

## CIPA. Elementi di Psicologia Generale - 15.01.2017

### Il fondamento relazionale nello sviluppo e nella regolazione emotiva



# COMPETENZA EMOTIVA

L'integrazione tra le diverse componenti dell'emozione (fisiologico, espressivo e fenomenologico-cognitivo) è alla base della *competenza emotiva*, la capacità individuale di utilizzare le emozioni come strategie, ossia in modo organizzato e funzionale a realizzare un buon adattamento sociale (Saarni, 1999).

In assenza di un'adeguata integrazione l'emozione non riesce a trovare una propria modulazione e rimarrà perciò indebitamente attivata, raggiungendo livelli crescenti d'intensità.

In questo caso non potremo dunque parlare di un uso funzionale delle emozioni, bensì di carenze nel funzionamento della competenza emotiva.

Quando riusciamo ad usare le emozioni in maniera “competente” sono loro che indicano quale risposta dare agli eventi che ci accadono.

## **Sviluppo emotivo e relazione primaria**

La competenza emotiva si forma e si sviluppa in una rete di relazioni significative, ossia di relazioni che assumono una particolare valenza affettiva per il nostro sviluppo.

Non esiste infatti vita emotiva al di fuori del rapporto con l'altro. La nostra dotazione psico-biologica ci ha strutturati per avere un'immediata connessione con l'altro.

Alla sperimentazione di funzionalità e armonia negli scambi emotivi si associa il primo senso di sé come agente - ovvero di persona capace di azioni efficaci e condivise, che risulta quindi imprescindibilmente legato allo sviluppo di un sé affettivo cioè di un senso di sé come possessore di stati interni ed emozioni condivise. (Stern, 1985)

Sin dalla *vita intrauterina* - durante il terzo trimestre di gestazione - il feto è in grado di connettersi naturalmente alla madre sentendo e riconoscendo la sua voce, “imparando“, con questo contatto, a calmarsi riducendo il proprio battito cardiaco.

## *Nei neonati:*

la comunicazione si avvale del canale non verbale, che compare prima dal punto di vista ontogenetico e costituisce la modalità più spontanea e immediata di espressività comunicativa nel corso dell'intera esistenza.

Fin dalla nascita il piccolo dell'uomo ha la capacità di rispondere a determinati stimoli - come ad esempio la fame o il dolore - con il pianto, riesce a produrre suoni dotati di significato o a contrarre il viso in configurazioni espressive che vengono riconosciute dagli adulti come tipiche delle emozioni di base - come la rabbia, la felicità, la tristezza e anche il disgusto.

Il sorriso, inizialmente segnale riflesso di cicli neurofisiologici di eccitazione o rilassamento, si trasforma progressivamente in risposta a stimoli esogeni (esterni).

All'interno dello scambio intersoggettivo con l'altro significativo (madre) le emozioni si trasformano da fenomeno psicobiologico a pieno fenomeno psicologico, ossia diventano esperienze riconosciute e sentite come significative a livello soggettivo.

### ***Sette-nove mesi:***

- prolungarsi del tempo di gioco con l'adulto, in cui le occasioni di "attività di attenzione condivisa" costituiscono un ambiente privilegiato per lo scambio emotivo;
- paura dell'estraneo (risposta di disagio di fronte ad una persona non conosciuta) che sancisce la definitiva comparsa di un meccanismo selettivo di preferenza sociale, in cui solo le persone riconosciute come affettivamente significative, rappresentano i destinatari delle emozioni, delle aspettative interpersonali e della fiducia infantile.

### ***Nove-dodici mesi:***

- crescente capacità d'iniziativa nella condivisione degli stati affettivi, nella regolazione emotiva, nella comprensione degli stati interni, delle intenzioni dell'adulto e della comunicazione intenzionale, fino alla definizione dei primi pattern d'attaccamento.

### ***Secondo anno di vita (compimento del primo anno):***

- consolidamento dell'attaccamento attraverso ripetute interazioni e scambi affettivi con i caregiver, che assume una precisa fisionomia in funzione della qualità della sensibilità e della responsività di questi ultimi, in particolare della madre.

### ***Età prescolare (3-6 anni):***

- comparsa e affinamento delle abilità linguistiche, del gioco simbolico e di un crescente senso di controllo sui propri impulsi grazie alla capacità di utilizzare le prime strategie cognitive;
- utilizzo dello strumento linguistico come importante supporto nel processo di autoregolazione: parlare e condividere con gli altri le proprie emozioni comincia a diventare uno dei possibili mezzi utilizzati per calmarsi e imparare così a regolare le emozioni;
- più maturo autocontrollo consente di modulare l'intensità della risposta emotiva, rendendola più flessibile e integrata con altri sistemi di funzionamento psicologici, come attenzione e memoria.

