

PEDAGOGIA, ANDRAGOGIA, GERAGOGIA.

Immaginandomi, forse con un'operazione indebita, che qualcuno possa chiedersi a che cosa potrà mai servire occuparsi di Pedagogia in un percorso formativo professionalizzante come quello riservato a figure professionali sanitarie quali infermieri e operatori socio sanitari vorrei provare a ragionare su alcuni dati.

La premessa è che penso sarebbe utile tentare di accostarsi a questo corso con una sorta di strabismo che porti a riflettere sugli argomenti presentati secondo tre chiavi: una prevede di pensare a ciò che viene esposto rispetto al significato che può avere per ciascuno di voi, con le vostre esperienze individuali ed i vostri vissuti; l'altra di pensare a ciò che viene detto rispetto a quando vi dovrete trovare a gestire le situazioni nel contesto lavorativo, quindi, fondamentalmente davanti "agli utenti o clienti", come vorrete chiamarli e da ultimo, ma non per ordine di importanza, rispetto al significato che queste cose possono avere per le persone con cui lavorerete (siano essi colleghi, ma soprattutto pazienti nel loro contesto).

I livelli di competenza richiesti in percorsi come questi possono ancora essere esaminati secondo il modello proposto dal Guilbert e la tassonomia di Bloom in termini di sapere, saper fare e saper essere, cosa che implica che ciò che deve essere appreso non deve essere solo "memorizzato" (o per parlare molto chiaramente "appiccicato lì per superare un esame"), ma deve essere rielaborato personalmente in modo da aumentare la consapevolezza e la padronanza di fronte alle situazioni (saper essere) e quindi pronto per essere usato nella pratica quando ci si troverà nella situazione stessa (saper fare). Queste tre dimensioni hanno, diciamo fin da subito, una profonda connessione con un altro aspetto che sarà per noi fondamentale: quello del benessere, inteso proprio a partire dal senso letterale come "stare sufficientemente bene". L'obiettivo di perseguire il benessere (anche quando in certe situazioni, pensiamo agli ospiti di un hospice, potrebbe tradursi semplicemente in una "riduzione del malessere") dovrebbe quindi essere centrale per ogni persona, paziente o curante che sia.

Per sviluppare questi tre livelli, come persone e come professionisti, ma anche per aiutare altri (es: gli assistiti) a sviluppare queste dimensioni rispetto ai loro obiettivi, è indispensabile avvalersi di strumenti e metodi adeguati a ciò che deve essere appreso. Per la scelta di questi strumenti e metodi ci possono aiutare modelli di riferimento studiati in alcune discipline appunto quali la Pedagogia.

A questo proposito è bene cercare di puntualizzare alcuni termini che verranno utilizzati in questo corso.

Il filo conduttore del corso di Pedagogia generale e sociale si svilupperà attorno al comportamento ed al suo cambiamento ed in modo particolare, quindi, al ruolo del curante come facilitatore di apprendimento.

L'infermiere, come ribadito anche dal Codice deontologico professionale, ha sempre più un ruolo anche educativo e formativo intrinseco alle proprie attività e dunque alla propria formazione. È chiamato quindi a non essere solo un esecutore di prestazioni, ma sempre più un organizzatore e, nei confronti delle persone che si rivolgono a lui, "un facilitatore" (da intendersi proprio come colui che aiuta a "rendere le cose più semplici!"), un promotore di stili di vita più sani per la persona che si ritrova davanti.

Questo ovviamente non significa che l'infermiere deve pensare di poter far attuare comportamenti perfetti a chi ha davanti, ma deve capire di volta in volta che cosa sarebbe auspicabile per quel paziente per costruire con lui, in base alle condizioni per lui realisticamente sostenibili, che cosa può provare a fare (progettazione e valutazione) per arrivare ad un livello di qualità di vita "sano" sufficientemente buono. Il concetto di "**sufficientemente buono**" deve farci pensare non alla cosa migliore possibile in assoluto, ma alla cosa migliore possibile per quella persona in quella determinata situazione (**negoziazione**).

Ma se un aspetto importante del lavoro dei curanti è quello di **occuparsi del comportamento** delle persone prese in cura (analizzare i comportamenti, confrontarli con quelli corretti, individuare i bisogni a cui rispondere sulla base dei quali negoziare degli obiettivi realistici e sostenibili, progettare il percorso per arrivare al loro raggiungimento, studiare delle misure di valutazione sia

lungo il percorso sia alla fine dello stesso e nelle sue tappe fondamentali per ritornare a ri-analizzare il comportamento messo in atto alla fine del percorso stabilito) è indispensabile conoscere gli aspetti fondamentali dell'**apprendimento** definito come quelle modificazioni relativamente stabili del comportamento che avvengono in seguito ad un percorso non casuale (quindi frutto di sapere = acquisizione di conoscenze; saper fare = capacità di mettere in atto ciò che si è appreso; saper essere = interiorizzazione delle conoscenze grazie ad una consapevole rielaborazione personale).

Per chi è ancora figlio di una formazione scolastica di stampo tradizionale occorre non confondere l'**insegnamento** (= strumento per ottenere apprendimento, che punta l'attenzione sul modo di trasmettere conoscenze teorico-pratiche a qualcuno), con l'**istruzione** (= trasmissione di conoscenze quasi esclusivamente teoriche; es: ti costruisco un modulo teorico che ti racconta che cos'è un prelievo, come si effettua, quando, dove, perchè) e con l'**addestramento** (= trasmissione di conoscenze per lo più di natura pratica; es: ti faccio vedere come devi effettuare un prelievo).

Questi tre termini non sono dunque uguali tra di loro né sinonimi di apprendimento, ma possono essere visti come delle componenti che messe insieme concorrono a fornire i livelli di competenza richiesti.

Ma se dunque l'apprendimento è una modificazione del comportamento e può essere raggiunto non in modo casuale ma attraverso un percorso, ecco che la Pedagogia in generale è la scienza che si occupa di capire come meglio si può ottenere apprendimento.

La **pedagogia**, come dice l'origine greca della parola, è letteralmente l'educazione dei fanciulli.

Con **educazione**, nell'ambito di nostro interesse, intendiamo quel processo organizzato il cui scopo principale è quello di facilitare modificazioni di comportamento nel corso del tempo, al termine del quale comportamenti desiderabili devono verificarsi con maggior probabilità di quelli poco desiderabili (oh!, cioè di facilitare modificazioni di comportamento attese attraverso l'apprendimento!). La radice latina di questa parola ci rimanda all'idea di "tirar fuori" (da ex-duco) da qualcuno ciò che ha già dentro, aiutandolo a ordinare e a potenziare ciò che già sa e sa fare per riuscire a farlo meglio. Questo approccio del "tirar fuori" viene detto maieutico (la maieutica nell'antica Grecia, da cui derivano la maggior parte delle parole italiane che utilizziamo, era l'arte del partorire, dunque del "tirar fuori" per eccellenza!) e ci porta fin da subito a dover tener presente che nessuna persona è totalmente priva di conoscenze e che diventa quindi estremamente importante riuscire a scoprire con lei che cosa già sa e come noi possiamo valorizzare il suo patrimonio. Spesso chi insegna dimentica che chi deve essere aiutato ad imparare non è un vaso da riempire (anche perché se noi riempiamo troppo un vaso, ad esempio di pietre colorate, le prime che saltano fuori sono le ultime che noi abbiamo messo dentro!) ma piuttosto un materiale a cui dare forma.

Da anni ormai si dibatte a vari livelli sulla differenza tra educazione e formazione. Direi che ai nostri fini non interessa addentrarci in queste dissertazioni, ma soltanto ricordare che anche questi due termini non sono propriamente sinonimi in quanto la **formazione** è quell'attività volta a sviluppare sapere essere oltre che a sapere e saper fare e che pertanto, soprattutto parlando di persone adulte, dunque con maggiore esperienza alle spalle, mira in modo particolare all'autoconsapevolezza di ciò che viene appreso in un'ottica di maggiore autonomia possibile.

Lavorando i curanti con tutte le categorie possibili di persone è utile precisare come anche la Pedagogia si sia nel tempo specializzata in relazione ai soggetti dell'apprendimento a cui si dedica.

Si parla così di Pedagogia in senso stretto come di educazione dei bambini, di **Andragogia** come di educazione dell'adulto, di **Geragogia** come di educazione dell'anziano.

Il fatto che siano nate discipline diverse non è solo una questione di nomi o di mode, ma ci porta subito a riflettere su come sia ormai una realtà consolidata la dimostrazione che le persone possono apprendere a qualsiasi età, seppure chiaramente in relazione a sviluppi psico-fisici e sociali diversi e dunque con la necessità di utilizzare strumenti e metodi adeguati alle situazioni personali ed al ciclo di vita.

A questo proposito ricordo come si intenda con **ciclo di vita** l'insieme delle fasi lungo le quali può essere letta la vita di una persona. Le scansioni maggiori ovviamente prevedono soltanto le differenze tra bambino (0- raggiungimento maggiore età a seconda delle varie società, comunque attorno ai 20 anni generalmente in quelle di modello occidentale-industrializzato) e adulto, ma

quelle che assumono per noi un significato sono necessariamente ulteriormente differenziate al loro interno. La differenza tra l'una e l'altra non è chiaramente delimitata e varia anche a seconda degli ambiti in cui viene utilizzata (modello biologico, modello socio-culturale, modello anagrafico).

Generalmente all'interno dell'età infantile possiamo tener conto dei cicli di sviluppo grosso modo legati a bambini sotto il primo anno di vita, in età prescolare con particolare attenzione per quanto riguarda lo sviluppo dell'apprendimento ai primi 3 anni, in età scolare fino all'ingresso nella fascia teen agers (< 10 anni) e gli adolescenti. Chiaramente, soprattutto per effetto del mutamento dei modelli sociali e culturali, oggi si presta particolare attenzione alla fase prenatale del bambino proprio in relazione alle sue reazioni sensoriali ed all'adolescenza, categoria nata praticamente solo nel secolo scorso ed oggi dilatata a dismisura (qualcuno parla di piccola adolescenza che si anticipa sempre più già verso i 7 –8 anni e continua a parlare di adolescenti fino ai 35 anni, soprattutto in relazione all'allungarsi della vita dei giovani adulti all'interno della famiglia di origine). Un tempo la categoria infantile, oggetto di studio della Pedagogia vera e propria, veniva definita "età evolutiva". Oggi, anche in virtù dell'allungamento della vita media, il concetto di evoluzione si è allargato nell'arco di tutta l'esistenza e pertanto si parla di cicli di vita dell'individuo.

Per quanto riguarda l'età adulta le suddivisioni generalmente utilizzate parlano di giovani tra i 18/20 ed i 30 anni (età che coincide con il riconoscimento della maggiore età in termini giuridici e che dovrebbe contraddistinguersi dalla progettualità per il futuro); di adulti maturi tra i 30 ed i 65 anni (età che dovrebbe essere caratterizzata dalla piena realizzazione della progettualità con relativa assunzione di responsabilità e che termina all'incirca con l'età pensionabile, guarda caso anche questa costantemente spostata in avanti), di adulti anziani all'incirca tra i 65 ed i 75 anni e di ultrasettantacinquenni, dove alcuni effettuano ulteriori suddivisioni per decenni identificando in grandi vecchi chi ha superato la soglia del 90 anni. Dai 65 anni in su possono essere identificati anche come appartenenti alla terza età, a cui oggi si è appunto aggiunta la quarta età rappresentata dagli ultraottantacinquenni.

Ai nostri fini questa suddivisione, che può essere approfondita attraverso il testo della Zanichelli citato in bibliografia, deve servirci per tenere fondamentalmente presente che in relazione ai diversi cicli di vita ci sono macrocategorie di variabili biologiche, psicologiche, culturali e sociali che devono essere tenute in considerazione in termini di apprendimento e quindi poi di traduzione in comportamenti e sue modificazioni, attorno alle quali Pedagogia, Andragogia e Geragogia hanno elaborato le proprie teorie.

All'interno di questo corso non ci occuperemo di elementi della Pedagogia in senso stretto in quanto la figura dell'infermiere pediatrico prevede esplicitamente un percorso in cui è compresa la riflessione circa le modalità specifiche di approccio con i bambini nelle varie fasce di età.

Ci serviremo sinteticamente dunque di quanto trattato dall'andragogia, facendo qualche rapido cenno alla neonata geragogia.

L'**andragogia** è stata definita dal suo padre fondatore, Malcom Knowles (cfr bibliografia), come il corpo delle conoscenze riguardanti i discenti adulti in modo parallelo e distinto rispetto al modello di apprendimento infantile. Praticamente Knowles si è mosso dalle teorie dei grandi pedagogisti del passato che si erano occupati pressoché quasi esclusivamente di come imparano i bambini ed a partire dall'analisi di ciò che differenzia un adulto da un bambino ha cercato di enucleare un impianto teorico che fosse valido per gli adulti.

La sua teoria dell'apprendimento adulto (rispetto alla quale l'invito è quello di chiedervi come vi ponete in quanto adulti rispetto al vostro modo di apprendere, in quanto adulti futuri infermieri, rispetto a quello che vedete mettere in atto da altri adulti, ad esempio genitori e nonni quando devono imparare o insegnare qualcosa a qualcuno) si basa su alcuni assunti fondamentali.

1. BISOGNO DI CONOSCERE E CONSAPEVOLEZZA.

Parte dell'adulto dovrebbe essere il bisogno di conoscenza, di senso di padronanza e di gestione delle situazioni (ricordate Dante? "fatti non foste per viver come bruti..."?). Il problema dell'attuale società contemporanea sembra invece connesso agli ambiti verso i quali gli adulti mostrano il proprio bisogno di conoscenza, probabilmente non sempre strettamente correlato alle necessità effettive di ciò su cui devono intervenire.

2. CONCETTO DI SE' E AUTONOMIA

Il concetto di sé, nel bambino, è basato sulla dipendenza da altri. Il concetto di sé nell'adulto è vissuto come dimensione essenzialmente autonoma: "profondo bisogno psicologico di essere

percepito come indipendente ed autonomo dagli altri". Di conseguenza se l'adulto si trova in una situazione in cui non gli è concesso di autogovernarsi, può sperimentare una tensione tra quella situazione e il proprio concetto di sé: la sua reazione tende a divenire di resistenza anziché di interiorizzazione e adesione. Le attuali tendenze all'autogoverno del paziente, cuore della promozione alla salute, delle strategie di coping e dell'empowerment, mirano appunto a mettere la persona in condizione di tenersi sotto controllo il più possibile in modo autonomo.

3. RUOLO DELL'ESPERIENZA PRECEDENTE

Nell'educazione dell'adulto ha un ruolo essenziale l'esperienza, sia come attività di apprendimento sia come pregresso talvolta negativo che costituisce una barriera di pregiudizi e abiti mentali che fa resistenza all'apprendimento stesso. In altre parole il nuovo apprendimento deve integrarsi in qualche modo con l'esperienza precedente. Diventa così essenziale partire da ciò che già la persona sa ed ha sperimentato per costruire insieme ciò che di nuovo deve essere integrato. Es: è inutile aggiungere delle informazioni ad un paziente diabetico sulla dieta da seguire se prima non si capisce che cosa lui sa già, quali credenze ha (scientificamente corrette o sbagliate che siano!), che cosa ha fatto fino ad ora e che cosa si immagina di riuscire a fare, che cosa lo fa sentire bene e che cosa gli costa particolare fatica. In molti casi le risorse di apprendimento più ricche risiedono nei discenti stessi. Di qui la maggiore enfasi posta nella formazione degli adulti sulle tecniche esperienziali - tecniche che si rivolgono all'esperienza dei discenti, come discussioni di gruppo, esercizi di simulazione, attività di problem solving, metodo dei casi e metodi di laboratorio - rispetto alle tecniche trasmissive. Di qui, anche la maggiore enfasi sulle attività di aiuto tra pari".

4. DISPONIBILITA' AD APPRENDERE E SELETTIVITA'

L'adulto ha una disponibilità ad imparare mirata e quindi in un certo senso più limitata: la sua disponibilità è cioè rivolta solo a ciò di cui sente il bisogno per i crescenti compiti che deve svolgere per realizzare il proprio ruolo sociale come ad esempio il ruolo professionale lavorativo. Gli adulti sono disponibili ad apprendere ciò che hanno bisogno di sapere e di saper fare per far fronte efficacemente alla situazione della loro vita reale.

5. FUNZIONALITA' DI QUANTO PROPOSTO

L'orientamento verso l'apprendimento negli adulti è centrato sulla vita reale. "Gli adulti sono motivati ad investire energia nella misura in cui ritengono che questo potrà aiutarli ad assolvere dei compiti o ad affrontare i problemi che incontrano nelle situazioni della loro vita reale". È molto importante quindi che qualsiasi messaggio abbia la possibilità di tradursi in immagini concrete ed in operazioni eseguibili nella mente dei destinatari, attorno alle quali muoversi per verificare con il diretto interessato l'accettabilità e la fattibilità dell'obiettivo considerando strategie e strumenti più adeguati alla situazione ed allo scopo.

6. MOTIVAZIONE

La motivazione ad apprendere è fondamentale ed ha diretta influenza sull'impegno profuso nella memorizzazione, rielaborazione, traduzione in pratica ed autovalutazione del percorso intrapreso. Se l'adulto non riesce a trovare in sé delle motivazioni intrinseche attorno alle quali mobilitare le proprie risorse non è sufficiente l'eventuale sanzione formale connessa al mancato apprendimento.

I grandi apprendono nuove conoscenze, capacità di comprensione, abilità, valori, atteggiamenti molto più efficacemente quando sono presentati nel contesto della loro applicazione alle situazioni reali. In altri termini la prospettiva è quella di una immediata applicazione di quanto appreso. In questa chiave la positivizzazione diventa un fattore importante di sostegno dell'autostima e di automonitoraggio dei risultati.

In sintesi per raffrontare le differenze evidenziate da Knowles tra apprendimento adulto ed apprendimento infantile possiamo rifarci a questa tabella:

PRESUPPOSTI		ELEMENTI DEL PROGETTO	
	Pedagogia Andragogia		Pedagogia Andragogia

Concetto di sé	Dipendenza	Autonomia	Clima	Orientato verso l'autorità. Formale. Competitivo.	Reciprocità. Rispetto. Collaborazione informale
Esperienza	Di poco valore	I discenti costituiscono una risorsa per l'apprendimento.	Pianificazione	Da parte del docente	Meccanismo di pianificazione comune
Disponibilità	Sviluppo biologico. Pressione sociale	Compiti evolutivi dei ruoli sociali	Diagnosi dei bisogni	Da parte del docente	Auto-diagnosi reciproca
Prospettiva temporale	Applicazione posticipata	Applicazione immediata	Formulazione degli obiettivi	Da parte del docente	Negoziazione comune
Orientamento all'apprendimento	Centrato sulle materie	Centrato sui problemi	Progetto	Logica delle materie. Unità di contenuto	Sequenze, secondo le disponibilità ad apprendere. Unità di problemi
			Attività	Tecniche di trasmissione dei contenuti	Tecniche basate sull'esperienza e la ricerca
			Valutazione	Da parte del docente	Re-diagnosi comune dei bisogni. Valutazione comune del programma

In base a questo si può vedere come l'obiettivo primario dell'apprendimento dell'adulto per Knowles sia la progressiva acquisizione di autonomia da parte degli individui, sia per svolgere i ruoli propri delle diverse fasi della vita sia per imparare ad imparare (il termine oggi in voga è lifelong education ed è quello sulla cui base si costruiscono le iniziative di formazione continua e formazione permanente).

Essendo l'anziano comunque un adulto si prevede che le premesse di base siano le stesse appena enunciate, con l'accortezza di commisurare gli obiettivi di apprendimento ai nuovi bisogni emersi in questo stadio del ciclo di vita ed anche alle variabili che possono condizionare i canali di apprendimento.

Da un punto di vista rigorosamente letterale con il termine **geragogia** si dovrebbe designare la disciplina che ha per oggetto di studio le teorie, i metodi ed i problemi relativi all'educazione del soggetto anziano.

La "geragogia" deve essere intesa come vera e propria educazione ad invecchiare e la ricerca di uno stile di vita idoneo alla vecchiaia.

In senso più generale, la geragogia deve essere intesa, oggi, quale educazione all'invecchiamento, anche e soprattutto, sul piano igienico e della prevenzione primaria.

I temi maggiormente trattati sono ad oggi:

i rischi connessi all'uscita dal mondo del lavoro (tempo liberato - forzata inattività); i determinanti di rischio rappresentati da errate abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, stile di vita, reti sociali); l'adattamento alle modificazioni fisiche, psicologiche e sociali.

Ripercorrendo i punti essenziali da tenere in considerazione proposti da Knowles occorre tener presente che:

1. la dipendenza dagli altri (spesso proprio dai figli, che erano stati dipendenti da loro da piccoli!) può essere spesso vissuta con forte disagio, pertanto ogni iniziativa mirante al mantenimento dell'autonomia a vari livelli (fisico, psicologico, sociale) in sicurezza va nella direzione di un certo benessere del sistema (es.: sostegno alla domiciliarità)
2. gradualmente il concetto del sé può trovarsi a fare i conti con il confronto tra passato e futuro, con il rapporto che si ha con il senso del tempo e con le modificazioni fisiche e sociali vissute;
3. la valorizzazione dell'esperienza continua deve essere un aspetto fondamentale, soprattutto in relazione ai necessari adattamenti richiesti alle nuove e future condizioni
4. la disponibilità e la motivazione all'apprendimento possono essere incentivate dalla valutazione effettiva di risultati, per quanto piccoli, rispetto al benessere ed a ciò che è realmente investito di valore per il soggetto
5. la prospettiva temporale necessariamente deve tener conto del senso attribuito al tempo dalla persona in questione ma deve mirare comunque al mantenimento ed alla valorizzazione di una progettualità che, seppur magari più tarata su tempi medio brevi, ha comunque ragione di continuare ad essere. Chiaramente più gli effetti dell'apprendimento sono spendibili nell'immediato più la motivazione allo stesso ne risulterà incentivata (es: imparare a deambulare con uso efficace di ausili)
6. l'orientamento all'apprendimento, soprattutto nei casi con livello culturale medio basso risulta generalmente più significativo se incentrato anche sulle piccole cose quotidiane

Da questa impostazione deriva poi la scelta dei metodi e degli strumenti di volta in volta più adatti con i singoli o con gruppi omogenei di persone per lo sviluppo di apprendimento.

Occorre avere ben chiaro come con **metodo** intendiamo "la strada da seguire", il percorso per arrivare ad una meta (obiettivo), con **strumenti** gli attrezzi di cui ci serviamo per percorrere questo cammino e con **modello**, generalmente, il punto di riferimento teorico da tenere in considerazione e che è costituito, sulla base delle premesse, di strumenti e metodi. Chiaramente a livello strutturato, ad esempio nell'ambito dei programmi di educazione terapeutica specifici, i modelli possono essere scelti e seguito con maggiore scrupolosità, ma questo non deve indurre nell'errore di credere che quindi nelle situazioni non strutturate (es: affrontare la questione dello stile di vita con una persona al momento della dimissione dal reparto) si possano improvvisare le cose da fare e da dire, magari senza avere neppure chiari gli obiettivi di minima ed i bisogni della persona che abbiamo davanti.

Anche per questo è importante conoscere i principali modelli di riferimento: per sapere in che cosa consistono, quando possono essere utilizzati, come e con quali risultati attesi. Ovviamente i modelli, una volta conosciuti e sperimentati, possono essere cambiati ma anche il rifiuto di un modello non può essere una scelta consapevole se prima non lo si conosce e vede in azione.

