

Psicologinews.it

Scientific

Lo stress: sonno e insonnia

di *Veronica Lombardi*

Disturbo Borderline di Personalità, Diagnosi differenziale e possibilità di trattamento

di *Daniela di Martino*

MINDFULNESS E PRATICA CLINICA

La nascita della Terapia Cognitivo-Comportamentale di terza onda

di *Ilaria Di Giusto*

Ad Agosto tutto matura

Anche psicologinews ha maturato una mole di articoli e video veramente impressionante. Ne siamo fieri, le nostre redazioni hanno lavorato con entusiasmo, professionalità ed efficienza. Come sempre nello spirito della



colleganza e della testimonianza che caratterizza il nostro gruppo. Allora una festa ci sta!! Nel prossimo settembre la presentazione alla Stampa e alla Città con augurale immancabile ottimo brindisi. Santè!
Raffaele Felaco



Lo stress: sonno e insonnia

di *Veronica Lombardi*

Introduzione

Il sonno è uno dei più importanti bisogni dell'uomo. Trascorriamo un terzo della nostra vita dormendo. Il sonno rappresenta un meccanismo di protezione per impedire al nostro organismo un danno causato da eccessivo affaticamento (Brownlow et al.,2004).L'uomo può vivere fino a 3 settimane senza cibo, mentre lo stesso periodo trascorso senza dormire porterebbe a gravi danni psichici, intellettuali e fisici. Il soggetto stressato corre il rischio di alterare i suoi ritmi circadiani di veglia e sonno. I problemi di **sonno** sono un sintomo comune nel **disturbo da stress post-traumatico (PTSD)**. Il PTSD è dato dalla reazione a un evento stressante, caratterizzata dal non sentirsi più in grado di esercitare un adeguato controllo su se stessi in una situazione di rischio. Quando l'organismo si trova in una simile condizione, la persona, a causa dell'effetto di neurotrasmettitori (come l'adrenalina) che la tengono in uno stato di allerta costante, risente di significative difficoltà di rilassamento e

addormentamento. In questo modo il normale **ciclo di sonno** è spesso interrotto. Una simile condizione può sviluppare **insonnia**, incubi e affaticamento diurno.(Kar,2011)

La qualità del sonno e l'importanza di dormire bene

Accanto all'aspetto psicologico del sonno bisogna considerare anche il lato fisiologico: lo scopo principale del sonno consiste nel rinnovamento delle cellule. Durante il sonno vengono immagazzinate nuove energie per il giorno seguente. Si potrebbe quasi paragonare sistema nervoso centrale dell'uomo ha una batteria della capacità limitata, ma molto adattabile, che si può caricare solo quando si è esaurita. Vivere il sonno in modo sano e quindi assolutamente, necessario in un meccanismo scarica carica della batteria.(Talbot et al.,2014)

Dormire non implica una riduzione abbastanza uniforme dell'attività globale del sistema nervoso centrale, bensì, uno spostamento dell'attività verso alcuni centri nervosi; in pratica quindi alcuni centri cerebrali subiscono un incremento di attività. Si ritiene che il sonno sia

indotto da alcune sostanze chimiche a livello delle cellule del diencefalo. Finora però, nonostante le ricerche di W.R. Hess, premio Nobel per la medicina e la fisiologia, non si è riusciti a isolare questa ipotetica sostanza chimica, e di conseguenza, non la si può usare nella pratica clinica di cura nei disturbi del sonno.

Lo sviluppo dell'elettroencefalografia e la sua applicazione e con i nuovi metodi di ricerca ci permettono di rivedere la concezione del sonno. Utilizzando in modo sistematico l'elettroencefalografo (EEG), si è dimostrato che il sonno notturno si suddivide in periodi, stati o cicli, durante i quali cambia anche la sua profondità. In generale bisogna distinguere tra sonno con e senza sogni, periodi che però non sono intercambiabili. L'andamento a onde si ripete dalle 3 alle 5 volte nell'arco di ogni notte con una progressiva diminuzione del sonno profondo è un aumento della durata dei sogni. Il sonno più profondo non è quello più ristoratore: si è invece completamente rilassati e sciolti solo durante la fase del sonno con i sogni i cosiddetto sonno paradossale o sonno Rem. Le fasi del sonno sano e completo si dividono in periodi di circa 90 minuti l'uno. Se per esempio vogliamo alzarci il mattino in pieno equilibrio mente corpo

senza avere la testa pesante, dobbiamo seguire fedelmente questi periodi del sonno. Ottimo sarebbe dormire 5 fasi Rem vale a dire 90 minuti moltiplicati per 5 per un totale di 7 ore e 30 minuti di sonno. Possono essere sufficienti 4 fasi 90 minuti pari a 6 ore di sonno. Coloro che per esempio dormono le famose 7-8 ore si sentiranno sempre poco sveglie deficienti perché il primo avrà interrotto l'ultima fase di sonno e il secondo avrà appena iniziato l'ultima da appena mezz'ora. (Miller KE & Gehrman PR., 2020)

I Disturbi del sonno nelle persone con PTSD: Sintomi e Cure.

I principali sintomi dei disturbi del sonno presenti nelle persone con disturbo da stress post-traumatico (PTSD) sono:

- Frequenti flashbacks e pensieri preoccupanti nelle ore serali che rendono difficoltoso l'addormentamento
- Alti livelli di vigilanza che provocano difficoltà ad addormentarsi
- [Ansia](#) e irrequietezza accentuata al buio e durante le ore notturne

- Scarsa qualità del sonno e conseguente stanchezza diurna che spesso portano la persona a fare uno o più riposini durante il giorno. Questo può interferire col tentativo di riuscire a dormire in modo continuativo per un'intera notte
- Frequenti incubi terrificanti che svegliano e spaventano fortemente la persona.

Questi episodi rendono molto difficoltoso l'addormentamento successivo al risveglio

Negli ultimi anni diversi studi hanno mostrato come in alcuni casi sia difficile diagnosticare se l'insonnia sia un disturbo primario o conseguente a un altro disturbo, soprattutto nei casi di disturbi d'ansia e dell'umore (es. depressione). In entrambi i casi il suo trattamento ha effetti benefici sia sul sonno che sulla patologia copresente. (Brownlow et al.,2020)

La cura dell'insonnia oggi prevede sia l'uso di farmaci (Ipnoinducenti, generalmente benzodiazepine) sia trattamenti non-farmacologici. Mentre i farmaci per l'insonnia possono essere più indicati per la cura dell'insonnia occasionale o situazionale, i trattamenti

non-farmacologici sono la terapia di scelta per l'insonnia cronica.

La terapia maggiormente accreditata è il Trattamento Cognitivo-Comportamentale dell'insonnia (CBTi – Cognitive-Behaviour Therapy for insomnia): un intervento psicologico, individuale o di gruppo, basato su tecniche che hanno mostrato una significativa efficacia per la cura dell'insonnia. Negli ultimi anni diverse ricerche hanno dimostrato che anche la Mindfulness, in particolare il programma Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), può essere efficace nel trattamento dell'insonnia se integrata alla CBTi. La CBT per l'insonnia è un intervento basato sia sui modelli psicofisiologici di regolazione del sonno sia sui modelli eziologici dell'insonniae agisce sui fattori (comportamentali, fisiologici e cognitivi) di mantenimento del disturbo.

