



La cura di sé, la cura dell'altro

*Incontri sulla comunicazione nei D.C.A.
26 Marzo e 16 aprile 2010*

alice
per i DCA

Stampato dalla tipografia **IMPRIMENDA** di Limena (PD)



- *Disturbi del Comportamento Alimentare: quanto è difficile comunicare?*
- *Ascolto, empatia, condivisione e supporto: una buona comunicazione nelle famiglie con pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare*

Dott.ssa TATIANA ZANETTI
Dipartimento di Neuroscienze
Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare

L'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa sono disturbi che alterano profondamente il rapporto di una persona con il cibo e con il proprio corpo; insorgono prevalentemente nell'adolescenza e sono diffusi soprattutto, ma non solo, nel sesso femminile; sono riconoscibili per la presenza di particolari comportamenti: il rifiuto del cibo, la restrizione e il digiuno, le crisi bulimiche, il vomito, l'uso improprio di lassativi o di diuretici, l'intensa attività fisica allo scopo di dimagrire.

Questi comportamenti si associano spesso ad insoddisfazione di sé, ansia, depressione, sentimenti di autosvalutazione e difficoltà interpersonali. Questi comportamenti, oltre ad avere un forte impatto sull'equilibrio psicologico possono causare complicanze fisiche che richiedono un trattamento specifico. A fronte di una così seria compromissione psico-fisica le persone che vivono questi problemi spesso negano o nascondono la loro sofferenza ed hanno molta difficoltà a chiedere aiuto. Anche per i familiari di queste persone il fatto di trovarsi di fronte ad un disturbo psichico può suscitare sentimenti di imbarazzo e vergogna. Spesso di fronte all'esordio di un disturbo del comportamento alimentare anche l'atteggiamento del genitore può essere quello di negazione. E' importante invece pensare che questi disturbi non sono frutto di "capricci", "mode", "mancanza di volontà", non sono mai una libera scelta ma sono vere e proprie malattie. Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association classifica questi disturbi in base alla presenza di alcuni criteri. Nelle tabelle sottostanti sono riportati i criteri per far diagnosi di ANORESSIA e di BULIMIA, le due principali categorie diagnostiche oltre ai Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati.

Tab. 1: CRITERI PER ANORESSIA NERVOSA

- A - RIFIUTO DI MANTENERE IL PESO CORPOREO AL DI SOPRA DELL'85% DEL PESO NORMALE PER ETÀ E STATURA (IMC < 17.5)
- B - INTENSA PAURA DI ACQUISTARE PESO O DIVENTARE GRASSI ANCHE QUANDO SI È SOTTOPESO
- C - ALTERAZIONE DEL MODO IN CUI IL SOGGETTO VIVE IL PESO E IL CORPO O ECCESSIVA INFLUENZA DEL PESO E DELLA FORMA DEL CORPO SULL'AUTOSTIMA, O RIFIUTO DI AMMETTERE LA GRAVITÀ DEL SOTTOPESO
- D - AMENORREA: ASSENZA NEI SOGGETTI DI SESSO FEMMINILE DI ALMENO TRE CICLI MESTRUALI CONSECUTIVI

Nell'Anoressia Nervosa si distingue il sottotipo restrittivo (restrictor) che non presenta regolarmente crisi bulimiche o condotte di eliminazione (vomito, lassativi, diuretici) dal sottotipo con crisi bulimiche e condotte di eliminazione (binge-purge) che presenta regolarmente crisi bulimiche e/o condotte di eliminazione.

Tab. 2: CRITERI PER BULIMIA NERVOSA

- A RICORRENTI CRISI BULIMICHE (ABBUFFATE) DEFINITE DA:
 - 1. MANGIARE IN UN DEFINITO PERIODO DI TEMPO (ES. DUE ORE) UNA QUANTITÀ DI CIBO DECISAMENTE MAGGIORE DI QUELLA CHE LA MAGGIOR PARTE DELLE PERSONE MANGEREBBE NELLE STESSE CIRCOSTANZE.
 - 2. SENSAZIONE DI PERDITA DEL CONTROLLO SU QUELLO CHE SI MANGIA.

