

Le emozioni

L'emozione è la componente soggettiva, la sensazione affettiva, che accompagna la condotta di un individuo.

L'emozione è una risposta dell'intero organismo e coinvolge un'attivazione fisiologica, un comportamento espressivo e un'esperienza cosciente.

Dato che la razionalità è ritenuta un attributo caratteristico e nobilitante dell'uomo, l'emozione era considerata in passato alla stregua di un attributo connesso alla parte "animale" dell'uomo.

Nel XIX secolo con DARWIN le emozioni vengono considerate un meccanismo adattivo per la sopravvivenza della specie.

In termini evolutivi la loro principale funzione consiste nel rendere più efficace la reazione dell'individuo a situazioni in cui si rende necessaria una risposta immediata ai fini della sopravvivenza, reazione che non utilizzi cioè processi cognitivi ed elaborazione cosciente.

Gli stimoli che inducono emozioni mirano alla sopravvivenza e al recupero di uno stato di benessere.

Le emozioni rivestono anche una funzione relazionale (comunicazione agli altri delle proprie reazioni psicofisiologiche) e una funzione autoregolativa (comprensione delle proprie modificazioni psicofisiologiche).

Emozioni

Le emozioni si sviluppano sin dall'infanzia e vengono divise in positive e negative, anche se non sempre è facile dire se un'emozione è piacevole o spiacevole (es. meraviglia o sorpresa).

A volte delle emozioni spiacevoli sono desiderate (es. film horror).

Dipende dalla esperienza soggettiva di ciò che può o non può procurare emozione.

Sul versante oggettivo vi sono delle alterazioni fisiologiche (es. >della pressione, variazioni del ritmo/profondità del respiro, alterazioni digestive, disturbi delle secrezioni ghiandolari, >sudorazione, ...).

Tali reazioni, se la vita emotiva è molto stressante, possono diventare stabili e portare a uno stato patologico, con lesioni organiche irreversibili (es. ipertensione, infarto, ulcera, emicrania, ... le cosiddette "malattie psicosomatiche", cioè malattie organiche con cause psicologiche).

Le emozioni: le teorie classiche

La **teoria viscerale** o **periferica** delle emozioni, proposta contemporaneamente e indipendentemente da JAMES e LANGE (1884), sostiene che il sentimento dell'emozione non è l'origine ma piuttosto la conseguenza delle modificazioni organiche periferiche.

Non si trema perché si prova paura, ma si ha paura perché si trema.

Il vissuto emotivo non sarebbe altro che una interpretazione della coscienza delle variazioni di funzionamento del nostro sistema nervoso periferico.

"Le modificazioni corporee seguono direttamente la percezione di un fatto eccitante [...] la nostra sensazione delle modificazioni che intervengono è l'emozione [...]" (James, 1890).

James e Lange evidenziarono meccanismi fisiologici differenti: per James, le basi fisiologiche delle emozioni erano date dall'attività delle viscere (stomaco, cuore, ...), dalle espressioni facciali, dall'attività motoria e dalla tensione muscolare, mentre per Lange erano le modificazioni del battito cardiaco e della pressione sanguigna.

Le emozioni: le teorie classiche

La teoria proposta da CANNON (1927) e successivamente approfondita da BARD (1929) invece sostiene che l'origine dell'emozione sia tutta dentro il cervello, e sia l'attivazione fisiologica sia l'esperienza emotiva sarebbero simultanee: si inizia a tremare quando si prova paura.

Cannon notò che gli organi viscerali sono scarsamente innervati, per cui le modificazioni viscerali sono piuttosto lente, e comunque più lente delle modificazioni che sentiamo negli stati emotivi.

Inoltre, reazioni emotive sono presenti anche quando gli organi viscerali sono chirurgicamente isolati dal SNC, ad esempio, in studi svolti su cani, resecando il midollo spinale e i nervi del vago, in modo che le viscere non avessero più connessione con il cervello, l'animale si comportava come se provasse delle emozioni: quando veniva minacciato o colpito, abbaia, ringhiava e tentava di mordere, esattamente come prima dell'intervento.

Infine, certe sostanze producono modificazioni viscerali identiche a quelle presenti in stati di attivazione emotiva intensa, ma non generano esperienza emotiva: ad esempio, Maranon (1924) iniettò ad un gruppo di volontari dell'adrenalina, che provocò modificazioni fisiologiche (aumento del battito cardiaco, restrizione delle pupille, ...), ma il 71% dei soggetti riferì solamente i sintomi fisici, e nessuna emozione.

Le emozioni: le teorie classiche

Secondo questa teoria, detta **teoria centrale** delle emozioni, la risposta emotiva è conseguente alla stimolazione dei nuclei dell'ipotalamo a partire dalla stimolazione esterna. Lo stimolo che causa l'emozione va alla corteccia, provocando l'esperienza cosciente, e al sistema nervoso simpatico, provocando l'attivazione corporea.