L'insorgenza di questi disturbi, deve essere adeguatamente contrastata, perché possono determinare altri rischi, quali malattie cardiache, obesità, abbassamento del sistema immunitario. (Maguen,2014)

Il disturbo da insonnia può verificarsi in ogni momento della vita, anche se solitamente il primo episodio si verifica più comunemente tra i giovani adulti. Può iniziare talvolta nell'infanzia e nella

prima adolescenza, ma accade assai più raramente ed è per lo più legata a fattori di condizionamento per i bambini (es: mancanza di orari costanti, oppure se il bambino non ha mai imparato ad addormentarsi/riaddormentarsi in assenza di un genitore) e a orari irregolari del sonno negli adolescenti. Per quanto riguarda il sesso femminile talvolta l'insorgenza dell'insonnia può coincidere con il periodo della menopausa. Per ultimo, relativamente all'insorgenza del disturbo da insonnia in tarda età questo spesso è associato ad altre condizioni mediche e di salute per lo più legate ai normali cambiamenti correlati all'età.(Kar N.;2011)

L'insonnia può essere situazionale, persistente o ricorrente. L'insonnia situazionale dura da pochi giorni a poche settimane ed è per lo più legata a eventi di vita stressanti, ma anche a cambiamenti repentini delle abitudini e/o dell'ambiente. Solitamente in questi casi una volta scomparso o risoltosi il fattore precipitante, anche l'insonnia svanisce. Tuttavia può capitare che, nonostante non vi siano più le condizioni precipitanti iniziali, il disturbo persista; in molti di questi casi la tipologia del sonno può variare da notte a notte passando da molte notti in cui la qualità del sonno e la quantità di ore dormite sono scarse, a

una o due notti di sonno riposante. Resta comunque il fatto che la percezione soggettiva sia spesso quella di un riposo non soddisfacente, cui spesso si associano credenze disfunzionali relative al sonno che facilitano il reiterarsi del disturbo. Le preoccupazioni relative alla propria insonnia attivano e alimentano l'ansia facilitando la creazione di un circolo vizioso che altro non fa che continuare ad alimentare il disturbo (Talbot LS, Maguen S, Metzler TJ, 2014).

Biibliografia

- Brownlow JA, Miller KE & Gehrman PR. "Treatment of Sleep Comorbidities in Posttraumatic Stress Disorder". *Curr Treat Options Psych.* 2020.
- Kar N. "Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review". *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011.
- Talbot LS, Maguen S, Metzler TJ, et al. "Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial".

- Sleep. 2014. Brownlow JA, Miller KE & Gehrman PR. "Treatment of Sleep Comorbidities in Posttraumatic Stress Disorder". *Curr Treat Options Psych.* 2020.
- Kar N. "Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review". *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011.
 - Talbot LS, Maguen S, Metzler TJ, et al. "Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial".
 - Edinger et al. (2009). Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Primary Insomnia or Insomnia Associated predominantly with Mixed Psychiatric disorders: a randomized clinical trial. *Sleep.* 2009.
 - Espie, C. A., & Lindsay, W. R. (1985). Paradoxical intention in the treatment of chronic insomnia: Six case studies illustrating variability in therapeutic response. *Behaviour research and therapy.*
 - Haynes Patricia L. et al (2011), Examination of insomnia and insomnia treatment in psychiatric inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing.*
 - Morin C. M., & Espie C. A. *Insomnia : guida alla valutazione e all'intervento psicologico.* edizione italiana a cura di Davide Coradeschi e Claudio Sica. Milano: McGraw-Hill, 2004
 - Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management (Vol. 104,).* D. H. Barlow (Ed.). New York: Guilford Press.
 - Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med.* 2008

Disturbo Borderline di Personalità, Diagnosi differenziale e possibilità di trattamento

di **Daniela di Martino**

Nella classificazione psicanalitica classica i disturbi mentali venivano raggruppati in due macrocategorie: nevrosi e psicosi. Il termine *borderline* deriva da un ampliamento di tale classificazione e significa letteralmente "linea di confine". Il termine nasce per inquadrare i pazienti con personalità che funzionano "al limite" della psicosi, ma che non sfociano mai nella caratterizzazione tipica di questo disturbo. Oggi è molto più utilizzato il concetto teorico di "Organizzazione Borderline di Personalità", distinta dal *disturbo borderline*.

Le formulazioni del manuale DSM, come pure le classificazioni più moderne internazionali (ICD-10) hanno ristretto la denominazione di disturbo borderline fino a definire la patologia *borderline* in base a sintomi specifici, quali: la *disregolazione emozionale* e *l'instabilità del soggetto*. In particolare il vissuto emozionale è eccessivo e

variabile, mentre l'instabilità riguarda soprattutto l'identità dell'individuo. A livello di comportamentale ciò si riflette nella scarsa coordinazione pensiero/azione e nell'assenza di obiettivi costanti o precisamente definiti. Il sintomo più caratteristico di questo disturbo è la *paura dell'abbandono*. I soggetti borderline tendono a soffrire di crolli della fiducia in se stessi e dell'umore, questi momenti sfociano spesso in *comportamenti autodistruttivi o eterodistruttivi*. I tratti depressivi in questi soggetti sono presenti, ma vengono manifestati in episodi circoscritti, acuti ma estremamente brevi.

In questi pazienti è stata osservato di frequente un pensiero dicotomico con una forti oscillazioni *tra polarità opposte*. Questo fenomeno si manifesta nel sentire/credere che tutto ciò che riguarda la vita possa essere classificato solo tra possibilità opposte, ad esempio: "amico" o "nemico", "amore" o "odio". Questo modo di analizzare il reale, tipico dell'infanzia, in questi pazienti si mantiene fino all'età adulta.

Secondo gli studi, il disturbo borderline tende a comparire nell'adolescenza ed è spesso sottostimato o sottodiagnosticato, perché confuso con

le comuni crisi di identità legate al periodo evolutivo.

La diagnosi del Border è molto complessa, si fonda e deve considerare: i sintomi, la modalità e qualità delle relazioni, modelli di sé/degli altri e del “mondo”, emozioni e scopi.

I disturbi di tratto non si modificano nel tempo o in relazione a particolari stimoli, pertanto vengono ritenuti pervasivi e sono collocati sull'asse II del DSM.

Al test MMPI-2 questi pazienti presentano elevazioni su 3 scale: PD – MA – PA, tali elevazioni mantengono picchi elevati anche al retest.

In base al DSM, il Disturbo Border è inserito nel gruppo B ed è caratterizzato da : una modalità pervasiva di instabilità dell'umore, delle relazioni interpersonali e dell'immagine di sé, comparsi entro la prima età adulta e presente in vari contesti.

Per una corretta diagnosi devono essere presenti almeno 5 criteri dei 9 riportati:

- Sforzi disperati per evitare l'abbandono (reale o immaginario)

- Rapporti instabili e intensi che si alternano tra l'idealizzare e lo svalutare l'altra persona
- Un'immagine di sé o un senso di sé instabili
- Impulsività in ≥ 2 aree che potrebbero danneggiare loro stessi (p. es., il sesso non sicuro, le abbuffate, la guida spericolata)
- Ripetuti comportamenti, gesti o minacce suicidari o autolesionismo
- Rapidi cambiamenti di umore, di solito della durata solo di poche ore e raramente di più di un paio di giorni
- Persistenti sentimenti di vuoto
- Rabbia impropriamente intensa o problemi di controllo della rabbia
- Pensieri paranoici temporanei o gravi sintomi dissociativi innescati dallo stress.

Nell'esperienza clinica la diagnosi differenziale di questo disturbo è complessa, essendo presenti dei tratti in comune con altri quadri di personalità, tra cui i disturbi dello spettro: Istrionico, Narcisista, Antisociale.

Nonostante questa complessità del quadro nosografico i Border possono funzionare in modo adeguato in alcuni settori di vita, ma manifestare gravi problemi in altri; non sono sempre in costante agitazione e possono passare

lunghi periodi di stabilità. In genere intraprendono la terapia in momenti di crisi, presentando altri problemi e/o sintomi come apparentemente primari: disturbi d'ansia, attacchi di panico, pensieri ossessivi, difficoltà relazionali.