- B COMPORTAMENTI COMPENSATORI INAPPROPRIATI PER PREVENIRE L'AUMENTO DEL PESO (VOMITO AUTOIDOTTO, USO IMPROPRIO DI LASSATIVI, DIURETICI, CLISTERI, DIGIUNO O ECCESSIVO ESERCIZIO FISICO).

- C LE CRISI BULIMICHE E LE CONDOTTE COMPENSATORIE SI VERIFICANO ENTRAMBE ALMENO DUE VV/ SETTIMANA PER TRE MESI

- D I LIVELLI DI AUTOSTIMA SONO ESAGERATAMENTE INFLUENZATI DALLA FORMA E DAL PESO DEL CORPO.

- E NON SI MANIFESTA ESCLUSIVAMENTE DURANTE AN

Nella bulimia nervosa si distinguono due sottogruppi: uno caratterizzato dall'uso di metodi purgativi (bulimia purge) dopo le crisi bulimiche e uno in cui non vengono usati metodi purgativi bensì restrizione e iperattività fisica (bulimia non purge). In Tab. 3 sono riportati alcuni fattori psicologici associati ai DCA, alcuni possono essere predisponenti, altri possono essere la conseguenza del disturbo:

Tab. 3: CARATTERISTICHE PSICOLOGICHE DEL PAZIENTE CON DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- LA BASSA AUTOSTIMA E LA MANCANZA DI FIDUCIA IN SE STESSI
- L'INSODDISFAZIONE DI SÉ
- L'INSODDISFAZIONE VERSO IL PROPRIO CORPO
- IL "PERFEZIONISMO CLINICO"
- L'ESTREMA NECESSITÀ DI CONTROLLO
- LA DEPRESSIONE
- LE DIFFICOLTÀ NEI RAPPORTI CON GLI ALTRI
- LA PAURA DI CRESCERE
- LA PROTESTA E LA SFIDA
- LA PRESENZA DI SITUAZIONI FAMILIARI O SOCIALI NEGATIVE

Le cause di questi disturbi non sono ancora completamente conosciute anche se le ricerche scientifiche in questo campo sembrano indicare che il loro sviluppo sia frutto di un'interazione complessa e multipla di numerosi fattori. Si parla quindi di eziopatogenesi multifattoriale, dove vengono riconosciuti fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, come si può vedere in fig.1. Alcuni fattori di rischio sono specifici, ovvero presenti solo nei disturbi dell'alimentazione mentre altri sono aspecifici e sono quindi presenti anche in altri disturbi psichiatrici.

Fig. 1: QUALI SONO LE CAUSE DEI DCA?



Patogenesi multifattoriale dei disturbi dell'alimentazione (da Garner, 1993, modificato)

Tra i fattori di mantenimento la comunicazione in famiglia sembra avere un ruolo importante: alti livelli di emotività espressa (ipercriticismo e ostilità) sembrano avere un ruolo perpetuante così come al contrario un buon clima emotivo in famiglia sembra favorire il processo di guarigione.

Indipendentemente dalle cause, la famiglia, insieme al paziente, è la vittima principale della malattia e delle sue conseguenze, ed è, nello stesso tempo, una risorsa indispensabile nel processo di guarigione.

È necessario pertanto sostenere i pazienti e le loro famiglie in questo difficile percorso. Inoltre, dato che spesso il DCA rende la comunicazione difficile all'interno della famiglia e può assumere caratteristiche disfunzionali vale la pena sapere come poterla migliorare.

COMUNICAZIONE E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Nell'ambito della malattia mentale esiste un'ampia documentazione del fatto che disturbi psichici, come per es. la schizofrenia e l'Alzheimer, siano associati sia con la sofferenza fisica che psicologica dei famigliari.

Si pensa che i disturbi alimentari, ed in particolare l'Anoressia Nervosa, presentino particolari caratteristiche che richiedono ai famigliari un notevole impegno proporzionale alla gravità e al lungo corso della malattia.

