

MI PRENDO CURA DI TE

Dott.ssa Alessandra Petruzzi

Psicologa – Psicoterapeuta

E-mail: petruzzialessandra2@gmail.com Cell. 324 5480322

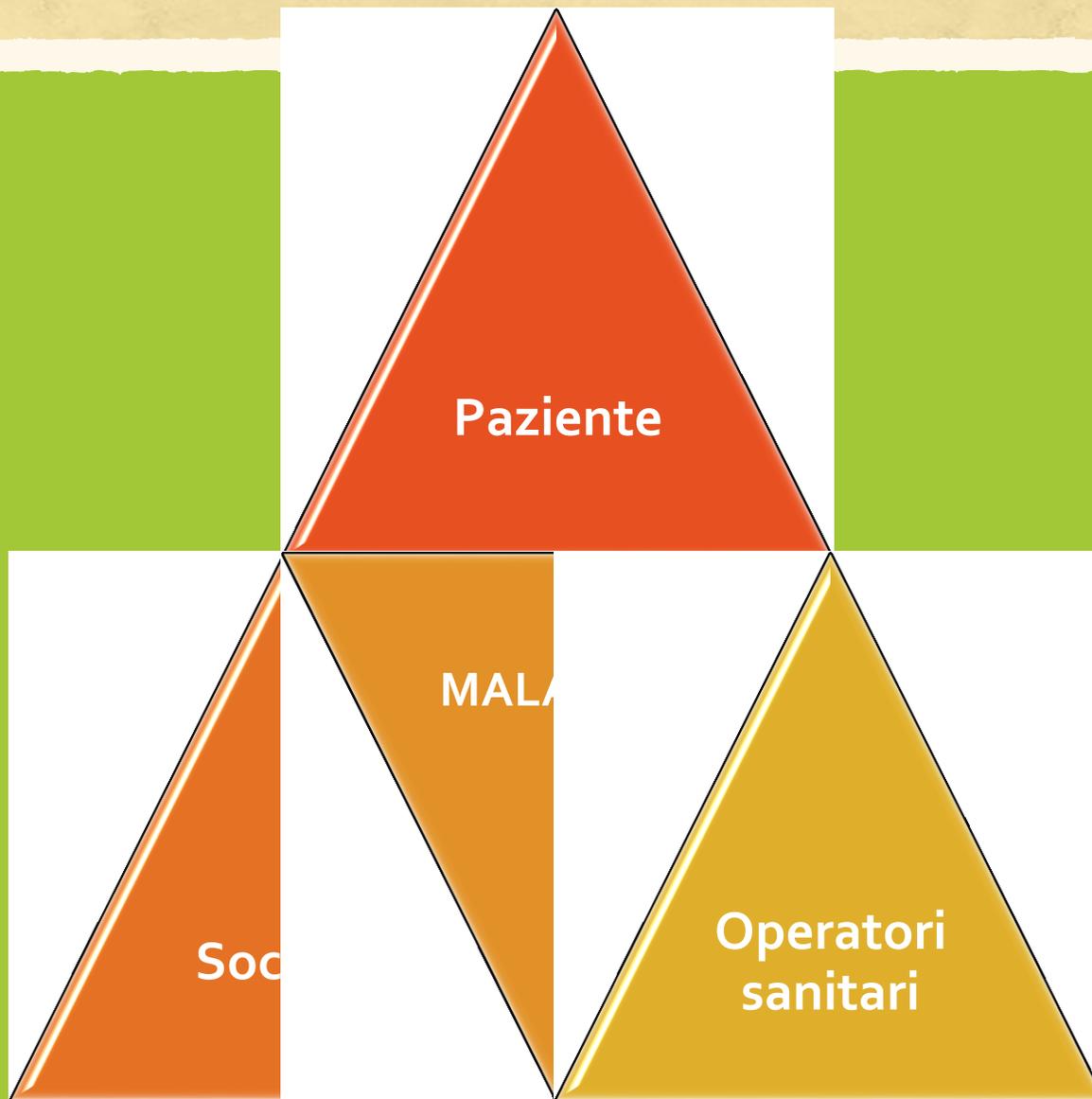
Malattia ...

«**DISEASE**»: malattia nella sua organizzazione di quadro morboso

«**ILLNESS**»: esperienza di come si vive la malattia con la propria globalità soggettiva

«**SICKNESS**»: malattia dal punto di vista socio-economico, radicata nella sua realtà dagli effetti pratici e ambientali

TRIANGOLO DELLA MALATTIA



MALATTIE CRONICHE

Esperienza della persona sofferente è
un'esperienza prolungata nel tempo



Ha un impatto più profondo della malattia acuta
sulla vita quotidiana del soggetto in tutti i suoi
aspetti