Nel 1937 le ricerche neurofisiologiche condotte da PAPEZ hanno collocato la base fisiologica dell'organizzazione delle emozioni nelle strutture del sistema limbico (circuito di Papez).

Da un punto di vista strettamente fisiologico, l'emozione coincide con uno stato di attivazione funzionale, cioè con un aumento di attività bioelettrica del sistema nervoso sia centrale sia periferico.

Questo stato di attivazione non sembra diverso da un tipo di emozione all'altro: gioia, rabbia, passione, paura, etc. producono tracciati EEG simili tra loro.

Le emozioni: LA VALUTAZIONE COGNITIVA

Schachter e Singer (1962): l'emozione è funzione sia di uno stato di attivazione (**arousal**) che dell'insieme di percezioni e conoscenze della situazione pertinenti con lo stato di attivazione, che ci forniscono informazioni per denominare l'attivazione fisiologica che stiamo provando in base alle esperienze emotive precedenti e alle informazioni contenute nell'ambiente circostante.

I soggetti venivano fatti accomodare in una sala d'attesa e veniva detto loro che lo scopo era testare l'effetto di un mix di vitamine (suproxin) sulla vista. Veniva iniettato il suproxin che era in realtà epinefrina (adrenalina), che iniziava a mostrare variazioni fisiologiche dopo 5/10 minuti per la durata di circa 20 minuti (>> del battito cardiaco, << del flusso sanguigno, >> della frequenza respiratoria, ...), oppure una soluzione salina.

4 gruppi di soggetti:

1. Epinefrina – informati
2. Epinefrina – non informati
3. Epinefrina – disinformati (mal di testa, sonnolenza, ...)
4. Placebo – non informati

Dopo l'iniezione, ai soggetti fu detto di attendere una ventina di minuti prima di effettuare la prova di percezione visiva affinché le vitamine facessero effetto.

Mentre i soggetti aspettavano in una stanza, un complice dello sperimentatore modificava la situazione in rabbia o allegria.

Le emozioni: LA VALUTAZIONE COGNITIVA

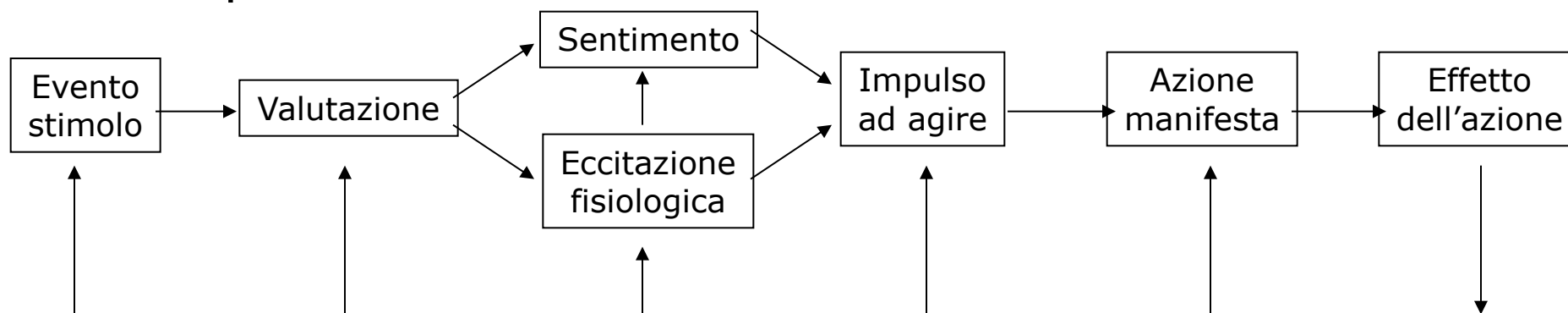
I partecipanti informati dei possibili effetti, mostrarono una reazione emotiva minima in entrambe le condizioni (euforia e rabbia); i partecipanti che non erano stati informati dei possibili effetti, invece, mostrarono una forte reazione emozionale, congruente con la condizione assegnatagli (rabbia o euforia).

I risultati dimostrano che le emozioni dipendono dall'interpretazione che l'individuo fa dei cambiamenti fisiologici.