Il trattamento, di qualsiasi approccio esso sia, deve a connettere l'insieme delle vicende vissute in una esperienza soggettiva dotata di significato, lavorando sulla difficoltà, dolorosa ed estenuante di trovare un senso identitario di continuità.

et AA "Trattamento dei disturbi di personalità" 1997

BIBLIOGRAFIA

BECK – FREEMAN : "Terapia cognitiva dei disturbi di personalità" 1993

CIONINI LORENZO: "Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico" 1991 NIS

CORREALE A. " Borderline : lo sfondo psichico naturale"2001 Borla

COTUGNO – INTRECCIALAGLI : "Una sola moltitudine : la coscienza e i suoi disturbi" 1995 Melusina

Ed

COTUGNO BENEDETTO : "Il paziente Borderline" 1995 Franco Angeli

FONAGY PETER: "Attaccamento, sviluppo del sé e sua patologia nei disturbi di personalità" Articolo pubblicato su PSYCHOMEDIA in Maffei

MINDFULNESS E PRATICA CLINICA

La nascita della Terapia Cognitivo-Comportamentale di terza onda

di ***Ilaria Di Giusto***

L'applicazione della *mindfulness*, negli ultimi trent'anni, è entrata pienamente a far parte della pratica clinica, facendo registrare risultati di efficacia di intervento, come dimostrato da evidenze scientifiche, in particolar modo nel trattamento della depressione, dei disturbi di personalità, delle dipendenze patologiche, dello stress psico-fisico, dei disturbi da attacco di panico, dell'ansia generalizzata (Segal, Williams e Teasdale, 2002; Linehan, Cochran e Kehrner, 2001; Kabat Zinn, 1994; Miller, Fletcher e Kabat-Zinn, 1995; Roemer e Ostillo, 2002).

In seguito alla diffusione del protocollo *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) di John Kabat Zinn (1979), ideato inizialmente per i soggetti affetti da dolore cronico, la *mindfulness* è stata integrata in differenti protocolli di intervento, consentendo la nascita di Interventi Basati sulla Mindfulness (MBI – *Mindfulness Based Interventions*), caratterizzati da alcuni aspetti specifici comuni, come la pratica meditativa da svolgere in gruppo, l'impegno nello

svolgere gli esercizi anche individualmente ed in maniera costante ed assidua, al di fuori delle sessioni di gruppo, (Giommi, 2014).

Il primo incontro tra la *mindfulness* e la Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) è stato rappresentato dalla *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT - 2002), che ha rappresentato l'avvio per lo studio e la validazione di interventi terapeutici basati sulla meditazione e l'attenzione consapevole. I suoi ideatori, Mark Williams, John Teasdale e Zindel Segal, dopo aver partecipato ai gruppi di Kabat – Zinn, prima come osservatori e poi come partecipanti attivi, diedero vita ad un programma, che sottoposero ad osservazione e ricerca per diversi anni, in grado di potenziare l'efficacia della TCC nella riduzione della ricaduta nei clienti con disturbo depressivo. Come per l'MBSR, anche la MBCT è strutturata in 8 incontri settimanali da 2 ore ciascuno, da svolgere in gruppo, durante i quali viene dato spazio a momenti di pratica e di condivisione dell'esperienza, durante la fase di *inquiry*. E come per il protocollo ideato da Kabat-Zinn, tra un incontro ed un altro, vengono date indicazioni per la pratica meditativa da svolgere individualmente, sia in esercizi di meditazione formale che informale,

supportati da tracce audio e diari di osservazione della pratica.

La MBCT non rappresenta una vera e propria psicoterapia; è un programma strutturato che, a differenza dell'MBSR, è caratterizzato da alcuni elementi distintivi propri della TCC, come il colloquio iniziale-motivazionale, individuale, volto alla selezione dei partecipanti e durante il quale vengono individuati i soggetti più motivati, non depressi acuti e con una precedente storia di recidive; alcune fasi di psicoeducazione da presentare durante gli incontri, con l'obiettivo di illustrare alcuni aspetti teorici sulla depressione; 4 incontri di *follow up* nell'anno successivo al completamento del programma, per verificare un'eventuale comparsa di ricadute e monitorare modalità e strategie di gestione. In più, rispetto all'MBSR, la MBCT inserisce nel programma un esercizio di consapevolezza detto "lo spazio del respiro in tre minuti", da poter ripetere più volte durante la giornata, prima in orari definiti e poi nelle situazioni di stress che possono innescare stati spiacevoli. Ciò per favorire lo sviluppo di una consapevolezza di quei momenti, disinnescando il cosiddetto "pilota automatico", che potrebbe portare ad un'eventuale ricaduta. Spesso la

ricaduta in uno stato depressivo può essere determinata da uno stato mentale disforico, in seguito al quale il soggetto comincia a rimuginare sulla possibilità che tale evento possa essere precursore di una nuova condizione di malessere e quindi di un nuovo fallimento personale.

In situazioni come queste, la *mindfulness*, favorisce una maggiore consapevolezza nel "qui ed ora" e consente di intervenire evitando l'attivazione di reazioni automatiche. La pratica dell'attenzione consapevole consente infatti di osservare in maniera più oggettiva, distaccata, defusa la propria esperienza, momento per momento, e questa mentalità decentrata (descritta anche come consapevolezza metacognitiva) può essere un'importante opportunità di cambiamento dei propri schemi di reazione e comportamentali. Un'osservazione delle esperienze interne effettuata da una posizione decentrata, infatti, può aiutare a decidere in modo più efficace come si desidera rispondere a pensieri, emozioni o comportamenti (Creswell, 2017).

L'applicazione della *mindfulness* negli interventi di terapia cognitivo-comportamentale, dà avvio ad un'epocale rivoluzione di tale orientamento: l'attenzione di studiosi e psicoterapeuti comincia ad essere

orientata maggiormente al processo di funzionamento del pensiero, più che ai loro contenuti. Viene data maggiore rilevanza a quei meccanismi come la ruminazione ed il rimuginio dei pensieri nella mente, che rappresentano la causa del disagio psicologico dei pazienti, indipendentemente dal loro contenuto. È indubbio che ogni disturbo psicopatologico sia contraddistinto da specifici aspetti contenutistici, ma il “vagare della mente” (*mind wandering*) fa sì che ogni soggetto non sia presente nel “qui ed ora” e che si lasci andare, in maniera automatica, a quel flusso continuo di pensieri che molto spesso sono l’*incipit* di stati mentali disfunzionali e di condotte comportamentali inefficaci e incentivanti situazioni di disagio.

Questa nuova modalità di “lettura” della psicopatologia e la correlata efficacia della pratica meditativa, hanno portato, in anni più recenti e partendo dalla MBCT, alla creazione di nuovi protocolli per differenti psicopatologie, come i disturbi d’ansia (con particolare attenzione per il disturbo da attacchi di panico e per quello di ansia generalizzata), la depressione in fase acuta, i sintomi residuali interepisodici nei disturbi bipolari, quali l’ansia.

I protocolli che ne sono derivati, sono stati definiti “radicali”, poiché

orientati prevalentemente alla *mindfulness*, come strategia principale per favorire condizioni di benessere

Accanto a questi, ci sono gli approcci “incorporazionisti”, nei quali le tecniche di meditazione consapevole rientrano in modelli psicoterapeutici più ampi. Appartengono a questi gli approcci di Terapia Cognitivo-Comportamentale cosiddetti di terza onda o di terza generazione, tra i quali possono essere annoverati l’Acceptance and Commitment Therapy (ACT – Hayes, 1999), La Dialectical Behavior Therapy (DBT – Linehan, 1993), la Metacognitive Therapy (MCT – Wells, 2000).

Bibliografia di riferimento

•Creswell J. D., *Mindfulness Interventions*. Annual Review of Psychology - Vol. 68:491-516, January 2017.

•Giommi, F., & Barendregt, H., *Vipassana, insight and intuition: Seeing things as they are*. In N. Singh (Ed.), *Psychology of meditation*. New York: Nova, 2014.