Con lo sviluppo del modello andragogico si è verificata dunque anche una rivoluzione dei metodi e degli strumenti utilizzati per facilitare l'apprendimento.

Si parla così di **metodi attivi** che si rivelano migliori dei metodi passivi perché coinvolgono direttamente il discente (il soggetto di apprendimento) sia nella pianificazione che nella costruzione in itinere del programma e nella costante valutazione dei risultati raggiunti. I metodi attivi implicano: coinvolgimento diretto del soggetto in apprendimento, riferimento al gruppo, imparare facendo esercizi, sperimentando, risolvendo problemi, costruzione progressiva, finalizzata e guidata dell'apprendimento, "comunicazione a due vie", discussione e confronto, vivacità, responsabilizzazione e concretezza

Tra questi compaiono, per citarne solo alcuni, i lavori di gruppo secondo il brainstorming, i role playing e le simulazioni, il teatro dell'oppresso e le tecniche di animazione, la peer education, le discussioni, i gruppi di lavoro, i gruppi di automutuoaiuto.

In questo modo la centralità del processo educativo (dove con **processo** intendiamo sempre l'insieme interrelato di elementi che trasformano una condizione iniziale detta input in una finale modificata detta output, dinamica e mutevole nel tempo) non è più posta sui contenuti da trasmettere e da ricevere ma sui meccanismi che si mettono in atto per sapere e saper fare qualcosa, attraverso la rielaborazione consapevole di ciò che comporta (saper essere).

Questo modello porta necessariamente ad una destrutturazione della persona e dei suoi assetti per ritornare poi ad un equilibrio (ricorda: non è il vaso da riempire, ma la creta a cui dare forma). Ogni apprendimento significativo infatti può in qualche modo metterci in discussione, tanto talvolta da farci provare un senso di vertigine, di spaesamento, di insicurezza, cosa comunque considerabile perfettamente normale quando si parla di cambiamenti a qualsiasi livello.

Ovviamente tutto questo può verificarsi solamente se la persona che apprende è sinceramente aperta alla possibilità di cambiamento ed alla messa in discussione critica di aspetti nuovi o, a maggior ragione, a cui è abituata da tempo. Questo processo, definito di self development, implica infatti da un lato uno sviluppo personale di sé, ma contemporaneamente anche una funzione strumentale dell'intero sé per l'apprendimento stesso. Di nuovo è a questo proposito che diventa fondamentale la figura del curante come sostenitore e facilitatore di apprendimento.

Il cosiddetto "problema della pedagogia" all'interno del mondo sanitario e socio assistenziale viene così a riguardare:

- il perché educare: i fini dell'educazione
- chi educare da parte di chi: gli attori del processo di sviluppo
- il come educare: strumenti e metodi

Sembra scontato ma il fine dell'educazione dovrebbe comunque sempre essere quello di produrre soggetti educati (non nel senso di colui che segue il galateo, che comunque non va dimenticato. Se ci pensiamo in fondo le norme di "buona educazione" servono per far sì che le persone si comportino in modo da saper stare in mezzo ad altri, con rispetto e cortesia, tali da stare bene loro e far stare bene gli altri!). Nel nostro ambito intendiamo però soprattutto persone in grado di apprendere secondo i livelli di competenza richiesti alla loro condizione ed al loro ruolo.

Gli attori del processo educativo diventano così tutti i soggetti in causa: i discenti, i pazienti, i care givers, i gruppi che devono arrivare ad attuare-mantenere-migliorare un determinato comportamento ma anche i docenti, i curanti, tutti coloro che fungendo da facilitatori di apprendimento hanno sì un ruolo che li mette in una posizione up, ma che comunque richiede anche a loro di apprendere dalle persone con cui stanno lavorando. Infatti il docente che interagisce impara sempre qualcosa dalle classi con cui lavora, il curante dai pazienti e dalle persone di cui si prende cura. Questo meccanismo di reciprocità è insito in ogni ambito in cui si svolge una relazione umana.

Pedagogia, andragogia e geragogia come scienze dell'educazione indagano la realtà della/e persone che hanno davanti avvalendosi dei contributi indispensabili di altre discipline tra cui l'antropologia, la psicologia, la sociologia e la biologia (1. capire chi ho davanti nella sua individualità e nel suo sistema), offrono i loro contributi metodologici per facilitare l'apprendimento (2. quali modelli possono essere più adatti nelle varie situazioni, attuabili attraverso strumenti e metodi appropriati), valutano i risultati ottenuti (3.)

Ne discende quindi che queste discipline dovrebbero prima di tutto insegnare a trattare l'altro come persona, in qualsiasi imprescindibile situazione ed a maggior ragione sostenendolo nei momenti più critici della vita mettendo davvero in atto in tutta la sua magnifica complessità il significato del prendersi cura aiutando la persona ad attingere a tutte le risorse che possiede.

Nel **Codice deontologico dell'infermiere**, edizione 1999, troviamo infatti, rispetto a questo discorso:

1.2. L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.

1.3. La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

2.3. L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia.

2.4. L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.

2.5. Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.

2.6. Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.

- 4.1. L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.
- 4.2. L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.
- 4.3. L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.
- 4.4. L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona.
- 4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato
- 4.15. L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.
- 4.16. L'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del lutto.
- 4.17. L'infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito, sia che la richiesta provenga dall'interessato, dai familiari o da altri.

Il contatto con le persone, sane o malate che siano, acquista sempre una valenza educativa. Rispetto a questo bisogna quindi agire tenendo ben presente la visione olistica della persona in quanto individuo unico ed irripetibile che si compone di una dimensione fisico-biologica, psicologico-emotiva, socio-relazionale e spirituale che non possono essere considerate separatamente. Tutte queste dimensioni che compongono ciascuno di noi si riflettono ed influenzano reciprocamente e sono collocate all'interno dei diversi sistemi in cui ciascuno è simultaneamente collocato.

SISTEMA

Un **sistema** è un insieme interconnesso di elementi tali che modificandosene uno si modificano anche tutti gli altri. Esempi di sistema sono la classe, la famiglia, l'equipe di lavoro, la coppia, il gruppo di amici e via dicendo.

Ogni sistema si compone di più elementi che si influenzano reciprocamente: *attori* che hanno dei *ruoli* e seguono delle *regole esplicite o implicite* in un *contesto*, dato anche da spazio e tempo, che fornisce un senso alle cose come se fosse una cornice di un quadro.

Così in una famiglia ci sono i vari componenti che sono gli attori (sia quelli presenti-che definiamo visibili- sia quelli che in quel momento possono non essere presenti-che definiamo invisibili- ma che possono condizionare ancora gli altri membri, es: figli che studiano lontano, nonni in ricovero), ognuno di questi personaggi ha dei ruoli più o meno ufficiali all'interno del sistema famiglia (es: la mamma ha il ruolo di mamma ma è anche quella deputata al prendersi cura e che si occupa del nonno in casa di riposo, il papà ha il ruolo di papà ma è anche quello che si occupa della gestione economica della famiglia, di seguire i figli a scuola, la figlia maggiore è quella creativa e via dicendo). Alcune regole esplicite, ad esempio, in un sistema famiglia stabiliscono chi è che può prelevare dal conto di famiglia, usare l'automobile, tenere le chiavi, mentre altre regole implicite assegnano i posti di solito occupati a tavola, chi sceglie i programmi tv, cosa succede quando qualcuno arriva in ritardo. Il contesto, ad esempio, è dato dall'ambiente in cui vive questa famiglia, dal tempo in cui noi la osserviamo.

Gli stessi membri di questa famiglia a loro volta sono attori di altri sistemi: ad esempio il papà è un capoufficio nell'azienda in cui lavora; la mamma è una commessa all'ipermercato di zona, la figlia maggiore è una studente universitaria ma è anche l'insegnante di aerobica del circolo ARCI e via dicendo. Ciascuna di queste persone in tutti i sistemi in cui si trova ha dei ruoli a cui sono associate regole esplicite ed implicite che cambiano nei vari contesti.

Questo gioco potrebbe continuare all'infinito e potrebbe essere animato da tante variabili su ciascuna delle sue componenti.

Pensiamo a che cosa succederebbe nel sistema famiglia preso in considerazione se, ad esempio la mamma improvvisamente si ammalasse e per un lungo periodo non potesse più andare a lavorare (nell'ipermercato dovrebbero ad esempio sostituirla), né occuparsi del nonno (qualcun altro dovrebbe farlo per lei) e della casa (la figlia maggiore magari dovrebbe diminuire le ore di aerobica o la frequenza all'università per occuparsi della mamma e della casa) e come si sentirebbe rispetto al suo ruolo di "quella che si prende cura degli altri" quando improvvisamente non potesse più farlo come prima ma anzi dovesse essere lei ad essere curata.

L'intreccio delle cose che cambierebbero sarebbe davvero larghissimo, per lo più imprevedibile, soggetto al tempo e agli ulteriori cambiamenti. E questo vale anche per esempi di varia natura (può essere non la malattia della mamma ma la morte del nonno o il cambiamento di lavoro del papà o il matrimonio della figlia o l'inizio della scuola del figlio minore).

Tutte le volte che si verifica un cambiamento, a qualsiasi livello, gli elementi si spostano e quindi cambiano qualcosa anche loro. Spesso questi cambiamenti possono essere lunghi e/o problematici.

Ogni sistema ha un suo equilibrio, anche quando visto dall'esterno può sembrare tutto disordinato o assurdo. Tutte le volte che cambia qualcosa questo equilibrio vacilla, proprio come quando su un tavolo da biliardo si colpisce una palla che fa modificare la situazione sul tavolo finché le palle si fermano di nuovo in una posizione, anche se diversa da prima.

Così anche i sistemi umani cercano un nuovo equilibrio (tendenza all'omeostasi) che praticamente mai potrà essere quello di prima.

Quindi, per ritornare al nostro discorso iniziale, noi non dobbiamo mai dimenticare che abbiamo sempre a che fare con delle persone, nella loro interezza e che fanno parte di sistemi.

Quello in cui noi le incontriamo è solo uno dei possibili sistemi in cui loro si trovano ma possiamo essere certi che ciò che noi facciamo con loro, se c'è una relazione-comunicazione, avrà un qualche tipo di effetto su di loro e quindi, seppur lieve, anche sui sistemi in cui agiscono e sui loro componenti.

La stessa cosa, ovviamente, avviene anche per noi nel contatto con l'altra persona.

Ecco perché fin dall'antichità i Greci ponevano come base di qualsiasi apprendimento la conoscenza di se stessi.

Molte persone presumono di saper conoscere intuitivamente ciò che ha che fare con il comportamento altrui e con l'animo altrui; secondo queste persone non occorre una scienza perché è possibile comprendere gli altri con il semplice buon senso e con l'esperienza.

Il cosiddetto buon senso a volte è una somma di opinioni generiche e superficiali, di pregiudizi e l'esperienza a volte ci fa credere reale ciò che magari non è, portandoci a gravi errori di valutazione che condizionano il nostro comportamento e ciò che facciamo agli altri (seppure con le migliori intenzioni!). Essere professionali significa quindi non seguire spontaneamente l'istinto ed il buon senso ma essere consapevoli di chi abbiamo davanti, di che cosa bisogna fare in quella situazione, farlo nel modo corretto, verificare il risultato di ciò che abbiamo fatto, ricorreggere ciò che non va bene.

La premessa irrinunciabile però per lavorare in questo modo non può che essere che per sviluppare questa autoconsapevolezza critica devo prima di tutto conoscere al meglio me stesso, sapere come apprendo, come reagisco, quali sono i miei limiti ed i miei punti di forza, lavorare per arrivare ad un livello accettabile di queste componenti che consenta possibilmente di mantenere un certo benessere e di poter lavorare bene con le persone di cui devo prendermi cura.

Anche questo percorso di studi è strutturato in modo da prevedere una formazione di base che mi fornisca gli elementi minimi per avvicinarmi alla professione, mettendo in conto che nel corso di tutta la carriera dovrò aggiornare le mie conoscenze (formazione continua e permanente, anche alla luce dei crediti ecm-educazione continua in medicina), indipendentemente che voglia continuare l'iter universitario o meno.

L'educazione permanente si basa infatti sul principio che la crescita dell'uomo e lo sviluppo delle sue facoltà, in primis dell'apprendimento, non ha mai termine e quindi ogni individuo è potenzialmente educabile nel corso di tutta la vita. La necessità di questa formazione continua è data inoltre dal fatto che le persone cambiano e cambiano in relazione alle loro esperienze nei sistemi, pertanto hanno costantemente bisogno di cercare nuovi equilibri.

Come ci ricordano vari studiosi, tra cui Mencarelli, non può però esserci nessuna forma di educazione efficace (cioè che ottiene i risultati stabiliti dagli obiettivi) se non c'è una costante ed attenta autoeducazione che si rivela pertanto fondamentale in professioni legate alla relazione d'aiuto ed al prendersi cura.

Il curante, come abbiamo già visto anche riferendoci ad alcuni articoli contenuti nel Codice Deontologico, ha quindi una funzione educativa nei confronti di se stesso, del paziente singolo o in diade (es: coppia paziente –care giver; madre-bambino) o in gruppo (es: comunità).

Ecco che successivamente nel vostro percorso scolastico tornerete ad occuparvi nello specifico di educazione terapeutica, educazione sanitaria e educazione del paziente.

Per ora vi basti sapere che l'educazione sanitaria è un processo che coinvolge dimensioni intellettuali,, psicologiche e sociali volte ad accrescere nella gente la capacità di assumere decisioni consapevoli sul proprio benessere personale, familiare e di comunità (L W Green) e si basa dunque su interventi sociali che tendono a modificare consapevolmente e durevolmente il comportamento nei confronti dei problemi di salute (cioè che facilitano apprendimento!).

All'interno della prevenzione primaria, secondaria e terziaria si parlerà di forme strutturate di educazione terapeutica che prevederanno passaggi specifici di **progettazione educativa**:

- analisi dei bisogni
- individuazione degli obiettivi
- progettazione dell'intervento, individuando strumenti e metodi adatti agli obiettivi da perseguire sul target stabilito
- valutazione di processo e di esito.

Questo deve però ricordarci che anche in tutte le situazioni non formalmente strutturate qualsiasi messaggio che intenderemmo trasmettere con efficacia dovrà contemplare:

- nella nostra testa un'idea chiara di che cosa vogliamo far passare
- il confronto con la persona che abbiamo davanti su ciò che già sa e di cui ha bisogno
- la negoziazione di obiettivi perseguibili
- la definizione congiunta di come fare per provare a piccoli passi a raggiungerli
- valutando costantemente come stiamo procedendo e correggendo in corso d'opera le situazioni problematiche o impreviste che si presentino

Gli elementi fondamentali del modello andragogico vengono qui di seguito riportati.

Assicurare un clima favorevole all'apprendimento: relativamente all'ambiente fisico, all'accessibilità delle risorse materiali e umane e al clima umano e interpersonale. Se ci pensate dovrebbe essere naturale "stare bene" quando si è imparato qualcosa di nuovo, invece mi chiedo quanto spesso uno si accorga e goda di questo benessere! Le cose elencate in questo punto vanno di nuovo analizzate con il solito strabismo: sono infatti vere sia che la pensiamo applicata d un gruppo di discenti in formazione che ad un paziente o ad un care giver con cui noi potremmo avere a che fare per lavorare su dei comportamenti da mettere in atto

Creare un meccanismo per la progettazione comune: un aspetto della prassi formativa che differenzia più nettamente la scuola pedagogica ("insegnare") da quella andragogica ("facilitare l'apprendimento") è il ruolo del discente nella pianificazione. Nel primo caso la responsabilità della programmazione è attribuita quasi esclusivamente a una figura di autorità (insegnante, esperto di programmazione, istruttore, curante). Una delle scoperte fondamentali della ricerca applicata sul comportamento degli adulti è che le persone tendono a sentirsi impegnate in una decisione o in una attività in diretta proporzione alla loro partecipazione o influenza sulla sua progettazione e sul processo decisionale che la riguarda.

Diagnosticare i bisogni di apprendimento: elaborando un modello del comportamento, della performance o delle competenze desiderate. Secondo l'andragogia, l'elemento critico nella valutazione dei divari tra ciò che si sa e ciò che si dovrebbe sapere è la percezione che gli stessi discenti hanno della discrepanza tra la situazione attuale e quella che vogliono (ed hanno bisogno di) raggiungere. Il passo conclusivo è quindi la formulazione degli obiettivi scelti dal discente stesso in quanto rispondenti ai bisogni formativi auto-diagnosticati.

Progettare un modello di esperienze di apprendimento: in cui gli individui potrebbero usare l'intera gamma di risorse umane (esperti, docenti, colleghi) e materiali (pubblicazioni, dispositivi e software per l'istruzione programmata, e mezzi audiovisivi) in maniera autonoma. Ciò presuppone che un alto grado di responsabilità per l'apprendimento sia assunto dal discente.

Mettere in atto il programma (gestire le attività di apprendimento). Il fattore cruciale per il funzionamento del programma è la qualità dei docenti: il formatore non è colui che impartisce delle conoscenze ma è il "facilitatore del processo di apprendimento". Egli diviene un organizzatore di risorse al servizio del discente.

Valutare il programma: inteso come la re-diagnosi di apprendimento da parte dei soggetti in formazione che riesaminano modelli di competenze desiderati per rivalutare le discrepanze tra il modello e i loro nuovi livelli di competenze.

Dagli anni Settanta ad oggi la teoria andragogica si è notevolmente diffusa ed è andata incontro ad alcune critiche e rivisitazioni da parte dello stesso Knowles. In particolare è stato fatto rilevare, rispetto ai principi costitutivi di questa teoria di apprendimento dell'adulto, che non si può dare per scontato che gli adulti sappiano sempre diagnosticare i loro bisogni e che ambiscano ad un alto livello di autonomia. Forse soprattutto nei contesti di cura ci si rende conto di questi limiti: è molto frequente che il paziente non riesca a cogliere e ad esplicitare i propri bisogni e che si affidi completamente alle scelte delegate al curante. Mezirow ha proposto un spazio specifico all'autoriflessione da co-costruire tra le parti in causa, al fine di lavorare attorno alla consapevolezza del soggetto in apprendimento.

Non entreremo adesso nel merito della progettazione educativa, ma cercheremo di porre le basi per affrontarla consapevolmente a partire dal fatto che il primo strumento con cui avremo a che fare (e non solo per facilitare apprendimento!) sarà la relazione con la persona.

Dunque cercheremo di capire attraverso cosa passa una relazione e di che cosa bisogna tenere conto per gestire una relazione d'aiuto sufficientemente buona, fondamentale in qualsiasi processo di apprendimento guidato.

Alcune precisazioni più tecniche al fine di comprendere gli approcci metodologici riguardano brevi cenni sui fattori che entrano in gioco quando parliamo di apprendimento. Tra questi possiamo citare l'intelligenza, la memoria, l'attenzione, l'emotività.

Con **intelligenza** intendiamo il risultato di abilità strettamente cognitive, quali capacità logiche, di ragionamento, memoria, combinate a tratti di personalità e altri tratti non intellettivi quali la concentrazione, la perseveranza, l'ansia che influiscono sulle prestazioni, ma è soprattutto uno strumento proprio dell'uomo per adattarsi all'ambiente. Intelligenti si nasce, ma si può anche migliorare, ad esempio, nella capacità creativa di risolvere i problemi.

Nella vita l'intelligenza ha un peso molto importante, in tutte le cose che facciamo; pensate al "sapersela cavare", piuttosto che al sopportare lo stress o all'affrontare una perdita o una malattia. Nello studio, dunque, ha sicuramente un suo peso, ma non è l'unico ed il più essenziale elemento. Talvolta mi capita di accorgermi che le persone confondono la concentrazione, l'attenzione che servono indubbiamente per memorizzare, con l'intelligenza.

L'**attenzione** è una parte che può costituire l'intelligenza e che è fondamentale perché ci consente di selezionare gli stimoli e di economizzare le risorse per la memorizzazione.

L'attenzione può essere definita come la capacità di selezionare stimoli o items mentali e può essere vista come attenzione selettiva, attenzione diffusa e concentrazione. L'attenzione è perciò sempre il frutto di una componente sensoriale, una motivazionale ed una motoria. Più canali attiviamo più aumentiamo la possibilità che un evento o un processo incidano i tre livelli della memoria. Tutta una parte della neurologia ci dimostra come le basi del funzionamento del nostro apprendimento siano fisiologicamente costituite e possano beneficiare della capacità di connettere tra loro le nostre esperienze dirette o indirette.

La **concentrazione**, pertanto, è una delle componenti dell'attenzione e può essere vista come la capacità di dirigere volontariamente l'attenzione su item mentali, su aspetti specifici.

Alcuni **fattori psico-fisici regolano e facilitano l'attenzione e quindi la concentrazione**:

- 1) stato di freschezza/riposo, che permette una maggiore disponibilità di energia (ad es. rendo di più e perdo meno tempo);
- 2) isolamento dagli stimoli perturbatori dell'ambiente (ad es. studiare con la radio o in mezzo ai rumori o mentre si sta facendo altro);
- 3) cambiamento dello stimolo, per impedire l'assuefazione e preservare l'interesse (ad es. è inutile incaponirsi su qualcosa che in questo momento non riusciamo proprio a cogliere);
- 4) scegliere, se possibile, il momento della giornata in cui ci si sente più disponibili ad apprendere e ci si può dedicare specificatamente a quello
- 5) cercare di trovare punti di interesse in ciò che si deve apprendere.

Di questi elementi sarà importante essere ben consapevoli non solo quando noi siamo in situazioni di apprendimento ma quando ci aspettiamo che i pazienti apprendano o memorizzino delle cose, perché sappiamo in partenza che ben difficilmente una persona potrà trattenere concetti, esempi, comunicazioni significative se la sua mente non è in quel momento in condizioni accettabili perché avvenga il processo di apprendimento.

Nell'esercizio di memorizzazione di stringhe di sillabe avete toccato con mano come il tentativo di ripetere in modo meccanico anche solo semplici e brevi sillabe è faticoso e non porta quasi mai al risultato atteso (cioè ricordarsene il maggior numero per un tempo abbastanza lungo). Infatti è necessario ricorrere a strategie che ci aiutino a memorizzare, come la sottolineatura (la parola o la frase sottolineata, se davvero si distingue da tutte le altre, acquisisce una visibilità per il nostro cervello proprio come si distingue nel testo) l'ordine (dare un ordine alle cose che si studiano, ognuno in base alla propria logica, aiuta a richiamare un concetto con l'altro), trovare nessi logici e collegamenti (perché anche qui una cosa richiama l'altra), raggruppare le cose in categorie (per richiedere alla memoria di tenere a mente meno cose singole), esperienze e preferenze (che ci aiutano a richiamare alla memoria con più velocità e facilità).

La mente umana è

- limitata da vincoli:

> vincoli sulla quantità di informazioni che possono essere elaborate in un dato momento (non posso memorizzare un numero infinito di informazioni!);

> vincoli sulla correttezza e sulla quantità dei ricordi (pensiamo a quanto, pur avendo magari assistito alla stessa lezione, ognuno di voi ricorda cose magari differenti o in modo differente o come possiamo dare versioni diverse dello stesso incidente a cui abbiamo assistito);

> vincoli sulla capacità di elaborare informazioni astratte e sull'uso di operazioni numeriche (in particolar modo non possiamo fare operazioni troppo complicate a mente, senza l'aiuto di una calcolatrice o almeno di carta e penna);

> vincoli sulla possibilità di eseguire più azioni in parallelo. (anche quando crediamo di pensare più pensieri contemporaneamente, in realtà questo è fisiologicamente impossibile, pertanto ne pensiamo, seppur velocissimamente, solo uno alla volta).

