



PSICOLOGIA CLINICA

dott.ssa Paoletta Florio
psicologa-psicoterapeuta

L'AUTOEFFICACIA

autoefficacia: convinzione nelle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessario a gestire adeguatamente le situazioni che si incontrano in modo da raggiungere i risultati prefissati (Bandura, 1992)

L'AUTOEFFICACIA

mette la persona in grado di:

- fronteggiare gli eventi stressanti
- modificare i comportamenti a rischio

con un ruolo importante in tutte le fasi del processo di autoregolazione del comportamento di salute:

- intenzione di cambiare
- intensità dello sforzo
- perseveranza nonostante gli insuccessi
- mantenimento dei cambiamenti

L'AUTOEFFICACIA

Psychiatry and Clinical Neurosciences 2012; 66: 203–209

doi:10.1111/j.1440-1819.2012.02332.x

Regular Article

Influence of self-efficacy on the interpersonal behavior of schizophrenia patients undergoing rehabilitation in psychiatric day-care services

Takafumi Morimoto, OTR, MS^{1,2,3*} Kiyoji Matsuyama, MD, PhD^{1,2}

Satoe Ichihara-Takeda, OTR, PhD^{1,2} Ryuta Murakami, OTR³ and Nozomu Ikeda, OTR, PhD^{1,2}

¹Department of Occupational Therapy, School of Health Sciences, ²Program of Physical Therapy and Occupational Therapy, Graduate School of Health Sciences, Sapporo Medical University and ³Department of Day Care, Hayashishita Hospital, Sapporo, Japan

Aim: The present study examined whether the self-efficacy of interpersonal behavior influenced the interpersonal behavior of schizophrenia patients using psychiatric day-care services.

Methods: Thirty-nine patients with schizophrenia were examined with the Interpersonal Relations subscale of the Life Assessment Scale for Mentally Ill, the Self-efficacy Scale of Interpersonal Behavior, the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia–Japanese version, and the Positive and Negative Syndrome Scale.

Results: The Life Assessment Scale for Mentally Ill score was significantly correlated with the self-efficacy of interpersonal behavior, and was also significantly correlated with neurocognitive functions and negative symptoms. However, the Self-efficacy Scale of Interpersonal Behavior score was not correlated with neurocognitive functions and negative symptoms. To examine the causal correlations between the above social, psychological and clinical factors, multiple regression analysis was performed with the

self-efficacy of interpersonal behavior, neurocognitive functions, and negative symptoms as the independent variables and interpersonal behavior as the dependent variable. The self-efficacy of interpersonal behavior was found to contribute to interpersonal behavior as well as neurocognitive functions.

Conclusion: The self-efficacy of interpersonal behavior contributed to the interpersonal behavior as well as the neurocognitive functions in the case of schizophrenia patients in the community. This suggested that interventions targeting the self-efficacy of interpersonal behavior, as well as those targeting neurocognitive functions, were important to improve the interpersonal behavior of schizophrenia patients undergoing psychiatric rehabilitation in the community.

Key words: interpersonal behavior, neurocognitive functions, psychopathological symptoms, schizophrenia, self-efficacy.

L'AUTOEFFICACIA

Clinical Rehabilitation 2007; 21: 230–240

Perceptions of self-efficacy and rehabilitation among neurologically disabled adults*

Guy Dixon University of Liverpool and the Walton Centre for Neurology and Neurosurgery, Liverpool, **Everard W Thornton** Department of Psychology, University of Liverpool and **Carolyn A Young** The Walton Centre for Neurology and Neurosurgery, Liverpool and Division of Neurological Science, University of Liverpool, Liverpool, UK

Received 29th January 2006; returned for revisions 18th June 2006; revised manuscript accepted 23rd August 2006.

Objective: To explore constructs relevant to self-efficacy in neurological rehabilitation.

Design: Qualitative methods using semi-structured interviews.

Setting: Specialist neurological rehabilitation unit, Liverpool, UK.