•Kabat Zinn J., *Vivere momento per momento*, Corbaccio, 2016.

•Villatte M., Villatte J.L., Hayes S.C., *Il dialogo clinico*, Franco Angeli, 2020.

Vaccine Hesitancy e COVID-19. In che modo la Psicologia può aiutare la Medicina a fronteggiare questo difficile fenomeno?

di **Francesca Dicè**

La *Vaccine Hesitancy*, o *Esitazione Vaccinale*, è stata inserita nell'elenco delle dieci minacce alla salute globale, insieme all'HIV o a patogeni capaci di causare pandemie (WHO, 2019) come quella da SARS-COV-2. Essa è stata definita come "un ritardo o ad un rifiuto delle vaccinazioni nonostante la loro disponibilità (...) un problema complesso e contesto specifico (...). È influenzata da fattori quali la compiacenza/noncuranza, la comodità e la confidenza" (Mac Donald, 2015).

Una persona esitante non va confusa con coloro che aderiscono deliberatamente al Movimento Antivaccinista (anche detto No-Vax), ovvero si definiscono contrari alla somministrazione dei vaccini, ritenendoli minacciosi per la salute, nonostante la Comunità Scientifica ne sottolinei con forza il contrario (Hub Staff Report, 2017). La persona esitante è, invece, soltanto riluttante ad accedere alla procedura vaccinale, a causa delle difficoltà (a suo dire) di trovare risposte univoche e dell'aver ricevuto informazioni, talvolta, contraddittorie.

Nel corso della Pandemia da SARS-COV-2 questa situazione si è verificata con maggiore frequenza: un virus nuovo, difficile da curare e da contenere a causa dell'alta contagiosità dei soggetti asintomatici, ha costretto, come sappiamo, l'intero pianeta a ricorrere a misure restrittive di contenimento dell'infezione che si sono rivelate assai

difficili da mettere in atto. Esse hanno subito diverse modifiche, nel corso del tempo, e spesso anche dovuto considerare importanti e giuste necessità economiche e lavorative. I continui rimaneggiamenti delle regole contenitive e delle informazioni fornite alle masse, spesso influenzate da eventi mediatici altamente risonanti, hanno contribuito ad aumentare lo scetticismo ed i dubbi delle persone più timorose, che per questo hanno scelto di rimandare o di evitare di vaccinarsi.

Il sito Vaccinarsi indica alcune specifiche determinanti per spiegare questo fenomeno: le *determinanti contestuali*, che seguono le teorie complottistiche ed includono la paura che i vaccini siano esclusivamente utilizzati per interessi economici delle case farmaceutiche e dei governi dei Paesi occidentali, insieme alla convinzione che i vaccini siano adottati come una strategia per ridurre la popolazione mondiale. Vi sono poi le *determinanti individuali e di gruppo*, che includono convinzioni personali e influenze derivanti dal contesto sociale, come l'idea che i vaccini non siano sicuri o che possano causare la morte o altre patologie, come la supposta relazione con l'autismo, smontata da anni grazie a studi specifici ma tuttora molto presente nella popolazione (Mondera, 2021).

Tali difficoltà non possono essere in alcun modo negate o condannate; devono invece essere oggetto di confronto e di dialogo. È fondamentale che la comunità scientifica dia sempre informazioni corrette ed univoche, sottolineando che i vaccini sono fra gli interventi sanitari più sicuri (Mondera, 2021; WHO, 2019) e che vaccinarsi non è solo una protezione della propria salute ma anche un gesto civico che

contribuisce alla tutela della salute pubblica (Lopalco, 2017).

In questo periodo storico, il nostro ruolo di psicologi, operanti nel sistema sanitario, può essere di grande aiuto, magari a sostegno dei Medici di Medicina Generale o dei Pediatri di Libera Scelta. Ad esempio, la recente introduzione legislativa della psicologia nei servizi di cure primarie (D.Lgs. 35/2019; Felaco, 2011), potrebbe porsi in linea con tale necessità. Potrebbe essere interessante istituire uno spazio d'ascolto specifico per questa questione, che garantisca un'esplorazione approfondita delle paure e delle preoccupazioni dei pazienti, forse collegate a esperienze di vita dolorose proprie e dei propri cari; tale esplorazione potrebbe consentire poi allo psicologo di agevolare il dialogo fra il medico ed i suoi pazienti, magari istituendo specifici setting congiunti (Freda et al., 2015) in cui dare voce a dubbi e perplessità alle quali solo la parola del medico può dare adeguata risposta.

Bibliografia.

Felaco R. (2011). Verso la fondazione dello psicologo di base. Intervista al Prof. Mario Bertini. La professione di psicologo, n.01/2011, 7-10.

Freda M.F., Dicé F. & De Luca Picione R. (2015). Una proposta metodologica di integrazione: Lo Scaffolding Psicologico per la relazione sanitaria. Rivista di Psicologia Clinica, 2, 11-25. DOI: 10.14645/RPC.2015.2.54041.

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, DECRETO-LEGGE 30 aprile 2019, n. 35 Misure emergenziali per il

servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria

Hub staff report (2017), [The science is clear: Vaccines are safe, effective, and do not cause autism](#), The Hub.

Lopalco P.L. (2017). Esitazione vaccinale: cos'è e quali implicazioni ha in termini di salute pubblica. Incontri, Supplemento a Care, 6. Retrieved from http://careonline.it/wp-content/uploads/2018/02/Lopalco_vaccinazioni.pdf

MacDonald N. (2015), Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants, Vaccine 33(34) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15005009?via%3Dihub>

Mondera F. (2021). Esitazione vaccinale: Cos'è e perché bisogna parlarne? Retrieved from <https://www.vaccinarsi.org/scienza-conoscenza/contro-la-disinformazione/esitazione-vaccinale>

WHO (2019). Ten threats to global health in 2019. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

“LA NATURA DELL’AMORE”. Fame, Bisogni e Carezze in Analisi Transazionale

di **Valeria Bassolino**

Tra i danni che la pandemia ha fatto osservare, molti hanno attribuito all’isolamento, espresso in diverse forme, un elemento di forte criticità. La condizione di “deprivazione” sensoriale e sociale cui le persone di ogni età e genere sono state sottoposte, rischia di riprodurre gli effetti gravi che illustri ricercatori hanno nella storia della psicologia pionieristicamente anticipato. Numerosi studi, di diversa matrice teorica, fanno da sfondo alla elaborazione berniana della Teoria delle Carezze. Le osservazioni sul comportamento animale prima e sui neonati poi dimostrano che il bisogno di contatto fisico è, di fatto, un bisogno primario. Al termine della simbiosi con la madre, gli individui affrontano un conflitto tra le forze sociali, psicologiche e biologiche che contrastano la perpetuazione dell’intimità fisica infantile. A fronte di un bisogno originario inestinguibile, cercano forme di adattamento e sublimazione. Il lavoro terapeutico consiste, tra l’altro, nel recupero dei bisogni antichi e nella ricerca di modalità Adulte per darsi Carezze e far seguito ai propri bisogni.

*L’amore è uno stato meraviglioso,
profondo, tenero e gratificante.
A causa della sua natura intima e
personale viene considerato
come un argomento poco adatto alla
ricerca sperimentale.*

*Ma, qualunque siano i nostri sentimenti,
la nostra missione come psicologi è
quella di analizzare*

*tutti gli aspetti del comportamento
umano e animale,
nelle varie sfaccettature che lo
compongono.*

*Per quanto riguarda l’amore e l’affetto,
gli psicologi hanno fallito in questa
missione.*

H. Harlow

“La Natura dell’Amore” è il titolo di una pubblicazione del 1958, il cui esordio è riproposto in esergo, in cui H. Harlow realizza uno studio sull’attaccamento ancora considerato tra i più importanti.