Un vissuto frequentemente riscontrabile nei famigliari di pazienti con DCA è il senso di inappropriatezza e impotenza rispetto al loro ruolo genitoriale. Inoltre, vengono



riscontrati elevati livelli di stress derivanti dal prendersi cura di qualcuno che tendenzialmente nega la gravità della malattia e può dimostrarsi ambivalente o resistente al processo di cura. In più, non è infrequente che all'interno delle famiglie i genitori provino vergogna e senso di colpa per lo sviluppo della malattia.

Per loro può diventare difficile mantenere una rete sociale a causa della stigmatizzazione esistente e dell'isolamento. Possono provare, inoltre, ansia, senso di perdita, rabbia, dolore

e si sentono indifesi di fronte all'incessante e controllante "morsa" della malattia.

Dai dati clinici e di letteratura emerge che i famigliari spesso non si sentono capiti, si sentono giudicati; riferiscono il bisogno di avere informazioni riguardo alla malattia e al suo trattamento, al decorso e alla prognosi. Sono spesso alla ricerca di strategie per affrontare il disagio ma può accadere che percepiscano la mancanza di un supporto sociale e professionale.

Alla luce della gravità della malattia e dell'enorme impatto su famigliari si sta riconoscendo sempre più il bisogno di riconoscere le necessità dei famigliari e di dare alle famiglie le risorse necessarie per metterle in grado di prendersi cura del figlio, poiché è dimostrato che l'ambiente familiare può contribuire ai cambiamenti adattivi.

Il concetto di emotività espressa (EE) dei famigliari è stato interesse della psichiatria perché l'iperprotezione, il criticismo e l'ostilità influenzano il corso di vari disturbi e ne

predicono le ricadute, incluso il disturbo alimentare in cui l'elevata EE dei famigliari ha un forte impatto sull'esito.

L'emotività espressa può essere intesa come la "temperatura emotiva" del clima familiare. Dell'Emotività Espressa sono state evidenziate tre componenti negative e due positive:

Tab. 4: COMPONENTI DELL'EMOTIVITÀ ESPRESSA

COMPONENTI POSITIVE	COMPONENTI NEGATIVE
MANIFESTAZIONI D'AFFETTO	CRITICA
OSSERVAZIONI POSITIVE	OSTILITÀ
	ECESSIVO COINVOLGIMENTO EMOTIVO

La critica e l'ostilità contribuiscono a mantenere il disturbo dell'alimentazione perché favoriscono nel figlio lo sviluppo di emozioni negative (rabbia, colpa, vergogna) ed autosvalutazione. Inoltre, maggiori sono la critica e l'ostilità nei confronti del comportamento del figlio, più tenace diventa il suo controllo su alimentazione, peso e forme corporee. Allo stesso modo, genitori eccessivamente coinvolti a livello emotivo favoriscono la regressione del figlio diventando iperprotettivi ed ipercontrollanti. Riuscire a ridurre il livello di emotività espressa è perciò di fondamentale importanza per aiutare il figlio ad abbandonare i suoi comportamenti disfunzionali.

Possiamo distinguere famigliari ad alta e bassa EE:

- **I FAMIGLIARI AD ALTA EE** risultano tendenzialmente intrusivi, cercano il contatto senza tener conto delle effettive esigenze e richieste dell'altro, vogliono esercitare un forte controllo.
- **I FAMIGLIARI A BASSA EE** sono più in grado di adattarsi alle richieste e ai bisogni espressi del familiare, essendo in un clima di maggior calore affettivo.

I meccanismi che rafforzano lo sviluppo di un'elevata EE non sono completamente chiari. I genitori possono diventare critici e/o iperprotettivi a seconda di come comprendono gli aspetti della malattia o di come percepiscono la persona con la malattia. Il livello di EE può essere collegato con la durata del disturbo. In un noto studio su questo tema nelle adolescenti con AN con una durata media di malattia inferiore all'anno, solo il 6% dei genitori riportava infatti alti livelli di EE; il tasso tendeva ad aumentare con la durata di malattia.