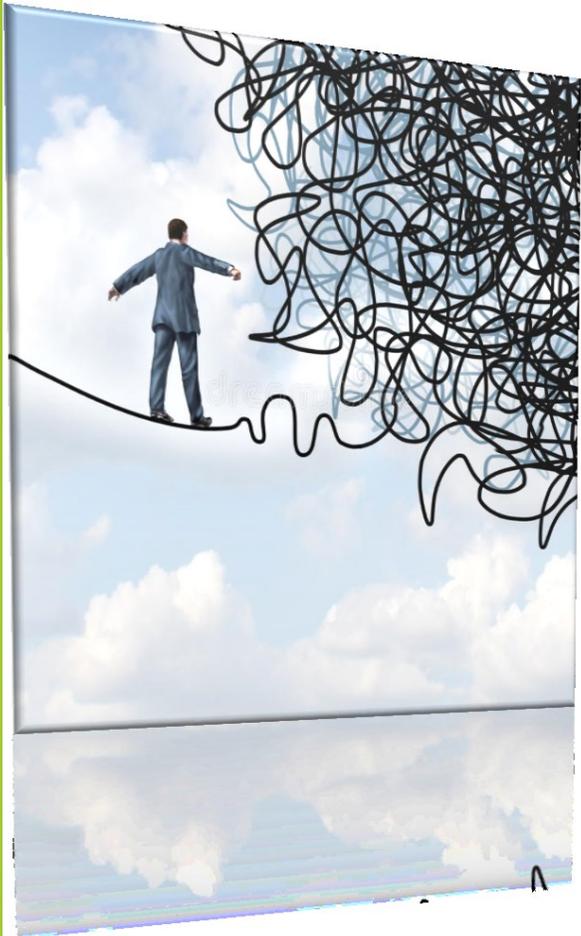


INDETERMINATEZZA

Le persone malate croniche hanno talvolta difficoltà a ricordare quando il loro problema è cominciato dal momento che l'inizio è spesso insidioso → la diagnosi quindi non è sempre facile



IMPREVEDIBILITÀ

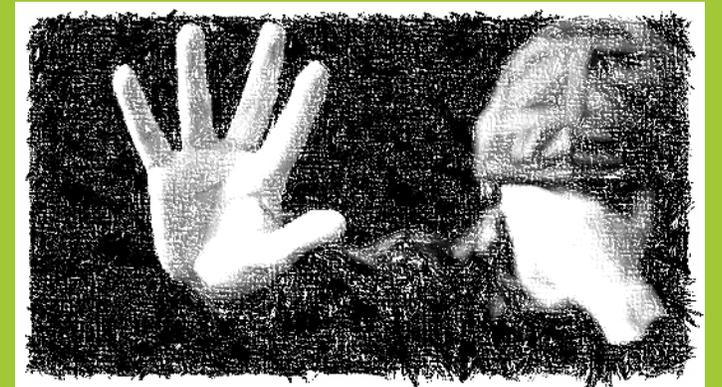


La malattia cronica ha spesso un decorso fluttuante, che rende assai difficile riuscire a predire quando la remissione dei sintomi potrà far seguito alla loro esacerbazione.

INCERTEZZA DELL'ESITO

L'incontro con la malattia

- L'insorgenza di una malattia cronica è un evento che altera precedenti equilibri organici, psicologici e sociali e richiede al paziente stesso uno sforzo interno per integrare la malattia in un nuovo assetto psicofisico.
- La patologia cronica, qualunque essa sia, a causa della sua natura irreversibile, è sempre vissuta come una perdita.



Malattia cronica

Comporta una perdita progressiva della:

- salute
- integrità fisica
- autonomia
- lavoro e ruoli sociali



***MODIFICAZIONI
STILI DI VITA***

IL PAZIENTE CRONICO

Il paziente cronico vive la progressione della malattia

autostima

identità personale

La persona si trova obbligata ad adattare costantemente stile di vita e progettualità al proprio stato di salute..

La malattia cronica con il suo progredire assume dimensioni sempre più rilevanti costringendo costantemente la persona a modificarsi, talvolta in maniera inconsapevole, sia nel rapporto con gli altri e con se stessi, sia nell'accettazione del nuovo modo di vivere (Lacroix, 1995) e delle progressive perdite (salute, integrità fisica, libertà, autonomia).

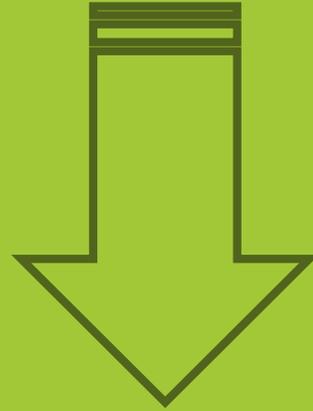
Malattie croniche non possono essere **GUARITE**, ma possono essere **CURATE**

C'è una differenza fondamentale tra questi due termini:

- **GUARIRE:** la malattia è definitivamente scomparsa dall'organismo del soggetto malato
- **CURARE:** dal latino "CURA", ovvero aver cura, badare, occuparsi di.



Trattamenti mirano ad attenuare i sintomi o a rallentare lo sviluppo della patologia



**aumentano la sopravvivenza dei pazienti
e migliorano la loro qualità della vita**

IL PAZIENTE CON PROGNOSI INFAUSTA

La serie di problemi psicologici che si generano durante una degenza con prognosi infausta sono di diversa natura:

problemi relativi alla propria identità (derivanti dalla perdita del ruolo professionale ed economico, la perdita del ruolo nell'ambito familiare, declino delle capacità intellettuali);

conseguenze emotive prodotte dalla malattia e dalle terapie (paura di morire, paura che il dolore diventi insopportabile, paura di perdere l'autocontrollo mentale e/o fisico, paura di diventare un peso per la famiglia, paura di morire prima di aver risolto problemi rimasti in sospeso, soprattutto relazionali)

MODELLO A CINQUE FASI DELLA KÜBLER-ROSS

Il suo modello a cinque fasi, elaborato nel 1970, rappresenta uno strumento che permette di capire le dinamiche mentali più frequenti della persona a cui è stata diagnosticata una malattia grave o terminale:

- **Negazione o Rifiuto**
- **Rabbia o Collera**
- **Contrattazione o Patteggiamento**
- **Depressione**
- **Accettazione.**

Anche se la maggior parte delle persone sembra vivere le fasi secondo l'ordine in cui vengono descritte, non si tratta di un percorso "evolutivo a stadi", per cui le fasi possono manifestarsi in qualsiasi ordine e ripresentarsi successivamente, ma anche presentarsi sovrapposte.