Osservando il comportamento dei cuccioli di macaco, specie che sviluppa una precoce autonomia motoria, egli è capace di dimostrare un principio basilare: il legame del bambino con la madre, già da subito dopo la nascita, non è funzionale solo al soddisfacimento dei suoi bisogni primari (fame, sete, sonno, termoregolazione, dolore) quanto alla funzione di assicurare al piccolo un contatto continuo e intimo con la figura di attaccamento. In questo senso, **il bisogno di contatto fisico, fonte di calore e protezione, è di fatto un bisogno primario, basilare e imprescindibile tanto quanto il nutrimento fisico.**

Successivamente Renè Spitz, in un importante studio del 1945, ampliò e

confermò i risultati di Harlow, realizzando la prima osservazione sui bambini nati e cresciuti in orfanotrofio. Attraverso una complessa e articolata indagine, egli riuscì a dimostrare come l'assenza di contatto fisico e di interazione sociale limita lo sviluppo e la crescita dei bambini, anche se questi vengono nutriti adeguatamente, fino allo sviluppo di gravi forme di depressione, ritardo cognitivo e dello sviluppo psicomotorio e aumento del tasso di mortalità.

Eric Berne, a partire da queste ricerche, elabora la Teoria delle Carezze, come parte integrante dell'impianto teorico dell'Analisi Transazionale. Egli fa un parallelo tra la fame di cibo e la fame di stimoli (fisici, sensoriali ed emotivi), entrambe, così come dimostrato, rilevanti per la sopravvivenza biologica e psicologica dell'individuo. Dice Berne, *“Se una persona non è accarezzata da qualche suo simile, la sua mente si corrompe e la sua umanità s'inaridisce”* (Berne, 1970). Le neuroscienze confermano questa tesi, dimostrando con certezza che i neuroni necessitano di sufficiente stimolazione per poter crescere e moltiplicare le proprie sinapsi, mantenerle attive e permettere così a tutto il potenziale biologico di esprimersi compiutamente.

“Il termine carezza (in originale stroke) è stato scelto da David Kupfer, uno dei fondatori dell'A.T., in ricordo del fatto che nei primi tre mesi di vita il bambino ha con la madre un rapporto a livello profondo-globale cenestesico. Poiché il contatto cenestesico è originariamente essenziale alla sopravvivenza dell'individuo, lo scambio di carezze permane come una delle attività umane più importanti.” (Moiso e Novellino, 1982).

Una Carezza, in Analisi Transazionale (A. T.), è *“una unità di riconoscimento che procura stimolazioni ad un individuo”* (Woollams e Brown, 1978). In questo senso, **una Carezza è qualsiasi parola, gesto, espressione che equivale a riconoscere l'esistenza dell'altra persona, come dire “ti vedo, so che ci sei”.**

“Da questo punto di vista ogni messaggio che gli altri ci mandano, anche se sgradevole nel contenuto, rappresenta un segnale di grande valore: sul piano sensoriale come risposta al bisogno di stimoli, sul piano affettivo come indicazione che per gli altri noi esistiamo.” (Ricardi, 1997).

Eric Berne dice: *“Senza Carezze non si cammina a petto in fuori”*, non solo metaforicamente, rimandando al valore delle carezze nello sviluppo fisico oltre che psicologico.

Questo comporta che gli individui imparino sin da piccolissimi ad attivare le proprie risorse ma anche ad assimilare modalità disfunzionali e nevroticamente rigide allo scopo di garantirsi la costante presenza di Carezze, siano esse positive o negative. Sembra che le persone siano terrorizzate dalla possibilità che le carezze “finiscano”, al punto da essere disposti a “qualsiasi cosa” pur di ottenerne.

Dalle parole dello stesso Berne: ***“Qualsiasi Carezza è meglio di nessuna Carezza”***. **Anche una Carezza Negativa, quindi, è meglio di nessuna Carezza.**

Secondo l’elaborazione berniana, durante la crescita la fame di stimolo tende ad assumere molte altre forme, che non quella esclusivamente correlata al contatto fisico, acquisendo una valenza legata anche al piano sociale; la “fame di stimolo” si modifica progressivamente in “fame di riconoscimento”.

I bisogni di contatto fisico, così importanti nell’infanzia, sempre più

vengono sublimati attraverso altre modalità più indirette e simboliche che permettono di ottenere riconoscimento dagli altri. Berne estende il termine “Carezza” che comunemente indica un intimo contatto fisico fino al significato ampio di contatto anche simbolico tra le persone, ovvero “unità di riconoscimento” oppure “unità fondamentale dell’azione sociale”.

Ogni forma di attenzione, di considerazione verbale o non verbale, volontaria o anche involontaria è una Carezza psicologica. Ogni volta che interagiamo con un altro essere umano, ci stiamo scambiando una Carezza psicologica, una unità di riconoscimento sociale. Queste possono essere di vario tipo. Basicamente:

1. Carezze positive: percepite come stimoli piacevoli; trasmettono il messaggio “TU SEI OK” e suscitano benessere, caldo morbido - “Mi piaci”
2. Carezze negative: stimoli spiacevoli per chi le riceve; trasmettono il messaggio “TU NON SEI OK” e suscitano dolore, freddo pungente - “Non ti sopporto”
3. Carezze verbali: espresse sotto forma di parole
4. Carezze non verbali: espresse attraverso le espressioni facciali, la mimica, la gestualità

5. Carezze condizionate: riconoscono l'altro per quello che fa; usate per insegnare e influenzare un comportamento - diventano dei rinforzi - si distinguono in Positive "Ti compro un gelato se prendi un bel voto a scuola", "che bel disegno!", "grazie per il caffè" e Negative: "Non sopporto come parli"
6. Carezze incondizionate: riconoscono l'altro per ciò che è; rivolte all'essere e per questo vissute molto intensamente - si distinguono in Positive "Ti voglio bene", "è bello averti qui" Negative "Non ti sopporto", "sei scemo?"
7. Carezze di plastica: unità di riconoscimento false, non autentiche.

In relazione ad un primordiale istinto di sopravvivenza, atto ad una immediata protezione dal rischio, è osservabile come le Carezze negative abbiano un impatto decisamente più forte sulle persone:

"La gente vuole le carezze positive, ma deve fare attenzione alle carezze negative" (Woollams e Brown, 2003).

Allo stesso modo, non sorprende constatare che il potere delle Carezze varia profondamente a seconda della fonte da cui giungono a noi. Questo, non solo relativamente alla persona che fornisce carezze, ma anche naturalmente rispetto allo Stato dell'lo

attivato. Il maggiore Potere, non necessariamente positivo, viene dalle Carezze che partono dal Bambino Adattato (Stato dell'lo) della persona che fornisce la Carezza.

Il bambino piccolo prova vari tipi di comportamento per individuare quale gli possa procurare le Carezze di cui ha bisogno. Se il comportamento si rivelerà utile, tenderà a ripeterlo. Se non ci sono abbastanza Carezze positive cercherà di procurarsi quelle negative. In virtù di questa complessità, è chiaro che durante lo sviluppo i bambini imparino ad utilizzare risorse interne per crearsi un quadro coerente riguardo a se stessi, agli altri e alla vita. A questo scopo, il filtro delle Carezze può essere attivato per mantenere le decisioni di copione, escludendo dalla coscienza tutte le Carezze che rischiano di contraddirle:

"Si decide il copione per amore di sicurezza, come un modo di far piacere a mamma e a papà; e l'individuo usa il suo filtro di carezze per mantenere questa sicurezza mentre le ottiene. Se una carezza entra perfettamente nel quadro di riferimento, verrà incamerata col valore con cui è stata data. Se una carezza si adatta solo parzialmente, il filtro delle carezze la può respingere, o

forse modificarla, così che possa adattarsi". (Woollams e Brown, 2003).