- ma con enormi potenzialità!

Il risultato di **sapere qualcosa è dunque il prodotto di capire e di ricordare.**

Capire richiede di condividere il codice comunicativo (parliamo la stessa lingua? Intendiamo a stessa cosa?) e poi memorizzarlo.

Ricordare richiede di utilizzare al meglio la nostra memoria

La **memoria** è il formidabile mezzo del nostro **cervello** che ci permette di ricordare parole, avvenimenti, volti, persone, numeri, indirizzi, cose, musiche, canzoni, film, storie, emozioni, notizie, idee, concetti, odori, sapori, eccetera, eccetera...

Non è un organo e non ha un posto fisso nel cervello, ma è data dai collegamenti che i nostri neuroni riescono a mantenere tra di loro. Le recenti tecniche di *imagining* consentono di studiare il cervello "in movimento" e dunque di pensare in modo più realistico il meccanismo dei veloci collegamenti tra le sinapsi.

Per condividere alcune considerazioni mi avvarrò ancora di un modello ormai considerato superato e che prevede di vedere tre tipi di memoria che può essere di nostro interesse conoscere. Per comodità possiamo pensarli come a dei magazzini con il magazziniere che li gestisce.

La memoria sensoriale è un magazzino di elevata capienza e bassa permanenza, cioè che ospita tantissime cose ma per pochissimo tempo; ospita molte informazioni provenienti dalla percezione attraverso i 5 sensi (da cui il nome "memoria sensoriale") destinate a perdersi dopo qualche secondo. Vi persistono il tempo necessario a fornire al soggetto un orientamento nello spazio, una panoramica completa e immediata dell'ambiente, questa infatti è la funzione della memoria sensoriale.

Es: colpo d'occhio

Nel secondo magazzino (**memoria a breve termine o MBT**) ci stanno poche informazioni e per poco tempo. Ad esempio, quando fai un'addizione, ti serve di ricordare un riporto solo per breve tempo: terminata l'operazione, quel riporto non ti serve più e viene tolto dal magazzino, per fare spazio ad informazioni successive (e, del resto, che cosa ne faresti di una memoria piena di riporti per tutta la vita?!?!?).

Nel terzo magazzino (**memoria a lungo tempo o MLT**) ci stanno molte informazioni e per molto tempo (anche per tutta la vita). Ad esempio i fatti importanti della tua esistenza, il viso di tua mamma e di tuo papà, le persone care, le stanze della tua casa, i luoghi delle tue vacanze, le cose che hai fatto molte volte e che sai fare bene, ciò che hai studiato e imparato bene a scuola, i grandi dolori e le grandi gioie: tutto ciò rimane depositato nella Memoria a Lungo Termine.

COME FA IL CERVELLO A MEMORIZZARE?

Mettendo in atto dei collegamenti. Per ricordarci che la memoria è qualcosa di dinamico, forse ci aiuta di più pensare ad un magazziniere che lavora in questi magazzini:

La sua capacità di mettere in ordine in maniera efficace e di trovare più o meno velocemente le cose sugli scaffali fa sì che si abbiano a disposizione quando servono le informazioni cercate.

PERCHE' CI DIMENTICHIAMO, in assenza di malattie, ad esempio, come le demenze o i traumi? Per le **interferenze** sia nell'immagazzinamento che nel richiamare alla memoria; per questo se non prestiamo abbastanza attenzione allo stimolo non riusciamo a immagazzinarlo con chiarezza o se c'è disturbo quando dobbiamo ricordarlo (es: ecco perché calma e silenzio favoriscono la memoria).

Può anche essere dovuto ad una non efficace sistemazione dei dati nel magazzino, proprio come se ce lo immaginassimo visivamente: se il magazziniere mette le cose a caso, senza un ordine e non mantiene quest'ordine quando è il momento di andare a prendere un prodotto non sa come fare, ci mette più tempo e poi magari non lo trova.

Anche il **tempo** può giocare pro o contro la nostra memoria; se una cosa non la ricordiamo per tantissimo tempo ha più probabilità di essere proprio dimenticata e da ciò deriva il suggerimento di ripassare di tanto in tanto.

Anche certe situazioni di shock temporaneo possono farci dimenticare delle cose, sia per notizie buone che cattive (es quella cosa che ho sentito mi ha talmente colpita che non mi ricordo più cosa stavo facendo).

Queste considerazioni, richiamando l'invito iniziale allo strabismo, devono essere tenute presenti sia quando siamo noi a dover apprendere qualcosa (es studiare) sia quando dobbiamo aiutare qualcuno ad apprendere qualcosa (es. insegnare a fare l'insulina, spiegare una dieta o una terapia).

I fattori che incidono sulla capacità di apprendimento a partire dal funzionamento della memoria sono:

La disponibilità nella ricezione dell'input

L'accuratezza della codifica, cioè l'attenzione durante l'immagazzinamento delle informazioni

Il numero delle sessioni di apprendimento: l'apprendimento frazionato è più proficuo di quello massivo

La somiglianza tra contesto di codifica e contesto di ricordo: si ricorda più agevolmente se l'apprendimento e il ricordo si svolgono nello stesso ambiente e nelle stesse condizioni fisiche ed

emotive, se al momento in cui deve essere ricordato qualcosa c'è qualche elemento che rimanda alla situazione di origine.

Motivazione all' apprendimento: la memoria non è una funzione meccanica e in assenza di una motivazione ad apprendere, non esistono strategie mnemoniche che possano vantare efficacia

Significato emotivo: è il valore soggettivo conferito all'informazione, la tonalità emotiva delle esperienze: si ricordano più facilmente avvenimenti tristi, gioiosi, emotivamente pregnanti, piuttosto che avvenimenti neutri.

Stato d'animo: la memoria non è meccanica rievocazione del passato, ma interpretazione di esso alla luce dello stato d'animo presente. Attingendo al passato, la mente non scinde il fatto dall'interpretazione, perché la memoria non è un deposito di dati, ma di vissuti di natura composita, esperienziale, relazionale, emotiva.

APPRENDIMENTO

Queste fasi generano nell'individuo un cambiamento, ricevendo dall'esterno un input (= stimoli, elementi in ingresso) che viene elaborato nella mente e riformulato per l'esterno come output (risultati, elementi in uscita).

La prima fase di percezione o di input è quella in cui riceviamo gli stimoli dall'esterno. Essi sono di diverso genere:

Sensoriali. Riguardano fatti accaduti che noi vediamo con i nostri occhi, sentiamo con i nostri sensi e che archiviano immediatamente.

Astratti. Ci provengono, ad esempio dalla lettura di un testo, dall'ascoltare un discorso durante un'assemblea, dall'analizzare un grafico. Questi stimoli sono più difficili da archiviare, perché passano attraverso i sensi ma poi vengono rielaborati dalle funzioni intellettive

La seconda fase è quella dell'elaborazione: è il momento in cui le informazioni ricevute durante la fase di input vengono decodificate, cioè comprese, classificate e confrontate.

La terza ed ultima fase è quella di output, in cui esprimiamo ad uno o più riceventi (ad esempio noi stessi, un compagno o il docente) ciò che abbiamo percepito o immagazzinato. E' importante per questa fase scegliere il codice ed il canale adatti alla situazione (il codice è il tipo di linguaggio utilizzato, il canale è la modalità di trasmissione delle informazioni). Come abbiamo già detto all'inizio i livelli di apprendimento sono diversi: il primo ha a che vedere con la memorizzazione, il secondo con l'esposizione di quanto appreso, il terzo con la messa in pratica nel tempo di quanto appreso. Così, ad esempio, l'esame tenta di misurare i primi due livelli di apprendimento, mentre per valutare quello effettivo occorrerebbe misurare le vostre prestazioni nel tempo.

L'apprendimento è un processo che fa riferimento a numerose capacità mentali:

- processi cognitivi: percezione; attenzione; memoria; pensiero;
- processi affettivo-emozionali: motivazione; emozione; auto-efficacia.

Dal momento che ci occuperemo soprattutto del comportamento conseguente all'apprendimento ci interrogheremo anche sui possibili **tipi di apprendimento**.

I due livelli sostanziali, che ci vengono suggeriti da Bateson e dalla Scuola di Palo Alto, riguardano un apprendimento di tipo 1 che si verifica dentro un sistema, senza cambiare delle regole profonde ed un apprendimento invece di tipo 2 che cambia il sistema stesso e le sue regole (deuteroapprendimento).

Il primo requisito è in ogni caso quello di essere e diventare consapevoli dei propri limiti e delle proprie difficoltà, in quanto processo complesso e dinamico, all'interno del quale ogni individuo ha uno stile proprio.

I due stili canonici riguardano i metodi studiati già dagli antichi Greci:

- deduttivo: dall'universale al particolare (dalla teoria all'esempio)
- induttivo: dal particolare all'universale (dall'esempio alla teoria)

pur tenendo presente che raramente le persone usano solo uno dei due metodi, ma che in genere, ne prediligono uno verso il quale si trovano più portati (proprio come rispetto alla capacità di analisi e di sintesi), ma di volta in volta possono scegliere quello che trovano più efficace in quel momento.

TEORIE APPRENDIMENTO

Il cane di Pavlov

Il condizionamento classico e il condizionamento operante

L'apprendimento per associazioni è una forma di apprendimento molto comune: è quello che ci permette di riconoscere che a certi eventi è connessa una certa conseguenza perché entrambi, eventi ed esiti, si sono presentati associati già nel passato. Aristotele fu il primo filosofo a suggerire che l'apprendimento coinvolge l'associazione di idee, ipotesi meglio sviluppata in seguito da John Locke e dai filosofi empiristi inglesi, gli anticipatori della moderna psicologia.

All'inizio del Ventesimo secolo un brillante fisiologo russo, Ivan Pavlov, definì l'apprendimento per associazioni col nome di **condizionamento**. Nel corso dei suoi esperimenti sull'attività digestiva dei cani, che gli valsero nel 1904 il premio Nobel, Pavlov si trovò di fronte ad alcuni fenomeni inaspettati: gli animali studiati, inspiegabilmente, salivavano non solo in presenza del cibo, ma anche al solo comparire nella stanza del tecnico di laboratorio che lo portava, all'accendersi di una luce o al suono di un campanello che segnava l'inizio delle sessioni sperimentali. Lo studioso russo si dovette ingegnare, a questo punto, a trovare una spiegazione sistematica a questi fenomeni inattesi.

La comparsa nel cane del riflesso salivare quando esso annusa la carne è chiamata **risposta incondizionata**, perché è una risposta non appresa, un riflesso automatico inscritto nei geni dell'animale fin dalla nascita. Ma la risposta di salivazione alla vista del camice del tecnico di laboratorio non è una risposta geneticamente determinata. Come può uno stimolo, biologicamente insignificante per l'animale, scatenare un simile riflesso? Pavlov cominciò a pensare che il cane avesse imparato dall'esperienza ad attribuire un nuovo significato al camice del tecnico: quello di segnale anticipatorio della comparsa del cibo. Applicando il metodo delle scienze naturali e osservando con obiettività i fatti, il fisiologo mise a punto la procedura sperimentale che si utilizza ancora oggi negli studi sul condizionamento classico: presentare per un certo numero di volte due stimoli combinati, uno artificiale e biologicamente insignificante (per esempio un suono oppure un flash di luce) e uno che eccita la salivazione naturalmente (per esempio una porzione di carne). Pavlov chiamò lo stimolo artificiale **stimolo condizionato**, e il cibo **stimolo incondizionato**. Dopo un certo numero di accoppiamenti (immediatamente prima della presentazione del cibo veniva accesa una luce o suonava un campanellino) il solo stimolo condizionato procurava il riflesso. Il cane salivava alla comparsa del flash di luce o al solo scampanello, senza che gli fosse portato cibo. Questa nuova risposta a uno stimolo inizialmente neutro (né il flash né il suono da soli sono in grado di far salivare un cane!) venne definita **risposta condizionata**: il processo con il quale uno stimolo neutro acquista il potere di produrre un riflesso, fu chiamato **condizionamento**.

Gli studi di Pavlov vennero considerati all'inizio come "riduttivi" dell'apprendimento e come riproducibili solo nell'asettico spazio di un laboratorio. In realtà l'acquisizione di risposte condizionate rappresenta un meccanismo di adattamento che riguarda tutti gli esseri viventi. Nell'uomo, ad esempio, la paura è una risposta emozionale incondizionata (l'aumento del battito cardiaco, la sudorazione, il tremore, la diminuita salivazione, sono tutti riflessi che si accompagnano all'emozione di paura e che non sono risposte apprese), scatenata da stimoli pericolosi, spiacevoli o dolorosi. La reazione di paura davanti a uno stimolo minaccioso ha una funzione adattiva per l'individuo: riesce a mettere in allarme l'organismo in vista di una fuga di fronte al pericolo. Ma che dire di quelle situazioni in cui la risposta di paura è irrazionale, incontrollabile, generata da stimoli "neutri" (es. la fobia per gli spazi chiusi, la fobia per il sangue ecc.)? Nel caso della fobia siamo di fronte a una risposta condizionata: una successione di eventi minacciosi (che scatenano riflesso incondizionato della paura) devono essersi presentati accoppiati con gli stimoli fobici (stimoli che inizialmente erano neutri) e in virtù di questa associazione lo stimolo biologicamente innocuo ha assunto il potere di scatenare la reazione di paura.

L'apprendimento, però, ha effetti non solo sull'organismo che impara ma anche sul mondo circostante: in altre parole le conseguenze di un certo comportamento possono influenzare, cioè

aumentare o diminuire, la probabilità che quel comportamento si manifesti ancora. Edward Lee Thorndike (1874-1949) e, successivamente, Frederic Burrhus Skinner (1904-1990) condussero una serie di studi sperimentali volti a verificare la relazione esistente tra comportamento e conseguenze nell'ambiente.

Thorndike lavorò con dei gatti: gli animali erano posti in una gabbia e dovevano risolvere il problema "uscire dalla gabbia agendo su un chiavistello". Lo studioso registrò il tempo che il gatto impiegava a trovare, casualmente all'inizio, la soluzione e si accorse che, nel corso delle prove, le attività inutili tendevano a scomparire. Durante le prime prove il gatto si aggirava nella gabbia, tentava di passare attraverso le sbarre, si accovacciava, mordeva il chiavistello o lo leccava finché riusciva ad azionarlo e a uscire dalla gabbia; nel corso delle prove successive il gatto si dirigeva quasi subito verso il chiavistello. Sulla base di questi studi Skinner costruì il paradigma del **condizionamento operante**. Secondo lo studioso esistono due diverse classi di comportamento: il comportamento "rispondente" (che comprende tutte le classi di risposte, condizionate o incondizionate, provocate da stimoli conosciuti che precedono quel comportamento), e il comportamento "operante" (che riguarda tutte quelle risposte emesse liberamente e in modo indipendente da stimoli identificabili, risposte che possono essere rafforzate o indebolite a seconda delle conseguenze che producono sull'ambiente).

È un comportamento operante quello di un topino dentro una gabbia che apprende, casualmente, che appoggiandosi a una levetta riuscirà a far rotolare all'interno una pallina di cibo e continua a premere la levetta perché "rafforzato" dalle conseguenze che questo comportamento produce.

L'apprendimento operante non si può spiegare con le regole pavloviane, la levetta non è uno stimolo condizionato e non si stabilisce alcuna associazione tra questa e i riflessi dell'animale che è libero di muoversi all'interno della gabbia e di manifestare i comportamenti più diversi. L'effetto dei "rinforzi" (conseguenze dei nostri comportamenti) regola anche alcuni atteggiamenti umani, come nel caso della superstizione: se un numero alla roulette ci ha fatto vincere una bella somma e, immediatamente prima dell'estrazione abbiamo inavvertitamente incrociato le gambe, questo comportamento (incrociare le gambe) funzionerà da "rinforzo" inducendoci a ripeterlo ogni volta prima che il croupier gira la ruota...

Nell'esperimento più classico condotto da **B.F. Skinner**, il padre del condizionamento operante, un ratto, tenuto a digiuno per un periodo di tempo sufficientemente lungo, viene posto in una gabbia. Nella gabbia vi è solo una leva sporgente e un contenitore di cibo. Il ratto, affamato, si muove continuamente, finché, ad un certo punto, per caso, abbassa la leva. Immediatamente arriva del cibo nel contenitore. Questa situazione continua fino a quando il ratto non ha imparato a premere la leva quando ha fame. Il cibo ha sempre più rinforzato positivamente l'atto di premere la leva. Anche in questo condizionamento, come nel caso di quello classico, sono state apportate numerose varianti e complicazioni all'esperimento di base, per analizzare l'influenza delle variabili implicate. Sembra utile soffermare l'attenzione su alcuni aspetti relativi al rinforzo parziale, al rinforzo secondario, alla modellazione del comportamento e alla punizione o rinforzo negativo. Il rinforzo parziale si ha, nel nostro esperimento base, quando il cibo non viene dato ad ogni pressione della leva, ma solo alcune volte (ad esempio: una volta ogni quattro; con un intervallo fisso; dieci volte ogni cento; con un intervallo variabile; dopo un certo periodo di tempo; con un intervallo fisso o variabile). In un esperimento con un piccione, ad esempio, vi era un rinforzo in media ogni cinque minuti, anche se il piccione beccava un disco illuminato, che aveva la stessa funzione della leva per il ratto, circa seimila volte all'ora. Importante è sottolineare che in situazioni diverse il rinforzo parziale porta all'estinzione del comportamento meno spesso del rinforzo continuo. L'animale non si scoraggia di fronte alla mancanza di cibo, fiducioso, sulla base dell'esperienza precedente nella quale prima o dopo esso arriverà. Il rinforzo secondario si ha, ad esempio, quando al premere della levetta da parte del ratto, viene dapprima prodotto un certo suono a cui subito dopo segue il cibo. Dopo un sufficiente numero di prove, atto a stabilire l'associazione suono/cibo, all'abbassamento della leva non segue né il suono né il cibo. In un terzo momento, infine, alla pressione della leva segue solo il suono. In questo caso, il ratto abbasserà la leva sempre più frequentemente. Il suono è diventato un rinforzo secondario ed ha una efficacia almeno in parte simile a quella che precedentemente aveva il cibo. Il rinforzo secondario amplia notevolmente la possibilità di condizionamento, consentendo di usare altri rinforzi oltre al cibo e l'acqua. La modellazione del comportamento avviene in modo progressivo. I comportamenti degli animali del circo, a cui accennavamo precedentemente, sono spesso dovuti ad un processo di

condizionamento basato su approssimazioni successive. Ad esempio un piccione è stato rinforzato con del grano, prima quando teneva la testa ad altezza normale, poi quando la alzava un poco più alta della media e infine quando teneva il collo teso verso l'alto. Con questo metodo si possono ottenere risultati notevoli: ad esempio due coniugi americani avevano addestrato un maialino, Priscilla, ad accendere la televisione, a fare colazione a tavola, a mettere dei panni sudici in un paniere, ad usare un aspirapolvere, ecc. Priscilla non era particolarmente dotata, prova né è il fatto che le Priscille erano molte. Infatti, poiché i maiali crescono rapidamente, era necessaria una sostituzione e quindi un nuovo addestramento ogni 3/5 mesi. La punizione o rinforzo negativo che effetto ha sul processo di apprendimento? Attualmente non è facile fornire una risposta univoca. Esperimenti diversi sembrano fornire dati contraddittori: in alcuni casi la punizione (ad esempio una lieve scossa elettrica somministrata al ratto dopo che questi, in una fase in cui è già avvenuto il condizionamento, ha abbassato la leva) sembra accelerare il processo di estinzione (per cui il ratto preme sempre meno la leva); in altri casi si è però osservato che non appena la punizione non viene più somministrata, il ratto ritorna a premere la leva con la stessa frequenza con cui la premeva prima di ricevere le punizioni. In questi casi l'effetto della punizione è stato del tutto temporaneo. In altri casi ancora, infine, è stato notato un effetto particolarmente interessante: la punizione portava ad una risposta rigida, persistente. Se dopo la punizione si innestava il normale processo di estinzione (cioè, non si dava più cibo anche se veniva abbassata la leva), l'animale si dimostrava più rigido e meno pronto ad estinguere il proprio comportamento. In sintesi, sembra che il ricorso alla punizione comporti il rischio sia di un risultato del tutto effimero e temporaneo sia di portare l'animale ad un comportamento particolarmente rigido e perciò meno disponibile all'apprendimento.

Le stesse considerazioni devono portarci a considerare con molta cautela l'uso di rinforzi negativi e punizioni. È evidente sotto molti aspetti che la positivizzazione sia strumento generalmente più efficace.

L'apprendimento attraverso mappe cognitive

Uno strumento molto usato per studiare il comportamento degli animali è il labirinto. Fin dagli inizi del 1900 si poté constatare che i ratti erano in grado di imparare qual era la via giusta anche in un labirinto di notevole complessità. Come avveniva questo apprendimento? Quali erano gli indici utilizzati? Olfattivi, tattili, visivi, cinestesici? Anche questo tipo di apprendimento è spiegabile in termini di stimolo/risposta? Sono stati proposti almeno due diversi modelli interpretativi. Il primo, coerente con quanto già esposto sul condizionamento operante, sostiene che l'apprendimento è dovuto ad una serie di stimoli/risposte, in cui gli stimoli sensoriali (di qualsiasi natura essi siano, ad esempio olfattiva o cinestetica) hanno la funzione di provocare le risposte condizionate a cui essi sono stati precedentemente associati. Un secondo modello interpretativo, proposto soprattutto da Edward Tolman, sostiene che l'apprendimento è dovuto ad una "rappresentazione schematica mentale" o "mappa cognitiva" della situazione. Un esperimento condotto da Tolman e Honzig depone a favore di questo secondo modello interpretativo. Alcuni topi affamati e suddivisi per gruppi vennero posti in un labirinto complesso. Un primo gruppo venne sempre ricompensato per tutta la durata dell'esperimento (ventidue giorni) con del cibo posto alla fine del labirinto. Un secondo gruppo venne ricompensato solo a partire dall'undicesimo giorno di prove. Un terzo gruppo non venne mai ricompensato. L'ipotesi fondamentale dell'esperimento era la seguente: gli animali del secondo gruppo al momento della ricompensa (undicesimo giorno) si troveranno già in possesso di tutta una serie di conoscenze e di informazioni (acquisite senza rinforzo) da utilizzare subito. Dovrebbero perciò giungere ad un apprendimento assai più rapidamente dei ratti del primo gruppo. I dati dell'esperimento sembrano confermare questa ipotesi. Si parla a questo proposito di apprendimento latente, cioè di un apprendimento non espresso, ma in qualche modo presente ed utilizzato solo al momento opportuno. La ricompensa, secondo questa teoria, ha funzione di indicare sia che è giunto il momento di utilizzare alcune informazioni o conoscenze precedentemente apprese, sia quali sono le conoscenze da utilizzare.

Un risvolto del funzionamento delle mappe cognitive negli uomini si ha proprio davanti alla messa in atto di soluzioni creative: le persone, al momento giusto, sono spesso capaci di adattarsi e/o

trovare soluzioni grazie alla ricomposizione di strategie messe in atto precedentemente di fronte a difficoltà, anche se non direttamente assimilabili a quella presente.