Il livello di EE sembra essere correlato all'esito dei trattamenti: aumenta nel gruppo con esito negativo e diminuisce nel gruppo con esito positivo.

Elevati livelli di EE potrebbero dipendere inoltre da disturbi dell'umore nei genitori. Molti studi su differenti disturbi hanno constatato che genitori con elevati livelli di EE possono presentare difficoltà psichiche, un maggiore sforzo nel prendersi cura, e un'incapacità di garantire al figlio un sostegno per la malattia. Genitori di persone con AN con elevati livelli di EE provano forti sensi di colpa.

Questo senso di colpa potrebbe essere un sintomo o una causa della depressione e dell'ansia. Molti studi suggeriscono che le madri di figlie con disturbi alimentari,

hanno un elevato livello di ansia, che si manifesta tipicamente nell'incolparsi e nel mostrarsi impotenti di fronte alla malattia, e sono accompagnate da un elevato coinvolgimento emotivo.

E' possibile che nei disturbi alimentari, specialmente in famiglie con AN, l'elevato coinvolgimento emotivo sia una risposta alla gravità della malattia, a tal punto che i genitori, e specialmente le madri, riportano elevati livelli di ansia per la situazione della figlia, ansia che poi tende a diventare generalizzata e pervasiva.

L'emotività espressa risulta legata anche al "carico" familiare (family burden).

Il "carico" nelle famiglie con un figlio con DCA sembra essere paragonabile allo stesso carico delle famiglie con una patologia psicotica.

Per carico familiare si intende la presenza massiccia di problemi, difficoltà o eventi negativi che affliggono la vita di una o più persone significative per il paziente.

Possiamo distinguere tra:

- **CARICO OGGETTIVO**, che riguarda i problemi oggettivi conseguenti alla malattia (problemi economici, limitazioni nel lavoro e nel tempo libero, limitazioni nella vita sociale, ricadute sulla salute dei famigliari)
- **CARICO SOGGETTIVO**, che riguarda la percezione soggettiva dei famigliari del carico che è legato alla patologia del figlio con DCA.

Riassumendo: poiché dall'evidenza clinica e da diversi studi emerge come nelle famiglie con un figlio con DCA siano presenti livelli molto elevati di Emotività Espressa non sorprende che tale clima emotivo renda la comunicazione più difficile e disfunzionale.

LA COMUNICAZIONE

Il termine comunicazione nel suo significato etimologico vuol dire “mettere in comune” ossia condividere con gli altri pensieri, opinioni, esperienze, sensazioni e sentimenti. La comunicazione non è semplicemente parlare, ma presuppone necessariamente una relazione e quindi uno scambio.

COMUNICAZIONE= CONDIVISIONE



**COMUNICARE = INTERAGIRE, METTERE IN COMUNE,
METTERE IN RELAZIONE**

Il massimo studioso della pragmatica della comunicazione umana, l'austriaco naturalizzato americano Paul Watzlawick, ha introdotto un concetto di fondamentale importanza nello studio della comunicazione: ogni processo comunicativo tra esseri umani possiede due dimensioni distinte: da un lato il contenuto, ciò che le parole dicono, dall'altro la relazione, ovvero quello che i parlanti lasciano intendere, a livello verbale e più spesso non verbale, sulla qualità della relazione che intercorre tra loro. Esiste un assioma della comunicazione, proposto da Watzlawick, che afferma l'impossibilità di non comunicare:

NON È POSSIBILE NON COMUNICARE

"(...) se si accetta che l'intero comportamento, in una situazione di interazione, (tra persone, esseri viventi, ecc.) abbia valore di messaggio, vale a dire è comunicazione, ne consegue che, comunque ci si sforzi, non si può non comunicare.

L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio, hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri e gli altri, a loro volta, non possono non rispondere a queste comunicazioni e, in tal modo, comunicano anche loro.

Dovrebbe essere ben chiaro che il semplice fatto che non si parli o che non ci si presti attenzione reciproca non costituisce eccezione a quanto è stato asserito.