Fase della Negazione o del Rifiuto

"Ma è sicuro, dottore, che le analisi sono fatte bene?"

"Non è possibile, si sbaglia!"

"Non ci posso credere"

Questa fase è caratterizzata dal fatto che il paziente rifiuta la verità e ritiene impossibile di avere proprio quella malattia.

Il processo di negazione del proprio stato può essere funzionale al malato **per proteggerlo da un'eccessiva ansia per la propria morte e per prendersi il tempo necessario per organizzarsi.**

È una difesa, che però diventa sempre più debole, con il progredire della malattia, qualora non s'irrigidisca e non raggiunga livelli patologici di disagio psichico.



Fase della Rabbia o Collera

Dopo la negazione iniziano a manifestarsi emozioni forti quali rabbia e paura, che esplodono in tutte le direzioni, investendo i familiari, il personale ospedaliero, Dio.

La frase più frequente è "*Perché proprio a me?*"

È una fase molto delicata dell'iter psicologico e relazionale del paziente. Rappresenta un momento critico che può essere sia il momento di massima richiesta di aiuto, ma anche il momento della chiusura e del ritiro in sé.

Un comportamento aggressivo può avere diverse cause:

1. non sentirsi apprezzati/accettati per quello che si è o la percezione di una scarsa autostima;
2. la difesa del proprio sé, del proprio territorio, di ciò che sentiamo nostro;
3. il sentimento di paura per la perdita di qualcosa;
4. il senso di frustrazione legato all'impossibilità di soddisfare un bisogno o di raggiungere un obiettivo.

Gli studi dicono che il tentativo di sopprimere pensieri e sentimenti negativi come rabbia, irritazione è controproducente → gli stati d'animo dettati dall'esperienza di malattia



La collera avrebbe dunque una valenza positiva, costruttiva e uno degli obiettivi dell'intervento psicologico deve essere proprio quello di permettere al malato di esprimerla e consentirne un reimpiego e una riutilizzazione nella sua valenza costruttiva.



È di fondamentale importanza che le persone che fungono da recettori dei sentimenti in questione comprendano il vero significato della manifestazione rabbiosa, **che non è quello di attacco personale**, e che consentano al carico di aggressività di defluire senza rimanere traumatizzati da esso e senza alimentarne ulteriormente il flusso con risposte altrettanto aggressive.

Le persone che circondano il malato devono potersi immedesimare in lui e cercare di capire le cause che lo spingono ad essere aggressivo.

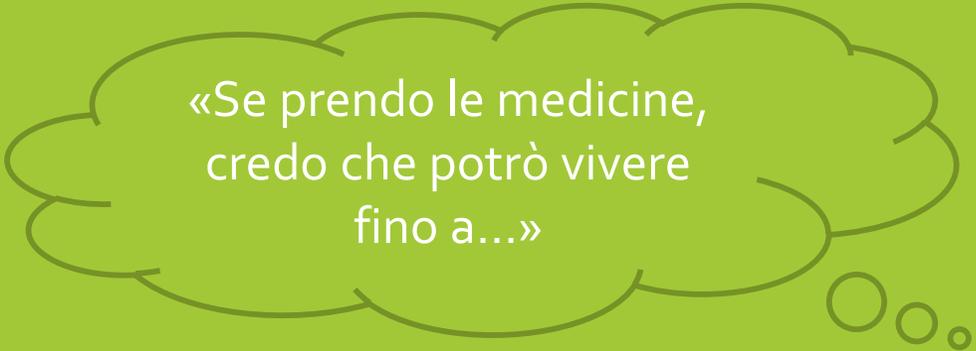
Così facendo riconosceranno che la collera non è rivolta contro la propria persona ma è piuttosto espressione della ferita legata al fatto di essere affetto da una patologia a prognosi infausta e cominceranno a interpretarla dunque come UNA RICHIESTA DI AIUTO.

Fase del patteggiamento

In questa fase la persona inizia a verificare cosa è in grado di fare, ed in quale progetti può investire la speranza, iniziando una specie di negoziato, che a seconda dei valori personali, può essere instaurato sia con le persone che costituiscono la sfera relazione del paziente, sia con le figure religiose.



“Appena starò meglio, farò...”



«Se prendo le medicine, credo che potrò vivere fino a...»

In questa fase la persona riprende il controllo della propria vita

Fase della depressione

Rappresenta un momento nel quale il paziente inizia a prendere consapevolezza delle perdite che sta subendo o che sta per subire e di solito si manifesta quando la malattia progredisce ed il livello di sofferenza aumenta.





DEPRESSIONE REATTIVA

È conseguente alla presa di coscienza di quanti aspetti della propria identità, della propria immagine corporea, del proprio potere decisionale e delle proprie relazioni sociali, sono andati persi.

Il malato deve essere aiutato a modificare il proprio repertorio di abilità sociali in funzione della sua nuova condizione e ad accettare il proprio corpo malgrado i suoi gravi deficit di sensibilità e movimento.

DEPRESSIONE PREPARATORIA



Ha un aspetto anticipatorio rispetto alle perdite che si stanno per subire.

In questa fase della malattia la persona non può più negare la sua condizione di malattia, e inizia a prendere coscienza che la ribellione non è possibile, per cui la negazione e la rabbia vengono sostituite da un forte senso di sconfitta.

Quanto maggiore è la sensazione dell'imminenza della morte, tanto più probabile è che la persona viva fasi di depressione.