Subjects: Twenty-four patients (12 male) with experience of inpatient rehabilitation, aged 17–59 (mean 38.1) years at onset, with diagnoses of stroke ($n = 8$), traumatic brain injury ($n = 6$) or other monophasic neurological impairment ($n = 10$).

Results: Eleven themes emerged from the data that reflect self-efficacy beliefs: *self-reliance* and *independence* were deemed important and many patients recognized the importance of *determination*, making time to *take an active role* and working in *partnership with the multidisciplinary team*. Patients had complex *information needs* but were able to use *goal setting* and the *vicarious experiences* of other inpatients to map out the stages of their own recovery. It was important for patients to be able to *recognize* for themselves that they were making progress and they valued *external reassurance* on this from other patients, staff and visitors. A number of difficulties were identified that interfered with their developing self-efficacy in rehabilitation, such as *structuring* their time. Two different models for rehabilitation emerged from the data, 'recovery' and 'adaptation'.

Conclusions: Patients consistently identified 11 factors falling in the supraordinate themes of self, others and process, and these influenced their self-efficacy to participate in neurological rehabilitation. Patients consider rehabilitation in terms of either an 'adaptation' or 'recovery' model.

L'AUTOEFFICACIA

FIDUCIA IN SÉ

nonostante molti riconoscano l'importanza del partecipare attivamente alla riabilitazione, viene identificata una serie di difficoltà che interferisce con lo sviluppo della fiducia in sé in contesto riabilitativo:

- alcuni ritengono che la terapia sia più efficace delle attività che possono svolgere autonomamente
- alcuni trovano difficile impegnarsi senza che qualcuno li incoraggi

L'AUTOEFFICACIA

FIDUCIA IN SÉ

... tuttavia, alcuni, gradualmente, riescono...

When I left rehab, I went into a period when I wouldn't leave the house, I was very afraid to walk around, the fear of hurting myself I guess, not wanting people to look at me walking with sticks but gradually I've learnt to overcome that by doing new things, by going to college, going to work, they are uncomfortable and they're difficult to do but the more you do them, the more confident you feel that yes, you can achieve them. (Male, 20s, cervical astrocytoma excised)

L'AUTOEFFICACIA

DETERMINAZIONE

I'm just determined to get back on my feet and walk again. (Female, 40s, cauda equina syndrome)

The day you give up trying to get better, that's as far as you get. (Female, 40s, stroke)

L'AUTOEFFICACIA

INDIPENDENZA

I try not to ask the nurses for any help, so I try and get myself dressed in the morning, I take myself to the toilet, bring myself back . . . that's what I'm doing to try and speed up my progress. (Female, 40s, cauda equina syndrome)

I can thread a needle and I was made up with that because I did not have to ask anyone to do it so it gave me a boost because I had a bit of independence. (Female, 30s, cerebellar syndrome)

L'AUTOEFFICACIA

RICONOSCERE I PROPRI MIGLIORAMENTI

Each day there's been a little something more that I couldn't do the previous day, so that's helped me. (Female, 40s, meningioma excised)

Everybody tells me I'm getting better but I can't really see it myself. I think I'm just coping with it better, rather than getting better. (Male, 40s, traumatic brain injury)

L'AUTOEFFICACIA

SFIDARE I PROPRI LIMITI

It's trying things basically. The simple example of stairs, when you first attempt them it's like climbing up a mountain – it's very hard work, it might go wrong, you might slip – but once you've conquered that, you think to yourself 'You've done that' and when you reach a similar encounter in a different environment, you think 'Well, I did it with that last time, so I can this one'. (Male, 20s, cervical astrocytoma excised)

L'AUTOEFFICACIA

RASSICURAZIONI ESTERNE

And sometimes I don't think that I am improving and [the therapists] tell me that I am, I just think that I am the same but they see the little slight things all coming together. (Male, 20s, posterior fossa tumour excised)

I think the important thing is not to give ... artificial encouragement because you very quickly notice it when people are going 'Oh, you're doing very well' when in fact you know you're not. (Male, 40s, encephalomyelitis)