### ***Età scolare:***

- accresciuta capacità di autoregolazione, nel senso di un maggiore affidamento sul sé rispetto al precedente periodo infantile e prescolare, in cui l'affidamento all'adulto era una strategia preferenziale per strutturare la qualità delle abilità di regolazione emotiva;
- crescente abilità di sostituire le azioni impulsive con i pensieri, le parole, il gioco e la fantasia.

Comprendere che l'espressione emotiva può a volte non corrispondere alle emozioni realmente provate (p.es. sorridere di fronte ad un regalo non gradito) consente inoltre al bambino di arricchire il proprio mondo interiore di elementi preziosi per il senso del sé, alimentando quello spazio interno di privatezza che giocherà un ruolo di primo piano a partire dalla pubertà.



# ATTACCAMENTO

Per *attaccamento* si intende la propensione innata a ricercare la vicinanza protettiva di un membro della propria specie quando si è vulnerabili ai pericoli ambientali (condizioni di fatica, dolore, impotenza, separazione o malattia) (Bowlby, 1969).

Pur essendo attiva per tutto il ciclo di vita individuale, tale tendenza opera con massima intensità e frequenza nelle prime fasi, cioè nell'infanzia, quando maggiore è la vulnerabilità ai pericoli ambientali e minore la capacità di affrontare o gestire da soli situazioni di disagio.

Ciascun bambino costruisce, grazie alle caratteristiche di interazione con la madre, un proprio pattern d'attaccamento che, già alla fine del primo anno di vita, risulta ben definito e in grado di orientarlo nelle modalità di gestione delle sue emozioni, nelle aspettative nei confronti della “figura d'attaccamento” (FDA) e nei comportamenti di richiesta di aiuto e cura.

Le differenze individuali tra i bambini risultano valutabili attraverso alcuni metodi di osservazione, tra i quali la *Strange Situation* (Ainsworth et al. 1978) costituisce il riferimento principale



**TABELLA 7** La procedura della *Strange Situation*

- 1 La madre e il bambino vengono accompagnati nella stanza
- 2 La madre e il bambino vengono lasciati soli e il bambino è libero di esplorare l'ambiente (3 minuti)
- 3 Entra l'estraneo, si siede, parla con la madre e si mette a giocare con il bambino (3 minuti)
- 4 La madre esce dalla stanza. Il bambino e l'estraneo rimangono soli (3 minuti)\*
- 5 Prima riunione. La madre ritorna e l'estraneo esce in maniera discreta. La madre consola, se necessario, il bambino e cerca di rimettersi a sedere (3 minuti)
- 6 La madre esce dalla stanza. Il bambino rimane solo (3 minuti)
- 7 L'estraneo ritorna e cerca, se necessario, di consolare il bambino. Poi si accomoda sulla sua sedia (3 minuti)
- 8 Seconda riunione. La madre ritorna e l'estraneo esce dalla stanza in maniera discreta. La madre consola il bambino e cerca di ritornare sulla sua sedia (3 minuti)

\* Nel caso di un eccessivo stress da parte del bambino, questo episodio può essere interrotto prima dei tre minuti.

Fonte: Ainsworth *et al.* (1978).

**QUATTRO CATEGORIE** attraverso le quali i bambini esprimono il loro bisogno di vicinanza protettiva con il genitore, ossia il loro attaccamento

**1. SICURO (B) (55-60% pop.normativa):**

buon equilibrio tra bisogno d'esplorazione e d'attaccamento e buona regolazione emotiva (capacità di esercitare livelli d'autonomia adeguati all'età, di esprimere disagio rivolgendosi all'adulto in maniera appropriata, di modulare l'intensità dei loro stati emotivi grazie all'intervento dell'adulto);

**2. INSICURO di tipo evitante (A) (20% pop.normativa):**

inibizione emotiva, sbilanciamento a favore dell'esplorazione e dell'autonomia, che penalizza la ricerca d'attaccamento (tentativo di sopprimere la risposta emotiva di disagio evitando di coinvolgere l'adulto nella sua funzione protettiva, ricercandola piuttosto in oggetti inanimati o in situazioni distraenti; bambini orientati a “fare da sé”, talvolta erroneamente considerati precocemente autonomi.

