



Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica
Servizio di Psicologia Medica
Università degli Studi di Verona

Corso di Psicologia Clinica

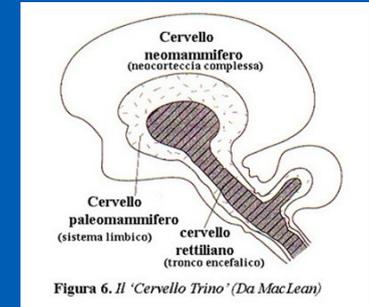
Sistemi motivazionali e relazioni interpersonali

Prof.ssa LIDIA DEL PICCOLO
lidia.delpiccolo@univr.it

DMSP-PSY

Evoluzione e sistemi motivazionali

L'uomo (MacLean, 1984) ha un cervello evolutivamente tripartito, formato dalla sovrapposizione di:



- **complesso R** (sonno-veglia, alimentazione, esplorazione dell'ambiente, territorialità, predazione),
- **sistema limbico** (mantenimento delle relazioni tra conspecifici: attaccamento, accudimento, accoppiamento sessuale, competizione per il rango)
- **Neocorteccia** (coordinazione reciproca e sistema simbolico).

Evoluzione e sistemi motivazionali

- Strutture relazionali tendono a permanere invariante da una specie all'altra – complessificandosi e differenziandosi in senso evolutivo e nelle modalità di espressione specie specifiche. (Liotti, 2007)
- I programmi comportamentali di base, evolutivamente strutturati sono attivati da adatti segnali comunicativi emessi dai conspecifici.
- In funzione dell'apprendimento, i programmi innati vengono ampliati e modificati, determinando nuove interconnessioni tra le reti neurali, attraverso processi di ricategorizzazione che ampliano la gamma dei comportamenti relazionali





I SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (SMI) (Liotti, 2001)

Sono forme fondamentali di interazione prodotte, favorite (Edelman, 1992) dall'evoluzione. Prendono forma nell'intersoggettività

- SISTEMA DELL'ATTACCAMENTO**
- SISTEMA DELL'ACCUDIMENTO**
- SISTEMA ANTAGONISTA**
- SISTEMA COOPERATIVO**
- SISTEMA SESSUALE**

Emozioni e sistemi motivazionali

I SMI tendono a diventare coscienti attraverso l'esperienza soggettiva e inter-soggettiva delle emozioni:

- paura o collera quando chi si prende cura si allontana, tristezza quando la separazione si protrae nel tempo (**sistema attaccamento**)
- Tenerezza protettiva, senso di colpa per un mancato aiuto nella relazione di cura (**sistema accudimento**)
- Vergogna per la sconfitta, orgoglio per la vittoria (**sistema agonistico**)
- Pudore e desiderio (**sistema sessuale**)
- Gioia, condivisione (**sistema cooperativo**)



IL SISTEMA DELL'ATTACCAMENTO



“ cerca protezione, trova qualcuno che si prenda cura di te!”

IL SISTEMA DELL'ATTACCAMENTO

META DEL SISTEMA:

conseguimento della vicinanza protettiva di una persona, possibilmente disponibile a fornire conforto e protezione.

VALORE BIOLOGICO:

le popolazioni in cui gli individui rimangono vicini e sanno chiedere aiuto (per la difesa ed il sostentamento) hanno migliori probabilità di sopravvivenza.

È ATTIVATO DA:

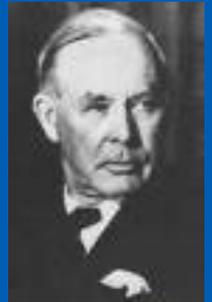
1. fatica, dolore fisico e/o emozionale, solitudine;
2. generale percezione di essere vulnerabile a pericoli ambientali, o di non poter soddisfare da soli i bisogni necessari alla sopravvivenza (alimentarsi, proteggersi dal clima sfavorevole, dormire).

È DISATTIVATO DA:

1. conseguimento della vicinanza protettiva ad una persona
2. protratta impossibilità di conseguire la meta (diventa distacco emozionale, forma patogena).