L'AUTOEFFICACIA

ESPERIENZE DI ALTRI

Seeing other patients who are actually worse off than me . . . but they've got to live with their walk and the way they walk and, if they can cope with something worse than mine, I should be able to cope with the way I am. (Male, 20s, stroke)

It was like a comfort zone: there were other people who were experiencing similar life experiences and you could chat to them about those things, whereas if you chat to people who've never been through rehab, they don't really understand it . . . So to lose that's quite a blow really. (Male, 20s, cervical astrocytoma excised)

L'AUTOEFFICACIA

LAVORARE CON I PROFESSIONISTI

I think they work on the fact that you've got to meet them at least half-way and put just as much effort in. (Female, 40s, stroke)

L'AUTOEFFICACIA

STABILIRE OBIETTIVI

To get where you want to be, you've got to go through these levels first. So in that way the goal setting is useful because it helps you see the path you need to take to get to where you want to be.
(Female, 40s, meningioma excised)

L'AUTOEFFICACIA

BISOGNO DI INFORMAZIONI

I found that I didn't know what I was supposed to do, nobody kind of said right you can do this... Nobody really explained that to me.
(Female, 40s, stroke)

L'AUTOEFFICACIA

ROUTINE

It's got the routine of it all, you know, you've got the board, you look at the board when your times are and you ... know what you've got to do (Female, 40s, cauda equina)

L'AUTOEFFICACIA

Journal of Affective Disorders 206 (2016) 252–255



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Short communication

The influence of early depressive symptoms, social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-stroke

Matthias Volz^{a,*}, Johanna Möbus^b, Christa Letsch^c, Katja Werheid^a^a Department of Psychology, Humboldt Universität zu Berlin, Germany^b Brandenburg Klinik, Department of Clinical Geriatric Medicine, Germany^c Segeberger Kliniken, Department of Neurology, Germany

ARTICLE INFO

Article history:

Received 7 June 2016

Received in revised form

6 July 2016

Accepted 16 July 2016

Available online 22 July 2016

Keywords:

Stroke

Depression (DSM-IV)

Self-efficacy

Social support

Early depressiveness

ABSTRACT

Background: Post-stroke depression (PSD) is the most frequent mental disorder after stroke, affecting about 30% of stroke survivors. Despite extensive research, little is known about the influence of general self-efficacy (GSE) on PSD. We investigated the effect of GSE on depression six months post-stroke while controlling for established risk factors.

Methods: Eighty-eight patients from two rehabilitation centers with first-ever ischemic stroke were assessed around 8 weeks and 6 months after stroke. Baseline assessment included demographic variables, GSE scale, physical disability (Barthel-Index), stroke severity (modified NIH Scale), pre-stroke mental illness, cognitive status (Mini-Mental-State-Test), social support (F-SozU Questionnaire) and depressiveness (Geriatric Depression Scale, GDS). Follow-up assessment included DSM-IV depression, GDS and GSE. The influence of each risk factor on PSD was analyzed by binary hierarchical regression.

Results: Baseline depressiveness (OR = 1.41, $p < .01$) and social support (OR = .95, $p = .03$) predicted PSD. Decreasing GSE was associated with high baseline GSE ($r = .51$, $p < .01$) and influenced later PSD (OR = 1.39, $p < .01$).

Limitations: Patients' range of impairment may have been limited as sufficient speech comprehension and capacity for interview participation were required. Causal relationship between decreasing GSE and increasing GDS cannot be assumed based on correlations.

Discussion: Decreasing GSE was linked to PSD, especially in patients with high baseline GSE. This effect may be due to dissatisfaction with recovery following high expectations. Early depressive symptoms and low social support predicted PSD. Early screening for depressive symptoms and focusing on self-efficacy might help to prevent later depression.

© 2016 The Authors. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

L'AUTOEFFICACIA

Psychiatr Rehabil J. 2016 Dec;39(4):352-360. Epub 2016 Jun 16.