Non compiere errori di comunicazione tipici della cultura in cui siamo immersi che **tende a negare il dolore e la morte.**

Normalizzare la risposta depressiva:
«La depressione è un sistema di cura» (D.Winnicott)

Il silenzio del dolore e dell'angoscia, della tristezza e della disperazione

«Ciascuno di noi reagisce a suo modo alla conoscenza della malattia, della malattia tumorale, e ciascuno di noi ha il diritto di non essere giudicato nei suoi modi di reagire; non dimenticandosi mai come nel corso della malattia sia necessario sfuggire all'isolamento, ma non alla solitudine, alla inerzia e alla disperazione, ma non alla riflessione e alla meditazione, alla pubblicizzazione del proprio dolore, ma non alla sua comunicazione a persone che sappiano ascoltarlo e rispettarlo» (Borgna, 2015).

«La solitudine non è isolamento»

SOLITUDINE: condizione psicologica e umana nella quale ci si separa temporaneamente dal mondo delle persone e delle cose, dalle quotidiane applicazioni per rientrare in noi stessi: nella nostra interiorità e nella nostra immaginazione. Questo senza smarrire mai il desiderio e la nostalgia delle relazioni con gli altri, con le persone che ci sono vicine, e con i compiti che la vita ci consegna.

ISOLAMENTO: condizione psicologica e sociale nella quale si è chiusi, e talora quasi imprigionati in se stessi; sia perché ci si vuole allontanare da ogni contatto con gli altri sia perché la malattia lo induce a farlo sia perché sono gli altri ad allontanarsi da noi.

Fase dell'accettazione

Quando il paziente ha avuto modo di elaborare quanto sta succedendo intorno a lui, arriva ad **un'accettazione della propria condizione ed a una consapevolezza di quanto sta per accadere**; durante questa fase possono sempre e comunque essere presenti livelli di rabbia e depressione, che però sono di intensità moderata.

In questa fase il paziente tende ad essere silenzioso ed a raccogliersi, inoltre sono frequenti momenti di profonda comunicazione con i familiari e con le persone che gli sono accanto. È il momento dei saluti. È il momento del "testamento" e della sistemazione di quanto può essere sistemato, in cui si prende cura dei propri "oggetti".

La fase dell'accettazione non coincide necessariamente con lo stadio terminale della malattia o con la fase pre-morte, momenti in cui i pazienti possono comunque sperimentare diniego, ribellione o depressione.



Che cosa significa *accettazione della malattia?*

Si intende un insieme di aspetti: imparare a convivere con le restrizioni da questa portate, accettando la nuova condizione con i suoi limiti e ricercando le nuove possibilità da questa offerta.

In definitiva accettare la malattia significa porre i presupposti per poter migliorare la qualità di vita.

Come può essere percepito questo cambiamento?

Il cambiamento può essere visibile, ad esempio, quando il malato passa da pensieri come: “perché proprio a me?” a considerazioni del tipo: “Cosa posso fare adesso?”.

La persona riscopre la possibilità di essere attiva, attraverso una conoscenza dell'evoluzione della malattia, che consenta di poter lavorare **per prendere coscienza della stessa**, mantenendo il polso della situazione e la decisionalità sulle misure presenti e future, rispetto alla gestione degli aspetti fisici ed emotivi legati alla malattia.

La consapevolezza è un processo dinamico in continua evoluzione, non lineare

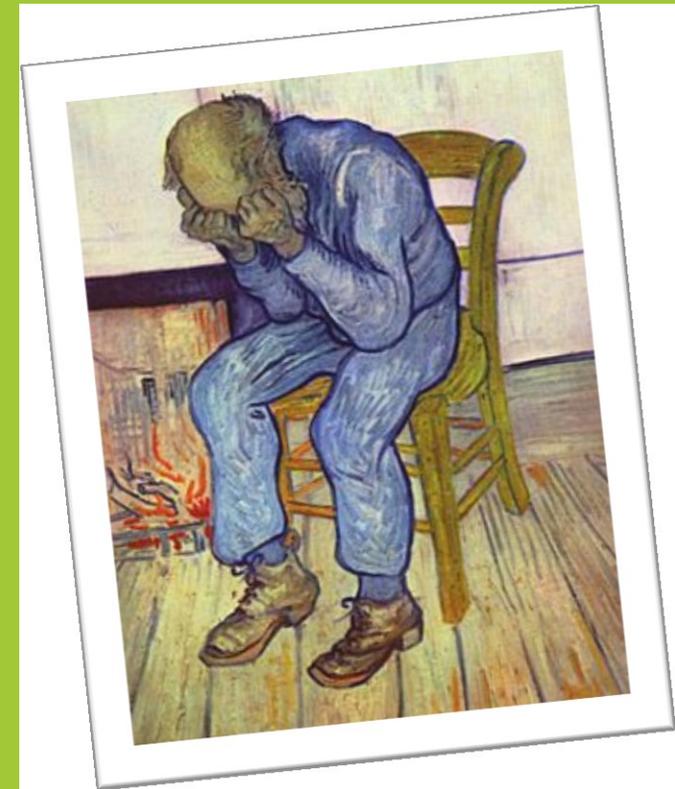
La consapevolezza non è mai assoluta può contenere aspetti contraddittori: si possono spesso osservare oscillazioni tra consapevolezza e rifiuto

Dal punto di vista psicologico, il prendere consapevolezza implica la capacità di integrare dentro di sé le informazioni ricevute, interiorizzandole come parte di sé.

Tale processo presuppone non solo la componente cognitiva, ma anche quella emotiva/motivazionale e sociale in un continuo scambio e condizionamento reciproci.