Il passeggero di un aereo che siede con gli occhi chiusi sta comunicando che non vuole parlare ad alcuno, né vuole che gli si rivolga la parola; e i vicini, di solito, afferrano il messaggio e rispondono in modo adeguato, lasciandolo in pace. Questo, ovviamente, è proprio uno scambio di comunicazione nella stessa misura in cui lo è una discussione animata" (P.Watzlawick, 1967)

Nella vita di tutti i giorni gli scambi comunicativi si muovono su diversi livelli. A livello esplicito la comunicazione è caratterizzata da aspetti consapevoli e verbali, mentre a livello implicito il tono della voce, l'ambiente e il linguaggio non verbale possono veicolare significati più profondi ed inconsapevoli in ogni tipo di conversazione, valorizzando o sminuendo la relazione con l'altro. È importante che ci sia congruenza tra comunicazione verbale e non verbale. Quando le emozioni sono forti, come nel caso di un DCA, è facile che la comunicazione porti a dei fraintendimenti. Si parla a questo proposito di comunicazione disfunzionale. È importante prestare attenzione alla comunicazione e ai suoi possibili significati impliciti.



Gli esempi più diffusi di comunicazione disfunzionale sono:

1. LA COMUNICAZIONE COLPEVOLIZZANTE

E' un tipo di comunicazione che fa sentire in colpa il figlio con DCA. Il genitore, usando questo tipo di comunicazione, senza esserne consapevole, attribuisce la causa del proprio disagio all'interlocutore. Esempi di comunicazione colpevolizzante:

"Fai pure quel che ti pare, ma sappi che ci farai morire se continui così"

"Abbiamo fatto tanto per te e questo è il risultato"

"Fino ad ora ci hai dato delusioni e ci hai fatto solo soffrire"

2. LA COMUNICAZIONE INFERIORIZZANTE

E' uno stile di comunicazione che induce disistima e sfiducia personale nel figlio. Benchè a volte l'intenzione possa essere quella di correggere gli errori dell'altra persona, ciò che si ottiene è quello di produrre nell'altro sensi di inadeguatezza e la sensazione di sbagliare "sempre in tutto". Esempi di comunicazione inferiorizzante:

"E' per il tuo bene, non possiamo lasciarti andare, combineresti guai"

"Ti diamo ancora questa possibilità, ma è difficile fidarsi ancora di te"

"Possibile che una persona intelligente come te non capisca una cosa così semplice?"

3. LA COMUNICAZIONE INVISCHIANTE

In questo stile comunicativo i ruoli non sono ben definiti. Ad esempio, la figlia tratta la madre come una sorella o un'amica (o viceversa), il padre tratta la figlia come una moglie etc. Esempi di comunicazione invischiante:

"Ho visto che sul tuo diario personale hai scritto che..." (madre a figlia)

4. LA COMUNICAZIONE CHE EVITA I CONFLITTI

E' un sistema comunicativo che cerca di impedire qualsiasi forma di conflitto, in modo tale da portare a credere che i conflitti non esistano sia per i membri della famiglia sia per le persone esterne ad essa.

Esempi di comunicazione evitante i conflitti:

"Beh adesso sta zitta che c'è tuo zio"

"Alla nostra famiglia non manca niente, non possiamo essere tristi"

5. LA COMUNICAZIONE IPERPROTETTIVA

In questo stile comunicativo la preoccupazione del genitore porta il figlio ad essere protetto in modo eccessivo da qualsiasi evento negativo; ciò gli impedisce di fare esperienze di crescita e di raggiungere un'adeguata indipendenza emotiva e psicologica.

Esempi di comunicazione iperprotettiva:

"Non ti lascerò mai andare in vacanza da sola senza di me"

"Non ti lascerò mai da sola, ti aiuterò sempre"

6. LA COMUNICAZIONE IMPREVEDIBILE

In questo stile comunicativo l'individuo non è in grado di prevedere la risposta dell'altro: a volte lo stile può essere invischiante, a volte iperprotettivo, altre colpevolizzante.

