossessivo compulsivo
- Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti (stress, attaccamento, PDSD)
- Disturbi dissociativi
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
- Disturbi del sonno veglia
- Disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta
- Disturbi correlati all'uso di sostanze
- Disturbi di personalità

Disturbi di personalità

<i>Cluster A</i>				
DISTURBO	EVENTO STIMOLO	PERCEZIONE DELLO STIMOLO	RISPOSTA COMPORTAMENTALE	REAZIONE EMOTIVA
<i>Paranoide</i>	Relazioni interpersonali strette	Si sente osservato	Distacco, sospetto, contrattacco	sospettosità, gelosia, ipercontrollo
<i>Schizoides</i>	Relazioni interpersonali strette	Non interessato agli altri	Evitamento dei contatti sociali	Freddo, distaccato, riservato
<i>Schizotipico</i>	Relazioni interpersonali strette	Gli altri hanno poteri magici speciali	Teme il rifiuto, che non è reale ma una sua credenza	Distacco, ostilità, affettività inappropriata perché segue sue credenze
<i>Cluster B</i>				
Antisociale	Norme e regole sociali	Le norme lo limitano nei suoi bisogni	Violazione delle orme e delle regole	Ostilità, astuzia, impulsività e rabbia
<i>Borderline</i>	Relazioni intime ed aspirazioni personali (desideri)	Pensa che i suoi obiettivi siano ottimi poi cambia idea	Cambiamento di valori, obiettivi e mete. Ambivalenza.	Labilità affettiva, cambiamento di umore, instabilità emotiva
<i>Istrionico</i>	Relazioni intime	Deve mostrare emozioni intense (fittizie) per far colpo	Seduttivo, artificioso e non autentico	Eccitazione nelle emozioni positive e disforia in quelle negative

<i>Narcisistico</i>	Qualsiasi evento che riguarda l'autostima	Manie di grandezza. Ritiene essere l'unica persona che conta	Egocentrico con bisogno di ammirazione	Senso di sé ed emotività instabile
<i>Cluster C</i>				
<i>Evitante</i>	Rapporti interpersonali stretti e contatti sociali	Pensa che la gente lo critichi e lo giudichi	Fuga ed evitamento	Ansia ed inibizione
<i>Dipendente</i>	Bassa autostima e solitudine	Non sopporta restare solo	Compiace gli altri, necessita della vicinanza degli altri	Ansia e preoccupazione
<i>Ossessivo-compulsivo</i>	Rapporti interpersonali e situazioni che non sono sotto il suo controllo	Rigidità ed inflessibilità nel seguire le regole, pensa che le emozioni interferiscono con la ragione	Rigidità, rabbia ed insofferenza	Ansia rabbia e permalosità nel vedere che le cose vengono fatte diversamente da come desidera

Esempi di credenze e comportamenti

Disturbo di personalità	Percezione dello stimolo	Risposta comportamentale	Reazione emotiva
Cluster A Paranoide	<i>"Le persone mi osservano"</i>	Distaccato	Sospettoso
Schizoide	<i>"Non ho interesse per nessuno"</i>	Evita i contatti sociali	Freddo
Schizotipico	<i>"Ho dei poteri magici"</i>	Immagina di essere amato	Ostile
Cluster B Antisociale	<i>"Le regole limitano la mia soddisfazione"</i>	Violazione delle norme	Rabbioso
Borderline	<i>"Le persone sono buone, anzi no"</i>	Ambivalenza nelle relaz.	Labile
Istrionico	<i>"Devo mostrare emozioni per piacere"</i>	Seduttività	Eccitato
Narcisistico	<i>"Sono l'unica persona che conta"</i>	Egocentricità, egoismo	Grandiosità
Cluster C Evitante	<i>"La gente non mi vuole"</i>	Fuga dalle situazioni sociali	Ansioso
Dipendente	<i>"Non voglio stare solo"</i>	Rinuncia alla propria soddisfazione	Preoccupato
Oss.-comp.	<i>"Devo seguire la ragione"</i>	Rigidità	Permaloso

Il ruolo della FAMIGLIA del paziente psichiatrico

La **diagnosi** di malattia grave e cronica assume un significato particolarmente drammatico, infatti, non solo per il paziente schizofrenico, ma anche per i rispettivi **familiari**.