Di qui la necessità di partire dalle esperienze delle persone, da come si pongono di fronte ad una difficoltà e di quali risultati hanno avuto in precedenza rispetto a situazioni problematiche.

L'apprendimento mediato dell'intelligenza

Gli studi relativi al condizionamento classico e a quello operante sono stati condotti, come sappiamo, nell'ottica associazionista/comportamentista. Attualmente la grande maggioranza degli studiosi ritiene che i risultati a cui si è approdati con tali ricerche siano interessanti, ma non esaustive. In ogni caso c'è una diffusa convinzione che essi non siano in grado di spiegare i comportamenti umani più complessi, cioè quelli che coinvolgono gli aspetti cognitivi. Si tende perciò a contrapporre agli apprendimenti per condizionamento a quelli che avvengono su base cognitiva. Si considerino i problemi che seguono. 1. Come si possono formare, con sei segmenti uguali, quattro triangoli equilateri aventi i lati della stessa misura dei segmenti? 2. Date dieci pile di dieci monete ciascuna, sapendo che nove di queste pile sono formate da monete da dieci grammi, come si può individuare la pila contenente le monete da nove grammi basandosi su una sola pesata effettuata con una bilancia ad un piatto? 3. Vi sono ventiquattro palline, identiche per forma, colore e dimensione. Una di esse pesa, però, più delle altre. Come si può pervenire a riconoscerla attraverso tre sole pesate effettuate su una bilancia a due piatti, utilizzando le stesse palline come pesi? 4. Due locomotive distanti fra loro cento miglia si vengono incontro. La locomotiva diretta a est viaggia alla velocità di sessanta miglia orarie, quella diretta ad ovest alla velocità di quaranta miglia orarie. Un uccello partito da una locomotiva, vola avanti e indietro da una locomotiva all'altra, senza fermarsi o perdere velocità al momento di invertire rotta. L'uccello vola alla velocità costante di ottanta miglia orarie. Problema: che distanza percorrerà l'uccello dal momento in cui è partito fino al momento in cui i due treni si incontrano? Supponiamo ora che qualcuno abbia risolto almeno uno di questi problemi. Grazie a quali processi di apprendimento ciò è avvenuto? Questi fenomeni sono spiegabili nei termini del condizionamento classico o di quello operante? Allo stato attuale delle nostre conoscenze, l'affermazione che anche questi tipi complessi di apprendimento sono riconducibili a modalità di apprendimento per condizionamento sembra più un atto di fede che il risultato di verifiche sperimentali. I casi presentati possono sembrare esempi limitati, ma in realtà testimoniano una modalità di conoscere tipica dell'uomo: la risoluzione di problemi attraverso ristrutturazione intellettuale.

Imparare ad imparare e metacognizione

Quello che noi percepiamo non è condizionato solamente dalle possibilità offerte dai nostri organi di senso, ma anche da altri fattori cognitivi. Memoria, attenzione, intelligenza condizionano i nostri apprendimenti su base percettiva. Gli esempi potrebbero essere innumerevoli. Limitiamoci a farne uno. Consideriamo due persone, di cui una sola è maestro di musica, la loro percezione di uno spartito è molto diversa. Quanto detto sopra risulta ancor più chiaro se abbiamo presente che la conoscenza da noi ottenuta a livello percettivo è spesso dovuta ad una vera e propria attività di analisi a che l'analisi è guidata non tanto dagli organi di senso quanto dalla mente, che formula ipotesi, ricerca, verifica, ecc. Con il passare del tempo si tende a diventare più abili (sia in generale, sia nello specifico) nel percepire le caratteristiche delle realtà. In questo modo non solo apprendiamo sempre utilizzando la percezione, ma apprendiamo anche ad effettuare in modo sempre più adeguato l'analisi percettiva. Nel primo caso è opportuno parlare di "apprendimento su basi percettive", nel secondo possiamo parlare di "apprendimento percettivo" (nel senso che è migliorata la capacità percettiva). In altre parole abbiamo imparato a conoscere meglio. Analogamente si può parlare di apprendimento attentivo, mnemonico ed intellettuale nei casi in cui l'individuo ha imparato ad usare meglio la propria attenzione, la propria memoria e la propria intelligenza. Per riferirsi alle capacità dell'individuo di utilizzare nel modo più adeguato le proprie funzioni cognitive da una ventina d'anni si utilizza anche il termine "metacognizione". Supponiamo di dover moltiplicare a mente diciassette per quindici. Quale strategia utilizziamo? Diciassette per dieci, poi diciassette per cinque e poi sommiamo i due risultati? Oppure facciamo quindici per quindici, poi quindici per due e sommiamo i risultati? Oppure diciassette per diciassette, poi diciassette per due e sottraiamo il secondo risultato dal primo? Quale è la strategia più adeguata? L'ultima strategia sembra decisamente la meno economica. Vi possono tuttavia essere dei casi in

cui essa può essere utile. Supponiamo, ad esempio, di dover moltiplicare venti per diciannove. Può essere utile fare venti per venti meno venti. Si può tuttavia obiettare che ancor meglio è fare diciannove per due per dieci. Il problema, comunque, in questo contesto non è stabilire come si fanno le moltiplicazioni a mente. Si trattava solo di esempi per evidenziare che la nostra mente non si limita ad usare strategie di soluzione di problemi, ma ha anche il compito di regolare i processi di conoscenza (processi metacognitivi), cioè di scegliere le strategie più adatte, di pianificare il ragionamento, di controllare che le strategie vengano utilizzate nel modo adeguato, di verificare i risultati, eventualmente di riformulare un altro piano di intervento, ecc. Nel bambino piccolo i processi metacognitivi sono solo agli inizi. Anch'essi grazie ai processi maturazionali ed all'esperienza si sviluppano. Si apprende anche a controllare l'apprendimento. Questo è un altro punto fondamentale da tenere a mente quando si è facilitatori di apprendimento: la situazione ideale per cambiamenti duraturi è quella che prevede di partire da ciò che è familiare al soggetto di apprendimento anziché pretendere di insegnare ad una altro i nostri meccanismi di funzionamento. Apparente questa operazione appare più breve ma è dimostrato come dia minori risultati sul medio e lungo periodo e soprattutto non generi autonomia.

L'apprendimento di abitudini

Abbiamo fino ad ora considerato vari tipi di apprendimento seguendo il criterio primitivo/evolativo. In altre parole abbiamo considerato dapprima gli apprendimenti possibili anche nelle forme biologiche più primitive per passare poi a quelli più evoluti, resi possibili dall'uso dell'intelligenza. In questa parte è opportuno analizzare altri tipi di apprendimento non facilmente classificabili secondo il criterio primitivo/evolativo. Ad esempio è possibile apprendere abitudini particolarmente semplici o notevolmente raffinate, imitare come i pappagalli o riprodurre in modo eccezionale la voce di un'altra persona, apprendere per prove ed errori la strada di un labirinto oppure le leggi fisiche relative ad un esperimento che comprende molte variabili, apprendere, a livello motorio, a chiudere la mano oppure a guidare l'automobile. Vi sono delle situazioni che ci ricordano facilmente quanto l'apprendimento di abitudini possa essere tenace. Basta pensare alla nostra attività quotidiana. Alla mattina, appena alzati, forse ancora mezzi addormentati, quante cose facciamo per abitudine. Possiamo ricordarne alcune: lavarsi, vestirsi, fare colazione, preparare ciò che ci servirà per la scuola o per il lavoro, ecc. Come abbiamo anticipato vi sono, tuttavia, abitudini presenti anche in attività molto sofisticate: nella programmazione di una ricerca, nella conduzione di una automobile in una gara di formula 1, in un esercizio sul trapezio effettuato in un circo, nel giocare una partita di calcio, ecc. Caratteristico dell'abitudine è il fatto che l'apprendimento si basi non su un apprendimento singolo, ma su una vera e propria classe di comportamenti (cioè su tanti comportamenti fra loro simili). Ogni nuovo comportamento rinforza l'abitudine precedente. L'abitudine, inoltre, tende a cristallizzarsi, nel senso che non è facile da modificare. Essa si impone senza bisogno di atti di decisione da parte del soggetto. In altre parole tende ad essere automatica. L'abitudine ha un verso, nel senso che l'ordine con cui vengono compiute le varie azioni tende ad essere sempre lo stesso. Ogni azione è preceduta da una azione che tende ad essere sempre la stessa ed è seguita da un'altra sempre uguale. La sequenza invariante definisce un'abitudine. Date queste premesse è ovvio che non è facile cambiare una abitudine. Le abitudini possono essere sia particolarmente primitive, sia molto evolute. Quando sono primitive esse sono spiegabili con le leggi del condizionamento. Negli altri casi, cioè quando l'influenza dell'intelligenza è significativa, tali leggi non sono più sufficienti.

L'apprendimento per imitazione

Una visita allo zoo ed in particolare ai pappagalli, alle gracule religiose ed alle scimmie non lascia dubbi sulle capacità imitative degli animali. L'attività imitativa è fondamentale anche nell'uomo. Il neonato ha a disposizione possibilità imitative che non devono essere sottovalutate. Si tratta di capacità innate, che si manifestano fin dai primi mesi/giorni/ore di vita. Con il progredire dell'intelligenza le sue capacità imitative si sviluppano ulteriormente. A partire dai diciotto mesi di vita circa, inoltre, egli diventa capace di imitare anche situazioni percettivamente non presenti. I primi studi dell'apprendimento avevano decisamente trascurato il ruolo dell'imitazione nell'apprendimento, cercando di ridurre tutto l'apprendimento alle leggi presenti nel condizionamento classico ed in quello operante. Come per altri casi, gli studiosi al di fuori dell'ottica comportamentista avevano criticato questa posizione, ma le loro osservazioni furono poco considerate fino a quando all'interno della stessa ottica comportamentista alcuni studiosi, tra cui Bandura, sottolinearono l'importanza anche di questo tipo di apprendimento. A quel punto la teoria comportamentista, comunque, era ormai in declino e sempre più importanza stavano acquisendo le posizioni cognitiviste.

Sia nei casi della Pedagogia tradizionale che della Pedagogia speciale è fondamentale il ruolo di questo tipo di apprendimento di cui restano alcune reminescenze per lo più inconse anche in età adulta. Del resto molte metodologie legate all'addestramento sfruttano proprio questo tipo di apprendimento.

L'apprendimento per prove ed errori

Consideriamo l'apprendimento del percorso di un labirinto da parte di un ratto. E gli apprendimenti presenti in uno scienziato che formula ipotesi, poi verifica, modifica le proprie ipotesi, costruisce un'altra situazione sperimentale, verifica ulteriormente, ecc. In tutte e due i casi si può parlare di apprendimento per "prove ed errori" o più precisamente di "apprendimento per prove e valutazione dei risultati". Evidentemente con questa espressione ci si riferisce ad un modo generale di apprendere, che risulta più o meno evoluto a seconda del fatto che esso si realizzi con o senza l'intervento dell'intelligenza. Nella sua forma più elementare il comportamento per prove ed errori segue molte delle leggi del condizionamento operante. Ai livelli più raffinati, viceversa, esso è un vero e proprio apprendimento basato sulla utilizzazione del pensiero formale.

Questa è una capacità legata al problem solving stesso e che tende, nella nostra società, a perdersi col passare del tempo ma che consente effettivamente un apprendimento più celere e duraturo una volta che i meccanismi sono consolidati.

L'apprendimento motorio

Vi sono degli apprendimenti motori elementari, come quelli degli animali, che è possibile spiegare ai principi evidenziati dal condizionamento classico e da quello operante. Vi sono tuttavia degli apprendimenti motori anche molto complessi, che richiedono ulteriori approfondimenti e per i quali è evidente l'influenza dei processi cognitivi superiori. Guidare una automobile, sciare, giocare a tennis o a calcio, danzare, scrivere con una tastiera, ecc. La ricerca ha evidenziato che l'apprendimento delle abilità motorie complesse segue dei principi specifici su cui è opportuno soffermare la nostra attenzione. Nel caso di azioni motorie molto complesse ci troviamo di fronte a strutture ritmiche unitarie, composte da sequenze di movimenti preordinati e troppo rapidi per poter essere spiegati sulla base della relazione temporale fra lo stimolo condizionato e la risposta condizionata. Per esempio, la successione delle pressioni sui tasti, nel caso di un bravo pianista, costituisce una sequenza preordinata e troppo rapida per poter essere spiegata affermando che ciascuna pressione del singolo tasto produce una nota che costituisce lo stimolo condizionato della successiva pressione condizionata di un altro tasto. In parole semplici, il bravo pianista, al contrario di un principiante, non aspetta certo di udire una nota per produrre la nota successiva. Al termine dell'apprendimento delle abilità motorie complesse è possibile raggiungere un livello di automazione assai elevato, com'è facile rilevare qualora si osservi una dattilografa esperta, capace di scrivere a macchina alla velocità del linguaggio parlato e senza mai guardare la tastiera. Al contrario di quanto avviene nel caso del condizionamento, la consapevolezza è presente e persino necessaria nelle fasi iniziali dell'apprendimento di un'abilità motoria complessa. Per esempio, la persona che sta imparando a guidare è acutamente consapevole di tutti i propri movimenti, come lo sterzare, l'ingranare la marcia, il frenare, ecc. Nelle fasi ulteriori dell'apprendimento la consapevolezza invece si ritrae, avendo esaurito la propria funzione di avviamento, e viene sostituita da automatismi sempre più perfezionati. Non solo, ma la sua accidentale ricomparsa in queste fasi ulteriori dell'apprendimento può seriamente danneggiare il risultato. Il modo migliore per far sbagliare una brava dattilografa consiste nel chiederle di concentrarsi sui singoli tasti o sulle singole battute. L'apprendimento delle abilità motorie complesse si articola in tre tappe di carattere generale: inizialmente il soggetto differenzia le componenti principali dell'abilità motoria; successivamente egli apprende ad eseguire con efficienza crescente i movimenti minori appartenenti a ciascuna delle suddette componenti; infine, egli apprende a coordinare con efficienza crescente le componenti principali. Generalmente l'apprendimento delle abilità motorie complesse segue un andamento caratteristico: le componenti principali vengono differenziate e apprese in modo rapido; le difficoltà cominciano invece quando si tratta di coordinare fra loro le componenti principali, ed è infatti questo punto che l'apprendimento segna una vistosa battuta d'arresto, detta "plateau", durante la quale l'esercizio, per quanto intenso e tenace, non riesce a migliorare la prestazione individuale; l'organismo ha bisogno di una sorta di "pausa di recupero", e si rende insensibile, finché essa sussiste, a qualsiasi sollecitazione esterna. Successivamente la situazione di stallo si sblocca in modo improvviso, cioè scatta o si perfeziona la coordinazione fra le componenti principali. Il processo continua nel medesimo modo discontinuo, fino a un limite massimo di rendimento, che varia da individuo a individuo. Le sensazioni visive e uditive, con il progredire dell'apprendimento dell'abilità motoria complessa, tendono ad essere

sempre più sostituite dalle sensazioni propriocettive, che ci vengono trasmesse dai muscoli e dalle articolazioni del corpo.

Questo tipo di apprendimento diventa sostanziale nelle fasi di addestramento sia di noi stessi che di altre persone. In riabilitazione motoria si usano spesso dei metodi che puntano essenzialmente sull'ottimizzazione del processo di apprendimento motorio.

Questi estratti hanno l'intenzione di ricordarvi che le attuali conoscenze sull'apprendimento sono frutto di studi provenienti dalla Neurofisiologia e dalla Psicologia, per lo più sperimentati sugli animali e poi inferiti sugli esseri umani, tenendo conto che negli ultimi anni le nuove tecniche di *imagining* hanno consentito di verificare anche a livello di funzionamento osservabile.

Dall'evoluzione di questi studi si è arrivati all'utilità del *problem solving*, ogni volta che ci sia bisogno di un'uscita creativa, di un'ideazione che ponga elementi nuovi o combini in maniera nuova elementi vecchi.

Chiaramente per stimolare un processo di *problem solving* funzionale ad una situazione contestuale occorre che ci sia una motivazione sufficiente a giustificare lo sforzo, che si superino le economiche modalità di fissità funzionale ed il nervosismo, cercando di sfruttare ciò che si è già accumulato con apprendimenti precedenti.

Anche all'interno del processo di *problem solving* ci sono però percorsi che portano alla soluzione diversi tra loro:

- per prove ed errori (es. meccanismo tipico del bambino che impara)
- per soluzioni progressive ottenute dalla scomposizione del problema in sottoproblemi
- per insight o illuminazione o intuizione.

A seconda del pensiero sottostante all'uso di questi modelli si può parlare di pensiero convergente o divergente.

Il pensiero convergente, per dirla con Guilford, è il ragionamento logico e razionale, che si poggia su una logica deduttiva e sfrutta in maniera lineare situazioni precedenti in cui ci si è già trovati. È sicuramente funzionale di fronte a problemi semplici o ai casi di emergenza in cui in effetti è più efficace applicare meccanicamente soluzioni già standardizzate a priori.

Il pensiero divergente è invece quello creativo, sollecitato da situazioni sociali e complesse in cui occorre fluidità, flessibilità ed originalità.

In ogni caso occorre non sottovalutare l'importanza della componente emozionale dell'apprendimento che interviene sia prima di compiere una qualsiasi scelta, sia nella fase di ideazione che nel rimodellamento di un'idea vecchia.

Di qui si capisce l'importanza, per il funzionamento umano, di trovare delle strategie che consentano di "lasciare un segno" nella mente, in grado di influenzare il comportamento.

Negli ultimi anni la scoperta, da parte di un'equipe italiana, dei **neuroni specchio** ha consentito altresì di trovare delle basi neuro-fisiologiche all'empatia ed all'importanza degli aspetti emotivi e sociali per l'apprendimento.

Scoperti nei macachi da un gruppo di ricerca dell'Università di Parma, i neuroni specchio hanno una duplice capacità. Da un lato si "accendono" quando le scimmie compiono un'azione, ad esempio prendere un oggetto, dall'altro si attivano in maniera simile quando l'animale vede un altro individuo (scimmia o uomo) fare lo stesso gesto. L'agire altrui fa "risuonare" all'interno di chi osserva i neuroni che si attiverrebbero se lui stesso compisse l'azione. Tecniche di analisi neurologica fine, che arrivano a livello cellulare, hanno permesso di scoprire e studiare l'attività di questi neuroni negli animali. Metodi di visualizzazione dell'attività cerebrale rendono possibili analoghe indagini sull'uomo. Si sta così scoprendo che il sistema specchio umano è assai complesso, coinvolge molteplici regioni cerebrali, incluse le aree del linguaggio, e sembra intervenire, oltre che nella comprensione delle azioni e delle emozioni altrui, anche nella capacità di apprendimento per imitazione, proprietà molto sviluppata nell'uomo.

Su *Science* del 29 aprile scorso, in un articolo a firma Fogassi, Ferrari, Gesierich, Rossi, Chersi e Rizzolatti, il gruppo di Parma indaga un'ulteriore potenzialità dei neuroni specchio: la capacità di attribuire intenzioni agli altri. Una semplice azione, come quella di prendere un pezzo di cibo da un tavolo e portarselo alla bocca per mangiarlo, o di prendere lo stesso pezzo di cibo e

riporlo in un contenitore, è una catena di atti semplici, ognuno comandato da un neurone motorio nella corteccia del lobo parietale. Nei macachi studiati, la catena cambia sin dal primo gesto se l'intenzione dell'azione varia: il neurone motorio che per primo si accende è diverso se la scimmia afferra il cibo per mangiarlo o se lo afferra per posarlo in un contenitore. E diversa è la catena dei neuroni specchio che si attivano nell'osservatore di tali gesti: sin dall'inizio il sistema specchio fa risuonare la catena giusta di neuroni, prima che il gesto altrui sia messo in atto.

Se questa è una capacità del sistema specchio nei macachi, quali sono le potenzialità di quello umano? Per saperne di più *Tempo Medico* ha rivolto alcune domande a Giacomo Rizzolatti, autore di riferimento dello studio appena pubblicato.

I neuroni specchio, come vi è venuta un'idea simile?

Bisogna innanzi tutto dire che alcuni psicologi avevano previsto che vi fosse un meccanismo di accoppiamento tra visione e capacità motoria, ma il meccanismo con cui le informazioni relative al mondo esterno e gli eventi che vi accadono sono organizzate e, quasi miracolosamente, acquistano un senso nella nostra mente è rimasto a lungo un mistero. Una volta, un po' per caso, durante le nostre osservazioni etologiche sui macachi, abbiamo visto che alcuni neuroni si attivano anche quando una scimmia non mette in atto una determinata azione. E' sufficiente che osservi un'altra che compie quell'azione. Incuriositi dal fatto, abbiamo cercato di capire meglio, scoprendo così che si tratta di un fenomeno reale: c'è tutta una popolazione di neuroni che si attiva quando l'individuo vede compiere un'azione identica a quella che lo stesso neurone codifica.

E se l'individuo che osserva non ha mai compiuto il gesto codificato da quel neurone? Nessuno "specchio" si accende nel suo cervello?

A questo proposito abbiamo indagato sull'uomo. Una persona è sdraiata in un sistema *scanner* per la risonanza magnetica nucleare, in modo che si possa mantenere sotto controllo la sua attività cerebrale mentre osserva filmati. Lo spettacolo propone prima un cane, un uomo o una scimmia che mordono, poi un uomo che parla, un cane che abbaia o una scimmia che fa versi. Il sistema specchio si accende solo quando l'uomo vede i tre mordere, ma non quando osserva un cane abbaia. Altri gruppi hanno fatto esperimenti analoghi: i danzatori classici, per esempio, hanno un'attivazione se vedono ballare classico, ma non se assistono a un ballo moderno e viceversa.

Se le cose stanno così, perché si pensa che il sistema specchio potrebbe essere coinvolto nel meccanismo d'apprendimento per imitazione?

Per apprendere qualcosa, per esempio suonare la chitarra, bisogna mettere insieme piccoli elementi già presenti nel nostro bagaglio di gesti conosciuti. Tutti sappiamo muovere le mani, ma per suonare la chitarra l'importante è muoverle in un certo modo e produrre un determinato risultato.

L'apprendimento comporta l'osservazione, la codifica dei gesti con il sistema specchio e poi una complessa rielaborazione, ancora sconosciuta, da parte del lobo frontale.

Visto che i neuroni specchio sono gli stessi neuroni che comandano una specifica azione, come è possibile che si accendano, senza che questo corrisponda a un gesto?

Esiste un sistema di blocco, un meccanismo frenante. Se guardo una partita di calcio e mi appassiono molto, quasi mi viene da calciare quando un giocatore fa goal, ma ovviamente non lo faccio. L'economista Adam Smith racconta dell'empatia col funambolo che porta a oscillare e muoversi, quando si assiste a una persona che cammina sulla corda, come se la si volesse aiutare. In realtà saremmo indotti ad agire, ma c'è un sistema che ce lo impedisce. L'azione però compare nei malati che hanno un "comportamento d'imitazione involontario"; senza volerlo continuano a imitare i gesti altrui. Quando i medici provano a produrre gesti strani e senza senso di fronte al paziente, questo li ripete, senza volerlo. Alla domanda del perché si comporti così, la risposta è che "viene automatico". Questi malati hanno un danno nel lobo frontale.

Così come ci sono disturbi in cui lo specchio è attivo fino in fondo, ci sono anche malati in cui sembra che il sistema non funzioni? E' vero che l'autismo corrisponde a un'alterazione del sistema specchio?