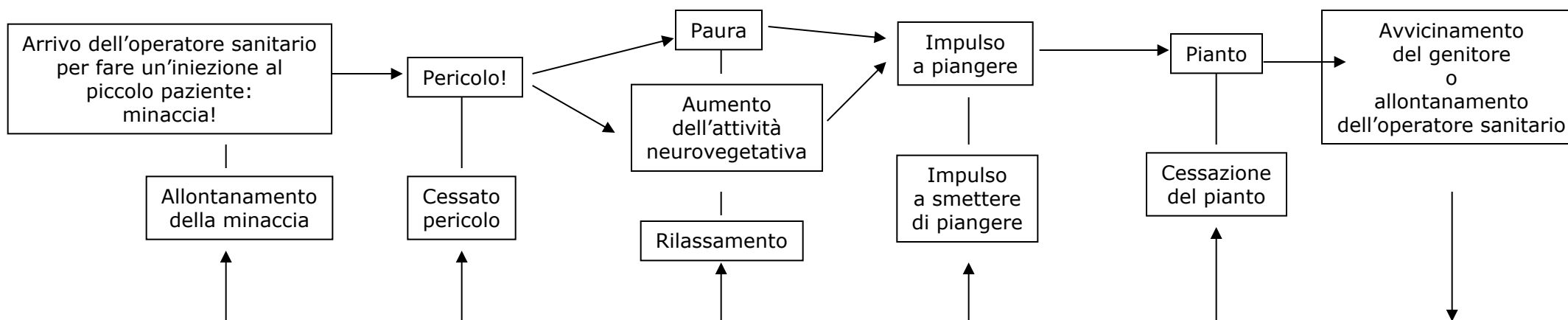
La reazione emotiva (di rabbia o di euforia) era il risultato di una interpretazione cognitiva della situazione, legata a valutazioni delle informazioni a disposizione.

Le emozioni

PLUTCHIK (1983): è una catena complessa di eventi che incomincia con la percezione di uno stimolo e finisce con una interazione tra l'organismo e lo stimolo che ha dato avvio alla catena di eventi. Le maggiori componenti della catena sono una valutazione cognitiva dello stimolo (non necessariamente consapevole), un'esperienza soggettiva o "sentimento", una eccitazione fisiologica, un impulso all'azione e un comportamento manifesto.



Circuito a feedback (retroazione)



Esempio: la paura

Lo sviluppo emotivo

Fin dalla nascita e per tutto il corso della vita esisterebbe nell'uomo un insieme di emozioni fondamentali (CAMPOS, 1983).

~ Col procedere dello sviluppo cognitivo e sociale e con l'acquisizione di crescenti abilità motorie, la formazione di nuovi obiettivi e desideri, aumentano le occasioni in cui il bambino può provare emozioni, rendendo possibile la comparsa di nuove emozioni, derivate dalla combinazione di quelle fondamentali.

~ Cambia l'efficacia con cui le varie circostanze possono suscitare una reazione emotiva.

~ Cambiano i modi in cui si affrontano le emozioni e le circostanze che le hanno suscitate.

~ Cambiano le relazioni tra esperienza soggettiva e comportamenti espressivi.

~ Le proprie emozioni e la recettività di quelle altrui si socializzano sempre più.

Le emozioni

L'espressione delle emozioni, sia gestuale sia nella mimica facciale, sarebbe, da un punto di vista etologico, una sorta di preparazione all'azione che l'individuo si appresta a compiere come reazione ad uno stimolo.

Ad esempio, la mimica della rabbia, in cui i muscoli facciali si contraggono a scoprire i canini e lo sguardo si dirige all'avversario, segnala l'intenzione ad aggredire a morsi.

DARWIN sosteneva che la struttura delle emozioni è innata, mentre la loro modulazione è un aspetto culturale. Per dimostrare il carattere innato e universale delle espressioni emotive confrontò la mimica di individui appartenenti a gruppi etnici differenti. I risultati ottenuti misero in luce che tutti i soggetti avevano mimiche analoghe per esprimere le stesse emozioni e quasi sempre riconoscevano con precisione il significato comunicativo di un'espressione di un altro gruppo etnico.

Le emozioni



Le emozioni

Le sei emozioni fondamentali (**paura**, **rabbia**, **tristezza**, **disgusto**, **felicità**, **sorpresa**) vengono correttamente riconosciute anche da tribù isolate culturalmente, ma non tutte nella stessa misura; questo grado di discordanza permette di concludere che esiste assieme a una struttura universale anche una componente appresa e culturalmente determinata (Ekman & Friesen, 1969).

Basic Emotions



Fear

Anger

Sadness

Disgust

Joy

Surprise





















https://www.youtube.com/watch?v=J9i-9_QuetA&ab_channel=PaulEkmanGroup

Il Facial Action Coding System (FACS)

Il sistema di codifica della mimica facciale (*Facial Action Coding System* o FACS), ideato da Paul Ekman e Wallace V. Friesen (1978), con il successivo contributo di Joseph Hager (2002), si basa sulla scoperta dell'universalità dell'espressione emotiva in risposta a sette principali emozioni di base: rabbia, tristezza, paura, felicità, sorpresa, disgusto e disprezzo.

Il FACS permette di riconoscere, attraverso l'analisi del linguaggio non verbale, l'emozione provata dalla persona osservata, con l'individuazione delle Unità d'Azione (AU) muscolari in azione, individuando tracce di microespressioni inibite o mascherate, e di scorgere espressioni derivanti da emozioni miste o simulate.