Teoria dell'attaccamento: John Bowlby



John Bowlby, psichiatra e psicoanalista inglese.

Ottica sistemico etologico-evoluzionista

Bowlby J., Attaccamento e perdita.

Vol. I. L'attaccamento alla madre, Boringhieri Torino, 1976

vol.II: La separazione dalla madre, Boringhieri., Torino, 1978

vol .III : La perdita della madre, Boringhieri, Torino,. 1983.

Secondo Bowlby le interazioni tra madre e bambino (che iniziano già durante la gravidanza, e che vanno dall'abbraccio allo scambio di sguardi, alla nutrizione, alla consolazione ecc.), strutturano ciò che viene definito sistema d'attaccamento, il sistema che guida (anche nella vita adulta) le interazioni e gli scambi relazionali affettivi.





Attaccamento



Un legame di lunga durata, emotivamente significativo, che il bambino sviluppa nei confronti dell' adulto che si prende cura di lui.

include:

- l'attaccamento come legame
- il sistema comportamentale di attaccamento, che regola i comportamenti del bambino coordinandoli in vista di uno scopo (prossimità al caregiver).

Organismo vivente come sistema aperto

Organizzazione, informazione, retroazione*



Teoria dell'attaccamento: Caratteristiche

Caratteristiche del legame di attaccamento:

- a) ricerca di vicinanza fisica alla figura di attaccamento;
- b) effetto base sicura, cioè l'atmosfera di benessere e sicurezza che il bambino avverte una volta stabilita la vicinanza fisica;
- c) protesta alla separazione, quando la prossimità diventa impossibile.

Teoria dell'attaccamento: presupposti

Si ritiene che il cibo e la nutrizione non svolgano che una parte secondaria nello sviluppo ... (rif. Ricerca di Harlow)

Garanzia della prossimità e del contatto ha un ruolo fondamentale

“Con l'aumentare dell'età e delle occasioni d'imparare, un piccolo nutrito da una madre metallica fornita di biberon non si attacca più a lei, come si potrebbe prevedere in base alla teoria pulsionale, ma invece si attacca sempre più alla madre di stoffa che non lo allatta”.



Teoria dell'attaccamento: variabili

1. Presenza o l'assenza reale di una figura di attaccamento

2. Fiducia o sfiducia nel fatto che la figura di attaccamento, che non sia realmente presente, sarà disponibile, cioè accessibile e capace di rispondere in modo adeguato in qualsiasi situazione di bisogno.

Più l'individuo è giovane, più ha importanza la prima variabile.

Fino ai tre anni questa è una variabile dominante.

Dopo i tre anni diventano sempre più importanti le previsioni di disponibilità o di non disponibilità.

Dopo la pubertà queste diventano le variabili dominanti.*





Teoria dell'attaccamento: fasi

0-2 mesi - **preattaccamento**, il bambino mette in atto - all'avvicinarsi di qualsiasi essere umano- una serie di comportamenti sia di orientamento che di segnalazione.

2 - 7 mesi, il bambino comincia a distinguere coloro che si prendono cura di lui da tutti gli altri.

7 mesi - 2 anni, vengono meno le risposte amichevoli indiscriminate mentre compaiono, al contrario, diffidenza e timore verso persone non familiari. Comportamenti di avvicinamento e di mantenimento del contatto che si organizzano secondo un modello corretto secondo uno scopo.

Dopo i 2 anni, sviluppo di una relazione, sempre corretta in vista di uno scopo, ma questa volta di tipo reciproco.

Il bambino promuove l'interazione e influenza la forma che questa assume... così facendo evoca risposte dalle altre persone, mantiene e configura le loro risposte rinforzandone alcune e non altre".