Vari gruppi hanno scoperto che nei pazienti autistici, soprattutto nei bambini, il sistema specchio è ipofunzionante. Non si può ancora dire se questa sia la base fisiologica dell'autismo o

se sia un correlato, come tanti altri disturbi presenti in questi pazienti. Certo è un'ipotesi interessante, da esplorare. Potrebbe spiegare perché le persone autistiche non partecipino alla vita di tutti gli altri. Non riescono a entrare in sintonia con il mondo che le circonda, perché non capiscono i gesti altrui. Le altre persone si muovono ma è come se si trattasse di robot, che agiscono senza precisi scopi. E' come vivere in un mondo di *zombie* che fanno cose strane, di cui non si capisce bene l'intenzione. Se il sistema specchio è davvero coinvolto, è affascinante, perché avremmo di fronte un possibile ventaglio di tecniche riabilitative da ideare e sperimentare.

Il sistema specchio funziona solo per i gesti o ci sono altre caratteristiche del nostro comportamento che attivano specchi interiori?

Abbiamo recentemente scoperto, in collaborazione con un gruppo francese, che c'è un sistema specchio anche per le emozioni, in particolare abbiamo sondato la sensazione di disgusto, facendo inalare odori sgradevoli e mostrando i volti di persone disgustate. Il meccanismo che provoca sensazioni spiacevoli, come il vomito, coinvolge una particolare area encefalica, denominata *insula*. Il titolo che abbiamo dato al nostro lavoro è "Siamo entrambi disgustati nella mia *insula*". Nei bambini autistici potrebbe mancare questo meccanismo. I pazienti affetti da autismo non riescono a capire quando gli altri si emozionano: quello che per tutti è un sorriso per loro è una semplice smorfia, un movimento dei muscoli facciali che non corrisponde ad alcuna emozione. Questo li isola dal resto del mondo.

Un sistema dunque, che ci fa stare bene insieme agli altri?

Le scoperte sul sistema specchio ci dicono in sostanza che siamo altruisti. Anche molti economisti si stanno interessando dell'argomento perché sono messe in discussione alcune teorie economiche classiche, in base alle quali l'unica molla che fa agire l'uomo è l'egoismo, che andrebbe quindi indirizzato a fin di bene. Il sistema specchio, invece, ci dimostra che siamo contenti quando gli altri sono contenti e scontenti in caso opposto. Esiste dunque un meccanismo di base fisiologico in cui la felicità altrui è anche la propria.

di Anna Piseri - Tempo Medico n. 797

26 giugno 2005

Ma quali **variabili** dobbiamo operativamente tenere in considerazione quando vogliamo occuparci di apprendimento?

Genericamente possiamo analizzare:

-l'età: a seconda delle diverse fasi del ciclo di vita rielaborano percorsi di apprendimento differenti. Alcuni tipi di apprendimento sono più tipici dei bambini (apprendimento per imitazione, per prove ed errori) che degli adulti

-il genere: alcuni studi sembrano dimostrare che le donne sono più portate per un apprendimento di tipo linguistico che non uno matematico; questo è dato dall'attivazione di aree corticali diverse o dalla società che per secoli ha relegato le donne nell'impossibilità di mostrare la propria intelligenza? Nessuno studio è stato ad oggi in grado di isolare le variabili socio-culturali connesse ai meccanismi di apprendimento di uomini e donne e pertanto si perviene all'affermazione che non ci sono differenze di apprendimento esclusivamente legate al genere.

-la scolarità/il livello di istruzione: indubbiamente il livello di alfabetizzazione, scolarità e cultura dovrebbero mostrare una proporzionale maggiore elasticità nell'attivazione dei meccanismi di apprendimento ma molto spesso una maggior scolarizzazione è dovuta a risultati migliori ottenuti dalle persone in virtù forse di più efficaci meccanismi di apprendimento.

-la professione, non sembra mostrare una correlazione diretta e nemmeno sempre positivamente correlata con il livello di scolarità. Chiaramente molte professioni richiedono l'utilizzo di stili di apprendimento in modo prioritario rispetto ad altri (es capacità di problem solving)

-la nazionalità/provenienza: non è una variabile di per sé correlata con la capacità di apprendimento, mentre può esserlo in qualche modo rispetto alla scolarizzazione ed alla professione e quindi condizionare indirettamente la possibilità di apprendimento a livello sociale

-il contesto sociale risulta essere, infine, quello che di nuovo maggiormente condiziona l'apprendimento di una persona

Questi elementi possono essere tenuti presenti nel momento in cui si raccolgono i dati di un paziente o si leggono gli stessi su una cartella, come base iniziale di riflessione rispetto al percorso che si vuole proporre.

L'apprendimento di un individuo segue un vero e proprio processo, costituito da fasi che si susseguono.

Queste **fasi** generano nell'individuo un cambiamento, ricevendo dall'esterno un input (= stimoli, elementi in ingresso) che viene elaborato nella mente e riformulato per l'esterno come output (risultati, elementi in uscita).

La prima fase di percezione o di input è quella in cui riceviamo gli stimoli dall'esterno. Essi sono di diverso genere:

Sensoriali. Riguardano fatti accaduti che noi vediamo con i nostri occhi, sentiamo con i nostri sensi e che archiviamo immediatamente.

Astratti. Ci provengono, ad esempio dalla lettura di un testo, dall'ascoltare un discorso durante un'assemblea, dall'analizzare un grafico. Questi stimoli sono più difficili da archiviare, perché passano attraverso i sensi ma poi vengono rielaborati dalle funzioni intellettive

La seconda fase è quella dell'elaborazione: è il momento in cui le informazioni ricevute durante la fase di input vengono decodificate, cioè comprese, classificate e confrontate.

La terza ed ultima fase è quella di output, in cui esprimiamo ad uno o più riceventi (ad esempio noi stessi, un compagno o il docente) ciò che abbiamo percepito o immagazzinato. E' importante per questa fase scegliere il codice ed il canale adatti alla situazione (il codice è il tipo di linguaggio utilizzato, il canale è la modalità di trasmissione delle informazioni). Come abbiamo già detto all'inizio i livelli di apprendimento sono diversi: il primo ha a che vedere con la memorizzazione, il secondo con l'esposizione di quanto appreso, il terzo con la messa in pratica nel tempo di quanto appreso. Così, ad esempio, l'esame tenta di misurare i primi due livelli di apprendimento, mentre per valutare quello effettivo occorrerebbe misurare le vostre prestazioni nel tempo.

Richiamandoci ai principi dell'andragogia, geragogia e pedagogia possiamo provare a riflettere su quali elementi risultano generalmente vincenti rispetto alla facilitazione di apprendimento nelle diverse fasi del ciclo di vita.

Per insegnare efficacemente qualcosa ad un bambino occorrerà:

- incuriosire e stupire
 - interessare
 - divertire
 - rinforzare
- soprattutto alla luce delle caratteristiche legate al suo stadio evolutivo.

Per insegnare qualcosa ad un adulto:

- interessare
- relazionare all'esperienza
- evidenziare il risvolto pratico
- rinforzare

Per insegnare qualcosa ad un adulto anziano:

- recuperare l'esperienza
- evidenziare il risvolto pratico
- rinforzare
- sollecitare i canali maggiormente in uso
- reiterare con esempi pratici

Una buona comunicazione.

All'interno di questo corso non è mia intenzione sfogliare teorie psicologiche circa la comunicazione, cosa di cui la letteratura mondiale, dagli anni '70 in poi è abbondantemente generosa. Mi interesserebbe, però, evidenziare alcuni elementi che ritengo essenziali per individuare il proprio (e l'altrui, quando serve) stile comunicativo, al fine di utilizzarlo nel modo più consapevole possibile, alla luce di alcuni accorgimenti universali.

In questo corso ci occuperemo della comunicazione come parte della relazione d'aiuto e dunque come strumento di apprendimento.

La premessa che mi sembra necessario fare riguarda il chiarimento necessario tra termini che spesso vengono usati come sinonimi, ma che ai nostri fini non lo sono: dato, informazione, comunicazione, relazione.

Con **dato** intendiamo un elemento quantitativo o qualitativo che esprime una qualche caratteristica; esso diventa **informazione** soltanto quando, in relazione all'obiettivo per cui lo cerchiamo ed analizziamo, ci fornisce degli elementi utili a prendere decisioni. Non tutti i dati allora sono informazioni (e questo dovremmo ricordarcelo quando cerchiamo di raccogliere dati senza avere chiaro a che cosa ci servano realmente...). Imparare a selezionare le informazioni che realmente servono è parte del nostro bagaglio professionale.

La comunicazione invece ha a che vedere con il "mettere in comune", condividere, scambiare informazioni in modo circolare, quindi non soltanto pensandola come un messaggio che da un emittente arriva ad un ricevente usando canali e codici specifici ma come a quel processo che coinvolge costantemente il feed back reso dalla persona coinvolta.

Il primo tipo di comunicazione, detta lineare, risulta sicuramente efficace nelle comunicazioni semplici, nelle situazioni di emergenza dove occorre decidere in maniera univoca e veloce, ma in tutte le altre situazioni ha dei forti limiti. La comunicazione circolare sicuramente è più dispendiosa in termini di energia dei soggetti in gioco ma sicuramente consente di arrivare ad una relazione intesa non solo come scambio efficace di informazioni ma come rapporto esistente tra le persone in causa.

In chiave professionale ci occuperemo dunque di comunicazione circolare gestita nel suo complesso: a livello verbale e non verbale.

Per questo il punto teorico di riferimento sono Bateson la Scuola di Palo Alto, di cui il più noto rappresentante resta probabilmente Watzlawick che ha sintetizzato i cinque assiomi della comunicazione.

Innanzitutto ci ha reso evidente il fatto che la comunicazione si muove sempre su tre piani distinti ed intersecati:

-la sintattica: che riguarda il modo con cui si trasmettono informazioni; esattamente come quando abbiamo studiato le regole della grammatica e della logica

-la semantica, cioè il significato dei codici utilizzati

-la pragmatica, cioè la traduzione in comportamento.

Non mi dilungherei oltre su queste specifiche, come sugli assiomi, perché la letteratura ed i testi originali dell'autore sono abbondantemente significativi (e che sono assolutamente da saper enunciare, commentare e corredare di esempi per la valutazione d'esame).

Mi interessa invece stimolare una riflessione circa le traduzioni operative a livello professionale:

-quali delle cose che comunichiamo sono effettivamente delle informazioni di cui il paziente sa che cosa farsene?

-quanto verifichiamo che i codici che noi utilizziamo siano ugualmente interpretabili dal paziente e siano per lui comprensibili? Quanto siamo noi professionisti a fare lo sforzo di uscire dal tecnicismo per incontrare il paziente sul suo territorio semantico e lessicale?

-quanto le informazioni che diamo creano un'immagine operativa nel paziente che gli consentano di mettere realmente in atto scelte e comportamenti?

Pensando ai **cinque assiomi**:

1) non si può non comunicare: quante volte il paziente coglie dai nostri silenzi o dalle nostre smorfie delle cose? Quanto queste cose ci sono sfuggite e sono state interpretate autonomamente dalle persone che abbiamo davanti e quante volte invece sono state fatte consapevolmente? Quante volte la persona ci comunica delle cose anche con mezzi non verbali?

2) la comunicazione ha sempre un aspetto di contenuto e uno di relazione: a volte non è tanto il che cosa diciamo che lascia un segno ma è il come lo diciamo. Per questo talvolta il ricorso alla

metacomunicazione (= esplicitazione del linguaggio, comunicazione sulla comunicazione) è la via migliore per cercare di ottimizzare una relazione o di riparare ad un errore comunicativo commesso o provare a stare e superare l'imbarazzo

3) ogni messaggio ha una propria punteggiatura che è in grado di far assumere significati diversi ad una frase e che ci ricorda come un fatto può essere visto in modi anche estremamente diversi a seconda del punto di osservazione (es. ce la farà ad essere forte, vero?)

4) gli esseri umani utilizzano canali analogici e digitali, verbali e non verbali: che cosa succede quando questi due canali dicono cose contraddittorie rispetto al contenuto? Quale dei due canali prevale? Come possiamo invece realmente rinforzare un messaggio unendo i nostri mezzi comunicativi?

5) tutti gli scambi comunicativi possono essere simmetrici o complementari. Ora per definizione la relazione d'aiuto si instaura tra una persona in posizione down, che ha bisogno di aiuto ed un professionista in posizione up che deve fornire questo aiuto. È sempre chiara questa posizione? Cosa succede quando i ruoli si invertono, oscillano o non sono concordemente riconosciuti? (es. lei al mio posto cosa farebbe? Io al suo posto farei..., in questo reparto il primario è un tiranno e noi facciamo quello che possiamo!).

Le applicazioni di questi presupposti li possiamo ritrovare costantemente nella comunicazione personale e professionale e possono essere spesso responsabili di comportamenti che di per sé, se letti superficialmente, potrebbero essere attribuiti a cattiva volontà o follia del paziente.

Per questo è necessario sviluppare quella che si chiama competenza comunicativa da intendersi come l'essere in grado di gestire una comunicazione efficace finalizzata ad una relazione d'aiuto professionale sufficientemente buona per la persona assistita.

Per fare questo Collins ci ricorda che è indispensabile la consapevolezza di sé e del proprio agire che è fortemente connessa alla capacità di gestire bene una relazione d'aiuto. Come posso infatti, io, essere di supporto ad un'altra persona in difficoltà se non riconosco che cosa risuona in me e che cosa ha per me significato?

La competenza comunicativa, inoltre, si compone di diverse sfaccettature che si intrecciano reciprocamente:

-competenza linguistica, paralinguistica (il tono, lo sguardo, la punteggiatura), cinesica (postura e movimenti), prossemica (lo spazio occupato dal mio corpo, le distanze che pongo tra me e gli altri), performativa (la capacità di utilizzare la comunicazione nelle relazioni per ottenere i fini prefissati), pragmatica (la traduzione in comportamenti) ed infine collocabile a livello socio-culturale (significati che i vari codici assumono tra le persone).

"Buona comunicazione" è un'espressione quasi gergale per definire una comunicazione efficace nel contesto in cui viene utilizzata in relazione allo scopo che si vuole raggiungere. Ancora una volta il punto di partenza non può che essere l'analisi situazionale e la definizione degli obiettivi che mi prefiggo.

Che cosa intendiamo per comunicazione? È solo passaggio di contenuti verbali o investe anche altre dimensioni? Può esistere comunicazione senza relazione e relazione senza comunicazione? Che cosa, come operatore della Sanità, devo sfruttare, evitare ed utilizzare perché questa comunicazione sia orientata all'avvicinamento ed alla collaborazione con il soggetto che ho davanti?

All'interno di un corso così breve non sarà, purtroppo, possibile sperimentare con metodi e tecniche la risposta a tutte queste domande ma dovrebbe esserci almeno la possibilità di riuscire ad essere un po' più consapevoli di quello che facciamo e diciamo parallelamente a ciò che in alcune situazioni simbolo si è visto dare buoni risultati, agganciandovi a ciò che viene trasmesso nei corsi di Psicologia e Sociologia.

I punti cardine di partenza per queste riflessioni saranno alcuni postulati (cioè cose immediatamente vere e che non hanno bisogno di essere dimostrate), la cui motivazione e discussione viene lasciata, per chi interessato ad approfondire, alla bibliografia di base indicata al fondo delle dispense:

1. Non si può non comunicare
2. Non c'è buona comunicazione se non c'è relazione
3. A mettere in atto una buona comunicazione, al di là delle doti naturali, si può imparare
4. Il primo punto di partenza per imparare è conoscere se stessi. il primo punto di partenza per imparare è *conoscere se stessi*: come comunico? In che cosa mi sento più sicuro ed in che

cosa più fragile? In quali situazioni, in cui mi sono trovato, ho avuto delle difficoltà? In quali mi sono ritenuto soddisfatto? In quali ho avuto dei risultati inattesi rispetto a quello che credevo? E nelle situazioni immaginate, come penso che potrei trovarmi? Questo non significa che da oggi per i prossimi 3 giorni giocherò a fare il piccolo analista, ma che potrei approfittare di qualsiasi normale situazione (con sconosciuti, con familiari, con compagni, con amici, con persone che non sopporto, con persone che sono obbligato a frequentare, con le persone che amo) per riflettere un attimo su come ho comunicato, come è stato recepito il messaggio che volevo far passare, quanto è stato distante il risultato da quello che volevo ottenere.

5. Il secondo è *riconoscere i propri punti di forza e di debolezza*, quali, ad esempio, la capacità di ascoltare (quante volte interrompo prima che l'altro abbia finito? Quante volte mi distraigo quando un altro parla? Quante volte non mi accorgo che qualcuno mi sta comunicando qualcosa con un sorriso, uno sguardo, il silenzio?), l'abilità a dimostrare empatia (mi faccio carico del tuo problema, senza farmi risucchiare, perché altrimenti non ti sarei di aiuto), la diplomazia (anche se i miei sentimenti mi direbbero di reagire impulsivamente provo a mediare per raggiungere il risultato che mi sono prefissato), le capacità di metacomunicare (parlare della comunicazione: ti ho risposto in questo modo perché ho provato questo), di trasferire contenuti, di utilizzare la postura, lo sguardo, la gestualità, il tono di voce, la vicinanza fisica.
6. Il terzo è provare ad utilizzare alcuni strumenti e metodi che, con l'esperienza ed il confronto, possono essere affinati, quali: la capacità di fare domande, di formulare risposte brevi e sintetiche, di introdurre la possibilità al cambiamento, la riformulazione, la metacomunicazione. Una cosa fondamentale, anche se spesso sottovalutata, è la possibilità di potersi confrontare con colleghi o figure di riferimento sia sui contenuti, sia sulle modalità sia sui vissuti che vengono scatenati nel ricevente e nell'emittente.

Cerchiamo di riflettere insieme su questi concetti, appoggiandoci su alcune teorie ormai consolidate.

Esistono tre modelli fondamentali attraverso cui può essere intesa una comunicazione (pensate ad una qualsiasi comunicazione):

lineare: io dico qualcosa a qualcuno

circolare: io dico qualcosa a qualcuno che mi restituisce un feedback

significativa: io dico qualcosa a qualcuno in un dato contesto con un dato obiettivo a partire da un codice che, attraverso un feedback, abbiamo definito comune.

Quello che ha dato maggiori risultati in termini di efficacia è sicuramente l'ultimo: sembra scontato, ma provate a pensare a quante volte invece mettiamo in atto solo il primo (ti dò un ordine; ti dico una cosa) o ci convinciamo di avere attuato anche il secondo (ti dico qcsa e vedo come reagisci.), mentre imparare ad utilizzare il terzo modello per intero è tutta un'altra cosa. Come mai? Per educazione, per abitudine, per moda, per incapacità, per inconsapevolezza, per mancanza di tempo o di voglia: per tanti motivi, magari più di uno contemporaneamente.

Ben inteso: siamo tutti molto di corsa ed il tempo manca sempre. Ma siete certi che anche se avessimo il doppio del tempo, riusciremmo a dire meglio le cose? La pratica quotidiana, vi sarete accorti anche voi, dice di no. Dunque cerchiamo di fare del poco tempo un nostro alleato e non un nostro limite a priori, una scusa al non provare a dire in maniera "sufficientemente buona".

Al momento attuale, in Italia, la legislazione definisce come sia compito esclusivo del medico dare al paziente, e solo ad esso, a meno di una delega ufficiale, le informazioni sul suo stato di salute¹. La consuetudine fa sì che spesso sia ritenuta terra di tutti e di nessuno con il risultato che spesso non diciamo nulla o diciamo cose contraddittorie o diciamo cose che lasciano segni (spesso in negativo) indelebili sulle persone. Poco alla volta si sta prendendo coscienza del fatto che il saper comunicare è un elemento costitutivo della professionalità esattamente come lo è la capacità tecnica di individuare correttamente una diagnosi, di eseguire un intervento, di stabilire una terapia adeguata, di mettere in atto una manovra. Lo stesso vale anche per tutti quei membri dell'equipe che non devono comunicare una diagnosi ma che, soprattutto perché più presenti e vissuti come più vicini alle persone, sono costantemente sottoposti alla richiesta, implicita o esplicita, di chiarimenti, di rassicurazioni, di consigli.

¹ Linee Guida della Regione Piemonte ARESS maggio 2006 (scaricabili anche dai documenti aziendali intranet S. Croce e Carle di Cuneo)

Quindi gestire una comunicazione efficace, che non faccia troppi danni e che se li fa, li sappia riparare, è compito di tutti i professionisti della Sanità.

Gli attori con cui un professionista deve saper gestire una buona comunicazione sono:

l'equipe

la dirigenza

il paziente

i parenti-care givers-accompagnatori

la comunità

e questo a tutti livelli, da quella più comune (es.: accoglienza, gestione normale routine) a quelle di livello superiore (es.: gestione, organizzazione, presa di decisioni) a quelle più drammatiche (es.: gestione di diagnosi infauste, di incertezze, di morte, di sospensione del trattamento).

Del resto se la comunicazione si muove su tre canali: sintattica (trasmissione di informazioni), semantica (il significato dei contenuti che ti trasmetto) e pragmatica (gli effetti della comunicazione sul comportamento) è proprio su questo ultimo aspetto che noi dobbiamo concentrare le nostre attenzioni.

Alla base di ogni formazione finalizzata ad accrescere le capacità sociali di un operatore di aiuto ci sono 3 valori fondamentali: il rispetto per le persone nella loro interezza, la convinzione circa la natura sociale dell'uomo, la fede nella possibilità di cambiare. Non si possono mai ignorare le reazioni degli altri, soprattutto quelle del nostro paziente e di chi gli sta attorno. Per questo è essenziale sviluppare una buona **intelligenza emotiva**, cioè la capacità di tenere a freno un impulso, di leggere i sentimenti più intimi, di gestire senza scosse destabilizzanti le relazioni con gli altri, mettendo in atto quella capacità professionale di adattamento all'ambiente che preveda un equilibrio emozionale.

Le capacità che occorre affinare sono essenzialmente:

- L'uso di sé per stabilire relazioni autentiche anche sul piano professionale, dove una buona capacità di riflessione deve consentire una adeguata dose di autorivelazione e di empatia
- La delimitazione dei confini e la capacità di dire di no quando questo è vantaggioso per l'altro: non avere confini espone a rischi talvolta irreparabili sia il paziente/parente sia l'operatore
- L'abilità di trasmettere sostegno emotivo, incoraggiamento, rassicurazione senza che questo sia finta illusione
- Promuovere cambiamenti, motivarli e rinforzarli
- Saper valutare, controllare, interrogare, ottenere informazioni, classificare
- Saper trasmettere informazioni, assicurandomi della corretta comprensione
- Saper progettare e negoziare obiettivi con il soggetto
- Saper lavorare in gruppo
- Saper gestire situazioni di stress
- Saper negoziare, ricercare e utilizzare risorse

Detto in altro modo le competenze comunicative di un infermiere devono essere sviluppate sui tre campi (cognitivo, psico-affettivo, relazionale):

-conoscenze di psicolinguistica, osservazione e interpretazione della comunicazione verbale e non verbale del malato

-strategie e tattiche della comunicazione verbale e non verbale, ascolto

-tolleranza, dedizione, accettazione, neutralità affettiva, pazienza.