Self-efficacy as a mediator of the relationship between social support and recovery in serious mental illness.

Thomas EC¹, Muralidharan A², Medoff D², Drapalski AL².

OBJECTIVE:

The purposes of this research were to **assess relationships between social support and objective and subjective recovery in a sample of adults with serious mental illness and to examine self-efficacy as a potential mediator of these relationships.**

METHODS:

In this cross-sectional study, a sample of 250 individuals completed **measures tapping social support network size, satisfaction with social support, perceived support from the mental health system, self-efficacy, objective recovery (i.e., psychiatric symptoms, social functioning), and subjective recovery.** Pearson product-moment correlations and multiple linear regression analyses examined relationships among social support, self-efficacy, and recovery. A bootstrapping procedure was used to estimate the magnitude and significance of indirect effects in mediation analyses.

RESULTS:

All social support domains (i.e., social support network size, satisfaction with support, perceived support from the mental health system) were significantly related to at least 1 objective recovery outcome and to subjective recovery. **Self-efficacy was a mediator of all relationships between social support and objective and subjective recovery.**

CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS FOR PRACTICE:

The present study aids in better understanding the relationship between social support and recovery in individuals with serious mental illness and paves the way for future research. Particularly relevant to mental health service providers, it highlights the importance of establishing and maintaining an effective therapeutic relationship as well as assisting consumers with developing supportive relationships with others

L'AUTOEFFICACIA

- modifica la percezione delle difficoltà: i problemi diventano ostacoli insormontabili o impedimenti superabili se l'efficacia percepita è rispettivamente bassa o alta
- influenza il modo in cui vengono elaborate le potenziali minacce: se una persona crede di poter affrontare efficacemente una minaccia, non prova malessere; se crede di non poter controllare una possibile minaccia, prova ansia, amplifica la dimensione del rischio ed entra nel circolo dei pensieri catastrofici

L'AUTOEFFICACIA

- influenza le attribuzioni causali: bassi livelli di efficacia percepita portano a considerare i propri fallimenti come conseguenza di scarsa abilità, mentre alti livelli di efficacia percepita li fanno risalire a fattori più contingenti (strategie inadeguate, circostanze sfavorevoli)

LO STILE ATTRIBUTIVO

teoria delle attribuzioni causali (Heider, 1958; Weiner, 1985)

ogni persona cerca di dare delle spiegazioni a quello che gli accade nella vita

attribuzione causale: processo che la persona mette in atto quando cerca spiegazioni per il proprio e per l'altrui comportamento

LO STILE ATTRIBUTIVO

teoria delle attribuzioni causali (Heider, 1958; Weiner, 1985)

ciascun individuo formula ipotesi e giudizi relativi ai fattori causali degli eventi (inaspettati)

tali ipotesi riguardano:

1. localizzazione delle cause (interne vs. esterne)
2. stabilità temporale (stabile vs. instabile)
3. grado di pervasività (specifico vs. globale)

LO STILE ATTRIBUTIVO

evento: non supero l'esame

	stabile		instabile	
	globale	specifico	globale	specifico
interno	sono stupido	sono un asino	non mi impegno	non mi sono impegnato
esterno	la gente è...	la prof. è...	sono sfortunato	sono stato sfortunato

LO STILE ATTRIBUTIVO

teoria delle attribuzioni causali (Heider, 1958; Weiner, 1985)

cause principali a cui in genere si attribuiscono successi e insuccessi:

1. impegno/mancanza di impegno (=capacità di saper selezionare e usare strategie adatte alla risoluzione di un compito)
2. abilità/mancanza di abilità
3. facilità/difficoltà del compito
4. aiuto/mancanza di aiuto
5. fortuna/sfortuna

LO STILE ATTRIBUTIVO

teoria delle attribuzioni causali (Heider, 1958; Weiner, 1985)

ogni persona spiega i propri successi e i propri insuccessi facendo riferimento ad uno schema personale e tendenzialmente stabile di attribuzioni che costituisce il proprio stile attributivo