EMOZIONI DI BASE	ESPRESSIONI FACCIALI	ESPRESSIONI CORPOREE				
RABBIA  AU 4+5+7+10+22+23+25 o 26 AU 4+5+7+23 o 24	<ul style="list-style-type: none"> • Abbassamento delle sopracciglia (sia parte laterale che interna) • Corrugamento nella parte compresa tra le due sopracciglia che tendono ad avvicinarsi l'una all'altra • Apertura lampeggiante degli occhi • Stringimento della parte centrale rossa delle labbra 	<ul style="list-style-type: none"> • Postura aperta • Testa curvata indietro • Petto in posizione diritta e non curvata • Braccia sollevate in avanti o in alto • Sguardo in avanti e tendenza a "muoversi contro ..." 	Sorriso vero  AU6+12 B	Le labbra sono tese e sollevate agli angoli, si notano «borse» sotto gli occhi. Occhi lucidi e «zampe di gallina». Gli zigomi appaiono più «liftati».	Sorriso luciferino  AU6+12+23	È un misto di collera e piacere (sadismo). Le labbra appaiono tirate, gli occhi socchiusi.
TRISTEZZA  AU1+4+11+15 AU6+15	<ul style="list-style-type: none"> • Innalzamento della porzione interna e abbassamento della porzione laterale delle due sopracciglia • Corrugamento della fronte e della parte compresa tra le due sopracciglia che tendono ad avvicinarsi l'una all'altra • Abbassamento degli angoli laterali delle labbra 	<ul style="list-style-type: none"> • Postura chiusa • Testa curvata in avanti • Petto curvato in avanti • Braccia abbassate in posizione parallela al tronco • Sguardo verso il basso, tendenza a "muoversi via da..." o "piangere" 	Sorriso triste  AU14+17	Il sorriso è spesso accennato e gli occhi e le sopracciglia hanno l'espressione di tristezza. E' spesso asimmetrico. Serve per controllare l'esplosione di emozioni quali paura, collera, dolore. E' simile a quello smorzato eccetto che per la contrazione della zona attorno agli occhi, presente in quello smorzato (perché realmente sentito) e non in quello triste.	Sorriso di paura  AU10+12+25	Il muscolo risorio stira gli angoli delle labbra orizzontalmente verso le orecchie, cosicché le labbra si distendono in forma rettangolare. Segnala emozioni negative. Definito anche sorriso "misto" che indica tensione.
PAURA¹  AU 1+2+4+5+20+25, 26, o 27	<ul style="list-style-type: none"> • Innalzamento delle sopracciglia (sia parte laterale che interna) • Corrugamento nella parte compresa tra le due sopracciglia che tendono ad avvicinarsi l'una all'altra • Apertura lampeggiante degli occhi • Stiramento delle labbra lateralmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Postura chiusa • Testa curvata indietro • Nessuna particolare posizione del petto e delle braccia • Avambracci sollevati • Sguardo verso il basso, tendenza a "muoversi via da..." 	Sorriso smorzato  AU6+12+17	Le labbra sono premute, gli angoli delle labbra sono strette, il labbro inferiore sollevato. Lo scopo è attenuare e non sopprimere l'espressione di emozioni positive.	Sorriso di beffardo o di disprezzo  AU14L	È un sorriso di disprezzo. Si osserva un rigonfiamento agli angoli della bocca, spesso una fossetta e un'inclinazione verso l'alto di uno o di entrambi gli angoli delle labbra. Differisce da quello autentico per il restringimento degli angoli della bocca.
FELICITÀ¹  AU6+12	<ul style="list-style-type: none"> • Innalzamento delle guance • Stringimento e stiramento delle palpebre • Stiramento delle labbra lateralmente e innalzamento degli angoli laterali 	<ul style="list-style-type: none"> • Postura aperta • Testa curvata indietro • Petto in posizione diritta e non curvata • Braccia alzate al di sopra del livello delle spalle e strette ai gomiti • Sguardo in avanti, tendenza a "muoversi verso..." o "ridere" 	Sorriso di Chaplin  AU13+25	Le guance e il triangolo infra-orbitale diventano più evidenti. Gli angoli delle labbra sono sollevate verso l'alto, parte centrale non tesa. Sorriso sussiegoso, che sorride dell'atto stesso di sorridere.	Sorriso falso o posato  AU 12	Solo sollevamento degli angoli delle labbra. Serve per mascherare l'espressione di emozioni realmente sentite. Definito anche "sorriso sociale"
SORPRESA¹  AU1+2+5B+26 o 27	<ul style="list-style-type: none"> • Innalzamento delle sopracciglia • Apertura lampeggiante degli occhi fino a rendere visibile la sclera • Corrugamento della fronte • Apertura rilassata della bocca 	<ul style="list-style-type: none"> • Postura aperta • Testa curvata indietro • Petto curvato indietro • Innalzamento delle braccia con gli avambracci tesi • Sguardo in avanti e tendenza a "muoversi verso..." 	Sorriso nervoso  AU10+12+25	La persona cerca di dissimulare la paura; spesso gli angoli delle labbra sono stirati orizzontalmente, verso le orecchie, così le labbra assumono una forma rettangolare. Le sopracciglia sono sollevate e unite, gli occhi «sbarrati».	Sorriso Miserabile, Correttivo, di Coordinazione  AU12+15+17	Angoli delle labbra rivolte verso il basso e il mento è corrugato e spinto verso l'alto.
DISGUSTO¹²  AU9+16+15+26 AU9+17 AU10+16+25+26	<ul style="list-style-type: none"> • Stringimento del naso • Innalzamento del labbro superiore • Innalzamento del mento 	<ul style="list-style-type: none"> • Postura aperta • Testa curvata indietro • Petto curvato indietro • Innalzamento delle braccia con gli avambracci tesi • Sguardo in avanti e tendenza a "muoversi verso..." 	Sorriso di circostanza  AU6+12 A	È esibito quando si vuole simulare piacevolezza. I muscoli sono più atonici.		
DISPREZZO  AU10+14	<ul style="list-style-type: none"> • Movimenti asimmetrici intorno alla bocca, es. innalzamento del labbro superiore solo su un lato della faccia. • Fossetta bilaterale o unilaterale 	<ul style="list-style-type: none"> • Pattern simile al disgusto 				