Teoria dell'attaccamento: modelli operativi interni

Modelli Operativi Interni: schemi che raccolgono certe relazioni essenziali tra elementi della realtà esterna in modo da rendere il soggetto capace di formulare previsioni sull'andamento futuro dei fenomeni rappresentati

Modello interno delle figure di attaccamento, interiorizzando la qualità delle ripetute interazioni con queste ultime

Modello che il bambino svilupperà di sé e che appare delinearasi in modo complementare al primo

Teoria dell'attaccamento e personalità

- I processi psicologici che producono la struttura della personalità sono dotati di un buon grado di sensibilità all'ambiente, specialmente all'ambiente familiare durante i primi anni di vita; tale sensibilità però diminuisce nel corso dell'infanzia
- Le pressioni che tendono a mantenere una personalità su una certa via di sviluppo sono sia interne che esterne
- Le caratteristiche strutturali di una personalità, una volta sviluppate, hanno i loro mezzi di autoregolazione che tendono anch'essi a mantenere la direzione evolutiva già esistente.*



Organizzazione del comportamento di attaccamento

"Il comportamento di attaccamento non scompare con l'infanzia, bensì permane per tutta la vita: vengono scelte figure vecchie o nuove con le quali si mantengono la vicinanza o la comunicazione. Mentre i risultati dell'attaccamento sono sempre gli stessi, i mezzi per raggiungerlo si diversificano sempre più".





Analisi dello stile di attaccamento: "strange situation"

Ainsworth, Blehar, Waters e Wall

"**strange situation**" : procedura standard, che viene somministrata in un apposito laboratorio, sala giochi in cui si può osservare e filmare, tramite uno specchio segreto, quanto accade durante il susseguirsi di otto episodi preordinati, della durata di 3 minuti ciascuno che hanno lo scopo di attivare ad alta intensità il comportamento di attaccamento di un bambino.

Attaccamento: "strange situation"

1. Mamma e bambino sono nella stanza, il bambino esplora l'ambiente per 3'.
2. Estraneo entra nella stanza: 1' silenzioso; 1' parla con la mamma; 1' siede sul pavimento e gioca con il bambino.
3. Mamma si allontana e l'estraneo gioca con il bambino.
4. Mamma torna, esce l'estraneo, la mamma calma il bambino e siede a terra per 3'.
5. Mamma esce e il bambino è solo per max. 3'.
6. Estraneo entra e tenta di calmare il bambino, poi se possibile si allontana per max. 3'.
7. Mamma torna e calma il bambino, l'estraneo esce.



Attaccamento: "strange situation"

Viene analizzato:

- il modo in cui il bambino reagisce alla separazione dalla madre (ci si aspetta sia a disagio),
- i comportamenti di esplorazione che mette in atto (usa la madre come base sicura),
- il comportamento in presenza dell'estraneo,
- la reazione al ricongiungimento con la madre.





I pattern dell'attaccamento

A ansioso evitante

B sicuro

Inibizione affettività

Espressione affettività

Coerenza interna

D disorganizzato-
disorientato

A ansioso
ambivalente



I pattern dell'attaccamento

<https://www.youtube.com/watch?v=cyHRFMGeb1U&list=PL5Z2HGiVrC9OrY9GUuzhDrhagkYeqDInY>



Il pattern di attaccamento "sicuro"

- Il bambino gioca serenamente quando la madre è vicina, non ha bisogno di controllarne continuamente la presenza,
- la utilizza come base sicura per esplorare l'ambiente
- mostra interesse per la presenza di persone estranee.
- Sa che quando piange avrà una risposta e quindi piange meno a lungo in caso di necessità.

Evolve come attaccamento sicuro "*free-autonomous*"



Pattern di attaccamento e stile materno bambini sicuri

Madri in grado di recepire i segnali di comunicazione del bambino, rispondendo prontamente a segni di disagio o di malessere e mostrandosi nel contempo disponibili e affettuose. Sviluppo delle capacità esplorative.