LO STILE ATTRIBUTIVO

«a bad workman blames his tools»

principali stili attributivi (De Beni e Moè, 1995)

impegno strategico	depresso	negatore	pedina	abile
attribuisce il successo all'impegno e l'insuccesso alla mancanza di impegno	attribuisce il successo a cause esterne e l'insuccesso alla mancanza di abilità	attribuisce il successo all'abilità e l'insuccesso a cause esterne	attribuisce il suo successo e il suo insuccesso a cause esterne	attribuisce il suo successo all'abilità e il suo insuccesso alla mancanza di abilità

LO STILE ATTRIBUTIVO

stile impegno strategico

- coloro che adottano questo stile si sentono coinvolti personalmente in ciò che fanno e hanno una buona fiducia nelle proprie possibilità
- in caso di fallimento, sono portati a pensare di non aver fatto abbastanza per riuscire e mantengono grandi aspettative di riuscita per il futuro

LO STILE ATTRIBUTIVO

allo stile impegno strategico corrispondono:

- maggiore tendenza a perseguire obiettivi di padronanza piuttosto che di prestazione
- superiori livelli di persistenza nella risoluzione di compiti impegnativi
- aumento e mantenimento della motivazione
- maggiore senso di autoefficacia
- migliori risultati in seguito all'insegnamento di strategie

LO STILE ATTRIBUTIVO

stile depresso

- attribuisce i propri successi a cause esterne e gli insuccessi a mancanza di abilità
- è lo stile tipico dell'«impotenza appresa»
- chi possiede questo stile crede di non potercela mai fare
- partendo da questa considerazione, non si sforzerà e non farà niente per riuscire

LO STILE ATTRIBUTIVO

stile negatore

- attribuisce il successo all'abilità e l'insuccesso a cause esterne
- è convinto di essere bravo e considera l'abilità come una dote innata che si possiede o non si possiede
- tende a dare poca importanza all'impegno
- non porta alla ricerca di strategie
- è difficile da modificare

LO STILE ATTRIBUTIVO

stile pedina

- attribuisce successi e insuccessi a cause esterne
- tende ad assumere un atteggiamento fatalistico
- tende a dare poca importanza all'impegno
- non porta alla ricerca di strategie

LO STILE ATTRIBUTIVO

stile abile

- attribuisce il successo all'abilità e l'insuccesso alla mancanza di abilità
- in caso di insuccesso può sviluppare un senso di impotenza appresa
- di fronte alle difficoltà, non persiste nell'eseguire il compito
- può facilmente trasformarsi in uno stile depresso o pedina

L'ORIENTAMENTO OTTIMISTA

Ottimista: considera il risultato desiderabile come raggiungibile (pensiero) → persevera nel tentativo di conseguirlo (comportamento)

Pessimista: considera il risultato desiderabile come irraggiungibile (pensiero) → desiste abbastanza facilmente

Gli ottimisti riportano una minore quantità di sintomi in presenza di eventi stressanti (Carver et al., 2010) → accomodamento e adattamento con flessibilità

L'ORIENTAMENTO OTTIMISTA

I «benefici» dell'orientamento ottimista:

- favorisce l'adattamento fisico e l'uso di strategie efficaci nella SM e nel Parkinson (de Ridder et al., 2000)
- promuove il benessere psicologico durante e dopo il trattamento nei pazienti oncologici (Matthews e Cook, 2009)
- riduce il rischio sia di incidenza sia di mortalità per malattia cardiaca (Tindle et al., 2009)

L'HARDINESS

Hardiness (resistenza): tratto di personalità che potenzialmente modera gli effetti dello stress sulla salute fisica (Kobasa, 1979)

Caratteristiche:

- impegno → convinzione circa il valore attribuito a se stessi e che la vita meriti di essere vissuta
- controllo → credenza di poter controllare o influenzare gli eventi
- sfida → convinzione che il cambiamento sia normale e approccio alla vita basato sull'esplorazione e sull'avventura