Un esercizio che credo si riveli sempre utile e di cui penso sarebbe fondamentale ricordarsi anche una volta entrati a far parte del mondo lavorativo dei curanti (che è estremamente contagioso nel creare una visione assolutamente di categoria sanitaria impedendo di vedere il mondo della salute con gli occhi del comune cittadino!) consiste nel soffermarsi a pensare a cosa ci dà più fastidio quando entriamo in relazione con il mondo della sanità ed in particolare con gli operatori. La maggior parte degli studi evidenziano come le persone si lamentino e reclamino formalmente nell'oltre 60% dei casi per motivi che riguardano l'ambito relazionale, poi per problemi puramente organizzativi o tecnici. Fortunatamente questo sarebbe anche l'ambito su cui dovrebbe essere più facile intervenire.

Credo che a tutti noi possono venire in mente per esperienza diretta o indiretta situazioni in cui l'aspetto relazionale nel contesto di cura non è stato soddisfacente, dalla scortesia, all'incomprensione a tutta una serie di fattori che ostacolano una comunicazione efficace.

Dare ordini, minacciare, richiamare alla ragione ed alla logica, cercare di sostituire, farsi guidare da giudizi morali e pregiudizi, interpretare, investigare, argomentare, minimizzare e banalizzare sono difetti indotti dalla spontaneità che in ambito professionale può fare involontariamente ed inconsapevolmente danni rilevanti. **(di ciascuno di questi elementi lo studente deve saper dare una definizione e fare un esempio)**

Se commettere degli sbagli è sicuramente parte della natura umana, altrettanto deve esserlo la capacità di rimediare. Lo stesso vale nell'ambito della comunicazione: se ci accorgiamo di aver commesso un errore nella relazione e nella comunicazione (ecco di nuovo quanto è importante l'autovalutazione e la consapevolezza!), bisogna individuarne la causa (anche per evitare che possa diventare un'abitudine ripetere lo stesso errore) e adottare strategie di recupero adeguate alla situazione (es. dal chiedere scusa, al metacomunicare, al ritornare da capo, al trovare una soluzione pratico-operativa al problema emerso).

Deve inoltre essere molto chiaro come lo stile comunicativo abbia degli effetti pragmatici tangibili: se il "come piace" è molto più probabile che la persona metta effettivamente in atto ciò che viene detto.

Quando un paziente non controbatte all'indicazione del curante non significa automaticamente che l'indicazione andrà a buon fine: la persona può pensare di aver capito subito, ma poi non riuscire a mettere in atto nella pratica ciò che gli è stato indicato per non chiarezza a medio e lungo periodo o perché le prescrizioni non sono sostenibili o perché non vuole o non riesce. In tutti questi casi non è assolutamente detto che il paziente espliciti queste sue posizioni e difficoltà.

Ogni informazione che diamo, soprattutto all'interno di ambiti specialistici, rischia di essere percepita come un termine tecnico che tuttavia non va a soppiantare ciò che la persona sa già o crede di sapere. L'invito a parte da ciò che la persona sa/immagina/pensa, all'effetto che le nuove informazioni fanno su di lui ed alle difficoltà che incontra garantisce dei risultati in termini di efficacia e di efficienza che solo provando possono essere realmente resi visibili.

La gestione delle informazioni al paziente sul suo stato di salute

Inutile dire che se è chiaro che non tocca all'infermiere dare informazioni al paziente sul suo stato di salute né tantomeno comunicare diagnosi o informare per ottenere consensi è indubbiamente vero che sono spesso proprio gli infermieri a gestire nel complesso il processo comunicativo.

E se il paziente ha parlato con il medico ma al termine del colloquio si accorge di non aver capito qualcosa o non aver osato chiedere e si rivolge all'infermiere?

E se il paziente dopo la comunicazione di una diagnosi cerca nell'infermiere un sostegno alle proprie emozioni?

E se l'accompagnatore (familiare? amante? altro?) cerca l'infermiere per avere informazioni o spiegazioni o chiarimenti?

E se tocca all'infermiere verificare la corretta comprensione del piano terapeutico impostato dal medico ma rispetto al quale non ha assistito alla comunicazione?

Queste sono solo alcune delle situazioni più frequenti, e non particolarmente drammatiche, che i colleghi portano dai loro vissuti quotidiani e rispetto alle quali gli spunti offerti dal corso dovrebbero portarvi a riflettere prima di prendere qualsiasi iniziativa.

A breve corollario vorrei ricordare che le modalità più frequentemente messe in atto dai medici rispetto alla comunicazione, nello specifico, di quelle che vengono considerate bad news (dove occorre tenere ben presente che non solo le notizie rispetto a diagnosi infauste, sospensioni di trattamenti, aggravamenti, terapie invasive, morte, devono essere considerate destabilizzanti per il paziente: ciascuno di noi reagisce in misura diversa in situazioni anche potenzialmente simili), sono:

-non disclosure: non dico niente o dico il meno possibile al paziente

-full disclosure: il paziente ha diritto di sapere tutto, subito, sia di fronte alla verosimile certezza sia di fronte alle ipotesi di incertezza

-person centred disclosure (modello SPIKES): comunicazione individualizzata per il singolo paziente, tenendo conto che ognuno ha i propri tempi di assimilazione e adoperando strategie

differenti e che deve essere accompagnato lungo il cammino di gestione della malattia anche sul fronte comunicativo.

Non è pertanto indifferente per i curanti sapere a quale di questi modelli è abituato ed è stato sottoposto il paziente con cui si sta lavorando (nella speranza anche questa da non dare purtroppo per scontata, che almeno nella recente situazione abbia ricevuto informazioni univoche nella forma, nel modo e nel contenuto).

Ogni curante infatti incontra il paziente lungo un tratto, più o meno lungo, più o meno conosciuto, della propria storia ma non può avere la pretesa di conoscerne l'intero percorso vedendone soltanto un tratto. La responsabilità della gestione del tratto percorso insieme tuttavia non può essere demandata ad altri ma deve essere pianificata e gestita dall'inizio alla fine tenendo a mente la centralità dell'intervento sul paziente.

Tenendo sempre ben presente che il nostro punto di vista è quello di capire che cosa può aiutarci ad essere facilitatori di apprendimento (ad es: "stare" in una malattia, gestire al meglio una terapia) possiamo dedicare un breve spazio ancora legato a ciò che regola i maggiori meccanismi della comunicazione, veicolo primo dell'educazione e della relazione terapeutica.

All'inizio abbiamo ricordato come in un processo comunicativo (la comunicazione terapeutica non può essere un evento, chiuso, lineare definito, ma un processo!) ci sia sempre una fonte-emittente ed un ricevente-destinatario.

Pensando ai curanti come fonte non possiamo non sottolineare come ci siano alcuni fattori connessi al ruolo che ci pongono in una posizione di credibilità potenziale privilegiata: l'avere una divisa, l'essere i fautori di una relazione d'aiuto, l'avere delle competenze tecniche specifiche, l'appartenere ad un contesto marcato.

Ci sono talvolta però anche dei limiti connessi alla fonte stessa, tra cui le diverse caratteristiche personali degli emittenti e dei riceventi (quante volte sviluppiamo feeling o antipatie fin dal primo incontro o persino antecedenti, per il sentito dire o l'immagine che ci siamo reciprocamente creati?), la percezione reciproca del contesto (se stiamo parlando in un ambiente tranquillo o disturbato, in un momento in cui tutti e due abbiamo uno spazio mentale per ciò che stiamo dicendo/facendo oppure no), l'orientamento preferenziale di entrambe i soggetti al contenuto (credete che sia uguale parlare ad un paziente di cose che si conoscono bene ed in cui si crede o viceversa? Che sia più facile sentire cose che si condividono piuttosto che il contrario?).

In tutti i casi la valutazione di un messaggio da parte di un ricevente implica sempre, più o meno consapevolmente, tre diversi atteggiamenti:

-l'interiorizzazione: non basta solo sentire, ma occorre ascoltare (cioè un livello più profondo in cui subentra l'attenzione) e poi fare proprio il messaggio

-l'identificazione: cioè immedesimarsi nell'immagine mentale che ci viene stimolata e proposta e decidere di farla propria seguendola

-la sottomissione che prevede non tanto una mentalizzazione ed un'interiorizzazione del messaggio tramite il comportamento ma l'obbedienza all'esecuzione delle indicazioni. Per quanto potrebbe sembrare questa la via più comoda è in genere quella che dà minori garanzie di durata e di tenuta.

Le tappe di un processo di cambiamento di comportamento infatti seguono di solito 4 passaggi: all'interno della fase di ricezione occorre prestare attenzione a ciò che viene comunicato e poi comprenderne il significato; nella fase successiva che contempla il cambiamento serve invece accettare il cambiamento prefigurato e fare proprie le mosse per realizzarlo. Le insidie che si presentano lungo questo cammino possono pertanto essere molte ad ogni tappa, così come ci ricorda il momento di **Prochaska** e Di Clemente.

Ecco che di nuovo la **credibilità** della fonte non è indifferente. La fiducia riposta nel curante, la competenza attribuitagli (e qui la divisa aiuta ma per fortuna da sola non basta!) e la volontà di persuasione da parte dello stesso si connettono con l'attrazione esercitata (inutile negarselo: l'importanza del feeling che si instaura esiste a maggior ragione nei delicati ambiti della cura!) e soprattutto, come magistralmente insegnano i maestri delle tecniche pubblicitarie, la presenza fisica e la personalizzazione del messaggio (il paziente deve percepire che quando mi rivolgo a lui ho presente lui e la sua storia e su di lui contestualizzo il mio intervento).

Queste brevi riflessioni dovrebbero farci rendere conto di come lo stile relazionale comunicativo è molto importante per il raggiungimento dell'obiettivo. È dimostrato da molti studi che se "il come" vengono dette le cose piace è molto più probabile che sia disponibili ad accettarle, provarle e magari interiorizzarle. Dunque di nuovo: conoscere il proprio stile comunicativo (almeno lungo le

direttive aggressivo, sottomesso, assertivo) consente di scegliere le modalità migliori da mettere in atto.

Tecnicamente parlando ciò che bisogna imparare a fare come qualsiasi altra tecnica professionale è la costruzione di piani comunicativi:

- scegliere le informazioni essenziali che si vogliono trasmettere in un tempo definito. Ricordando sempre che si ricorda circa un 10% di ciò che un interlocutore può pensare di voler dire, bisogna selezionare il minimo possibile di contenuti che si vuole trasmettere (meglio se uno soltanto), tenendo conto la capacità di accettazione ed ascolto reale della persona in quel preciso momento.
- dare uno spazio ed un tempo per il consolidamento magari ripetendo con altre parole lo stesso concetto essenziale e stimolando possibili domande dall'interlocutore
- offrire possibilità di ampliamento di informazioni, senza imporla, per verificare il livello di comprensione e interiorizzazione del paziente
- sfruttare le informazioni per differenziazione (es vediamo anche che cosa potrebbe succedere invece) per offrire una controprova della comprensione del messaggio, aprire alla narrazione, fornire immagini mentali pratiche
- chiudere con una breve sintesi laddove si ribadisca il concetto essenziale e si fornisca alla persona la possibilità di farsi venire domande in un tempo predefinito alle quali potrà chiedere risposta all'operatore.

Alcune trappole comunicative che si mettono in alto anche nelle fasi maggiormente legate all'apprendimento riguardano la **rassicurazione**. Sovente i professionisti della cura sottolineano l'ansia della rassicurazione, soprattutto di fronte a situazioni percepite come delicate. In risposta a quello che a volte finisce con l'essere più un bisogno immediato del curante che magari del paziente si tende a emettere frasi scontate e talvolta banali (stia tranquillo, non si preoccupi, ne ho altre viste situazioni così e anche peggiori) che nella stragrande maggior parte dei casi non solo non hanno un effetto tranquillizzante ma spesso addirittura irritante oppure che aumentano l'ansia anziché diminuirla. Molto meglio mirare ad un effetto **normalizzazione** (immagino che lei adesso possa sentirsi....: è normale, per questo vorrei pensasse con calma alle cose che ci siamo detti e poi, se le venissero delle domande, trovassimo un momento per parlarne insieme...).

Offrire uno spazio di libertà consente anche al paziente di poter esprimere eventuali diffidenze o contrapposizioni che spesso i pazienti celano dietro "bugie" o apparente assertività che però non si traduce in un comportamento conseguente e non consente al curante di arrivare davvero a co-costruire con l'interlocutore una possibile via di uscita (es paz. Che non effettua attività fisica regolare perché non riesce a capire come potrebbe fare nelle sue giornate ma dice invece al curante di farla). È importante quindi tenere sempre bene a mente che non deve essere "la nostra verità" quella da salvaguardare, ma aiutare invece il paziente a costruirsi un'immagine operativa accettabile delle indicazioni che forniamo. Del resto tutte le volte che qualcuno dall'alto del suo sapere ci invia un messaggio da tecnico è molto improbabile che immediatamente questo vada a sostituire il bagaglio di conoscenze ed esperienze che ciascuno di noi ha. Se pensiamo poi che la salute è considerata da tutti in tutte le culture un valore positivo da difendere (quando c'è la salute c'è tutto dicevano i nostri nonni) è altresì pensabile che ognuno abbia un suo manuale di medicina familiare con cui è stato educato e cresciuto e che scalzare quindi credenze e rimedi che ci accompagnano magari da lungo tempo non sia affatto facile. Per questo ancora una volta lo sforzo maggiore per entrare delicatamente nell'altro è richiesto al curante e non al paziente, non fossaltro per la retribuzione e la preparazione attribuita al primo.

IL COUNSELLING

Uno strumento specifico all'interno della comunicazione è il counselling, da intendersi come l'uso professionale di una comunicazione consapevole finalizzata a ritrovare/far ritrovare una propria personale via che permetta di andare oltre il problema non fornendo soluzioni precostituite ma mobilitando risorse nelle persone che hanno bisogno di aiuto.

Paradossalmente è il contrario di ciò che in prima battuta il termine potrebbe farci pensare, cioè non è un modo per dare consiglio ma un modo per fornire uno spazio di ascolto qualificato, che utilizza domande prima di dare risposte, attraverso un piano comunicativo attento al feedback.

Per questo, sempre nell'ambito di analizzare che cosa può aiutare ad essere facilitatori di apprendimento, lo ritengo uno strumento fondamentale. Sicuramente in Italia i tempi non sono ancora maturi per una diffusione capillare di questa figura professionale ma da alcuni anni i

professionisti della cura hanno manifestato il bisogno di applicare abilità di counseling nelle loro professioni.

Obiettivi generali del counselling:

1. Fornire supporto nei momenti di crisi (dove ricordiamo che il significato originario rimanda non ad una situazione tragica e necessariamente negativa ma ad un momento di disequilibrio da cui si può uscire indeboliti o rinforzati)
2. Aiutare la persona a reperire informazioni, ad assimilarle e ad agire conformemente facendo maggiore chiarezza in sé
3. Incoraggiare la persona al cambiamento (se necessario)

Punto focale del counselling non è il problema in se stesso, ma la persona.

Lo scopo è quello di aiutare la persona a mobilitare le proprie risorse personali nell'affrontare il problema che viene portato all'interno della relazione.

Dunque il suo principale utilizzo può riguardare il supporto alla ricerca di informazione ed alla presa di decisioni, incoraggiare le persone al cambiamento, quando necessario e contribuire al ripristino di un equilibrio soddisfacente per la persona.

Il counselling non è...

E' molto importante precisare come il counselling così definito non sia da confondere con una psicoterapia. Non riguarda, infatti, l'area del disagio e della sofferenza psichica propriamente detta, ma i vissuti di una persona portatrice di un problema specifico e contestualizzato e non lavora su un disturbo strutturale della personalità (cosa che hanno titolo per farlo, ad esempio, psicologi e psicoterapeuti).

Questo implica che il colloquio di autoaiuto non sia:

- Una conversazione in cui ci si siede e si chiacchiera, al termine della quale non si giunge a nulla di definito se non ad una maggiore familiarità tra gli interlocutori. Questo può essere solo un primo approccio nella relazione di aiuto.
- Una discussione più o meno appassionata, con momenti di arringa, accusa, difesa, argomentazione e conclusione, anche se informale
- Una sorta di intervista giornalistica, per quanto possa sembrare che l'intervistatore cerchi di capire la posizione dell'altro: qui non c'è alcuna volontà spettacolare né di interpretare le affermazioni
- Un interrogatorio in cui un inquisitore, analizza le risposte ma non le domande che l'interrogato a sua volta si pone e che è sempre in posizione di pressione psicologica e di sospettato
- Un monologo
- Una confessione in cui è scontata la superiorità morale di chi ascolta
- Una diagnosi che mira ad incasellare un comportamento o una situazione

Ogni volta che entriamo in contatto con una persona, soprattutto se tra noi non si è ancora instaurata una relazione, ci troviamo di fronte all'incontro di due mondi che se non governato rischia perennemente di sfiorare lo scontro.

Anche di fronte alla richiesta che al curante può sembrare più banale o all'osservazione più scontata dobbiamo tenere presente che da un lato c'è la persona con quello che sa/crede di sapere (e quante volte questi due livelli non coincidono!), mentre dall'altro c'è il curante con ciò che crede che l'altro dovrebbe sapere. Oltre a questi due livelli che possono anche viaggiare su binari differenti troviamo ciò che il paziente è disposto a fare e quello che il curante vorrebbe che l'altro facesse. Dunque i piani su cui si può sviluppare lo sfasamento sono 4 e non solo due.

l'uso di tecniche di counselling che parte dal presupposto che tocchi al curante fare lo sforzo di entrare nel terreno dell'altro, di adattare il proprio linguaggio, di capire che cosa è immaginabile e sostenibile per l'altro.

Fattori da tenere in considerazione

E' purtroppo naturale la profonda convinzione di **descrivere** quando riferiamo il racconto di un altro, quando invece stiamo interpretando, sulla base di modelli mentali prestabiliti e senza

renderci conto che aggiungiamo arbitrariamente del nostro, pretendendo inconsciamente che gli altri vedano le cose e pensino come noi.

Se pensiamo, ad esempio, alle diverse figure che ciascuno di noi può scorgere nella medesima nuvola, ci accorgiamo che la pura e semplice visione dei fatti o descrizione non esiste, perché tutto ciò che vediamo e sentiamo è un insieme di impulsi elaborati dal cervello, cosa che rende di fatto impossibile il non **interpretare**.

Altra cosa che ci è estremamente naturale è il **dare un ordine alle cose**, solitamente temporale o di causa-effetto, così forte da diventare automaticamente regola o legge.

Generalmente stabiliamo che qualcosa avviene prima di qualche cos'altro, per poi instaurare quasi immediatamente una relazione causa-effetto che si traduce nella coscienza come colpevole-vittima strettamente vincolato a giudizi morali.

Ipotesi colpevole-vittima, fuori da un tribunale non portano a nulla di positivo, se non a credere di aver già capito e di avere tutti gli elementi per cui non c'è più niente da cercare (*sono arrivato*), a reazioni del colpevole, al coinvolgimento del professionista nella difesa di questo o quest'altro. Soprattutto non ci portano a comprendere i problemi e non permettono di immaginare un cambiamento possibile (*sugli errori del passato non c'è niente da fare*). Tutto l'atteggiamento del curante dovrebbe essere improntato non tanto all'imposizione ed all'accusa ma all'ascolto "qui ed ora" di ciò che la persona porta e su cui è possibile lavorare insieme.

L'arte del persuadere, del resto, si basa sulla predisposizione della nostra mente a connettere fatti ed elementi diversi, per dare chiavi di lettura agli elementi. Questo implica solitamente che, una volta acquisita una visione nostra delle cose, ci sforziamo costantemente di convincere gli altri che ciò che diciamo è corretto e ci sforziamo di leggere nella mente dell'altro che cosa pensa veramente.

La comunicazione mette quindi a confronto modelli diversi, anche se frutto di meccanismi analoghi. Questo mette a rischio qualsiasi relazione: quando le cose non vanno come pensiamo e l'altro non sembra lasciarsi persuadere dalla nostra interpretazione della realtà, allora nascono i conflitti, i malintesi, le incomprensioni. Le connessioni sono, del resto, per lo più tendenziose perché inserite nella nostra scala dei valori, che spesso ci impedisce di vedere come uno stesso avvenimento possa essere letto in modi diversi.

Quasi sempre dare troppe informazioni porta a connessioni infinite ed ingestibili: situazione ancora peggiore del non dare alcuna informazione.

La **descrizione lineare** di un comportamento (sequenza di eventi semplificati e/o banalizzati per poter essere classificati in una nostra categoria) coinvolge caratteristiche strutturali innate e immodificabili che implicano pressochè automaticamente **connotazioni morali** (es.: fa bene...fa male...) le quali portano a pensare di avere già capito tutto, di sapere che cosa sta succedendo e che cosa è meglio per chi abbiamo davanti, anche se per la prima volta.

Ciò che il counselling ci deve consentire di fare è allargare il campo per capire che cos'altro succede oltre a quello che ci è stato detto; che cosa rende possibile una situazione descritta da qualcuno: di passare, cioè, da una descrizione lineare ad una circolare che renda immediatamente disponibili le informazioni portate.

Un intervento di counselling, per essere utile, efficace e praticabile deve muoversi nel campo dei cambiamenti possibili in quel contesto, in quel momento, secondo quello stile di vita.

Le relazioni del passato, secondo questo approccio, condizionano ma non determinano ciò che può succedere.

Qualsiasi cosa per essere fatta nostra deve essere classificata, ma ogni **classificazione** implica una **semplificazione**, con una conseguente, inevitabile perdita di informazioni ed una collocazione degli elementi dissimili nella stessa categoria.

Quando un elemento così trattato sembra alla nostra mente sufficientemente comprensibile si passa spesso alla **banalizzazione** (es ma cosa vuole che sia!).

Lo stesso avviene per le informazioni attorno ad una persona: ci creiamo un'**immagine** attraverso elementi intersecati, connessi e interpretati per classificare l'interlocutore, sforzandoci di inquadralo in categorie già conosciute.

I rischi più comuni, legati a questi meccanismi, sono:

- creare aspettative sul suo comportamento
- perdere di vista che la sua classificazione sarà diversa dalla nostra
- tralasciare dati fondamentali, a forza di semplificare

Non dimentichiamo, inoltre, che gli altri si comportano con noi in base a quello che credono di leggere nel nostro sguardo o nel nostro viso. Anche le immagini del passato le collochiamo in un ordine che, per noi, è l'unico possibile e su queste interpretiamo il presente e proiettiamo sul futuro. Ma se l'immaginario non conosce e non utilizza il tempo, comunicare solo su fatti o su cose è umanamente impossibile.

Pensiamo, a titolo di esempio, a come si immagina diversamente una coronaria un paziente da un medico o da un infermiere, probabilmente a prescindere dalla competenza specifica che il paziente stesso può avere. Il ruolo e ciò che ne consegue lo rendono diverso.

Le immagini in quanto tali non sono fatti, ma possono generarne. L'intervento professionale può quindi influenzare profondamente l'immaginario del cliente, le sue decisioni operative, le sue azioni e per questo la responsabilità del curante è enorme.

Inevitabilmente si scambieranno immagini ed aspettative a cui si sottendono regole proposte e accettate. Ricordiamoci di non entrare come elefanti nel mondo fantastico che ciascuna persona si è, seppure per lo più inconsapevolmente, costruito.

Dall'altro lato si presenta anche la necessità di accogliere le speranze del paziente o le sue illusioni senza che ciò significhi illuderlo o incoraggiare speranze infondate, a partire dalla sua personale valutazione dell'ostacolo.