Il pattern di attaccamento “evitante”

- Il bambino non sembra giovare della vicinanza della madre, né risentire della sua lontananza;
- tende a ignorarla (distoglie lo sguardo) quando vengono riuniti dopo la separazione (o l’abbraccia senza trasporto) dedicandosi di più al gioco e all'esplorazione.
- Scarse manifestazioni di rabbia o sofferenza

Evolve come attaccamento distanziante “*dismissing*”



Pattern di attaccamento e stile materno bambini insicuri-evitanti

Madri non in sintonia con i comportamenti del bambino, mostrandosi poco sensibili ai segnali di disagio e poco accoglienti anche sul piano fisico. Scarsa fiducia circa una pronta e adeguata risposta alle proprie difficoltà.

Atteggiamento di autosufficienza minimizzando le occasioni di vicinanza alla madre e quindi il rischio di un possibile rifiuto.



Il pattern di attaccamento “resistente/ambivalente”

- Il bambino mostra di avere molte difficoltà in una situazione estranea,
- cerca il contatto con la madre e non esplora l'ambiente;
- la separazione appare turbarlo molto
- alla riunione con la madre manifesta un misto di ricerca di contatto e di riluttanza, scaricando su di lei la rabbia per la separazione (pur volendo essere consolato, respinge la madre manifestando ira per non aver potuto contare su di lei)
- Piange inconsolabilmente.

Evolve come attaccamento coinvolto o preoccupato
“*entangled-preoccupied*”

Pattern di attaccamento e stile materno bambini insicuri-ambivalenti

Madri imprevedibili: alcune volte, infatti, appaiono affettuose e accudenti mentre altre volte, magari proprio quando il bambino ha più bisogno, si rivelano di fatto poco pronte e disponibili. L'affetto è fornito quando ne ha bisogno la madre, non assecondando le esigenze del bambino.

Incertezza circa la disponibilità della madre a fornire protezione in caso di bisogno.

Il b/o resterà tenacemente coinvolto con la figura d'attaccamento, non riuscendo però a utilizzarla come base sicura per l'esplorazione.



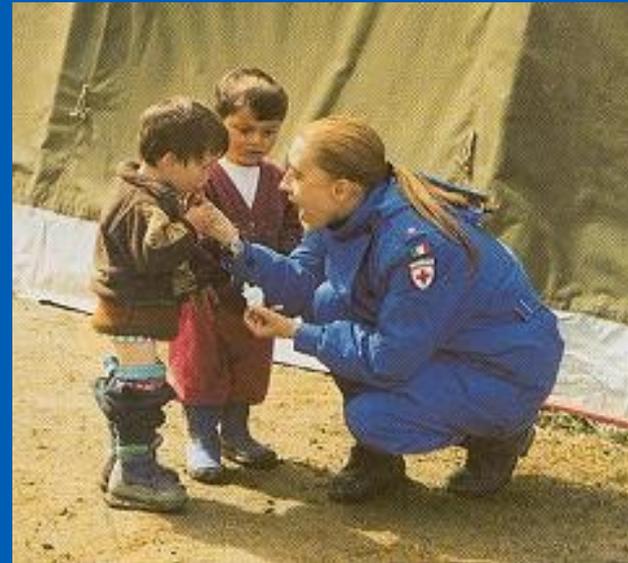


Il pattern di attaccamento “disorganizzato/disorientato”

Bambini i cui comportamenti non appaiono organizzati all'interno di una strategia coerente. Sono caratteristici di questo pattern, a esempio, comportamenti contraddittori, movimenti incompleti o interrotti, posture immobili o espressioni di paura.

Evolve come attaccamento non risolto
“*unresolved*”

IL SISTEMA DELL'ACCUDIMENTO



“ proteggi, prenditi cura, aiuta la persona che ti appare più fragile e debole di te!”

IL SISTEMA DELL'ACCUDIMENTO

META DEL SISTEMA:

Offrire vicinanza protettiva, tutelare il soggetto più debole

VALORE BIOLOGICO:

Favorire le possibilità di difesa e sostentamento degli altri individui della propria popolazione.