IL COPING

coping: gli sforzi cognitivi e comportamentali delle persone di gestire (ridurre, minimizzare, padroneggiare o tollerare) le richieste interne ed esterne del rapporto transazionale tra persona e ambiente che vengono valutate come gravose o eccedenti (Folkman et al., 1986)

coping: l'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali per far fronte a specifiche esigenze esterne e interne che sono vissute come imposizioni o come superiori alle risorse del soggetto (Lazarus, 1991)

IL COPING

nel modello di Lazarus e Folkman vengono concettualizzate diverse tipologie di valutazione cognitiva del fattore stressante:

- valutazione primaria: valutazione della gravità dell'evento (la situazione rappresenta una minaccia?)
- valutazione secondaria: valutazione delle risorse a disposizione e delle strategie da mettere in atto (ho le risorse per affrontare questa situazione?)
- valutazione terziaria: valutazione dell'efficacia ed eventuale orientamento su altre strategie (ha funzionato?)

IL COPING

VALUTAZIONE PRIMARIA

BRAIN INJURY, VOL. 18, NO. 9 (SEPTEMBER 2004), 871–888



Threat appraisal and avoidance after traumatic brain injury: why and how often are activities avoided?

GERARD A. RILEY, ANDREW J.
BRENNAN and THERESA POWELL

School of Psychology, University of Birmingham, Birmingham, UK

(Received 24 April 2003; accepted 20 January 2004)

IL COPING

VALUTAZIONE PRIMARIA

Riley et al. (2004): focus su valutazione primaria

- studiano l'evitamento in 50 soggetti con esiti di TCE
- riscontrano elevati livelli di valutazione di minaccia
- riscontrano livelli estremamente variabili di evitamento (nel 26% dei casi, nessuna delle minacce percepite ha portato a evitamento; nel 4% dei casi, tutte le minacce percepite hanno portato a evitamento)

IL COPING

VALUTAZIONE SECONDARIA

NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION
2010, 20 (6), 869–882

 Psychology Press
Taylor & Francis Group

**Evaluation of coping resources and self-esteem as
moderators of the relationship between threat
appraisals and avoidance of activities after traumatic
brain injury**

Gerard A. Riley, Rebecca K. Dennis, and Theresa Powell
School of Psychology, University of Birmingham, Birmingham, UK

IL COPING

VALUTAZIONE SECONDARIA

Riley et al. (2010): focus su valutazione secondaria

- studiano l'evitamento in 41 soggetti con esiti di TCE
- coloro che percepiscono di avere le risorse per affrontare i problemi e coloro che hanno un'autostima più elevata tendono ad evitare di meno

IL COPING

LO STILE DI COPING

- coping centrato sul problema: sforzi rivolti a cambiare il problema esterno o la sua formulazione cognitiva
- coping centrato sull'emozione: sforzi rivolti a cercare un sollievo dagli effetti spiacevoli del problema

(Lazarus e Folkman, 1980)

- coping di evitamento: strategie consistenti nella ricerca di diversivi o distrazioni

(Endler e Parker, 1990)

IL COPING

LO STILE DI COPING

NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION
2010, 20 (4), 587–600

 Psychology Press
Taylor & Francis Group

Coping styles in relation to cognitive rehabilitation and quality of life after brain injury

Gisela Wolters^{1,3}, Sven Stapert², Ingrid Brands³, and
Caroline Van Heugten^{1,2}

¹Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands; ²Faculty of Psychology, Department of Neuropsychology and Psychopharmacology, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands; ³Neurology Department, Rehabilitation Centre Blixembosch, Eindhoven, The Netherlands

IL COPING

LO STILE DI COPING

Wolters et al. (2010)

- campione: 110 pazienti con lesione cerebrale in fase cronica che partecipano a training di riabilitazione cognitiva
- valutazione del cambiamento dello stile di coping (T0 e T1) → Hp. i pazienti abbandonano nel tempo lo stile di coping emotion-focused e si orientano verso lo stile problem-focused
- valutazione della relazione tra stile di coping e qualità della vita → Hp. i pazienti con stile di coping problem-focused hanno una migliore qualità di vita