### 3. INSICURO di tipo ambivalente-resistente (C) (15% pop.normativa):

iperattivazione emotiva, accentuazione dei comportamenti d'attaccamento e di dipendenza a detrimento delle capacità di autonomia e di esplorazione; propensione ad usare l'emotività in maniera esagerata per richiamare l'attenzione di un adulto; difficoltà di sedazione e di modulazione dell'arousal emotivo.

### 4. attaccamento DISORGANIZZATO - “attaccamento disorganizzato-disorientato” (Main, Solomon, 1990) (D) (15% pop.normativa):

collasso di una strategia organizzata e impossibilità di mettere in atto azioni che consentano di realizzare e mantenere la vicinanza protettiva con il caregiver. L'effetto di questo funzionamento si evidenzia in forme diverse di disregolazione emotiva in cui le emozioni perdono la loro caratteristica di risposte finalizzate all'adattamento sociale e il piccolo percepisce un senso di sopraffazione nei confronti della propria esperienza emotiva, non riuscendo perciò a gestirla.

Le due tipologie dell'insicurezza rappresentano dei *pattern relazionali organizzati*, ossia dei modi per conseguire l'obiettivo dell'attaccamento in maniera finalizzata. Tutti i bambini insicuri, siano essi evitanti piuttosto che resistenti, hanno cioè imparato un modo per ottenere e mantenere i loro legami d'attaccamento e sentirsi perciò protetti nel rapporto con i propri caregiver.

Nella quarta forma d'attaccamento il meccanismo responsabile della disorganizzazione è rinvenibile in un atteggiamento specifico della figura d'attaccamento, in cui al posto della usuale disponibilità emotiva si è sostituita la paura o uno stato di spavento che rende il genitore temporaneamente non disponibile per prestare quella cura e conforto richiesti dal bambino in difficoltà.

Se dunque quest'ultimo, posto in uno stato di disagio, si rivolgerà naturalmente al genitore, al posto dell'attesa disponibilità emotiva entrerà in contatto con uno stato mentale contraddistinto dalla paura.

Da ciò deriva un funzionamento paradossale del sistema che, invece di costituire un naturale circuito virtuoso per modulare e regolare intensità degli stati emotivi infantili, diventa fonte di accentuazione ed esacerbazione degli stessi.

# DISREGOLAZIONE EMOTIVA (pervasiva)



La **COMPETENZA EMOTIVA** implica la capacità di comprendere le emozioni, proprie e altrui, di saperle esprimere in modo adeguato e controllato e di saperle regolare.

La **DISREGOLAZIONE EMOTIVA** al contrario concerne l'incapacità, anche a fronte della volontà di mettere in atto i migliori sforzi, di modificare o regolare i segnali che suscitano emotività, di *modulare l'intensità dell'esperienza soggettiva, le azioni, e le risposte verbali o non verbali emesse in situazioni di usuale vita quotidiana.*

Si tratta di un funzionamento deficitario della competenza emotiva che è solo parzialmente sotto il controllo della consapevolezza e della volontà e si attiva per lo più in maniera automatica e incontrollata.

Quando tale disregolazione assume le caratteristiche della pervasività, configura uno stato di perenne "infiammazione emotiva", per cui il soggetto trova difficoltoso riuscire a calmarsi e presenta una propensione a riattivare l'emotività in maniera intensa anche a fronte di stimoli emotivamente blandi.

La disregolazione emotiva si presenta con modalità pervasivamente deficitaria nel disturbo borderline di personalità che riguarda circa il 3% della popolazione.

Ha le sue radici in una specifica forma di vulnerabilità emotiva in cui sono coinvolte tre componenti di base:

- *particolare sensibilità agli stimoli emotivi* che assume le caratteristiche di una sorta di ipervigilanza agli stimoli in grado di provocare emozione, con una propensione a coglierli in maniera veloce e intensa (p.es. riconoscimento delle espressioni facciali).
- *marcata reattività emotiva*, cioè un modo di rispondere in maniera immediata e intensa ai segnali veicolanti emozioni.
- *durata degli stati emotivi molto marcata*, con un funzionamento emotivo costantemente attivato, senza possibilità di ritornare alla soglia di funzionamento di base.

In sintesi: la disregolazione emotiva pervasiva riguarda l'intera gamma degli stati emotivi, che si manifestano come particolarmente intensi, dolorosi e di difficile sedazione.