È ATTIVATO DA:

- 1) segnali di richiesta di protezione provenienti da un conspecifico (attaccamento);
- 2). Percezione di difficoltà, fragilità di un conspecifico

È DISATTIVATO DA:

- 1) segnali di sollievo e sicurezza provenienti dal conspecifico



IL SISTEMA SESSUALE



“ cerca un compagno per unirti con esso, se funziona mantieni nel tempo questo legame !”



IL SISTEMA SESSUALE

META DEL SISTEMA:

Raggiungimento del piacere sessuale

VALORE BIOLOGICO:

Assicura la prosecuzione della specie

È ATTIVATO DA:

- 1) livelli periodicamente variabili di ormoni;
- 2) segnali comportamentali (seduzione) provenienti da un conspecifico;
- 3) stimolazioni sensoriali (immagini, fotografie , profumi, etc.)

È DISATTIVATO DA:

raggiungimento dell'orgasmo

2. attivazione di altri sistemi motivazionali in forme incompatibili con la sessualità



IL SISTEMA ANTAGONISTA



“ Difenditi, lotta, aggredisci o fuggi dalla minaccia di pericolo che hai davanti! Proteggi le tue risorse in quanto limitate!”

IL SISTEMA ANTAGONISTA

META DEL SISTEMA:

Definire il rango di dominanza e sottomissione, proteggere le proprie risorse

VALORE BIOLOGICO:

in un gruppo con ranghi sociali definiti e mantenuti nel tempo i litigi e le lotte sono meno frequenti l'efficienza generale del gruppo è superiore e quindi la sua sopravvivenza

È ATTIVATO DA:

- 1) percezione che una risorsa è limitata;
- 2) segnali mimici di sfida provenienti da un conspecifico (o interpretati come tali)

È DISATTIVATO DA:

1. segnali di resa e sottomissione da parte dell'antagonista;
2. attivazione di altro sistema motivazionale (ad es. trasformazione dell'agonismo in cooperazione o accudimento).





La malattia spesso induce intense emozioni: paura, vergogna, rabbia.

L'aggressività è il correlato comportamentale della rabbia (insieme di pensieri, sensazioni e reazioni fisiologiche).

Se contestualizzata non è necessariamente un fenomeno patologico, ma corrisponde al modo in cui una persona dà senso e risponde a fattori stressanti in uno specifico contesto.

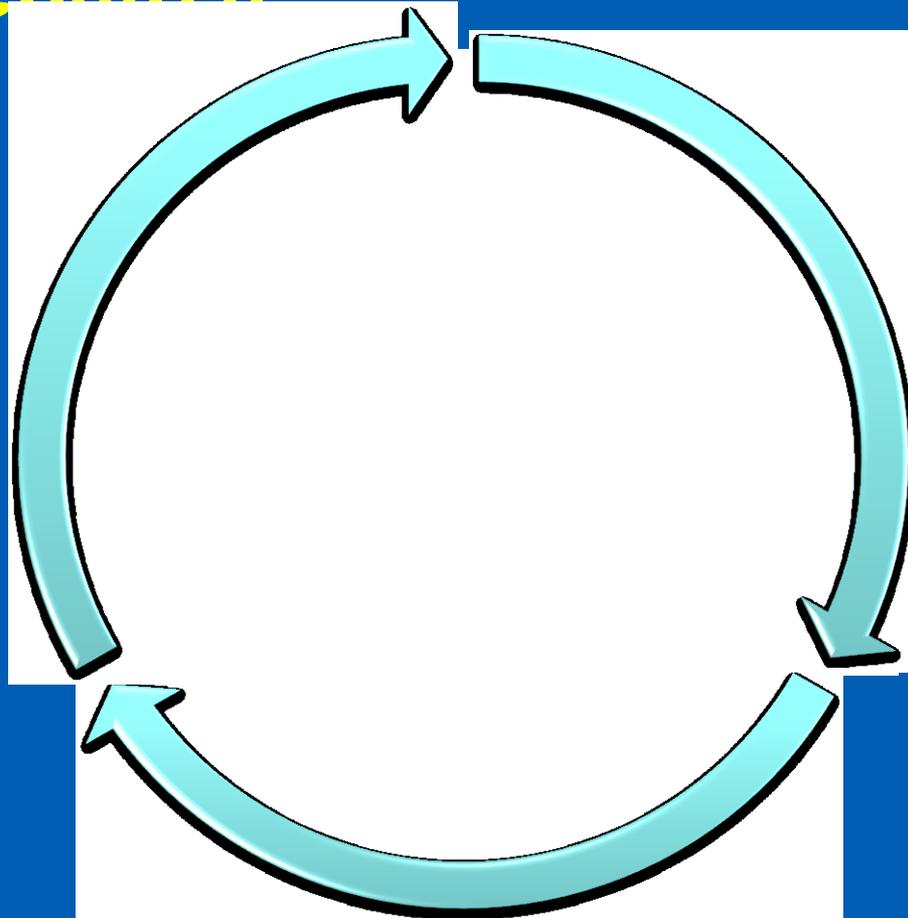
La rabbia è “patologica” quando si manifesta in maniera afinalistica, esplosiva, illogica.