I sistemi di sopravvivenza acquisiti nelle fasi importanti dello sviluppo tendono a fissarsi in schemi ripetitivi e reiterati, spesso inconsapevolmente, anche quando le condizioni esterne sono notevolmente cambiate rispetto a quelle originarie. **I bisogni fondamentali rimasti nel tempo insoddisfatti cercheranno sempre e rigidamente una via di realizzazione.** Gestalticamente, la Gestalt rimasta aperta muove le persone a ricercare condizioni esistenziali del tutto simili a quelle originarie, nel tentativo illusorio di risolvere oggi una carenza antica. Riproponendo le stesse strategie attuate nell'infanzia, verosimilmente ormai del tutto o in parte disfunzionali, si realizza un inevitabile circolo vizioso, in cui si rivivono sentimenti di dolore, frustrazione e mancanza.

Un importante contributo alla comprensione di questo processo ci viene, negli anni successivi alla prima riflessione berniana, da Claud Steiner, straordinario allievo e collaboratore di Berne, che elabora la teoria in forma metaforica scrivendo la splendida "Favola dei Caldomorbidi", ampliando il

concetto del bisogno umano di contatto e riconoscimento e fornendo la spiegazione al perché, nonostante il profondo bisogno di scambiarsi Carezze e malgrado questo scambio possa essere di fatto semplice, spontaneo e intimo, le persone si trovino nelle relazioni a sentirsene deprivati. **Attraverso il concetto di "Economia delle Carezze", Steiner ci spiega come in realtà nello scambio di Carezze, gli esseri umani non sono liberi.**

Nell'idea che il "serbatoio di Carezze" possa esaurirsi e per paura di restarne senza, le persone tendono a farne economia. Paradossalmente, in un meccanismo nevrotico, facciamo di tutto per guadagnarle e al tempo stesso ce ne priviamo. L'Economia delle Carezze ha a che vedere con 5 "divieti", trasmessi implicitamente dai genitori e dagli adulti di riferimento e tramandati intergenerazionalmente. Essi sono:

- Non dare Carezze
- Non chiedere Carezze (anche quando ne hai bisogno o le desideri)
- Non accettare Carezze (anche se le desideri)
- Non respingere Carezze quando non le desideri, anche se non ti piacciono

- Non Accarezzare te stesso

Steiner ha continuato nel corso della sua carriera a lavorare per aiutare le persone a scambiarsi Carezze spontaneamente, eliminare il filtro delle Carezze e sviluppare benessere imparando ad accogliere e dare Carezze, rifiutare quelle negative o di plastica e permettersi di autoaccarezzarsi. Relativamente alla distinzione tra carezze positive e carezze negative, tuttavia, è importante sottolineare che entrambi i tipi di Carezze sono importanti per la crescita personale. La carezza negativa segna il confine tra me e l'altro, permettendo alle persone di co-costruire nella relazione i reciproci spazi personali di libertà e di imparare ad esercitare la Responsabilità di accogliere o rifiutare.

A questo proposito Berne, estendendo alla dimensione interpersonale e sociale l'osservazione clinica, chiarisce e amplia la nozione di "fame di struttura" al concetto di "strutturazione del tempo", funzionale ad orientare la ricerca di stimoli e riconoscimenti, a riempire le ore di veglia ed evitare la noia e, appunto, a dare e ricevere carezze. **Le persone sentono la necessità di strutturare il proprio tempo mediante il proprio**

comportamento sociale, attraverso diverse modalità:

- Isolamento: realizzato nella ricerca di restare da soli, senza coinvolgersi con gli altri. Lo scopo è quello di evitare il rischio psicologico di essere rifiutati – l'aspetto disfunzionale riguarda il pericolo di sentirsi svuotati o bloccati nell'immobilismo.

- Rituali: Comprendono le interazioni socialmente programmate in cui si seguono regole condivise (i saluti convenzionali, le cerimonie ufficiali o i riti religiosi, ecc.). Forniscono carezze positive e prevedibili, seppure poco intense.

- Passatempo: Il contenuto è ripetitivo e familiare pur lasciando margini di creatività ("Cocktail party"; "General Motors" per gli uomini; "Cucina" e "Guardaroba" per le donne, ecc.). Hanno lo scopo di fornire carezze prevalentemente positive e di orientare a scegliere persone con cui si intende avere uno scambio di carezze più significative.

- Attività: La comunicazione è diretta al raggiungimento di uno scopo. Lo stato dell'io predominante è l'Adulto (lavoro, le attività domestiche, lo sport, attività finalizzate a investimenti etc.).

•**Giochi**: scambi tra due persone, caratterizzati da un duplice livello di comunicazione, di cui uno è inconsapevole. Tutti i giochi sono riproposizioni di strategie infantili non più adatte nella vita adulta. Comportano sempre uno scambio di svalutazioni a livello psicologico. E' impiegato, inconsapevolmente, per ottenere carezze negative.

•**Intimità**: è uno scambio disinteressato e comporta la libera, autentica espressione di sé, senza censure. Le carezze che si scambiano nell'intimità sono le più intense; possono essere positive o negative ma non vi sarà svalutazione di sé, dell'altro o della situazione. Dalle parole di Ricardi, nell'intimità vi è *“lo scambio di carezze, tanto più ricco quanto più a comunicare sono i Bambini, con la presenza dell'Adulto che sa quello che fa e del Genitore che approva.”*.

Per quanto l'Analisi Transazionale e specificamente il lavoro sulle Carezze trova grande spazio attuativo in molti contesti istituzionali (scuola, aziende, ospedali etc.) e si presta a numerose applicazioni, qui interessa soffermarsi su alcune considerazioni terapeutiche possono essere utili a dirigere il lavoro

clinico. Come efficacemente spiegano Woollams e Brown:

“La terapia è una grande Carezza. Il terapeuta, qualunque sia la teoria a cui si ispira, concentra la sua attenzione sul cliente e di conseguenza gli dà carezze”.

Piuttosto che una semplice applicazione di tecniche ed esercizi basati su determinati principi teorici, **si tratta di costruire insieme ai pazienti una cornice relazionale che possa contenere e sostenere il processo terapeutico.**

“Lo stile con cui il terapeuta dà carezze incide considerevolmente sul suo successo. La terapia raggiunge il massimo della sua efficacia quando il terapeuta è consapevole dei particolari bisogni e aspettative di ciascun cliente, come anche del proprio stile e preferenze nei confronti delle carezze”. (Woollams e Brown, 2003).

E' essenziale che le Carezze partano dallo Stato dell'lo Adulto del terapeuta, ma affinché ciò accada, è necessario *“che il terapeuta si prenda molta cura di se stesso, ottenendo le carezze di cui ha bisogno. [...] Quando i suoi bisogni di carezze sono soddisfatti, non solo farà una terapia migliore ma fornirà anche un modello in cui non c'è scarsità di carezze*

positive, per cui se ne può ricevere a sufficienza” (Woollams e Brown, 2003).

Sembra essenziale, quindi, che il terapeuta abbia per primo realizzato un profondo percorso di autoconoscenza, autoconsapevolezza e crescita personale. Affinché sia possibile dar luogo ad una relazione di cura autenticamente intima e amorevole è necessario che il terapeuta stesso possa, conoscendo da vicino e ove possibile avendo superato le proprie difficoltà e resistenze, stare con presenza e profondamente in ascolto di se stesso e del paziente col suo mondo interno.

Bibliografia

Berne, E. (1979), *Ciao! ... e poi?* – Bompiani, Milano.

Berne, E. (1967), *A che gioco giochiamo* – Bompiani, Milano.

Cornell, W.F. (2012), *Aspirazione o adattamento? Una tensione irrisolta nelle credenze di base di Eric Berne* - Quaderni di psicologia, 57.