Il disagio familiare attraversa **specifiche fasi**

- Shock
- Negazione
- Disperazione
- Collera
- Rielaborazione
- Accettazione della malattia



Il ruolo della FAMIGLIA del paziente psichiatrico

1. Situazione di crisi
2. Riorganizzazione interna → Omeostasi familiare
3. Sentimenti contrastanti all'inizio (rifiuto, accettazione, critica, ostilità...)

Spesso si critica la persona per quella che è la sua condizione, piuttosto che per quello che fa!



**Caregiver =
colui che si
prende cura
e carico del
malato**

Impatto molto determinante non solo per il soggetto
ma per tutta la famiglia (**Cosa fare? Quali risorse
mettere in campo adesso?**)

Preziosa **risorsa** nella cura: prima era visto solo come
nucleo patogeno principale (strutture manicomiali)
poi Legge Basaglia e nuovo modello della malattia
mentale

Ponte tra paziente affetto dalla patologia e il
contesto socio-assistenziale

Importanza di diagnosi precoce (prevenzione di
sintomatologie se si interviene per tempo)

Impatto sulla vita dei caregiver

Sfera psico emotiva: imprevedibilità, preoccupazione, stanchezza, solitudine, paura, rabbia, frustrazione

Benessere psico-fisico: stress somatico percepito (in maggior prevalenza nelle madri), ansia, disturbi del sonno, sintomi psicosomatici

Quotidianità: limitazioni in vari ambiti della vita quotidiana, disponibilità lavorativa, vita sociale e relazionale, spazi personali

Rapporto con la terapia farmacologica e alleanza terapeutica

Quali possibilità di supporto per i familiari?

- Terapia sistematico familiare (lavora sui rapporti interni al sistema, giochi psicotici, Mara Selvini Palazzoli)
- Interventi di auto e mutuo aiuto (solitudine, condivisione, scambio di informazioni, possibilità di narrare il proprio vissuto esperito)
- Counselling familiare
- Altri interventi psico educativi familiari: (Parent Training)
 - Migliorare le abilità
 - Ridurre le tensioni
 - Lavorare sulle risorse familiari e sociali



Intervento psico educativo con i familiari

OBIETTIVI

Sviluppo della consapevolezza del ruolo svolto

Lavoro sugli aspetti emotivi: affrontare l'assistenza quotidiana, cambiamenti ed accettazione dei cambiamenti, ansia anticipatoria

Aspetti pratici: consigli per situazioni difficili comportamentali e di comunicazione, analisi possibili soluzioni alternative

Dare risposte concrete: il futuro, l'organizzazione dell'assistenza, il tipo di interventi offerti

"Emotività espressa" nel contesto familiare

L'ambiente familiare è il primo luogo di espressione dei sintomi della persona malata

È la risposta emotiva, cognitiva e comportamentale dei genitori nei confronti del paziente.

"Indice della temperatura emotiva nell'ambiente familiare", l'EE esamina l'atmosfera relazionale tra la persona che parla e il familiare di cui parla (Vaughn, 1988)



Emotività espressa

Il livello di EE si ottiene valutando gli atteggiamenti, i sentimenti e l'emozioni che la persona esprime raccontando del suo familiare.

1. **Rispetto alle necessità relazionali del paziente**: i familiari ad alta E.E. sono tendenzialmente intrusivi, cercano il contatto con il paziente indipendentemente dalle sue richieste, mentre quelli a bassa E.E. sono più in grado di adattarsi alle richieste ed ai bisogni espressi direttamente o indirettamente dal paziente.
2. **Legittimazione della malattia**: i familiari ad alta E.E. considerano il paziente responsabile di tutte o quasi tutte le sue azioni, anche quelle che chiaramente costituiscono sintomi, mentre quelli a bassa E.E. cercano di costruirsi una spiegazione razionale delle azioni del paziente, e riconoscono quelle dettate dalla sua malattia.