Questo deve far riflettere continuamente il curante sulle sue possibilità e sui limiti del proprio ruolo: i deliri di onnipotenza ed il senso di inadeguatezza sono sempre pericolosamente in agguato.

Del resto, anche per l'operatore, come per il paziente, la dicotomia tra **emozioni e ragione** è sempre ben presente.

Mentre le ragioni del cuore contemplanò la contemporaneità di più sentimenti (et-et), la ragione della mente non può che considerare una cosa alla volta (aut-aut) ed anche quando ci sembra di pensare più cose alla volta, in realtà, stiamo semplicemente pensando di pensare più cose contemporaneamente.

Queste due fondamentali componenti dell'essere umano utilizzano codici ben diversi, difficilmente veicolabili in modo preciso dal linguaggio verbale.

Pensiamo, inoltre, come nella nostra cultura occidentale la ragione, seppur con dichiarazioni contraddittorie, tenda a predominare fin dalla prima educazione. Il rapporto culturale con le nostre emozioni sono sigillate dalla formula "decoro e contegno", ben resa in piemontese dal classico "esageruma nen", contrapposto all'altrettanto sfruttato "essere se stessi e sfogare ciò che si ha dentro" che ha consentito alla corrente new age di avere così tanti proseliti, anche se inconsapevoli.

Spontaneamente ciascuno di noi tende generalmente ad attribuire il proprio disagio (componenti emozionali) a fattori esterni (componenti razionali).

In ambito professionale tali meccanismi devono essere, più che in altri contesti, tenuti scrupolosamente sotto controllo, evitando lo scontro tra due teste (es.: come fa a non capire?) che sfocia pressochè inevitabilmente in giudizi morali ed in dinamiche colpa-vittima, con tutti i sentimenti incontrollati connessi.

Del resto è ormai opinione condivisa come un individuo per essere completo (non felice!) abbia bisogno sia dell' et-et sia dell'aut-aut.

Un altro fattore da tenere in considerazione è la **metacomunicazione**, cioè la comunicazione sulla comunicazione, che può servire a disinnescare la tensione, ma che è molto difficile da attuare perché sul senso della comunicazione bisogna essere d'accordo in due. Se uno dei due non ci sta, la situazione peggiora.

Fuori dal contesto la stessa comunicazione può essere molto diversa. Talvolta, infatti, si generano tensioni e conflitti tra aspettative del paziente e ciò che riceve, nel qual caso il curante non può che cercare di capire che cosa l'altro sa e come si inseriscono i vincoli del contesto operativo in questo meccanismo contestuale.

La comunicazione ha una così grossa valenza proprio perché provoca reazioni a catena nel sistema, innescando emozioni, dubbi, ripensamenti, senza sapere che cosa succede né riuscire a controllarle. Non bisogna altresì incorrere nell'illusione di credere di poter conoscere con certezza gli effetti di un messaggio su un individuo e su un contesto.

Per quanto riguarda il **contenuto ed i suoi significati**: i cambiamenti legati al contesto, all'ambiente, alle esperienze, ai valori, il trabocchetto più grosso è costituito dal fatto che ogni contenuto può nascondere un altro. Come far emergere ciò di cui si sta realmente parlando? Occorre lavorare chiedendo di esplicitare con chiarezza, indagando le aree oscure o critiche, mettendo ordine nella comunicazione.

A questo punto interviene il potere del lessico familiare, cioè di tutte quelle espressioni costanti che scatenano allusioni e vissuti che un estraneo non conosce. Bisogna cercare di penetrare in questi significati, capire come e quando possono essere utilizzati per aumentare la complicità nella relazione, evitando i commenti automatici che bloccano la comunicazione.

In sintesi si può dire che:

- le descrizioni possibili di un fatto sono moltissime, ma ciascuno crede di più alle proprie descrizioni che a quelle degli altri
- in ogni descrizione giocano delle cose che sono state definite predisposizioni mentali del soggetto (interpretazioni, connessioni, pregiudizi, etc...)
- le reazioni abituali quando ci confrontiamo con una descrizione troppo diversa da quella data da noi vanno dall'incredulità alla non comprensione, passando per irritazione, sospetto, svalutazione, ostilità, opposizione.

Nessuna di queste reazioni favorisce il cambiamento.

In genere, invece, chiunque si rivolga ad un operatore, soprattutto in una struttura sanitaria, si aspetta un **cambiamento**. Anche il curante lavora per ottenere un cambiamento.

Un cambiamento tuttavia è efficace solo se influisce sulle **regole** che governano la vita e le decisioni di un individuo.

Ci sono regole che non possono essere cambiate, ma tutto un insieme di regole del gioco e del sistema, magari create da noi o legate a relazioni che dipendono da noi (es.: vincere una partita a scacchi, con le stesse regole del gioco, cambiando strategia) che possono essere interpretate in modi diversi.

In un certo senso il compito di un curante, soprattutto nell'ambito di un programma di educazione del paziente, dovrebbe essere quello di trasformare l'utente da giocatore mediocre a buon giocatore, capace di distinguere tra cambiamenti possibili e cambiamenti inverificabili e sviluppare apprendimento servendosi, perché no, di fantasia e immaginazione.

Questo implica che il professionista deve lavorare sulle regole del sistema e non su quelle del gioco, perché comunque ignoreremo sempre la totalità degli effetti reali di un nostro intervento.

Distinguere tra i cambiamenti quelli possibili implica due presupposti che si condizionano reciprocamente:

- Definire cosa posso o non posso fare come curante per il paziente, una volta capite le richieste, per permettergli di ridefinire le sue stesse richieste sulla base delle mie possibilità di intervento
- Esplorare la sua realtà per aiutarlo a vederla da punti di vista diversi

Gli **atteggiamenti spontanei** nel corso del colloquio con le persone vanno tenuti sotto controllo per:

- Non seguire l'andamento emotivo: se è piacevole voglio prolungarlo, se è fastidioso voglio interromperlo
- Non farsi condizionare dalla prima impressione
- Non farsi trascinare dal pensiero: "se fossi al posto suo, io..."
- Non farsi condizionare dalla simpatia/antipatia per la persona che ho davanti
- Non farsi condizionare dagli atteggiamenti cronici personali

Il curante deve essere capace di interrompere il circolo vizioso e di evitare l'escalation che porta all'impossibilità di uscire da una relazione conflittuale una volta che si è avviata o alla messa in atto meccanismi di fuga o di aggressione.

Alcuni altri accorgimenti da adoperare in un counselling sono:

1. Limitare la lunghezza e la complessità delle comunicazioni: parlare poco ed in modo chiaro, evitare di affrontare troppi contenuti alla volta
2. Ascoltare e domandare, più che affermare e consigliare: imparare a fare domande aperte, a dare tempo per le risposte, evitando domande a raffica
3. Non presumere di avere capito tutto e non aspettarsi, dall'altra parte, che l'altro capisca subito tutto
4. Non irrigidire le proprie convinzioni: ammettere che la nostra ipotesi potrebbe anche non essere l'unica valida, ammettere che quello che sembra poco credibile potrebbe anche essere vero permette di vedere cose che chi è troppo sicuro di sé rischia di non vedere
5. Tenere conto che la nostra comunicazione entrerà in un sistema di cui non sappiamo quasi nulla

Il nostro **ruolo** di operatori professionisti (medici, infermieri, amministrativi, etc...) è deciso dal **contesto**, pur esistendo per tutti i soggetti in causa il bisogno di essere considerati e riconosciuti nella propria irripetibile individualità.

Una buona relazione curante-paziente è una relazione che consente ad entrambe di mantenere la stessa senza costi eccessivi.

Tutta la responsabilità di questa relazione è sul curante, perché se fallisce il paziente dovrà inglobare nelle sue difficoltà anche questo fallimento.

Il primo obiettivo della relazione infermiere-paziente è quello di non fare danni, il che presuppone come punto di partenza di non cercare l'affermazione personale e di non dare giudizi morali, con nessun tipo di espressione.

Si può sicuramente ribadire che se è scontato che bisogna impegnarsi a non commettere errori, occorre anche accorgersi di quelli compiuti, ammetterli ed impegnarsi a rimediare, finché si è ancora in tempo.

Una persona in difficoltà è, quasi sempre, molto meno disponibile ai cambiamenti di ottica, modificazione di obiettivi, ridiscussione dei presupposti. Costringerla a confrontarsi con le nostre opinioni provoca: ostilità, rabbia, frustrazione.

In considerazione di tutto ciò ricordiamoci di tenere presente che: quella che ci viene presentata in quell'incontro è l'unica descrizione possibile in quel momento, con tutti i meccanismi mentali (giudizi di valore, attribuzioni di significato, spiegazioni casuali, generalizzazioni, previsioni) e l'insieme di tutte le cose che non sa di sapere o che sceglie di non dire. Lo scopo dell'operatore è quello di salvaguardare la relazione che rende possibile la prosecuzione dell'intervento.

Strumenti e tecniche:

Ciò che conta in questo tipo di relazioni non è tanto la quantità di informazioni raccolte, quanto la loro utilizzabilità; questo perché le informazioni non vanno accumulate in un archivio, ma trattate e restituite circolarmente. L'abilità del curante sta proprio nello spostarsi dalla persona al sistema, costruendo domande appropriate alla formulazione di ipotesi, finalizzate all'attribuzione di un senso per il paziente delle informazioni trattate.

Le informazioni fornite dal paziente, infatti, sono come un puzzle. Bisogna comporlo un pezzo alla volta per arrivare ad un disegno finale che talvolta all'inizio ignoriamo, senza credere che un'immagine ben definita e circoscritta di un piccolo riquadro debba rappresentare l'intero puzzle.

Il rischio contrario è quello di passare dalla vertigine alla complessità: nessuna informazione sembra essere sufficiente, tanto da alimentare un costante senso di inconcludenza ed incontrollabilità. In alcuni casi il tempo non si presenta come tiranno, ma come alleato: il fatto di sapere di avere a disposizione un tempo circoscritto e limitato, deve farci lavorare con l'intenzione di non lasciare domande inascoltate.

La verità che interessa nel momento del colloquio è il perché del paziente. È su quello che bisogna abituarsi a ragionare.

Talvolta la difficoltà maggiore è proprio quella di evitare lo scontro tra due verità e di scivolare nelle connotazioni morali che innescano immediati e duri meccanismi di colpa-vittima, caratteristiche della comunicazione lineare.

L'evitare il perché-spiegazione introduce l'utilizzo del "siccome" o, per dirla con la letteratura, del "sì, e..." che sposta l'attenzione dal perché al cos'altro. Segnala che tutti i particolari possono

essere importanti, che non c'è fretta di capire, di trovare spiegazioni, che è anche possibile scoprire qualcosa di cui non si era tenuto conto.

La tecnica base del counselling è infatti, con il riassunto, la RIFORMULAZIONE, cioè un intervento dell'operatore che consiste nel ridire con altre parole e in maniera più concisa e chiara ciò che l'altro ha appena detto, e questo in modo tale da ottenere l'accordo da parte del cliente.

In questo modo l'operatore è più sicuro di non introdurre elementi estranei né di interpretare autonomamente; il soggetto si sente più tranquillo di essersi fatto capire ed è incoraggiato ad andare avanti, soprattutto se il curante riesce ad un usare alcuni termini significativi citati dal paziente stesso.

Operatore e soggetto hanno la prova dell'ascolto-comprensione e quando non c'è accordo si ricomincia il processo fino alla comprensione.

La riformulazione si snoda attraverso un percorso la cui meta è la comprensione (A-B-C)

A. Riflesso: eco di quanto il soggetto ha detto

B. Nuova formulazione: breve riassunto di quanto espresso dal soggetto. A questo punto è fondamentale considerare la reazione del soggetto, evitando sempre le frasi choc

C. Chiarificazione: non reinterpretare ma ricondursi all'essenziale.

Alcune tecniche utili per questo tipo di colloquio:

positivizzare: evidenziare ciò che funziona, i tentativi riusciti più che quelli falliti, facendo molta attenzione a non banalizzare, facendo sentire il soggetto ridicolo o preso in giro; talvolta ci si trova di fronte all'oggettiva assenza di fattori positivi credibili: allora l'essenziale è cercare di trasformare ciò che sembra solo negativo in anche positivo (es: niente ha funzionato, ma ho sempre tirato avanti a partire da...)

domandare non è interrogare in veste di: insegnante, poliziotto, burocrate, confessore; le nostre domande devono servire a raccogliere materiale utilizzabile dal paziente

le metafore possono essere utilizzate se si ha un buon controllo di sé, al fine di evitare lo scivolamento verso i giudizi morali e verso l'attribuzione all'altro di sentimenti provati dall'operatore

l'umorismo è uno strumento da utilizzare con molta parsimonia, quando si è certi che il paziente è in grado di comprendere e tollerare i meccanismi ad esso connessi e quando la confidenzialità instauratasi lo consente. L'essenziale è avere ben presente come "ridere con" sia ben diverso da "ridere di", soprattutto se ciò viene nell'unica direzione del cliente. Un utilizzo positivo dell'umorismo consente, invece, un salto logico ed un cambiamento senza passare attraverso spiegazioni razionali

l'empatia, come possibile equilibrio tra coinvolgimento ed estraniamento

Il primo colloquio

Il primo approccio relazionale tra il curante ed il paziente riveste sicuramente un'importanza fondamentale.

Chiaramente pochi, sia pazienti sia curanti, dispongono di un contesto base favorevole ad un colloquio di accoglienza che sia veramente tale. La confortevolezza dell'ambiente (ma forse dovrei dire, prima di tutto, l'esistenza di un ambiente dedicato in cui poter parlare nel rispetto della privacy e dello stato emotivo dell'interlocutore) gioca una parte determinante anche se le basse aspettative generalmente dimostrate dall'utenza riguardo a questo fattore possono rendercelo, ahimè, trascurabile.

Ciò che invece è irrinunciabile, ma spesso molto più difficile da trovare dello spazio fisico, è lo spazio mentale, la predisposizione emotiva ad accogliere l'altro: ad ascoltarlo, a comunicare realmente con lui.

È molto importante quindi avere sempre l'accortezza di segnalare le situazioni in cui ci si trova, anche quando sono disagiati (es: mettiamoci qua in questo angolo; non abbiamo una stanza a disposizione per parlare con tranquillità ma qui possiamo isolarci un attimo...)

Al di là delle normali presentazioni di conoscenza (sapere con chi si sta parlando, in quale veste lavora lì e chiamarsi per nome) occorre tener presente che se il paziente arriva già preparato ad un

certo tipo di colloquio può essere bene capire prima di tutto che cosa già sa e crede di sapere e che cosa si aspetta dal colloquio stesso in modo da chiarirsi reciprocamente che cosa il curante può realmente fare per questa persona.

Come in qualsiasi conversazione deve essere individuato il tema conduttore, a partire da una domanda semplice, non multipla e secondo gli accorgimenti legati alla persona che ci troviamo di fronte in termini di linguaggio e condizioni emotive e culturali.

Per fare ciò occorre utilizzare il più possibile le domande usate dal paziente, soprattutto nella fase di conoscenza. Nel primo contatto è fondamentale conoscere, dal suo punto di vista, che cosa lo ha portato lì e che cosa implica questo per lui.

Individuiamo la descrizione che il paziente fa di se stesso, della malattia, della situazione in cui si trova. Dei personaggi significativi a lui legati, ricordando che negli elementi presentati o taciuti ci sono:

- esperienze ricordate
- emozioni ricordate
- interpretazioni di esperienze
- connessioni di fatti e avvenimenti
- attribuzioni
- fatti immaginati
- previsioni
- cose che il cliente ricorda ma che preferisce non dire
- cose che sa e ricorda ma non considera importanti
- cose che non direbbe mai a nessuno
- cose che vorrebbe dire ma non osa
- cose che non sa di sapere
- cose che non è sicuro di ricordare con esattezza

Ma cosa devo dire o cosa devo fare di fronte ad una situazione drammatica?

Le emozioni sono messaggi fondamentali nella relazione, sia che passino naturalmente attraverso le parole sia che scelgano altri canali.

La difficoltà profonda è quella di riuscire veramente a vedere e supportare le emozioni dell'altro, senza evitare i meccanismi già più volte segnalati.

Talvolta sostenere un silenzio pesante della persona che abbiamo davanti può essere ancora più pesante che trovarsi di fronte a crisi di pianto o a domande/affermazioni emotivamente impegnative.

Lo sforzo da fare è sempre e comunque quello di mostrare l'ascolto e l'accoglienza, lasciando un tempo per le emozioni del paziente e poi riprendendo in mano la situazione, a partire dal riconoscimento della difficoltà del momento stesso. Fingere il nulla o cambiare discorso non è sicuramente mai segno di ascolto. Del resto non è nemmeno sensato pensare di "piangere" con il paziente che si è rivolto a noi per ottenere un sostegno fidato e qualificato.

Ci sono sicuramente momenti in cui non sono purtroppo possibili interventi risolutivi davanti a situazioni complesse e drammatiche. Anche qui il far sentire la propria vicinanza rispettando la sofferenza è l'unica cosa che non possiamo non fare. Talvolta questo comporta un contatto fisico con il paziente, il silenzio, l'ammissione di impotenza.

Ma cosa deve farne, il professionista, delle proprie emozioni, per evitare che riducano in modo pericoloso la distanza tra lui ed il paziente, mettendo a rischio la relazione?

Il primo passo è, senza dubbio, riconoscerle, senza negazioni, senza mistificazioni, senza tentativi di giustificarle; il secondo è quello di recuperare al più presto la giusta distanza.

Giusta distanza significa porsi come professionista, davanti al cliente. Non è importante quello che il paziente fa a me (mentire, ingannarmi, nascondermi le sue intenzioni, oppure fare ciò che avrei fatto io, giustificarmi, obbedirmi...) ma quello che lui è in grado di fare nella situazione presente (mantenere o modificare la sua decisione, raccogliere nuove informazioni, chiedere aiuto ad altri...).

Un intervento professionale corretto restituisce fatti ed emozioni ai legittimi proprietari, stabilisce distanze e differenze (io...voi) e cerca spazi condivisibili in cui sia possibile il noi, sempre avendo cura di tenere fuori circuito le reazioni emotive più personali e quindi estranee alla relazione professionale.

Riconoscere e accogliere le emozioni del paziente non è sempre facile. Ognuno di noi, più o meno consapevolmente, fa riferimento ad una specie di manuale personale che prevede “come bisognerebbe sentirsi quando..” ed è da questo manuale che attingiamo quando, pieni di buona volontà e di buon senso, diciamo a qualcuno “non dovresti prendertela per una cosa del genere...”.

“Non fare così, non sentirti così – non facciamo storie”: non sono di nessuna utilità per il paziente. Il paziente ideale stoico, fiducioso, se possibile allegro, altrimenti rassegnato è piuttosto raro, mentre, sappiamo bene, sono molto più frequenti i pazienti che agitano gli altri, innervosiscono i familiari che tempestano di richieste il personale, fanno perdere tempo, etc...

In genere bolliamo come poco accettabili le emozioni di cui non sappiamo cosa fare. Per riuscire a comunicare correttamente in situazioni emotivamente intense, la prima capacità da conquistare è quella di non fare, che non significa anche non dire, quanto non dire banalità, non cercare soluzioni facili, non proporre esempi edificanti.

Ricordiamo sempre che la consapevolezza, a partire soprattutto dal curante, è un dovere etico del professionista, ma non del paziente (errore di voler per forza trovare una causa che indichi una colpa).

Di fronte a **comportamenti aggressivi**, indicate come situazioni estremamente difficili, talvolta l'unica via di uscita può essere quella di dichiarare:

- io non sono in grado di vedere la rabbia, il dolore, la disperazione che lei esprime
- la sua rabbia è lecita
- io sono in grado di tollerarla
- oltre ad esprimere rabbia o disperazione lei...

Quest'ultimo messaggio, che rientra nella consueta tecnica del “sì, e...” e permette, se ben impostato, di andare oltre l'emozione paralizzante o distruttiva, è possibile solo se il professionista è stato in grado di comunicare gli altri tre messaggi.

Questo richiede tempo.

Di fronte a emozioni intense la fretta è il nemico peggiore; è un nemico insidioso, perché quasi sempre la sensazione che si riceve è che bisogna fare qualcosa subito. La **fretta**, l'**urgenza**, sono parte del problema ed amplificano l'emozione del cliente.

A volte è sufficiente modificare il ritmo della comunicazione, accettare o almeno introdurre momenti di silenzio, per eliminare o almeno ridurre le sensazioni di urgenza.

Con tempi meno concitati, il professionista può inserire nella comunicazione interventi di accoglimento e di agevolazione, sempre evitando accuratamente ogni contrapposizione ed ogni escalation simmetrica.

E' difficile dettare regole di comportamento adatte a tutte le situazioni ad alta tensione emotiva.

Possiamo inoltre ricordare che, di fronte ad un *cliente aggressivo nei confronti del paziente* è consigliabile:

evitare di invitare il cliente a calmarsi o a comportarsi educatamente (questi interventi accentuano abitualmente l'aggressività perché vengono percepiti come moralistici e paternalistici)

evitare di giustificarsi

lasciare al paziente il tempo di concludere il suo attacco, chiaramente se limitato al piano verbale

comunicare con fermezza l'intenzione di non discutere le affermazioni o le accuse del paziente, ma individuare che cosa è possibile fare a partire da esse

accogliere e confermare qualsiasi intervento più costruttivo del cliente, per mettere le basi di un intervento di superamento delle basi conflittuali

Di fronte ad un *paziente aggressivo nei confronti dell'istituzione* in cui il professionista opera è consigliabile:

non schierarsi né con il cliente né con l'istituzione

tenere sotto controllo anche i propri segnali non verbali

non proporre immediatamente interventi sostitutivi

verificare e se necessario completare le informazioni che il cliente ha sulle regole dell'istituzione

far emergere gli obiettivi concreti del paziente e agevolarlo nella ricerca della strategia realizzabile

Nel caso di una *persona aggressiva nei confronti di un'altra persona presente* al colloquio è consigliabile:

-non prendere posizione sul contenuto dell'attacco

-non difendere la persona attaccata

rivolgersi direttamente e con fermezza al cliente aggressivo, ricordandogli che la prosecuzione del colloquio richiede il rispetto di alcune regole ("non possiamo proseguire su questioni. E' necessario che ciascuno di voi due dica le proprie ragioni senza aggredire l'altro, e permettendo all'altro di dare la sua versione. Si fermi un momento, per favore")

proporre un momento di pausa

utilizzare l'accaduto per aprire il discorso sul dopo

Di fronte ad *un paziente aggressivo verso un'altra persona che non è presente* al colloquio è consigliabile:

evitare di esprimere automaticamente condivisione o accettazione

introdurre domande circolari

separare l'emozione del cliente dal fatto che abbia ragione

spostare gradualmente l'intervento su cosa è possibile fare

Talvolta grossi atteggiamenti di aggressività direttamente o indirettamente manifesta sono legati ai vissuti scatenati dal dolore.

Il **dolore** dell'altro fisico o emotivo che sia spinge solitamente l'operatore a due tipi di risposta: quella attiva (fare, dire, cercare rimedio) e la risposta di allontanamento (bene rappresentata da frasi come "rispettare il dolore", "non affaticare il malato").

Nel caso dell'infermiere, la presenza accanto al dolore dell'altro è un compito a cui non ci si può sottrarre. Per farlo occorre soprattutto combattere le due risposte scontate (fare o andarsene) e imparare ad usare tutte le risorse relazionali e comunicative per restare, affiancare, accompagnare. Il dolore di un altro non si può curare. Di fronte al dolore fisico, quando i farmaci non servono, quando il dolore è inevitabile, l'unico aiuto possibile è quello di offrire all'altro uno spazio per dire o fare quello di cui sente il bisogno.