Esempi di comunicazione imprevedibile:

"Bravissima, sono molto contenta di te..., però, avresti potuto ottenere un voto più alto"

Tab. 5

COMUNICAZIONE DISFUNZIONALE	EFFETTO A LUNGO TERMINE
COLPEVOLIZZANTE	SENSO DI COLPA
INFERIORIZZANTE	DISISTIMA, SFIDUCIA IN SE STESSI
INVISCHIATA	CONFUSIONE DI RUOLI
EVITANTE I CONFLITTI	EVITAMENTO EMOZIONALE
IPERPROTETTIVA	NON RAGGIUNGIMENTO DELL'AUTONOMIA
IMPREVEDIBILE	DISORIENTAMENTO

ASCOLTO, EMPATIA, CONDIVISIONE E SUPPORTO: UNA BUONA COMUNICAZIONE NELLE FAMIGLIE CON PAZIENTI CON DCA



Il genitore dovrebbe cercare di riflettere attentamente su ciò che sta per dire, prendendosi il tempo necessario prima di parlare. Spesso, in presenza di un DCA, i bassi livelli di fiducia e sicurezza del paziente, lo portano a distorcere i significati di ciò che viene comunicato dagli altri, soprattutto nell'ambito familiare. È dunque

importante che il genitore rifletta sulle eventuali reazioni in apparenza incomprensibili del figlio, poiché esse sono legate alla malattia. Al fine di evitare fraintendimenti, i genitori devono prestare attenzione ai seguenti aspetti:

- **INCORAGGIAMENTO**
- **REGOLE PER UNA BUONA COMUNICAZIONE**
- **ABILITÀ COMUNICATIVE**

INCORAGGIAMENTO

I genitori dovrebbero cercare di incrementare la fiducia del figlio, proprio attraverso gli scambi comunicativi, valorizzando le capacità, i progressi e le qualità.

Questo "processo di incoraggiamento" avviene attraverso importanti espressioni incoraggianti.

Esempi di espressioni incoraggianti:

"Grazie per..."

"Ho visto che..."

"Sono molto contento che..."

"Mi fa molto piacere quando tu..."

"Vedo che ci stai provando davvero..."

"So quanto è difficile per te e per questo apprezzo i tuoi sforzi..."



REGOLE PER UNA BUONA COMUNICAZIONE

Per instaurare una buona comunicazione è fondamentale seguire una serie di regole che di solito vengono compromesse in presenza di un DCA:

- Parlare uno alla volta (capacità di turnarsi)
- Mantenere un'atmosfera calma, rispettosa e accogliente
- Stimolare la conversazione su argomenti che non siano connessi al DCA
- Implementare la capacità di ascolto attraverso la comunicazione non verbale (sguardi, postura, espressioni facciali...)
- Utilizzare frasi di incoraggiamento

ABILITÀ COMUNICATIVE

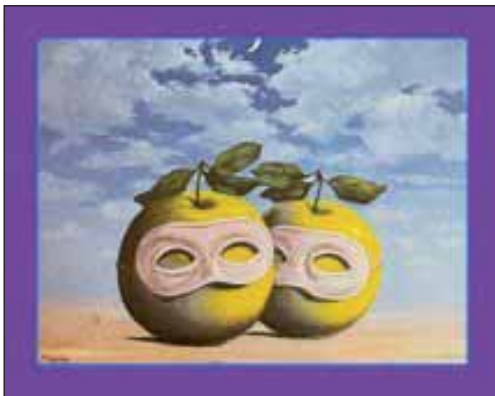
Per evitare di cadere in fraintendimenti di comunicazione e per instaurare una buona modalità comunicativa, risultano utili le seguenti abilità:

- **COMUNICAZIONE EFFICACE:** ascolto riflessivo, empatia, valorizzazione, supporto.
- **EVITAMENTO DELLE TRAPPOLE:** per esempio, di fronte alle continue richieste di rassicurazione del figlio con DCA, è necessario non assecondare questo tipo di atteggiamento poiché ha un effetto calmante solo temporaneo e non aiuta il figlio ad acquisire fiducia in se stesso, è invece importante rimandare il fatto che le rassicurazioni richieste dipendono dal DCA.
- **DECENTRAMENTO:** cercare attività o discorsi che spostino l'attenzione dal DCA.
- **ATMOSFERA CALMA E RASSICURANTE:** mostrare meno ostilità e criticismo possibili

(diminuire i livelli di emotività espressa).