Goleman D. (1995), *Intelligenza emotiva: che cos'è, perché può renderci felici* - Rizzoli, Milano, 2001.

Mastromarino R. e Scoliere M., *Introduzione all'Analisi Transazionale: "Il modello 101"* - IFREP, Roma, 1999.

Moiso C. e Novellino M. (1982), *Stati dell'lo: le basi teoriche dell'analisi transazionale integrata* - Astrolabio, Roma.

Ricardi F., *L'Analisi Transazionale: il sé e l'altro* - Xenia, Milano, 1997.

Scilligo P., De Nitto C. (a cura di), *Antologia II: letture scelte di Terapia della Gestalt* - IFREP, Roma, 1995.

Singer S. (1987), *La Gestalt: terapia del con-tatto emotivo*, Edizioni Mediterranee - Roma, 2004.

Steiner C. con Perry P. (1997), *L'alfabeto delle emozioni: come conquistare la competenza emotiva* - Sperling & Kupfer, Milano, 1999.

Stewart I. e Joines V. (1987), *L'Analisi Transazionale: guida alla psicologia dei rapporti umani* - Garzanti, Milano, 2000.

Woollams S. e Brown M. (1978), *Analisi Transazionale: psicoterapia della persona e delle relazioni* - Cittadella, Assisi, 1990.

Spitz, R. (1972), *Il primo anno di vita del bambino* - Giunti-Barbera, Firenze.

Webgrafia

<http://www.berneccounseling.it/i-nostri-libri/le-carezze-come-nutrimento/>

<https://www.stateofmind.it/2020/05/carezze-relazioni-riconoscimento/>

<http://www.centroericberne.it/2019/07/le-carezze/>

La separazione: un evento familiare

di **Ida Esposito**

La separazione tra due coniugi è la tappa decisiva del processo di usura della loro unione che sancisce assolutamente il loro definitivo distacco. Essa coinvolge e sconvolge anche i rapporti affettivi che ambedue i genitori hanno costruito con i figli, in quanto questi si agganciano alla relazione tra il padre e la madre (Whitaker). Per cui il processo di separazione psicologica coinvolge tutti i membri del nucleo familiare, genitori, figli, e famiglie d'origine.

Ambedue i coniugi devono affrontare un lungo percorso per sciogliere il proprio legame con l'altro, non solo quello che sembra subire la decisione dell'altro, come si potrebbe a prima vista pensare. Durante il percorso separativo si avvicinano solitamente prospettive per una migliore condizione personale e relazionale, e sentimenti di frustrazione e di collera per il fallimento dell'esperienza matrimoniale. Ma anche le personali aspettative per il futuro vengono minati in entrambi in modo più o meno intenso, così come l'autostima e la fiducia nelle proprie capacità di gestione della realtà.

Tuttavia, questo processo coinvolge anche i figli perché spesso, mentre diminuisce nei Genitori-focalizzati sulla loro contesa- l'attenzione verso di lui, aumenta in loro l'esigenza di sentirlo alleato, anche se ciò può celarsi dietro atteggiamenti iper protettivi ed iper permissivi, tesi a testimoniare, di fronte agli altri ma anche di fronte a se stessi, la propria validità come genitore, e quindi anche come persona, in contrapposizione alla non validità dell'altro. Così, mentre da una parte il bambino si può sentire "importante" per i suoi genitori, d'altra parte gli può diventare sempre più incapace di

leggere correttamente l'atteggiamento che questi hanno lui.

Ciò accade soprattutto se l'atteggiamento dei genitori, come del resto spesso accade, diventa discontinuo, incongruo e legato ai loro vissuti soggettivi piuttosto che all'obiettività dei comportamenti e delle sue situazioni messe in essere dai figli. La separazione di fatto dei genitori può porre ulteriori difficoltà in tale rapporto. Essa, infatti, comporta solitamente, oltre ai mutamenti delle relazioni quotidiane e nello stile di vita, anche i cambiamenti del loro atteggiamento del figlio.

E questo avviene non solo nel genitore che si allontana, ma quello che rimane. Primo, infatti, non è solitamente in grado di fornire sufficiente appoggio ai figli, per la mancanza di quotidianità che conduce ad un inevitabile allentamento dei legami positivo. Il secondo genitore, d'altra parte, anche se solitamente percepisce come un vantaggio il vivere con il figlio in una situazione meno ansiogeno della precedente, può ritrovarsi poi, con l'andare del tempo, in una situazione complessa in cui hai sentimenti positivi si aggiungono insoddisfazione e fatica per l'assunzione di tutta la funzione allevante.

E questo, soprattutto, se il figlio manifesta in modo evidente quei segni di disagio e di sofferenza che derivano dalla divisione dei genitori e dalla loro sempre minor assonanza di atteggiamenti e comportamenti. Va considerato che l'evento stesso di separazione dei genitori è di per sé critico per il bambino e rappresenta per lui motivo di disorientamento personale e relazionale poiché l'allontanamento di uno di essi dalla casa in cui vive significa per lui sia una perdita o comunque un allentamento del legame, sia la necessità di ridefinire i propri punti di riferimento.

Recenti studi hanno infatti evidenziato come il bambino, non solo instauri sempre e fin dai primi mesi di vita o ancor prima un legame con gli adulti che lo circondano, ma come sia anche attivo fin dall'inizio in tale rapporto. Egli partecipa, infatti, in prima persona sia all'apprendimento di uno specifico approccio alla sua realtà e all'apprendimento di schemi di comportamento e norme per ottenere maggiori vantaggi, sia all'acquisizione di elementi utili per la percezione della prima immagine di sé, del proprio valore e di proprio ruolo.

Così anche il padre ed altri adulti presenti, o fratelli maggiori, possono diventare fin dalla nascita del bambino sue figure di riferimento, e il legame che si stabilirà con loro sarà anche esso, come avviene per la madre, in rapporto all'effettiva disponibilità ed interesse a reagire con il piccolo. Naturalmente il bambino, nella ricerca di un legame contestuale può sviluppare un attaccamento affettivo anche ad adulti che hanno nei suoi confronti una disponibilità limitata o una non sufficiente capacità di soddisfare le esigenze di protezione e di aiuto alla sua crescita personale.

Bowlby ha descritto in modo molto particolareggiato alcuni tipi di attaccamento disfunzionale: *l'attaccamento angoscioso*, dovuto all'incongruità e alla discontinuità della figura di attaccamento. Il bambino convergere tutte le sue energie, per lungo periodo e non solo nei primi anni, alla ricerca di una conferma della disponibilità del genitore, togliendo in parte più o meno ampia attenzione ed interesse, sia alla scoperta del mondo, sia al raggiungimento dell'autonomia, sia alla relazione con gli altri.

L'attaccamento evitante, invece, è collegato alla mancanza di disponibilità dell'adulto per cui il bambino sviluppa una tendenza a ritrarsi dalla figura

genitoriale avvertita come competente ma non disponibile, proprio per il timore di continue frustrazioni. Tutto ciò però senza perdere il desiderio di venire da essa protetto e andando così incontro ad ulteriori e inevitabili frustrazioni. Così ogni bambino si adegua inevitabilmente agli schemi relazionali che gli vengono proposti nel suo familiare cercando di sviluppare comportamenti che gli permettono di soddisfare i personali bisogni di protezione e approvazione.

Ciò vuol dire che, nella famiglia che non riesce a mantenersi unita, già molto tempo prima della separazione il figlio si è dovuto adeguare a relazioni familiari caratterizzate da incomprensioni, litigi, silenzi pieni di ansia se non di minaccia dei genitori, che hanno spesso diminuito l'attenzione di ambedue verso di lui provocando una strumentalizzazione della persona del figlio nella controversia tra di loro. Questa condizione il bambino può aver imparato a vivere accettando quello che gli viene dato.