Anche con un adulto che soffre l'aiuto possibile è essenzialmente accettazione e presenza, una presenza che deve essere percepibile, ma non eccessiva, non prevaricante, non interventista, soprattutto non deve privilegiare strumenti razionali.

Per questo tutti gli aspetti non verbali, dal contatto fisico all'offerta di oggetti, diventano particolarmente importanti. Si tratta di modalità che vanno apprese e utilizzate con attenzione, imparando ad usare le esperienze e le reazioni che si ottengono di volta in volta: porgere un fazzoletto, offrire un bicchiere d'acqua, sistemare un cuscino, accarezzare una mano o i capelli sono gesti che assumono significato ed importanza diversi a partire dalla reazione dell'altro e che vanno adattati di volta in volta alla relazione con quella persona, con il suo modo di affrontare il dolore. Tutto ciò è valido anche quando ci si trova di fronte ad un dolore emotivo, dove l'importanza fondamentale è quella di imparare innanzitutto a sopportare il dolore dell'altro. La risposta interventista e quella del fare a tutti i costi sono due modalità per proteggere l'operatore e non di aiutare il paziente.

Punti critici

I tempi

Quello che più di frequente lamentano i curanti in questo periodo è la mancanza di tempo per riuscire a fare “bene” la mole di lavoro sempre crescente, con pazienti più esigenti di quelli di un tempo e a fronte di dotazioni organiche spesso sottodimensionate.

Proprio per gestire in modo non solo **efficace** (cioè tale da raggiungere il risultato prefissato) ma anche **efficiente** (cioè sfruttando al meglio le risorse disponibili, tra cui il tempo che è l'unica risorsa che una volta persa non si recupera più) è necessario gestire in modo sufficientemente buono la relazione. Se ho chiaro che cosa voglio ottenere e quindi, ad esempio, le cose essenziali che voglio comunicare, impiegherò meno tempo per dirle, il paziente probabilmente si sentirà più soddisfatto, comprenderà meglio le ragioni dell'organizzazione e riuscirà con più chiarezza ad immaginarsi il quadro che gli si prospetta.

Nel momento in cui il **colloquio di aiuto si inceppa** si deve tenere in considerazione che:

- Può essere bene esplicitare e ribadire che l'operatore deve comprendere ed il soggetto deve esporre la situazione
- Anche se il soggetto parla per dieci minuti l'operatore deve fare una sintesi-chiarificazione; l'ascolto attivo non implica lasciar fare il monologo al paziente ma interrompere con domande di apertura e approfondimento ogni volta che si è acquisito un elemento importante
- Se il silenzio, benchè sostenuto, dura per troppo tempo esplicitare il disagio

Un grosso nodo di questo tipo di conversazione è costituito dal **silenzio**.

Quanto lungo deve essere il silenzio per non essere demolitore o disturbante?

Chiaramente nessuno può fissare un limite in minuti che vada bene per tutte le occasioni, ma un buon accorgimento può essere quello di aspettare ancora un attimo quando state pensando di interromperlo: a volte il passo del paziente viene fatto proprio nel cosiddetto attimo di rottura. Il silenzio, inoltre, può essere reso tollerabile interrompendolo o gestendolo con frasi di appianamento (ci pensi con calma, prenda il tempo che le serve...).

Evidenziare alcune frasi o parole chiave può essere molto utile per convincere il paziente di essere realmente ascoltato, riordinando i punti emersi al fine di separare i dati dalle ipotesi, individuare con il paziente i punti da approfondire e gli obiettivi da perseguire, pervenendo ad un riassunto condiviso.

Le domande devono per lo più servire a mettere in movimento le descrizioni e non per negare la realtà del paziente, facendo emergere sfumature e mutando la prospettiva (es.: passare da “sicuramente è così” a “ forse è così”).

Il paziente deve sentirsi proporre modalità ben definite e motivate.

Come lavorare per il cambiamento.

Uno dei principali obiettivi di un operatore della Sanità finisce con l'essere quello di lavorare al cambiamento: di comportamenti, di atteggiamenti, di stili di vita, di abitudini, etc...in relazione al recupero, mantenimento e miglioramento della salute e della qualità di vita di una persona o di un insieme di persone.

Ma che cosa significa lavorare al cambiamento? Ancora una volta possiamo provare a ragionare passando dalle nostre esperienze personali.

Che cosa fa sì che noi assumiamo un certo comportamento (ad esempio: fumare, mangiare in modo equilibrato, fare attività fisica costante)?

Che cosa può indurci a cambiare questo tipo di comportamento (ad esempio: smettere di fumare)?

I meccanismi che entrano in gioco sono gli stessi o sono diversi? Da che cosa dipende l'effetto maggiore o minore di un fattore?

In questo modo lavoreremo all'identificazione e alla gestione dei fattori predisponenti (che cosa mi predispone all'adozione di un certo comportamento?), abilitanti (essere in grado di fare qualcosa) e rinforzanti (motivazione).

Per dirlo in altre parole, da che cosa dipende il fatto che un nostro messaggio ottenga l'effetto desiderato?

-Sicuramente dal fatto che sia stato *formulato* nel modo migliore che il contesto consentiva di fare, attraverso una buona comunicazione che coinvolga l'aspetto emotivo, affettivo e cognitivo in modo *coerente e finalizzato alla condivisione dell'obiettivo tra operatore e paziente*.

-Poi dalla valutazione costante della situazione: mi faccio un'idea del paziente e delle situazione, scelgo le condizioni migliori per comunicare che cosa, vedo le reazioni immediate della mia comunicazione ed eventualmente reintervengo, valuto dopo un po' di tempo le reazioni a freddo sia in termini di comportamento che di rielaborazione.

Come ci siamo detti all'inizio l'oggetto vero di questi nostri studi resta comunque il **comportamento**: il nostro, quello delle persone con cui lavoriamo, quello che vorremmo che riuscissero a mettere in atto o a cambiare. Anche il ragionare sulle variabili sociali e antropologiche è stato funzionale a questo, così come il riflettere su che cosa può essere utile a facilitare l'apprendimento nelle diverse età. Ma come possiamo definire il comportamento? Il comportamento è qualsiasi azione o reazione che una persona manifesta rispetto all'ambiente. E' in base all'osservazione del comportamento che avviene la percezione degli altri, ma anche la percezione di sé avviene attraverso l'espressione del proprio comportamento, dunque buona parte di ciò attorno a cui noi lavoriamo può essere ricondotto a comportamenti.

Usiamo come esempio il comportamento "mangiare molti grassi" e proviamo ad analizzarlo.

Che cosa fa sì che noi mettiamo in atto un qualsiasi comportamento, come il fatto, ad esempio, di mangiare in un certo modo?

Anche qui tutta una serie di fattori che si combinano tra di loro e che secondo il nostro modello di riferimento si possono classificare in fattori predisponenti, abilitanti e rinforzanti.

I fattori predisponenti precedono l'assunzione di comportamenti e forniscono la ragione razionale e la motivazione al comportamento stesso; i fattori abilitanti, che facilitano e sostengono la motivazione che realizza l'assunzione di un comportamento e i fattori rinforzanti che contribuiscono e sono incentivo al persistere e al ripetersi del comportamento.

I **fattori predisponenti** hanno a che fare con motivazioni, preferenze e atteggiamenti in base ai quali decidiamo più o meno consapevolmente di fare o non fare una cosa. Più precisamente tra i fattori predisponenti troviamo le conoscenze, cioè quello che so in relazione ad un comportamento (ad esempio rispetto al mangiare con tanti grassi, cosa so di come dovrebbe essere una dieta sana, che cosa sono i grassi, di che tipo, dove si trovano, da che cosa possono essere sostituiti, che cosa provocano, etc...). Se ci pensiamo bene possiamo credo condividere il fatto che le conoscenze da sole non bastano per assumere o cambiare un comportamento: io posso sapere che mangiare troppi grassi fa male a qualsiasi età ma non cambiare maniera di mangiare. Eppure paradossalmente, molti interventi che mirano a far cambiare comportamenti puntano solo sull'aggiungere conoscenze e così hanno ben poche possibilità di riuscita. Le conoscenze infatti sono fattori necessari ma non sufficienti: devo sapere cosa mi succede se mangio troppi grassi ma non posso illudermi che solo sapendolo cambierò regime alimentare. Oltre alle conoscenze abbiamo le convinzioni che sono tutte quelle cose in cui crediamo, senza neppure saperne dare una ragione e senza volerle mettere in discussione ed osservarle con giudizio critico. Ad es.: penso che mangiare cibi grassi d'inverno mi aiuti a sentire meno freddo e che aiuti i bambini a crescere più forti. Spesso le convinzioni non hanno alcun fondamento scientifico, ma sovente hanno le loro radici nelle credenze popolari tramandate per educazione, soprattutto quando parliamo di stili di vita. Smuovere delle convinzioni, soprattutto se molto radicate, può essere molto difficile. Alcuni strumenti rivelatisi efficaci prevedono di lavorare sulla percezione del rischio (es. cosa rischio se continuo a mangiare in questo modo?), sulla percezione di gravità e perdita (es. in cosa posso incorrere se mangio in questo modo? Quali tipi di malessere? Di fastidio?), sul rapporto costi benefici (se provo a cambiare regime dietetico i vantaggi che ne ricavo mi sembrano superiori ai sacrifici che devo fare?) ed alla fattibilità della soluzione possibile (es. se la dieta che mi si propone è per me impossibile da seguire perché mangio sovente fuori allora difficilmente

proverò anche solo a seguirla!). I fattori predisponenti hanno spesso a che vedere con le paure, l'ansia ed i meccanismi di difesa che le persone vivono e mettono in atto per giustificare il mantenimento o l'adozione di determinati comportamenti. Oltre a conoscenze e convinzioni troviamo ancora le attitudini, intese come propensioni o sentimenti relativamente stabili verso una cosa (es. avere l'attitudine a cucinare determinati tipi di cibo che contengono molti grassi); i valori che sono ciò che permette di dare significato alle scelte e che in genere sono profondamente radicati ed importanti per la persona (es. il mangiare cibi della mia tradizione e che ritengo molto buoni) e la self efficacy, cioè la percezione di autocontrollo su azioni ed ambiente, la sensazione di "tenere in mano la situazione" (es. quanto è forte in me la sensazione di dire "se voglio ce la posso fare", non accetto di non riuscire a mantenere questo regime dietetico"). Questi sono quei fattori che, spesso molto inconsciamente, ci portano ad adottare e mantenere certi comportamenti, anche se sullo stesso piano razionale, potremmo ritenerli insensati.

Questi fattori, come dice la parola stessa, ci predispongono, ci mettono nelle condizioni di fare o non fare qualcosa, ma da soli non bastano a farci agire, per questo ci vogliono i **fattori abilitanti**. Tra questi troviamo le skill, termine inglese che in un'unica parola traduce il nostro concetto di capacità e abilità a realizzare determinati compiti (es. saper scegliere gli alimenti con determinati tipi e quantità di grassi, saper cucinare piatti alternativi) e tutto ciò che ci proviene dall'ambiente, dal contesto, dal sistema in cui ci troviamo (es. se anche le persone che mangiano con me accettano il nuovo regime dietetico per me sarà più facile mantenerlo, se invece continuano a mangiare come prima per me sarà molto più difficile).

A volte però non basta essere predisposti ad un dato comportamento o ad un suo cambiamento ed essere in grado praticamente di metterlo in atto, ma occorre riuscire poi a mantenerlo nel tempo. Credo che le diete possano essere proprio un bell'esempio: io posso essere convinta e disponibile a provare una dieta, ma dopo poco non riesco più a seguirla con costanza e la abbandono.

Per questo in un comportamento sono fondamentali i **fattori rinforzanti**, che ruotano molto attorno al feed back, cioè a quel tipo di ritorno che ci aiuta a perseverare nei nostri sforzi. A volte possono essere benefici sociali, fisici, ricompense tangibili, inaspettate o desiderate che ancora una volta ci ricordano come sia importante il sistema contingente in cui mi trovo quando metto in atto dei comportamenti, quale supporto posso ottenere o quali ostacoli e quali rinforzi possono essermi veramente utili.

Credo che se pensiamo ad esempi come questo su di noi possiamo trovarne veramente innumerevoli (es. smettere di fumare, fare attività fisica costante, tenersi sotto controllo, etc..), più o meno impegnativi. Gli stessi più molti altri sono quelli con cui abbiamo a che fare quando lavoriamo con le persone nei nostri ambiti.

Spesso il nostro ruolo di curanti è quello di partecipare all'analisi dei comportamenti, sostenendo i cambiamenti. Così possiamo essere tenuti a collaborare a fornire conoscenze utili, a confrontarci su valori e credenze, ad aumentare le skill di una persona, a trovare risorse nel sistema per sostenere comportamenti, a fornire rinforzi costanti e a valutare insieme l'evolversi dei bisogni e dei risultati. Del resto questi tre tipi di fattori non sono rigidamente divisi ma hanno confini indefiniti: un fattore rinforzante, ad esempio, può diventare predisponente o abilitante, così da consentire un circolo virtuoso che consente di ottenere e mantenere buoni risultati (Es. ho l'approvazione della mia famiglia per il nuovo modo di cucinare, questo mi invoglia a cercare ricette nuove e ad ottenere risultati anche visibili di cui mi compiaccio direttamente e che ripagano i miei sacrifici).

L'importante, quando siamo noi a dover fornire un **rinforzo** come leva per la motivazione (cioè a sottolineare aspetti positivi per incoraggiare ad andare avanti) lo facciamo in modo professionale ed in relazione agli obiettivi che voglio ottenere (**positivizzare**). Devo cioè cercare sempre aspetti da positivizzare, cercando di non essere percepito come falso o ipocrita, ma convincente e questo a volte non è facile, perché soprattutto se non conosciamo bene la persona che abbiamo davanti rischiamo di essere letti come falsi e compromettere la relazione. Ricordiamoci che però alcune variabili possono essere tenute sotto controllo con la nostra professionalità rispetto all'efficacia di un rinforzo:

- l'autorità della persona che rinforza e la fiducia fanno molta differenza (ecco perché spesso si dà più retta alla vicina di casa che non all'operatore!)
- la dimostrazione anche attraverso piccoli risultati, che si può essere capaci

- la constatazione seria del bilancio costi benefici
- il fornire un rinforzo che non sia generico ma specifico per quella persona, in quella situazione (contingente), per la cosa che ha fatto e che usi dei canali che sono quelli che per quella persona hanno un'importanza (es: sarebbe come se premiassi un bambino per una cosa che ha fatto bene, mandandolo a giocare fuori quando a lui giocare fuori non piace!). Oltre alla valorizzazione di aspetti positivamente colti direttamente possiamo farci raccontare dalla persona se ha già avuto momenti di difficoltà, anche diversi da quello contingente, per capire che cosa la ha aiutata a superarli, quali strategie ha individuato e anche qualora non ci fosse stato un esito totalmente positivo sarebbe comunque importante individuare le strategie che non sono state efficaci per evitare di ripeterle.

Ovviamente riuscire a mettere in atto comportamenti positivi e cambiamenti di comportamenti consolidati non è facile, soprattutto per la costanza dell'impegno richiesto e per i risultati che spesso si vedono solo a medio e lungo termine. Le caratteristiche di personalità delle persone coinvolte hanno quindi un peso molto importante, in particolar modo per ciò che riguarda la **stima di sé**, cioè come ciascuno vede se stesso come si giudica, che tipo di valore si attribuisce.

In questo senso la stima di sé si connota come un'esperienza molto soggettiva, legata più a ciò che ciascuno sente e pensa a proposito di se stesso, che non a quello che gli altri credono di lui e risulterebbe dal dosaggio di:

- amore di sé (es: autoconsapevolezza, benessere, quanto tengo fino in fondo a me stesso ed al mio star bene realmente da essere disposto a fare dei sacrifici?)
- visione di sé (es: quanto è importante per me piacermi anche quando mi guardo allo specchio o mi sento parlare o sto in mezzo agli altri?)
- fiducia in se stessi (es. quanto mi conosco e so quali sono i miei limiti e le mie possibilità?)

Ovviamente anche il migliore degli interventi può non raggiungere in tutto o in parte il risultato per cui è stato pensato, ma è comunque essenziale fare tentativi non casuali (cfr progettazione di interventi) e negoziati con la persona in ogni sua tappa. Del resto, anche pensando ad un insieme di persone, non con tutte si raggiungerà lo stesso risultato ed anzi è statisticamente dimostrato che ci saranno quelli che subito aderiranno alla proposta e riusciranno, quelli che ci metteranno un po' a cominciare ma poi andranno avanti, l'enorme massa degli indecisi ed una parte che sapremo già in partenza non riusciremo mai nemmeno a convincere (cfr distribuzione gaussiana del cambiamento).

Ma se il centro del nostro operare finisce con l'essere praticamente sempre un comportamento, soprattutto se pensiamo a comportamenti legati alla promozione della salute, agli stili di vita finalizzati al benessere ed una qualità della vita soddisfacente, occorre ancora analizzare alcuni elementi che caratterizzano l'essere umano di fronte ai cambiamenti, non tanto in chiave strettamente psicologica, ma in questo caso, pedagogica.

Per questo parliamo di **strategie di coping**, termine che può essere tradotto dall'inglese come strategie di adattamento. In altre parole trattasi dell'insieme dei processi messi in atto per superare le difficoltà e adattarsi all'ambiente esterno e alle situazioni che di volta in volta ci coinvolgono, in particolare quelle che ci fanno un po' perdere il nostro normale equilibrio, che ci mettono in crisi e che ci richiedono di attrezzarci per affrontare, gestire e diminuire l'impatto di un evento che minaccia il nostro benessere.

Proviamo a pensare ad alcune situazioni, quali ad esempio, la comunicazione di una diagnosi brutta o senza che si tratti di una malattia molto grave e o di una disabilità, comunque qualcosa che turba i nostri piani (a volte anche notizie generalmente belle possono essere sconvolgenti, es rimanere incinta).

Il concetto di coping, che può essere tradotto con "fronteggiamento", "gestione attiva", "risposta efficace = che funziona", "capacità di risolvere i problemi" e può essere analizzato brevemente a partire da una cosa che credo noi tutti conosciamo: **lo stress**. Nessuno è immune dallo stress, ma il modo con cui può ripercuotersi sulla salute psico fisica della persona dipende in larga misura da come la persona stessa è in grado di gestirlo. Noi in genere parliamo di stress quando pensiamo a qualcosa che ci mette ansia, che può farci quasi sentire soffocare, che è per noi pesante da sostenere soprattutto se dura a lungo. In realtà la parola stress è neutra, non ha cioè un significato negativo. Si parla infatti di eu-stress che è quella giusta quantità di tensione che ci permette di reagire a situazioni che all'improvviso turbano il nostro equilibrio (es. una notizia spiacevole,

qualcosa che ci fa arrabbiare, una frenata improvvisa) e di dis-stress che è invece quella quantità eccessiva o prolungata di tensione che ci crea del malessere. Chiaramente malattie, disabilità, forme di dipendenza e di disagio sono naturalmente legate allo stress, inteso come qualsiasi evento perturbante in grado di provocare un cambiamento nella persona e nel suo sistema di funzionamento.

Del resto appare anche ovvio come le persone abbiano capacità diverse di tollerare lo stress, sia rispetto alla durata che all'intensità e che questo diverso livello soglia non dipende solo dalle caratteristiche personali ma anche dalle situazioni contingenti e dai sistemi in cui ci si trova (es. oggi quella notizia non mi preoccupa più di tanto, domani che sono più anziana e sola mi mette molta ansia). In generale la capacità di tollerare l'indeterminazione e l'incertezza, la fiducia ed il sentimento di positività verso il futuro sono elementi centrali per aiutare a gestire lo stress (cfr autostima, fattori che determinano il comportamento ed il suo cambiamento).

Noi abbiamo usato come esempio lo stress per parlare di strategie di coping perché in genere ai cambiamenti è facile che si associ dello stress e dal momento che i curanti si trovano molto sovente davanti ai cambiamenti è parte del loro lavoro aiutare a gestire e sopportare i cambiamenti, contenendo lo stress e tirando fuori le strategie migliori che le persone hanno in se stesse per fronteggiare le situazioni problematiche.

Anche perché l'eccesso di ansia e stress porta ad un cambiamento della percezione di sé e degli altri (immagini e vissuti), fino a provare complessi di inferiorità e di impotenza, sopravvalutare persone e situazioni, perdere fiducia in sé e nella propria capacità di incidere sugli eventi, aumentando insicurezza, ansia e demotivazione: tutti atteggiamenti che non aiutano nel processo di cura.

Tante cose sono state scritte in merito alle diverse strategie di coping; ai nostri fini basti sapere che ogni persona ha in sé delle risorse per il fronteggiamento, che in genere è abituata a mettere in atto sempre le stesse, anche quando magari non sono vincenti e questo porta così al ripetersi di situazioni fallimentari scoraggianti. In questo i curanti devono aiutare la persona ad individuare le proprie risorse ed a sperimentare modalità nuove.

Le maggiori strategie di coping sono:

- la fuga: è il primo e più istintivo meccanismo messo in atto di fronte a situazioni che (come la malattia) non si riescono a dominare
- l'aggressività che si può manifestare attraverso comportamenti, stili di comunicazione verbale e non verbale (es. scontro, rifiuto, violenza)
Spesso è il mezzo più efficace per dare sfogo alle tensioni accumulate.
(cfr: ma perché proprio a me!)

e che dunque non ci devono trovare impreparati quando le vediamo mettere in atto, né dobbiamo considerarle attacchi personali o immotivati. L'importante è che a queste prime fasi subentri un controllo che permetta di tenere a bada l'ansia legata all'incertezza (a volte si manifesta attraverso piccoli rituali o manie o ricerca di soluzioni o positivizzazioni). Talvolta si parla di adattamento negativo (passivo), in cui la persona accetta passivamente le regole e i limiti imposti dalla situazione (es: malattia, disabilità, situazione di disagio) ed anche se appare come il "malato o l'utente comodo" mostra difficoltà a comunicare il suo disagio e ad individuare i propri bisogni, difficoltà a mantenere continuità nell'impegno, difficoltà a rilevare elementi di cambiamento e di modificazione positiva.

La situazione ottimale è invece rappresentata dall'adattamento positivo (attivo) dove rabbia, accettazione, sofferenza, serenità, ribellione trovano un giusto punto di equilibrio.

Le strategie maggiormente implementate nei servizi prevedono quindi un coping attivo centrato sul problema (tecnica del problem solving) in cui la persona si focalizza sullo specifico problema o situazione insorta, cercando di trovare un modo per cambiarla od evitarla in futuro. Tale tecnica comprende:

- La definizione del problema;
- Il generare soluzioni alternative;
- Il soppesare le alternative in termini di costi e benefici;
- Lo sceglierne una.

In questa ricerca e sperimentazione di strategia il curante deve evitare di sostituirsi alla persona, ma facilitare la ricerca e la sperimentazione di nuove vie all'interno del cambiamento, supportando e positivizzando i passi fatti.

Per fare questo è indispensabile esercitare quella che si chiama **intelligenza emotiva**, cioè la capacità di tenere a freno un impulso, di leggere i sentimenti più intimi, di gestire senza scosse destabilizzanti le relazioni con gli altri.