Umore e emozione

Ekman espone cinque fattori per discriminare l'umore e l'emozione: *durata, stimolo scatenante, modulazione, espressione facciale e consapevolezza dello stimolo scatenante.*

Durata: non c'è accordo su quanto duri un'emozione, ma la maggior parte degli esperti riconosce che gli umori durano più a lungo. Per Ekman (1984) le emozioni sono brevi, da alcune frazioni di secondo a minuti, al massimo. L'umore invece si mantiene più o meno costante in intensità e con le medesime caratteristiche per un periodo maggiore di tempo (ore, anche giorni). Se un umore persiste per settimane o mesi viene classificato come disturbo affettivo.

Stimolo scatenante: gli umori sembrano avere una soglia inferiore (esempio: umore irritabile, si percepisce il mondo intorno in modo alterato, cercando un'occasione per esprimere liberamente l'emozione relativa all'umore).

Umore e emozione

Ekman espone cinque fattori per discriminare l'umore e l'emozione: *durata, stimolo scatenante, modulazione, espressione facciale e consapevolezza dello stimolo scatenante.*

Modulazione: emozioni ed umori sono gestibili in maniera diversa, le emozioni sono molto più difficili da regolare e modulare.

Espressioni facciali: gli umori non possiedono una loro espressione facciale unica prototipica, al contrario delle emozioni; ad esempio, si coglie un umore irritabile quando si osservano espressioni facciali di rabbia, ma non esiste una distinta espressione facciale dell'irritabilità.

Consapevolezza dello stimolo scatenante: la maggior parte delle persone riesce a specificare che cosa abbia scatenato un'emozione, ma non sempre è in grado di farlo per un umore. I trigger possono provenire dall'ambiente esterno o da ricordi o immagini nella nostra mente.

Gestire le emozioni

L'operatore sanitario deve essere consapevole di trovarsi in una situazione in cui:

- Ha un rapporto immediato (non-mediato) e prolungato con il paziente
- Si trova spesso a intervenire su aree intime della persona
- Può trovarsi in condizione di identificarsi col paziente
- Le sue azioni "parlano", in quanto sono veicolo di significati
- Non ha un ruolo solo "esecutivo", ma anche di "assunzione di responsabilità"
- La responsabilità riguarda la "persona intera"
- La malattia è anche il "veicolo" di una richiesta di amore e di attenzione (Balint, 1957)

Infatti, molto spesso, la relazione che si instaura tra paziente e operatore sanitario è già la cura della malattia.

Il farmaco di gran lunga più usato in Medicina Generale è il medico stesso
(Balint, 1957)

Gestire le emozioni

L'operatore sanitario deve dunque possedere:

- consapevolezza dei propri stati emotivi
- capacità di esprimere verbalmente le emozioni
- capacità di controllare l'espressività delle proprie emozioni
- abilità ad individuare le emozioni altrui
- capacità di coinvolgimento empatico con l'altro
- consapevolezza delle regole culturali
- consapevolezza degli effetti del proprio comportamento emotivo

Gestire le emozioni

Nella relazione con il paziente, è necessario essere in grado di trovare la giusta distanza modulabile, in quanto:

- Ci si trova nell'impossibilità di ritirarsi dalla relazione
- È probabile che intervenga un'evocazione delle proprie esperienze passate
- Bisogna confrontarsi con le emozioni che emergono dalla relazione
- Bisogna essere consapevoli dell'intervento di meccanismi di difesa

Gestire le emozioni

Tecniche che aiutano il paziente ad esprimere le sue emozioni e a chiarire il significato di ciò che afferma:

- Domande aperte direttive
- Domande di chiarificazione
- Commenti riflessivi

Esempio:

Paziente: affronta il compito riabilitativo di malavoglia

Operatore: mi sembra che oggi faccia un po' fatica ad affrontare il compito (Commento riflessivo)

Paziente: tace

Operatore: come mai? (*Domanda aperta direttiva*)

Paziente: non ce la faccio più

Operatore: cosa vuol dire non ce la faccio più? (*Domanda di chiarificazione*)

Riconoscere ed esplicitare l'emozione

Se l'ostacolo è una forte emozione del paziente:

-> ESPLICITARE L'EMOZIONE

- Con commenti riflessivi
- Con la ripetizione: ripetere un elemento di ciò che l'interlocutore ha detto, riprendendo attraverso un sinonimo o riformulare leggermente ciò che il nostro interlocutore ha detto

Esempio:

Paziente: Non ce la faccio più!

Operatore: Lei è stanco di questa situazione (*commento riflessivo*)

Paziente: Non ce la faccio più!

Operatore: Lei non ce la fa più (*ripetizione*)

Riconoscere ed esplicitare l'emozione

Con commenti riflessivi ed empatici:

- Parafrasi: l'ascoltatore inferisce il significato di quanto è stato detto e lo riflette con parole nuove.
- Riflettere il sentimento tramite parafrasi che enfatizzano la dimensione emozionale: attraverso affermazioni e metafore relative al sentimento (*senza cadere nell'interpretazione*)

Esempio:

Paziente: Penso che tutte queste medicine non servano più a niente, non siete capaci di curarmi!

Operatore: In questo momento il fatto di non vedere risultati la rende sfiduciato verso ciò che possiamo offrirle (*parafrasi*)

Operatore: Mi sembra che in questo momento lei si senta profondamente sfiduciato nei nostri confronti (*parafrasi con enfasi emozionale*)

Tecniche che aiutano a gestire le emozioni

- Commento empatico
- Legittimazione
- Commento di rispetto
- Commento di partecipazione
- Rassicurazione

Commento empatico

L'empatia non è solo lo stato emotivo o l'identificazione con i vissuti del paziente, bensì è una forma di comprensione dello stato attuale del paziente (aspetti emotivi e cognitivi).

Si esprime attraverso l'attenzione a tutti gli aspetti dell'interazione: parole, emozioni e gesti.

Nell'atteggiamento empatico entrano in gioco osservazione e intuizione.

Prevede l'identificazione delle emozioni del paziente e dell'evento associato, formulata sotto forma di ipotesi.

Il commento empatico comunica al paziente che si è colta, compresa e accettata la sua situazione emotiva.

Sentendosi accettato, il paziente può affrontare le sue emozioni apertamente e dunque in modo più efficace.

ESEMPIO:

"Immagino che sia difficile mantenere un atteggiamento positivo dopo tutto quello che le è successo"

Legittimazione

Comunica al paziente che le sue emozioni sono giustificabili o comprensibili.

ESEMPI:

“Molte persone sono in ansia quando devono fare un esame”

“È comprensibile la sua rabbia per il fatto di aver aspettato così tanto”

“Immagino abbia le sue buone ragioni per non voler parlare”

Commento di rispetto

Serve per mettere a fuoco le risorse e le capacità dell'interlocutore e lo incoraggia ad affrontare situazioni difficili.

ESEMPI:

“Noto che ce la mette tutta a collaborare attivamente e questo è molto importante”

(Paziente pediatrico) “Bravo, sei proprio bravo e mi stai aiutando molto”

Commento di partecipazione

Espressione che indica partecipazione e attenzione nei confronti dell'interlocutore.

ESEMPI:

“Sono molto dispiaciuto che abbia dovuto aspettare tanto”

“Cerchi di resistere, abbiamo quasi finito”

“Accidenti in che brutta situazione si è trovato!”

Rassicurazione

Espressioni attraverso cui si segnala al paziente ottimismo, incoraggiamento, rassicurazione.