- **RIFLESSIONE:** di fronte a certe reazioni emotive, è importante mettere in atto una capacità di riflettere e prendersi il tempo necessario per discutere.
- **LIMITI E REGOLE:** dal momento che a causa del DCA in alcune famiglie vengono meno limiti e regole, è importante ristabilirli per favorire una civile convivenza, e perché risultano protettivi per il figlio (es: essere tutti presenti a tavola, parlare educatamente, parlare uno alla volta e saper ascoltare...).
- **RIFORMULARE I PENSIERI DISFUNZIONALI:** è fondamentale riformulare eventuali pensieri negativi e colpevolizzanti che riguardano il figlio, in modo tale che non abbiano un impatto distruttivo su di lui.

LA COMUNICAZIONE EMPATICA



L'empatia è descritta come la capacità di immedesimarsi in un'altra persona fino a coglierne i pensieri e gli stati d'animo. Deriva dal greco *empathia* (da *en* = in e *pathos* = affetto), termine usato per indicare emozione e sentimento. L'empatia è un fenomeno emotivo e cognitivo che consiste nella capacità di comprendere le esperienze interiori altrui e di comunicare tale comprensione.

La capacità empatica permette di condividere e capire non solo le emozioni espresse con le parole, ma anche quelle che, più o meno consapevolmente, sono espresse con il tono di voce, i gesti, l'espressione del volto, e più in generale mediante tutti i canali non verbali. Provare empatia per qualcuno significa condividere e comprendere le emozioni che sta vivendo, capire le sue ragioni e i suoi bisogni in modo da rispondervi in maniera adeguata: mettersi quindi "nei panni degli altri" e dividerne lo stato emotivo con la consapevolezza che l'emozione provata appartiene all'altro e non a noi stessi.

Questa consapevolezza è di fondamentale importanza nella comunicazione empatica in quanto permette di prendere in considerazione il punto di vista dell'altro, condizione senza la quale non potrebbe esserci una reale comprensione delle sue emozioni ma solo una fusione con esse.

Quando empatizziamo con qualcuno ci mettiamo in gioco con la nostra personalità e le nostre esperienze passate e cerchiamo di capire qual è il bisogno che l'altro, vivendo quella particolare emozione, ci vuole comunicare.

L'empatia è una capacità fondamentale per la costruzione di relazioni interpersonali positive perché essere in grado di condividere i punti di vista e i sentimenti altrui favorisce la comunicazione e gli scambi sociali, regola il flusso delle emozioni negative e delle condotte aggressive.

Una persona empatica dovrebbe, quindi, essere disponibile nelle relazioni con gli altri e saper tollerare e gestire il carico emozionale che fa seguito alla condivisione delle emozioni altrui. L'empatia è un'esperienza di tutti nella vita quotidiana poiché non esiste relazione sociale significativa che non comporti empatia, dalla relazione madre-bambino in cui la madre che consola il proprio bambino riesce a compren-

dere grazie all'empatia ciò che egli sta provando, sino alla relazione terapeutica in cui il terapeuta può condividere il vissuto del paziente grazie a questa "sintonia".

E' quindi una capacità fondamentale per i meccanismi dell'attaccamento, è essenziale nella formazione di legami sociali stabili e a affonda le sue radici nella relazione madre-figlio. Uno dei primi fattori importanti nello sviluppo dell'empatia è la relazione che si instaura tra genitore e bambino. Il bambino è infatti in grado sin dalla nascita di mettere in relazione e confrontare i propri stati d'animo con quelli della madre e delle altre persone che si prendono cura di lui, e quindi è intrinsecamente motivato e capace di stabilire un rapporto di condivisione con l'altro.