La malattia cronica grave incide non solo sul paziente, ma anche sulla sua FAMIGLIA

- reazioni di shock, incertezza, ansia e depressione
- significativi cambiamenti nell'assetto del nucleo familiare
- rottura o allentamento delle relazioni sociali



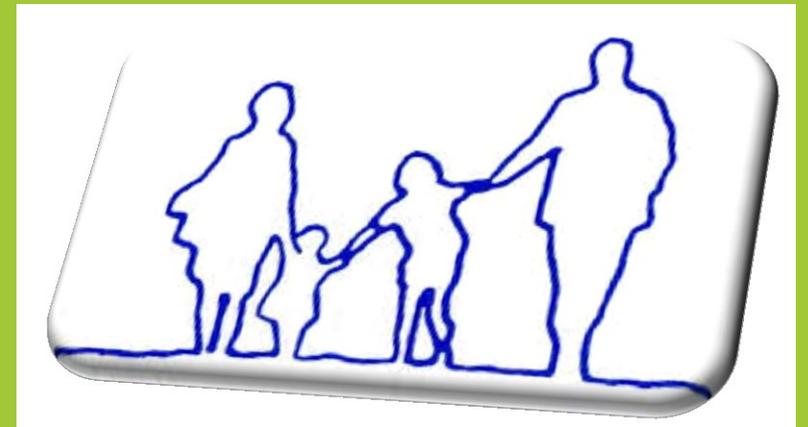
Modello di Olson

Olson analizza il funzionamento della famiglia attraverso tre dimensioni:

- Coesione;
- Adattabilità;
- Comunicazione.

COESIONE FAMILIARE

- Dimensione emotiva che indica lontananza/vicinanza emotiva, cognitiva e si evidenzia attraverso il legame emotivo tra i singoli membri.
- Il grado in cui i membri della famiglia sentono di essere parte di un gruppo e percepiscono tale appartenenza come risorsa per gli scambi e il supporto (Donati, 2010).



ADATTABILITÀ

- indica la capacità di cambiare la struttura familiare in base agli eventi

COMUNICAZIONE

- intesa non soltanto come modalità che i membri della famiglia utilizzano per esprimere i loro bisogni, ma anche come elemento che facilita il movimento dinamico della famiglia

Tipologie di famiglie

DISTACCATA

- Scarsa vicinanza tra i membri
- Eccessiva distanza emotiva → poca partecipazione alle vicende del malato e alle cure
- Totale fallimento del sostegno reciproco
- Manca la capacità di chiedere aiuto e sostegno

Nei suoi familiari si osserva, spesso, una dissociazione tra il livello cognitivo e il livello emotivo, in cui quest'ultimo è appiattito dalla necessità di "tener tutto sotto controllo", effettuando così, una negazione dei problemi e dei rischi connessi alla nuova condizione del loro caro.

INVISCHIATA

- Non esiste distanza tra i membri
- Alto grado di attaccamento reciproco tra i membri della famiglia
- Atteggiamento spesso invadente verso malato (→ Iperaccudimento) e curanti
- Un problema riferibile ad un individuo si allarga agli altri e trasmette ansia e sofferenza agli altri
- Conflitto soffocato
- Chiusura rispetto al supporto sociale esterno

IPERCOINVOLGIMENTO: i familiari appaiono essi stessi "contagiati dalla malattia"

Tendenza comune: divenire iperattivi e cercare di sostituirsi in ogni modo al malato dove e quando mostra difficoltà. Aiutare il malato per impedirgli di fare male le cose o di doverle fare due volte, evitando così al malato e a se stessi la frustrazione dell'insuccesso.

ATTEGGIAMENTO IPERPROTETTIVO: umana difesa dal dolore di dover riconoscere di fronte a sé e agli altri che il malato non è più completamente autosufficiente

Questa spinta a sostituirsi al malato non lo aiuta a mantenere il più a lungo possibile capacità residue



FAMIGLIA FLESSIBILE

- Giusta distanza e vicinanza tra i membri
- Collaborazione e cura
- Comunicazione aperta
- Condivisione della sofferenza e delle emozioni

È stato dimostrato che la struttura familiare ottimale ai fini dell'adattamento alla malattia debba presentare:

Coesione → legame emotivo che i membri della famiglia hanno uno verso l'altro

Adattabilità → capacità di modellare i propri ruoli e le proprie regole e di impiegare le risorse disponibili per fronteggiare eventi critici

Assenza di conflitti importanti

Elevata emotività espressa → reciproca manifestazione dei sentimenti

Definizione del costrutto dell'Emotività Espressa

L'Emotività Espressa è un costrutto che riflette la modalità con cui un membro della famiglia esprime, parlando, le proprie emozioni nei confronti di un altro componente.