IL COPING

LO STILE DI COPING

Wolters et al. (2010)

- valutazione del cambiamento dello stile di coping (T0 e T1) → Hp. i pazienti abbandonano nel tempo lo stile di coping emotion-focused e si orientano verso lo stile problem-focused

in realtà, verificano esattamente il contrario

Hp. interpretative:

- Kendall e Terry (1996): maggiore consapevolezza
- Ben-Yishay (2008): ambiente riabilitativo più «favorevole»

IL COPING

LO STILE DI COPING

Wolters et al. (2010)

- valutazione della relazione tra stile di coping e qualità della vita → Hp. i pazienti con stile di coping problem-focused hanno una migliore qualità di vita

ipotesi confermata

maggiore intervallo T0-T1 → migliore qualità di vita → più tempo per adattarsi al cambiamento

IL COPING

LE STRATEGIE DI COPING

- distrazione: distogliere l'attenzione dal problema pensando ad altre cose o intraprendendo qualche attività
- ridefinizione della situazione: tentare di vedere il problema sotto una luce diversa che lo fa apparire più sopportabile
- azione diretta: pensare alle soluzioni del problema, raccogliere informazioni su di esso o fare effettivamente qualcosa per cercare di risolverlo
- catarsi: esprimere le emozioni in risposta al problema per ridurre la tensione, l'ansia o la frustrazione

IL COPING

LE STRATEGIE DI COPING

- accettazione: accettare che il problema si sia presentato, ma che non possa essere fatto nulla in merito
- cercare supporto sociale: cercare o accettare supporto emozionale da persone che si amano, amici o professionisti
- rilassamento: fare qualcosa che esplicita l'intenzione di rilassarsi
- fede: cercare o accettare conforto o supporto spirituale

(Porter e Stone, 1996)

RAPPRESENTAZIONE DELLA MALATTIA E COMPORTAMENTI CONNESSI ALLA SALUTE

modificazioni nel campo dell'assistenza sanitaria:

1. allungamento della vita media → incremento delle condizioni di cronicità → necessità di coinvolgimento attivo del paziente e aderenza alle prescrizioni
2. configurarsi di nuove cause di morte prevalenti (malattie cardio/cerebrovascolari, cancro, incidenti) → prevenzione primaria (adozione di comportamenti protettivi per la salute)
3. evoluzione del rapporto medico-paziente

RAPPRESENTAZIONE DELLA MALATTIA E COMPORTAMENTI CONNESSI ALLA SALUTE

COMPORTAMENTI CONNESSI ALLA SALUTE

«consentono il mantenimento di uno stile di vita sano e contribuiscono all'evitamento di malattie» (Majani, 1999)

- evitare il ricorso a sostanze dannose
- dormire in quantità sufficiente
- nutrirsi con regolarità e in misura contenuta
- evitare il sovrappeso
- svolgere regolare attività fisica
- trovare un equilibrio tra lavoro e relax
- sottoporsi a controlli clinici periodici
- allacciare le cinture di sicurezza
- evitare rischi ambientali

RAPPRESENTAZIONE DELLA MALATTIA E COMPORTAMENTI CONNESSI ALLA SALUTE

RAPPRESENTAZIONE DI MALATTIA

«insieme delle credenze implicite di senso comune proprie del paziente riguardo alla malattia» (Leventhal e Nerez, 1985)

Dimensioni:

- identità (nome, segni e sintomi)
- causa (modalità di trasmissione, eziopatogenesi)
- durata (acuta, cronica o ciclica)
- conseguenze (effetti e implicazioni)
- controllabilità o curabilità (possibilità di esercitare un'influenza positiva sul decorso e/o di guarigione)

(Leventhal et al., 1997)

RAPPRESENTAZIONE DELLA MALATTIA E COMPORAMENTI CONNESSI ALLA SALUTE

Rappresentazione della malattia e...