R
A
B
B
I
A

DMSP-PSY



Da un punto di vista funzionale, il nostro comportamento relazionale è legato a:





(A) COSA PROVOCA OSTILITA'



1. Sentirsi umiliati (il sanitario che si comporta come una persona infallibile, che mette in dubbio le capacità cognitive o personali che assume atteggiamenti agonistici). L'aggressività è la risposta per ristabilire la propria importanza personale.
2. Sentirsi forzati (consigli non richiesti, sentirsi pressati a cambiamenti non sentiti come necessari). L'aggressività è la risposta per ristabilire la propria libertà personale.
3. Non sentirsi capiti (rassicurazioni premature e irrealistiche, ottimismo banalizzante, atteggiamenti falsamente empatici). L'aggressività è la risposta di fronte al vissuto emotivo dell'abbandono, dell'esclusione, della percezione di essere trascurati.
4. Competere per una risorsa sentita come indispensabile

(B) COSA MODULA LA RISPOSTA AGGRESSIVA

INTERPRETAZIONE – CONTENUTO E FORMA DEI PENSIERI ASSOCIATI ALL'EVENTO SCATENANTE.

es. Il medico arriva in ritardo all'appuntamento concordato con il paziente

1. **DOVERIZZAZIONI**: il soggetto stabilisce delle proprie regole su come devono andare le cose e condanna qualunque trasgressione a tali principi.

=> il dovere di un buon clinico è essere sempre puntuale e rispettare gli accordi.

2. **DEFICIT DI DECENTRAMENTO**: il soggetto utilizza solo i propri come criteri di riferimento, non ponendosi nella prospettiva dell'altro.

=> io sono rimasto qui ad aspettare e lui non si è minimamente curato di questo fatto!



COSA MODULA LA RISPOSTA AGGRESSIVA,

es. *Il medico arriva in ritardo all'appuntamento concordato con il paziente*

3. **DEFICIT DELLA COMPrensIONE DELLA MENTE ALTRUI:** il soggetto è incapace di ipotizzare i processi mentali dell'altro.

=> lo ha fatto apposta!

4. **ETICHETTAMENTO:** il soggetto esprime giudizi sulla persona e non sul comportamento.

*=> come si permette di comportarsi in questo modo!
Pensa di essere importante solo lui!?*

5. **IPERGENERALIZZAZIONE:** il soggetto generalizza la situazione particolare o la attribuisce al gruppo cui l'altro appartiene.

=> Fanno sempre così. Sono tutti uguali, non gliene importa niente dei pazienti!



COSA MODULA LA RISPOSTA AGGRESSIVA,

es. *Il medico arriva in ritardo all'appuntamento concordato con il paziente*

6. **CATASTROFIZZAZIONE**: il soggetto interpreta gli eventi negativi che accadono come terribili e insuperabili

=> non riuscirò mai ad avere l'attenzione di cui ho bisogno dagli altri...

7. **PENSIERO EMOTIVO**: il soggetto utilizza il proprio stato emotivo per interpretare ciò che gli accade.