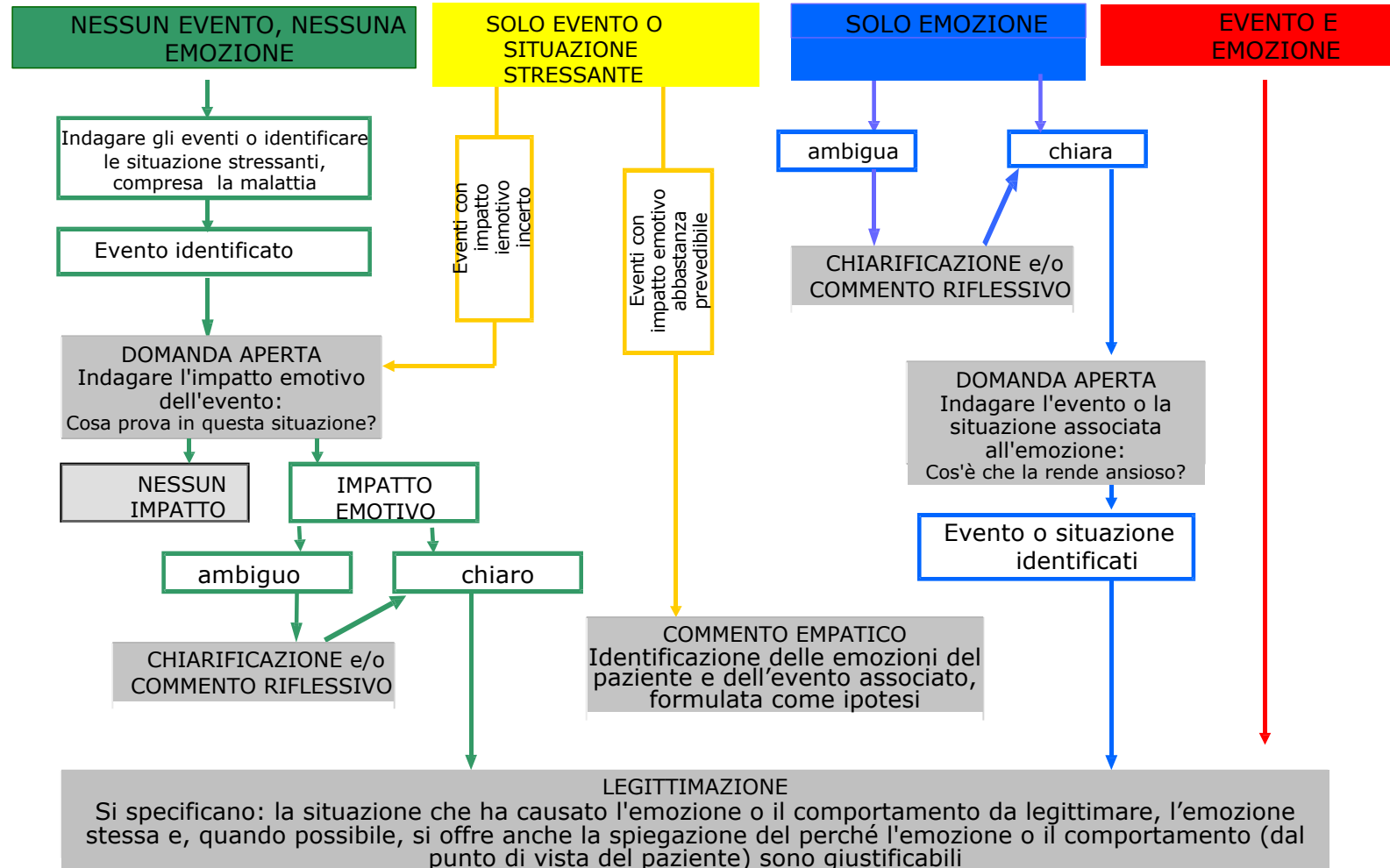
(Attenzione agli interventi prematuri e/o inappropriati!)

ESEMPI:

“Cercheremo di esserle vicino in tutte le fasi della sua malattia”

“Può contare su di noi”

Criteri con cui affrontare le emozioni



Gestire le emozioni: la rabbia

Emozioni più frequenti indotte da malattia e disagio:

- *paura*
- *vergogna*
- *rabbia*

L'**aggressività** è il correlato comportamentale della rabbia (emozione primaria).

Può insorgere in funzione del modo in cui una persona dà senso e risponde a fattori stressanti in uno specifico contesto.

La rabbia è "patologica" quando si manifesta in maniera afinalistica e illogica.

Gestire le emozioni: la rabbia

Perché si determini una risposta aggressiva, un evento deve essere percepito come significativo sul piano personale al punto da evocare la necessità di *preservare l'autostima*.

Potenziabili eventi scatenanti:

- *Sentirsi umiliati*

(es. il sanitario che si comporta come una persona infallibile, che mette in dubbio le capacità cognitive o personali del paziente e assume atteggiamenti agonistici)

L'aggressività è la risposta per ristabilire la propria importanza personale.

- *Sentirsi forzati*

(es. consigli non richiesti, sentirsi pressati a cambiamenti non sentiti come necessari)

L'aggressività è la risposta per ristabilire la propria libertà o potere personale.