- comportamenti connessi alla salute (Sultan et al., 2011; Chen et al., 2011; Phillips et al., 2012)
- adattamento funzionale alla malattia (Heijemans, 1999; Chilcot et al., 2011)
- outcome in termini di recupero funzionale o di sopravvivenza (Petrie et al., 1996; Johnston et al., 1999; Chilcot et al., 2011)

L'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI

COMPLIANCE VS. ADERENZA

compliance: il grado in cui il comportamento di una persona coincide con le prescrizioni del medico

(Haynes, 1979)

aderenza: collaborazione tra medico e paziente, caratterizzata da un buon grado di condivisione delle scelte terapeutiche e dall'interiorizzazione delle prescrizioni mediche da parte del paziente

(Meichenbaum e Turk, 1987)

L'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI

NON-COMPLIANCE VS. NON-ADERENZA

non-compliance: sottintende una valutazione negativa del comportamento del paziente, a cui viene attribuita tutta la responsabilità della mancata osservanza delle prescrizioni

non-aderenza: può essere dovuta ad una serie di ragioni che oltrepassano la semplice non obbedienza o non volontà del paziente e che coinvolgono in ugual misura anche la figura e il comportamento del medico

L'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI

FATTORI CONNESSI ALLA NON-ADERENZA

1. variabili legate al paziente:

- eventuali disturbi psichiatrici
- disturbi mnesici
- deficit di comprensione
- modello implicito della malattia
- apatia e pessimismo
- negazione della malattia o della sua gravità
- precedente storia di non-aderenza
- insoddisfazione nei confronti del medico o del trattamento

L'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI

FATTORI CONNESSI ALLA NON-ADERENZA

2. variabili legate alla malattia:

- condizione cronica con assenza di sintomatologia manifesta
- stabilità dei sintomi

L'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI

FATTORI CONNESSI ALLA NON-ADERENZA

3. variabili legate al trattamento:

- assenza di continuità della cura
- lunghi tempi di attesa
- non disponibilità per appuntamenti individuali
- scarsa professionalità degli operatori
- complessità e/o lunga durata del regime terapeutico
- livello di cambiamento comportamentale richiesto
- effetti collaterali dei farmaci

L'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI

FATTORI CONNESSI ALLA NON-ADERENZA

4. variabili legate alla relazione medico-paziente:

- comunicazione inefficace
- inadeguatezze comportamentali e di atteggiamento da parte del medico e/o del paziente
- incapacità del medico di far verbalizzare al paziente gli eventuali problemi legati all'adozione del regime terapeutico
- insoddisfazione del paziente

(Meichenbaum e Turk, 1987)

L'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI

MIGLIORARE L'ADERENZA

1. nel fissare gli appuntamenti

- fornire data e orario precisi e il nome di una specifica figura professionale a cui rivolgersi
- utilizzare promemoria
- ottimizzare l'agenda delle visite per ridurre i tempi di attesa
- garantire la continuità della cura
- ottimizzare i tempi del follow-up
- parlare delle ragioni degli appuntamenti mancati

L'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI

MIGLIORARE L'ADERENZA

2. nella gestione delle malattie acute

- migliorare la comunicazione medico-paziente coinvolgendo il paziente nella pianificazione e nella gestione della terapia
- personalizzare il piano di trattamento
- semplificare il regime terapeutico
- valutare la capacità di comprensione del paziente
- anticipare la possibilità di effetti collaterali e le modalità nella loro gestione

L'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI

MIGLIORARE L'ADERENZA

3. nella gestione delle malattie croniche

- migliorare la comunicazione medico-paziente
- adottare procedure di modificazione comportamentale
- trasmettere abilità di autogestione (problem-solving, prevenzione delle ricadute)
- raggiungere gradualmente il pieno regime terapeutico
- coinvolgere altre figure significative
- coinvolgere altre figure dell'équipe
- integrare il regime terapeutico nella vita quotidiana

(Turk e Meichenbaum, 1991)