La disregolazione emotiva comporta una disregolazione anche sul piano dei comportamenti ossia delle strategie d'azione naturalmente collegate alle emozioni: a fronte di un'attivazione emotiva così intensa il soggetto perde la capacità di padroneggiare i propri stati interni e avverte un senso di non controllo che si esprime nell'adozione automatica e incontrollata di comportamenti impulsivi (anche di natura autolesiva).

La persona con grave disregolazione emotiva mette così in atto dei comportamenti che, pur finalizzati a regolare l'emotività attenuandone gli effetti di sofferenza mentale, sono in realtà funzionali a perpetrare il ciclo della disregolazione emotiva accentuandone le caratteristiche deficitarie.

Le origini di questa modalità pervasiva di disregolazione, pur all'interno di un'ampia variabilità individuale, possono rintracciarsi nei percorsi di sviluppo caratterizzati:

- da una specifica vulnerabilità temperamentale che predispone il bambino a risposte emotive intense e estremizzate;
- da un ambiente familiare di tipo invalidante; di fronte a un bambino con un'espressività emotiva diretta, urgente e intensa, il genitore invalidante risponde respingendo o ignorando tali segnali, lasciando così il piccolo sprovvisto del necessario supporto interpersonale atto a regolarli.



# Sara, un caso di Alessitimia?

“Date parole al dolore: il dolore che non parla  
bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi”

(“Give sorrow words: the grief that doesn't speak  
whispers the o'erfraught heart and bids it to break”)

W. Shakespeare, Macbeth, Atto IV, Scena III

Evidenzia Solano (2015) che Shakespeare “è riuscito a condensare in due righe il concetto di alessitimia e le sue conseguenze sulla salute: non solo è chiaramente presente l'importanza di mettere in parole un dolore” e di un cuore che si sovraccarica se questo non avviene, ma nel termine “whisper” (bisbiglia) c'è tutto l'aspetto silenzioso, non eclatante del fenomeno, che si rivela in modo drammatico all'esterno soltanto quando è troppo tardi.”

# ALESSITIMIA

Indica una difficoltà nel collegare le emozioni con simboli visivi e verbali - quindi nello sperimentare sentimenti - a seguito della quale le emozioni vengono, invece, sperimentate primariamente come sensazioni fisiche e tendenze all'azione.

Le emozioni possono quindi divenire dannose non per la loro qualità (piacevoli o dolorose) o per la loro quantità, ma per il grado di disconnessione da un livello simbolico, cognitivo-esperienziale, motivo per cui non trovano alcuna via di espressione.

L'alessitimia non è un fenomeno categoriale (tutto-o-nulla), ma un costrutto dimensionale che è distribuito normalmente nella popolazione generale.

Come per l'intelligenza generale, vi è un'ampia variabilità: alcuni soggetti mostrano un'alessitimia molto elevata, altri non mostrano nessuna delle sue caratteristiche, mentre la maggior parte degli individui si trova tra i due estremi.

## Misurazione dell'Alessitimia

J.C. Nemiah e P.E. Sifneos (1970) individuarono in soggetti affetti da malattie psicosomatiche classiche, difficoltà a esprimere verbalmente le emozioni, scarsità di fantasia, stile comunicativo incolore. La parola, a sua volta non connessa con l'emozione, risultava poco espressiva.

Venne quindi coniata la parola a-lessi-timia, di derivazione greca; mancanza di parole per le emozioni, da alfa privativo + lexis (= parola) + thymos (= emozione), e il relativo costrutto.

I più significativi contributi relativi alla definizione del costrutto dell'alessitimia sono venuti da un gruppo di ricerca clinica e psicometrica nato a Toronto (Canada), che fa capo a G.J. Taylor e i cui primi aderenti sono M. Bagby e J.D.A. Parker.

Questo gruppo di ricercatori ha messo a punto (1994) una prima scala di rilevazione dell'alessitimia, la TAS-20 (Toronto Alexitimia Scale a venti item) alla quale è più recentemente (2006) seguita la TSIA (Toronto Structured Interview for Alexitimia).

## Caratteristiche fondamentali dell'Alessitimia

- *difficoltà a identificare i sentimenti*: a discriminare un sentimento dall'altro, e i sentimenti da sensazioni derivanti da alterazioni somatiche non emozionali (p.es. l'ansia dall'influenza);
- *difficoltà a comunicare ad altri i propri sentimenti*;
- *stile cognitivo legato allo stimolo, orientato all'esterno* (scarsa introspezione e attenzione al proprio mondo interno e a quello degli altri; difficoltà a cogliere gli aspetti emotivi e motivazionali delle situazioni);
- *processi immaginativi coartati*, con scarsezza di vita fantasmatica.