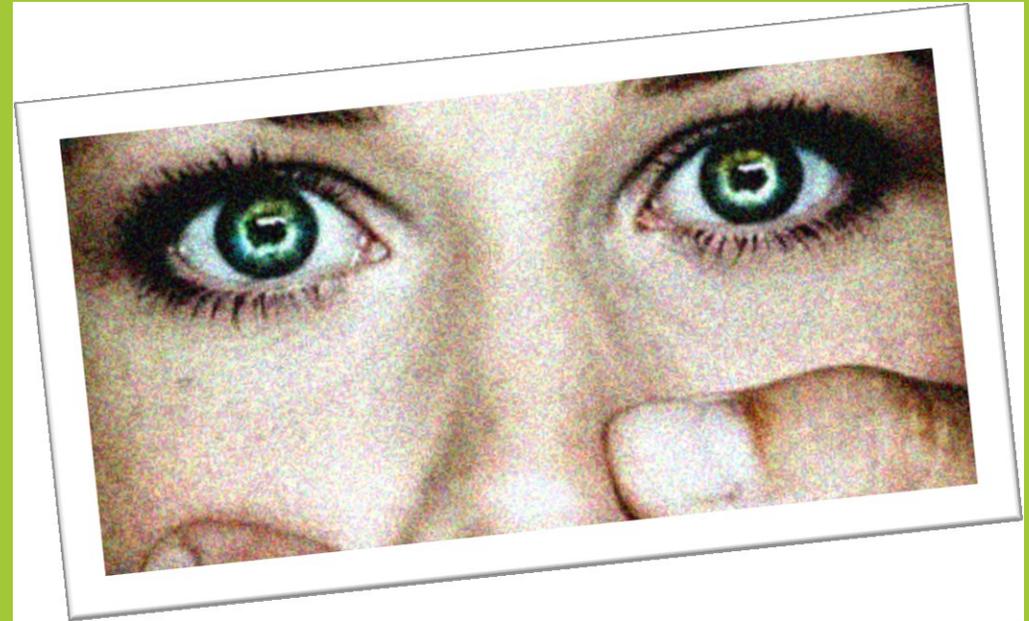


LE FASI DELLA FAMIGLIA ALLA MALATTIA



FASE DI SHOCK

“Perché proprio a noi
ci è accaduto questo?”



Incredulità e rifiuto iniziale della consapevolezza della fine

FASE DI NEGAZIONE/RIFIUTO

Il caregiver familiare:

- Nega la diagnosi o ne sminuisce la pericolosità, influisce sulle scelte del paziente nella ricerca di altri dottori o nel ridimensionamento dell'evento

La negazione del livello di criticità serve al familiare per mitigare la realtà, evitando così di confrontarsi con il dolore del proprio caro che non potrebbe tollerare e limitando il più possibile una notizia che egli giudica insostenibile per il proprio congiunto

- rifiuta le implicazioni dell'evento malattia sul lavoro, la vita, il funzionamento fisico e mentale

“Congiura del silenzio” (Kubler-Ross, 1979)

Il timore di scatenare reazioni emozionali intense nel paziente porta i familiari ad innalzare intorno al malato una barriera di silenzi, di bugie dette “a fin di bene”, di frasi sospese. Il familiare tende a non **passare le informazioni sgradevoli per protezione affettiva nei confronti del congiunto malato**, mentre quest’ultimo si rende spesso conto della situazione complicata, ma non la condivide con i suoi cari per gli stessi fini di protezione.



È così che si realizza una “connivenza” tra medico, paziente e familiari che, spesso, non fa altro che accrescere le angosce del malato, al quale viene celata o mistificata la verità sulla malattia, almeno in termini verbali, laddove la comunicazione non verbale contraddice il più delle volte quanto viene comunicato al paziente.

Viene così meno la partecipazione attiva da parte del paziente al processo decisionale in merito alla sua salute



FASE DI ACCETTAZIONE

Ricerca di comprensione in cui le difficoltà possono essere affrontate e progressivamente superate



Rielaborazione cognitiva del problema da parte della famiglia, con la tendenza a ricercare un supporto emozionale di tipo psicologico o religioso e il raggiungimento di un nuovo equilibrio delle dinamiche intrafamiliari

DALLA PRATICA CLINICA EMERGE

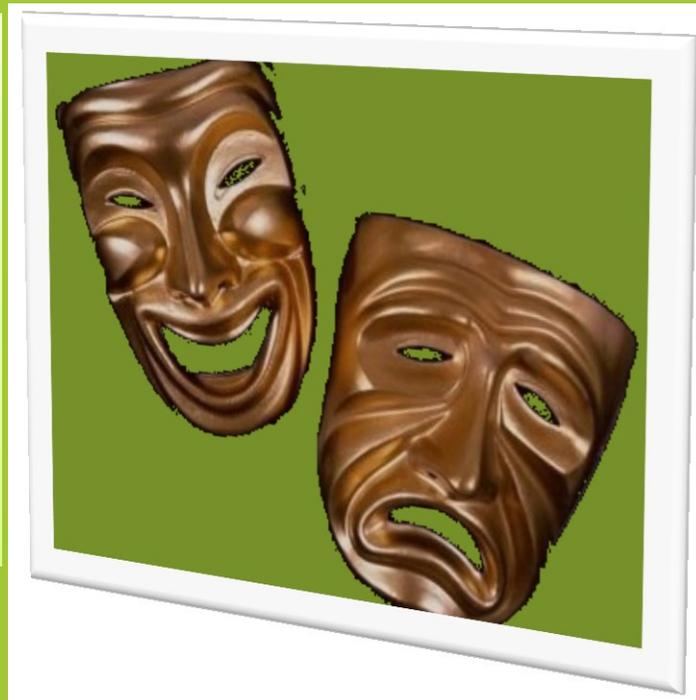
Impossibilità di esplicitare la vasta gamma di sentimenti, emozioni, pensieri che sia pazienti che caregiver sperimentano nella loro quotidianità

È un'impossibilità che nasce da un forte desiderio di protezione

P
A
Z
I
E
N
T
E



C
A
R
E
G
I
V
E
R



Compromette la salute
psicologica dei familiari

**HIDDEN
PATIENTS**

(Kristjanson et al. 2004)



FASE DEL LUTTO

Il lutto sarà dapprima **anticipatorio dell'evento mortale**, cui seguirà la fase del **lutto propriamente detto**.