Emotività espressa

3. **Aspettative per il paziente:** i familiari ad alta E.E. nutrono in genere aspettative molto elevate per il paziente, indipendentemente dai deficit di quest'ultimo, mentre quelli a bassa E.E. nutrono aspettative realistiche, e tollerano meglio livelli di funzionamento sociale anche molto bassi.
4. **Risposte emotive:** i familiari ad alta E.E. spesso drammatizzano le proprie reazioni ai sintomi, e tendono ad avere modalità di risposta rigide ai momenti di crisi, mentre quelli a bassa E.E. sono in grado di controllare l'emotività e di adottare risposte flessibili.

ALTA EMOTIVITA' ESPRESSA

- Lo stile genitoriale alta EE è caratterizzato da una **scarsità di comunicazione, difficoltà di dialogo, incapacità di ascolto, attribuzione dei problemi del soggetto a cause interne** e controllabili con atteggiamento di biasimo
- E' stato rilevato un elevato punteggio di EE con depressione, disturbi d'ansia, attaccamento disorganizzato e disturbi della condotta, disturbi dell'attenzione e iperattività, disturbi ossessivo compulsivi e ansia di separazione.
- Eccessivo **ipercoinvolgimento, iperprotezione e criticismo**

BASSA EMOTIVITÀ ESPRESSA

- Quelli a bassa EE sono **più in grado di adattarsi alle richieste e ai bisogni espressi**
- Sono più **razionali** sia nell'attribuzione delle cause e più **flessibili**
- Sono **meno intrusivi**, e hanno una maggiore capacità di problem solving
- Se la famiglia è caratterizzata da un'alta Emotività Expressa, il paziente avrà maggiori facilità di recidiva. Al contrario, una famiglia con un basso livello di Emotività Expressa sarà maggiormente in grado di **comprendere i bisogni del paziente e di far fronte ai momenti di crisi.**

Il circolo vizioso che si instaura se la famiglia è lasciata sola

Molto spesso un atteggiamento di critica e ostilità nei confronti del figlio è la conseguenza del senso di solitudine e sentimento di incapacità che la famiglia percepisce rispetto al contesto socio assistenziale che invece dovrebbe essere presente e aiutarla



L'elevato carico di cura può portare la famiglia ad avere elevati livelli di Emotività Espressa proprio perché non sa come gestire le situazioni di crisi e come rapportarsi in maniera funzionale con il figlio con sofferenza psichiatrica

Stili comunicativi della famiglia

- 1) La collusione:** Avviene quando due o più persone, inconsapevolmente, ingannano se stesse e gli altri incarnando delle fantasie che non corrispondono alla realtà e ricoprendo dei ruoli fissi, da cui restano però intrappolati.
- 2) L'occultamento:** Quando un membro della famiglia si pone in una posizione di superiorità e potere affermando di saperne di più. Gli altri vengono quindi resi dipendenti e incapaci di svincolarsi e differenziarsi.
- 3) La strategia del silenzio**

4) Stile manipolativo (aggressivo):

COLPEVOLIZZANTE "Sai che finché non arrivi a casa io non posso prendere sonno"

INFERIORIZZANTE "E' possibile che sbagli sempre?"

Il doppio legame (Bateson)

Incongruenza tra il livello verbale (quello che viene detto a parole) e quello non verbale (gesti, atteggiamenti, tono di voce, ecc.)

Chi riceve il messaggio non sa quale dei due livelli sia quello giusto (comunicazione esplicita o metacognizione?) CONTINUE DISCONFERME



Esempio di Doppio legame

Un figlio, ricoverato per disturbi mentali, dopo molto tempo riceve la visita della madre e subito affettuosamente vuole abbracciarla perché è contento di rivederla. La donna però si ritrae subito dall'abbraccio, si irrigidisce e gli dice di non provare imbarazzo per i propri sentimenti ma di essere spontaneo chiedendogli se le vuol bene.

Con il gesto di irrigidimento la madre manifesta il rifiuto, a livello implicito, del gesto d'affetto del figlio, mentre sul piano verbale riversa le responsabilità sul figlio dicendogli che è lui che è bloccato dai suoi stessi sentimenti, lo colpevolizza impossibilitandolo a dare una risposta.