=> sono rimasto così male...

8. **PENSIERO DICOTOMICO**: il soggetto legge le situazioni in modo estremamente polarizzato, senza ammettere vie di mezzo.

=> e' stato così maleducato che merita un rimprovero!



Atteggiamento dei sanitari verso la rabbia del paziente

Lipp (1986) descrive tre atteggiamenti tipici:

- DISCONOSCERE LA RABBIA: proseguono la loro consueta attività nella speranza che il paziente si plachi da solo;
- CERCARE DI PLACARE le ire del paziente o lo rassicurano prematuramente;
- RISPONDERE CON ALTRETTANTA RABBIA

TUTTI questi atteggiamenti generalmente inducono un **AUMENTO** della rabbia





Gestire la rabbia

La rabbia rappresenta un attacco e induce risposte di difesa... E' importante esserne consapevoli ma non agirle.

1. Riconoscere che si è di fronte a emozioni intense
2. Consapevolezza personale: identificare l'emozione che si prova (spesso è l'anticamera per capire cosa prova il paziente)
3. Identificare l'emozione del paziente e verbalizzarla, verificando se l'impressione è corretta

"Mi sembra che lei sia molto arrabbiato..."

4. Individuare cos'ha determinato la rabbia ed eventualmente ammettere che c'è un disaccordo.
5. Esprimere empatia (non accordo). Dimostrare che ci si sforza di capire cosa sta provando il paziente (commento riflessivo, commento empatico o legittimazione).

"Quindi lei è arrabbiato perché la terapia non dà gli effetti che si aspettava e le sembra di perdere tempo a venire qui..."

6. Pausa

Comportamento di fronte alla rabbia

1. Accompagnare la comunicazione con lo sguardo, evitando di fissare il paziente in modo continuo
2. Cercare di mantenere il contatto con gli occhi e rivolgersi in modo personale (es. chiamare il paziente per nome)
3. Rivolgersi lentamente e con calma. Evitare di trasmettere il proprio stress, paura o allarme (postura non tesa)
4. Parlare chiaramente e con frasi semplici, dando tempo per la risposta. Se l'interlocutore non ha compreso il significato di una frase, è necessario semplificarla ulteriormente, anche a scapito della completezza, della coerenza e della logica. In questo momento l'obiettivo non è una comunicazione completa, bensì una comunicazione possibile (Sanza, 1999).



Comportamento di fronte alla rabbia

5. Se non si capisce cosa il paziente sta dicendo rispondere ai sentimenti che esprime, senza fare discussioni o lasciarsi provocare.
6. Non essere accondiscendenti né sarcastici
7. Attenzione ai segni rivelatori di ansia (rossore, agitazione...). In questo caso aspettare.
8. Nella fase di negoziazione, può essere utile cercare di fornire alternative al comportamento. Porre il soggetto aggressivo di fronte a più opzioni in vista di una possibile individuazione di soluzioni e dandogli la sensazione di avere una certa libertà di scelta.

IL SISTEMA COOPERATIVO



“ unisciti a qualcuno se questo può favorire la possibilità di raggiungere un obiettivo importante o non rischi di perdere le tue risorse primarie!”



IL SISTEMA COOPERATIVO

META DEL SISTEMA:

Raggiungere un obiettivo comune e condiviso

VALORE BIOLOGICO:

Talvolta la collaborazione tra conspecifici permette una efficienza superiore rispetto all'impegno scoordinato dei singoli

È ATTIVATO DA:

- 1) percezione di un obiettivo comune
- 2) segnali di non minaccia agonistica (sorriso)

È DISATTIVATO DA:

- 1) euforia o rilassamento per il conseguimento dell'obiettivo
- 2) attivazione di altri sistemi motivazionali (es. agonistico)





SISTEMI MOTIVAZIONALI ATTIVI NELLA RELAZIONE DI CURA

DMS-PSY



Download from Dreamstime.com
24355231
Savo988 | Dreamstime.com