Lutto

Stato psicologico conseguente alla perdita di un oggetto significativo che ha fatto parte integrante dell'esistenza

(U. Galimberti, 1999)

PERDITA IMMINENTE E DOLORE ANTICIPATORIO

Se la malattia contiene un rischio percepito di morte del malato, la famiglia può rispondere con un sentimento di perdita imminente. La risposta può includere paura e colpa o rabbia (contro il paziente, contro altri membri della famiglia, contro i medici o altri operatori sanitari, contro Dio, contro «forze esterne» e il caso).

I membri della famiglia possono attraversare un processo di elaborazione del lutto prima che il paziente sia morto



LUTTO ANTICIPATORIO → risposta normale alla morte imminente

Molti familiari si sentono in colpa rispetto al dolore anticipatorio:

«Mi sento come se lo avessi già sepolto e non è ancora morto»

È possibile aiutarli ascoltandoli e rassicurandoli del fatto che il dolore anticipatorio è un **meccanismo adattivo normale**, che aiuta a prepararsi alla perdita futura.

Quali competenze nella relazione d'aiuto?

Dimensione relazionale

Si ha relazione di aiuto quando vi è un incontro fra due persone di cui una si trova in condizioni di **sofferenza/confusione/conflitto/disabilità** ed un'altra persona invece dotata di un grado 'superiore' **di adattamento/competenze/abilità**.

Se fra queste due persone si riesce a stabilire un contatto (una relazione) che sia di aiuto allora è probabile che la persona in difficoltà inizi qualche movimento di **maturazione /chiarificazione/ apprendimento** che la porti ad avvicinarsi all'altra persona (assorbendone per così dire le qualità e le competenze) o comunque a rispondere in modo più soddisfacente al proprio ambiente ed a proprie esigenze interne ed esterne.

La relazione d'aiuto è di per sé "evolutiva": permette a chi è aiutato di crescere nella consapevolezza di sé, di scegliere di migliorarsi e di ampliare la propria visione degli altri e del mondo, favorendo un interscambio con l'operatore che fornisce l'aiuto specifico.



PRESENZA

Implica stare accanto con autenticità e fiducia per creare le condizioni per un dialogo (relativo alla condivisione/partecipazione dei sentimenti)



Permette all'interlocutore di essere se stesso e autodisvelarsi con sincerità



La PRESENZA è da intendersi in senso olistico...

... TESTIMONIARE LA PRESENZA



Creando in noi uno
SPAZIO DI
ATTENZIONE per l'altro

ASCOLTO

ASCOLTO ATTIVO è l'ingrediente principale di una buona comunicazione



Accogliere in
noi colui che
parla con la sua
interiorità e
viverla insieme
almeno per
poco

Richiede la capacità di ascoltare veramente l'altro e non solo nelle parole ma **nell'insieme del suo essere in relazione**

Attenzione al linguaggio non verbale

Il linguaggio non verbale è il più immediato e veritiero, manifesta la parte più vera e più inconscia di noi



La stessa vicinanza o lontananza del malato all'interno dello spazio relazionale (spazio prossemico) può essere letta come relazione affettuosa oppure come invasività spaziale - relazionale non richiesta

Ascolto del ... **SILENZIO**

Il silenzio è una comunicazione senza suoni, è una forma di linguaggio in assenza di parole

Spesso, dinanzi ai silenzi del paziente, si prova disagio e imbarazzo e si corre il rischio di riempirlo con interventi inappropriati.

I momenti di pausa e di silenzio danno a colui che parla la conferma tangibile che si è lì per lui, senza fretta



L'EMPATIA

Capacità di mettersi nei panni dell'altro (Ferenczi, 1928)

Significa far risuonare dentro di sé i sentimenti degli altri come se fossero i propri e senza dimenticare i propri, in una sorta di vicinanza senza confusione.

È l'accettazione incondizionata degli stati d'animo così come vengono offerti nella relazione.



...to be in someone's shoes

È la capacità di leggere fra le righe, di captare le spie emozionali, di cogliere anche i segnali non verbali indicatori di uno stato d'animo e di intuire quale valore rivesta un evento per l'interlocutore, senza lasciarsi guidare dai propri schemi di attribuzione di significato.

L'EMPATIA non è:

- solidarietà
- compatimento
- simpatia

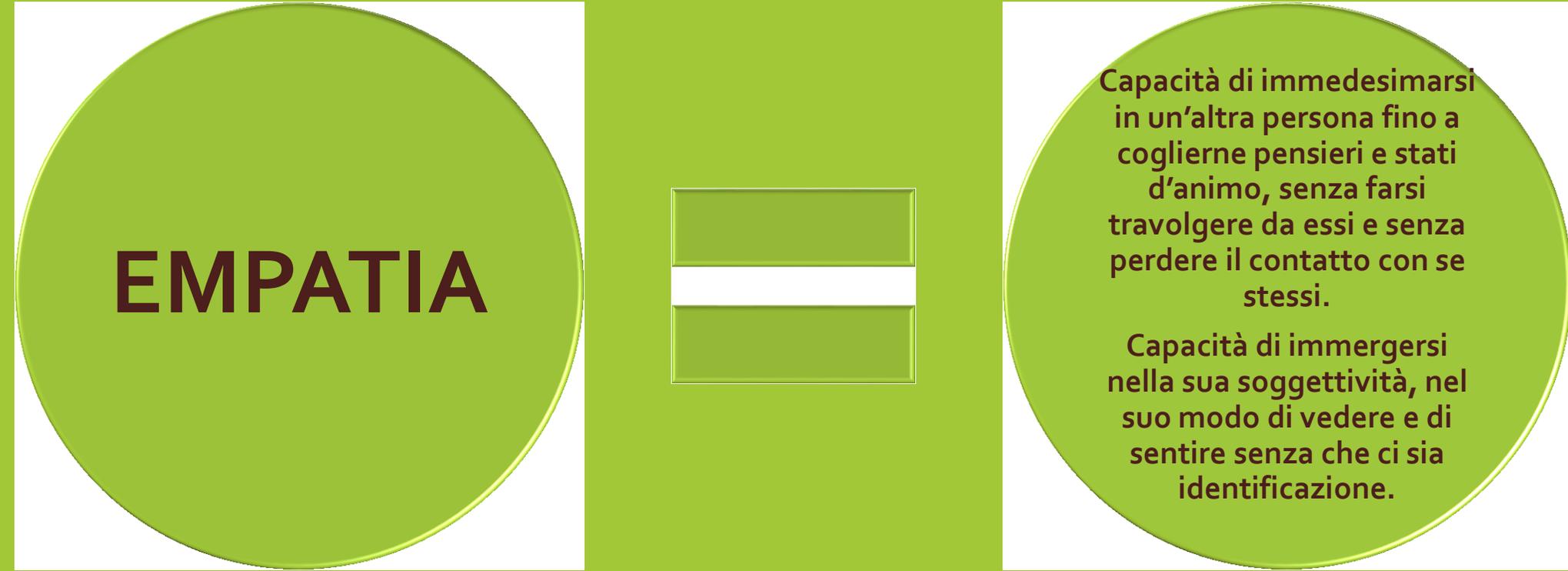
L'emozione che il malato comunica, verbalmente e non verbalmente, è un processo di condivisione qualitativa con l'altro, definito *Empatia*, attraverso il quale la relazione terapeutica che si instaura tra operatore e paziente diviene fondamentale per l'esito del percorso di cura



Carl Rogers

*«Lo stato di empatia, dell'essere empatico, è il percepire lo schema di riferimento interiore di un altro con accuratezza e con le componenti emozionali e di significato ad esso pertinenti, **come se una sola fosse la persona** – ma senza mai perdere di vista questa condizione di «come se».*

«Significa perciò sentire la ferita o il piacere di un altro come lui la sente, e di percepirne le cause come lui le percepisce, ma senza mai dimenticarsi che è come se io fossi ferito o provassi piacere, e così via. Se questa qualità di «come se», manca, allora lo stato è quello dell'identificazione»



EMPATIA

Capacità di immedesimarsi in un'altra persona fino a coglierne pensieri e stati d'animo, senza farsi travolgere da essi e senza perdere il contatto con se stessi.

Capacità di immergersi nella sua soggettività, nel suo modo di vedere e di sentire senza che ci sia identificazione.

È un processo basato sul **come se**, sul sentire come se io sentissi al posto dell'altro.

Empatia → **non è sostituirsi ma unirsi senza dimenticarsi di sé.**

Il **come se** consente quella distanza necessaria all'ascolto e alla comprensione.

L'empatia prevede un tipo di distanza che tutela la diversità propria ed altrui e che impedisce la fusione tra sé e l'altro.

La comunicazione non è se non relazione

Comunicare è allora entrare in comunicazione con se stessi e con gli altri; comunicare è trasmettere esperienze e conoscenze personali; comunicare è uscire da se stessi e immedesimarsi nella vita interiore di un altro da noi: nei suoi pensieri e nelle sue emozioni.

Borgna, 2015

Come comunicare?



Borgna, 2015

Si comunica con il linguaggio delle parole, con quello del silenzio, e con quello del corpo vivente. Le parole sono portatrici di comunicazione e di cura solo quando sono parole leggere e profonde, interiorizzate e calde di emozione, sincere e pulsanti di vita.

*Ci sono parole, **parole emozionali** (le sole che contano), capaci di creare ponti di comunicazione fra chi cura e chi è curato, e ci sono parole incapaci di farlo: determinando fratture incolmabili fra noi e gli altri.*

Le parole che cambiano la vita

Le parole che non fanno male, le parole che aiutano le persone che vivono nel dolore o nella disperazione, non le troveremo mai se non siamo capaci di immedesimarci nelle loro emozioni, e di riviverle per quanto possibile dentro di noi.

Non ci sono ricette non ci sono consigli in questo campo, ed è solo necessario affidarsi alle antenne leggere della intuizione della sensibilità personali.

Borgna, 2015



Borgna, 2015

Non sapendo cosa dire, e come trovare le parole che curano, meglio, molto meglio, tacere, e assegnare la espressione del nostro dolore e della nostra comprensione, alle parole del corpo vivente che sono quelle dei gesti, degli sguardi e del sorriso, o di una stretta di mano che, possono essere infinitamente utili nelle ore del dolore e della sventura, e possono salvarci dalla solitudine e dalla disperazione.

Comunicare è ascoltare

«Il momento centrale di ogni relazione, anche di quella terapeutica, è insomma contrassegnato dall'ascolto, e dal rispetto delle attese: delle attese inespresse, ancor più importanti che non quelle espresse, delle attese del cuore, ancor più importanti che non quelle della ragione, delle attese che non il linguaggio delle parole, ma quello del corpo vivente, ci sa indicare» (E. Borgna, 2015)

Grazie per l'attenzione

Bibliografia:

- Kubler-Ross E. *La morte e il morire*, Cittadella Editrice, 1976, Assisi.
- Eugenio Borgna, Parlarsi. La comunicazione perduta. Einaudi 2015