Tutto questo è reso possibile da quella che Stern chiama sintonizzazione affettiva, una sintonizzazione tra madre e figlio in cui la madre si rende emotivamente disponibile e capace di rispondere in maniera efficace e congrua ai bisogni del figlio promuovendo in lui lo sviluppo di un attaccamento sicuro.

Nel corso di questa relazione si creano momenti di corrispondenza e condivisione emotiva durante i quali l'affetto viene comunicato attraverso espressioni del viso, sguardi, gesti e vocalizzazioni.


Questa condivisione permette alla madre di rispecchiare in maniera congruente gli stati emotivi del proprio figlio creando una complessa identificazione reciproca che promuove l'esperienza ricettiva, empatica, di contenimento e di regolazione emotiva del bambino. La sintonizzazione affettiva consente al bambino di sapere che le sue



emozioni incontrano l'empatia della madre, che sono accettate e ricambiate. Stern sostiene che il bambino facendo riferimento a questi ripetuti momenti di sintonizzazione comincia a sviluppare la percezione che gli altri possono e vogliono condividere i suoi sentimenti. In base a come viene strutturata questa relazione primaria il bambino organizzerà successivamente la sua esperienza. Infatti un bambino che cresce in un contesto in cui chi si prende cura di lui risponde in maniera adeguata ai suoi bisogni emotivi, in cui si sente capito e accolto, può sviluppare con buona probabilità un concetto di sé positivo e fa sì che, partecipando ad una relazione caratterizzata da empatia, sviluppi le sue abilità sociali e interpersonali.

Questo primo e importante legame diventerà fondamentale nel suo modo di approcciarsi alle relazioni future e soprattutto nella sua capacità di regolare e gestire le proprie emozioni, specialmente quelle negative. Alcuni studi hanno infatti dimostrato che il caregiver (colui che si prende cura dell'altro) funziona da feedback sociale. Il bambino aggiusta le proprie emozioni in base al rispecchiamento del caregiver, ed assegna un significato ad un'emozione osservando la risposta affettiva della madre. L'accordo emotivo tra genitore e figlio implica quindi lo stabilirsi di un temporaneo "allineamento", di una corrispondenza fra le emozioni di due individui, che quindi si influenzano e si regolano reciprocamente. Il bambino utilizza lo stato mentale dell'adulto per organiz-





zare le funzioni della sua mente favorendo la crescita di un senso di appartenenza e di consapevolezza delle proprie emozioni.

Queste forme precoci di comunicazione empatica consentono al bambino di sviluppare l'idea che la sua vita emozionale può essere condivisa con altri nell'ambito di relazioni che possono essere fonte di sicurezza e conforto.

L'empatia si fonda quindi su di un'intersoggettività che si forma sin dalle prime fasi della vita e che successivamente influenzerà e modellerà le principali caratteristiche della personalità.

Non si potrebbe concepire lo sviluppo umano al di fuori di questa relazione basata sugli affetti e sulla comunicazione empatica. La presenza di rapporti empatici nell'infanzia è la condizione necessaria per uno sviluppo sano, in quanto tali rapporti forniscono alcune funzioni indispensabili, come la possibilità di rispecchiarsi nell'altro, di sentirsi confermati nella propria esistenza e nel proprio valore.



Associazione di Volontariato



Disturbi del Comportamento Alimentare

Ci riuniamo il Venerdì
dalle ore 18.30
presso la "Casa Leonardo",
via dei Colli 108, Padova.

Sede legale

Via Cà Silvestri, 16
35136 Padova

Per informazioni

tel. 347 8961115

tel. 347 1031383

tel. 340 3254588

fax 049 8900306

E-mail aliceperidca@libero.it

www.aliceperidca.it

5 per mille:

Un gesto nobile che non costa nulla

C.F. 92185970289

registro regionale delle odv n° PD 0732

Conto: 0412/00000385

IBAN IT25 G062 2512 1280

4120 0000385 00706