**Caratteristiche “accessorie”** (non presenti costantemente, costituiscono corollari al costrutto): sintomi somatici (più che problemi psicologici o relazionali); sogni, raramente ricordati; impressione di pseudo-normalità o conformismo; amimia; ridotta capacità empatica e difficoltà a riconoscere le emozioni dalle espressioni facciali; difficoltà ad utilizzare gli altri come fonte di aiuto o conforto; esplosioni di pianto o d'ira di cui è difficile comprendere l'origine, o anche disagio psicologico cronico; stato affettivo-negativo indifferenziato di base.

## Genesi relazionale dell'alessitimia

L'alessitimia può essere dovuta a carenze nel contenimento materno o a una insufficiente interiorizzazione di questo.

L'emozione (Grotstein, 1997) rimane ad uno stato estremamente primitivo (elementi beta in Bion); di fronte al pericolo di essere sommerso da una valanga di affettività incontrollata, il soggetto organizza delle difese molto generali e massicce nei confronti della stessa.

Gli affetti non accedono a modalità di elaborazione ed espressione di livello simbolico: I livelli fisiologico e motorio/comportamentale rimangono privi di regolazione da parte di una componente più cosciente, cognitiva, verbale.

Per questo soggetti con alta alessitimia possono presentare sia un'espressione emotiva scarsa sia un'espressione emotiva "esagerata" rispetto alla situazione, *nel momento in cui la difesa cede*; per la stessa ragione I sogni dei soggetti alessitimici possono essere a volte scarsi o molto razionali, altre volte invece veri e propri incubi, caratterizzati da "angoscia senza nome".

L'emozione - quando non riesca a trovare la sua connessione specifica (a sfociare in un sentimento) tenderà in ogni modo di affiorare o di trovare un significato; potrà quindi (Solano, 2015):

- emergere direttamente alla coscienza senza la mediazione dei sistemi simbolici, come attacchi di panico o altri disturbi da “angoscia senza nome“ (pavor nocturnus);
- emergere nel sintomo psichiatrico come tentativo di trovare un' espressione simbolica, ancorché spuria;
- emergere in agiti privi di pensiero, quali gioco d'azzardo, promiscuità sessuale, comportamenti alimentari devianti, autolesionismo, parafilie;
- provocare disturbi somatici tanto più gravi quanto maggiore è la disconnessione tra livello simbolico e non-simbolico e quanto più forte è l'emozione disconnessa (che possono costituire un primo tentativo di connessione rispetto alla totale assenza di segnali, e permettere di cercare un aiuto esterno);
- determinare un evitamento generalizzato di ogni esperienza che comporti rischi di attivazione emozionale, implicante la rinuncia a ogni tipo di realizzazione personale.

## L'AMBIVALENZA AFFETTIVA

*Odi et amo. Quare id faciam, fortasse requiris.*

*Nescio, sed fieri sentio et excrucior*

(Ti odio e ti amo. Come possa fare ciò, forse ti chiedi.

Non lo so, ma sento che così avviene e me ne tormento)

Catullo

Si definisce ambivalenza affettiva - dalle parole latine ambi (entrambi) e valentia (forza, capacità) - un particolare disturbo dell'affettività, caratterizzato dalla compresenza, in una persona, di sentimenti ed ideazioni di segno opposto in relazione ad un altro soggetto, vissuti alternativamente e senza possibilità di integrazione.

Benché un certo grado di ambivalenza sia normale in tutti i rapporti affettivi, è necessario altresì riconoscere “gli aspetti più specificamente psicopatologici e relazionali del fenomeno quando è espresso, intenso e protratto: il suo potere distruttivo sugli affetti del suo oggetto e quindi sul legame.” (Dalla Luche, Bertacca, *L'ambivalenza e l'ambiguità nelle rotture affettive*, 2007)

# Quali parole per gli affetti?

Temo tanto la parola degli uomini.

Dicono sempre tutto così chiaro:

Questo si chiama cane e quello casa,

e qui è l'inizio e là è la fine!

E mi spaura il modo, il loro schernire per gioco,

Che sappian tutto ciò che fu e che sarà;

Non c'è montagna che li meravigli;

Le loro terre e giardini confinano con Dio!

Vorrei ammonirli, fermarli: state lontani!

A me piace sentire le cose cantare.

Voi le toccate: diventano rigide e mute.

Voi mi uccidete le cose.