- *Sentirsi vulnerabili, non sentirsi capiti*

(es. rassicurazioni premature e irrealistiche, ottimismo banalizzante, atteggiamenti falsamente empatici).

L'aggressività è la risposta di fronte al vissuto emotivo dell'abbandono, dell'esclusione, della percezione di essere trascurati o presi in giro.

Gestire le emozioni: la rabbia

La rabbia rappresenta un attacco e induce nell'altro risposte di difesa.
È importante dunque esserne consapevoli e non agirle.

A tal fine:

- riconoscere che si è di fronte a emozioni intense
- fermare il processo e identificare l'emozione che si prova (che spesso è la premessa per capire cosa prova il paziente)
- identificare l'emozione del nostro interlocutore e verbalizzarla, verificando se l'impressione è corretta (es. "Mi sembra che lei sia molto arrabbiato")
- individuare cos'ha determinato la rabbia
- esprimere empatia (ma non accordo), dimostrando che ci si sforza di capire cosa sta provando il paziente. Talvolta basta un commento riflessivo o una legittimazione (es. "Quindi lei è arrabbiato perché non riscontra i risultati che si aspettava e le sembra di perdere tempo a venire qui")
- fare delle pause

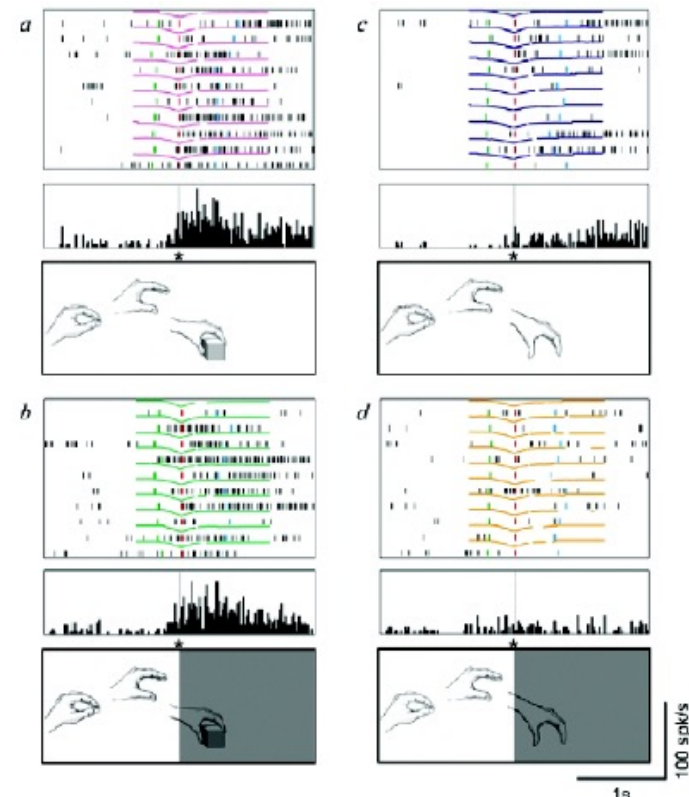
Il sistema mirror

L'area premotoria F5 fa parte di un sistema detto **mirror**, che contiene neuroni che rispondono durante l'esecuzione di movimenti di afferramento, anche quando questi movimenti sono compiuti da altri individui.

Per questo vengono chiamati **neuroni specchio**.

La loro esistenza è stata rilevata per la prima volta verso la metà degli anni '90 dal gruppo di ricerca di Giacomo Rizzolatti presso il dipartimento di neuroscienze dell'Università di Parma.

- Per ottenere attivazione nei neuroni mirror è necessario che l'azione sia *finalizzata* all'afferramento dell'oggetto.
- In questo caso i neuroni rispondono anche quando il movimento effettivo *non è visibile*.



Il sistema mirror

I neuroni specchio, più in generale, sono neuroni specifici che si attivano sia quando si compie un'azione sia quando la si osserva mentre è compiuta da altri (in particolare conspecifici).

I neuroni dell'osservatore "rispecchiano" quindi il comportamento dell'osservato, come se stesse compiendo l'azione egli stesso.

Non è necessaria un'effettiva interazione con gli oggetti: i neuroni-specchio si attivano anche quando l'azione è semplicemente mimata.

Sono stati individuati nei primati, in alcuni uccelli e nell'uomo. Nell'uomo, oltre ad essere localizzati in aree motorie e premotorie, si trovano anche nell'area di Broca e nella corteccia parietale inferiore. Ramachandran ha scritto un saggio sulla loro importanza potenziale nello studio dell'imitazione e del linguaggio.

Il sistema umano dei neuroni specchio codifica atti motori transitivi e intransitivi, è cioè capace di codificare sia il tipo di azione che la sequenza dei movimenti di cui essa è composta.

Anche se il loro ruolo primario rimane quello di comprendere le azioni altrui, il contesto umano è evidentemente più complesso.