Ovvero può sviluppare atteggiamenti attivi, seppur disfunzionali per la sua crescita, come la seduzione, la reticenza, la falsa accondiscendenza e a volte anche il ricatto, spesso diversificati nei confronti dei due genitori. Ma proprio queste modalità disfunzionali di attaccamento che determinano, paradossalmente, legami tanto intensi e invischiati quantomeno hanno permesso al bambino l'acquisizione di un'identità separata, perché lo costringono ad una continua verifica della sua appartenenza e della sua accettazione da parte di coloro da cui dipende.

Così, proprio l'allontanamento da un adulto da cui non è sufficientemente svincolato diventa per il bambino fonte di ansia, anche quando il rapporto con il genitore non era sufficientemente gratificante. Esistono comunque ulteriori

fattori che rendono critico per il bambino l'evento della separazione dei genitori. Nel periodo seguente ad essa ha solitamente parte predominante la ricerca da parte dei due partner di motivi di conferma della propria validità personale, sia nel contesto sociale e parentale sia nello stesso ambito delle relazioni familiari.

In quest'ambito possono essere quindi accentuate quelle manovre di appropriazione dei figli, attraverso la seduzione, il ricatto affettivo o la proposta anche implicita di un patto di alleanza reciproca. E ciò può colludere con il bisogno di appoggio del figlio, disorientato per la separazione dei genitori nel cui progetto solitamente non viene fatto partecipe. I litigi dei genitori non sono sufficienti al bambino per giustificare la disgregazione familiare, soprattutto se conosce parenti o genitori di altri bambini che litigano spesso senza separarsi.

Ciò può essere accentuato se il bambino ritiene di poter trovare attraverso questa collusione quello spazio psicologico e quel potere che egli sente di non aver avuto e di non avere. Sono comunque atteggiamenti che lo confondono ulteriormente e rendono ancora più critico il momento che sta attraversando. Anche il periodo evolutivo del bambino in cui si è sviluppata la crisi tra i suoi genitori ed il legame che aveva intessuto con loro, hanno un'incidenza sulla successiva evoluzione dei loro rapporti.

Bambini molto piccoli, o già problematici, o in fase adolescenziale, possono risentirne più di altri ed emergere dalla crisi familiare con difficoltà personali e relazionali che devono essere ulteriormente gestite. E i genitori possono essere più o meno disponibili o capaci di supportare.

L'interrogativo che spesso si pone nei casi di separazione è il seguente: *è possibile garantire la bigenitorialità nelle*

famiglie separate? Negli ultimi anni il tema della cogenitorialità o bigenitorialità, concetto cardine nella teoria strutturale di Minuchin, ha suscitato grande attenzione nei ricercatori e clinici che si occupano di famiglie. Questi sono, infatti, interessati a comprenderne le caratteristiche interne, i pattern di sviluppo e la relazione con gli altri aspetti del funzionamento familiare: relazione coniugale, relazione genitoriale e adattamento dei figli.

La cogenitorialità è stata definita tipicamente come "la qualità della coordinazione tra gli adulti nei loro ruoli" e la capacità di supportarsi a vicenda come leaders della famiglia. Questa definizione rimanda al mutuo investimento e coinvolgimento dei genitori nel crescere congiuntamente i loro figli. Essendo un costrutto complesso, la cogenitorialità include diverse dimensioni: i comportamenti che servono a promuovere un senso di integrità familiare e cooperazione (Integrità supportiva); i comportamenti conflittuali tra i partner che possono servire a minacciare la credibilità dell'altro partner (ostile-competitivo); le discrepanze nel coinvolgimento e nel potere genitoriale; le comunicazioni verbali e non verbali tra i genitori quando interagiscono da soli o insieme ai loro figli; la triangolazione funzionale o disfunzionale dei figli e la percezione dei genitori della loro alleanza parentale e supporto reciproco.

Quando nasce un figlio la famiglia stessa sviluppa la propria personalità caratterizzata da specifici pattern di azione e affetto: anche le aspettative individuali e le motivazioni dei singoli genitori rispetto alla nascita del figlio contribuiranno alla costruzione congiunta di modelli di collaborazione e coordinazione, o di disimpegno, intrusione e coordinazione errata che andranno a caratterizzare la relazione cogenitoriale.

La relazione cogenitoriale può manifestarsi in diversi modi: attraverso comportamenti **espliciti** che si manifestano nelle interazioni tra i genitori che coinvolgono il figlio (ad esempio, comportamenti ostili tra genitori di fronte ai figli), o comportamenti **coperti** che non sono osservabili nel corso dell'interazione triadiche o familiare e si verificano nel momento in cui un genitore è da solo con un figlio (ad esempio, quando un genitore squalifica o rinforzo all'altro agli occhi del figlio).

I comportamenti coperti solitamente hanno una natura "clandestina" nel senso che i genitori in conflitto tra loro, soprattutto se separati, possono utilizzare le occasioni che passano da soli con il figlio per denigrare il genitore assente e rimanere neutrali quando l'altro genitore è presente. Solitamente i comportamenti di squalifica dell'altro genitore si verificano in due pattern familiari: in un caso la squalifica si accompagna ad un alto livello di conflitto Inter parentale e ad uno scarso supporto reciproco; in altri casi la squalifica si alterna a riconoscimenti positivi, in un clima di riconoscimento dei limiti e dei punti di forza della famiglia, quasi fosse un comportamento normale.

Nelle situazioni funzionali dovrebbe esservi coerenza tra attività coparentali operative aperte e coperte: pur tenendo presente che il comportamento che i genitori mettono in atto nella situazione diadica e in quella triadica con i rispettivi figli è diverso. Dal punto di vista dei figli, infatti, parlare positivamente della famiglia unita e dell'altro genitore quando costui è assente costituisce un'opportunità di sviluppare una visione dell'unità coparentale e della famiglia consistente e positiva, che trascende le situazioni e il tempo ed è utile a consolidare ciò che il figlio ha imparato direttamente dall'esperienza col team coparentale e con il genitore assente.

Osservare e poi una buona qualità della relazione tra i genitori arricchisce le conoscenze dei figli riguardo le abilità relazionali quali gli scambi, le espressioni di affetto e le strategie di risoluzione del conflitto. Al contrario, quando i genitori dedicano il tempo che passano con i figli focalizzandosi esclusivamente sulla loro relazione diadica e non fanno alcun riferimento al genitore assente, o peggio lo squalificano, il senso di famiglia e di fiducia nel sottosistema esecutivo da parte dei figli può essere compromessa, anche in presenza di una relazione non apertamente ostile tra i genitori.

Un sistema coparentale funzionante in maniera adeguata è anche quello in cui i genitori accomodano tra loro i rispettivi stili e preferenze individuali, sono "connessi" durante i periodi di stress e lavorano insieme per risolvere eventuali problemi o disaccordi. Per raggiungere tali obiettivi è necessario essere aperti e disponibili verso le aspirazioni dell'altro genitore rispetto alla crescita del figlio e creare un clima emozionale consistente e una predicibilità anche se ciò non significa assumere necessariamente lo stesso ruolo nella relazione genitoriale.

Solitamente infatti, la madre detiene un ruolo principe nella sfera genitoriale, mentre il grado di coinvolgimento parentale paterno varia in base ai valori, attitudini e aspirazioni di ciascuna famiglia. In tal senso un concetto che recentemente ha guadagnato molto interesse è quello di madre come "*gatekeeper*" ovvero "*custode*" della relazione con i figli, che ha il potere di determinare e controllare il grado di coinvolgimento del padre nella relazione con il figlio.

Da un punto di vista sistemico, questa descrizione potrebbe essere una semplificazione del concetto in quanto i **pattern coparentali della famiglia -siano cooperativi, continui o discontinui- sono frutto di un accordo**

più o meno esplicito di entrambi i genitori e non possono essere attribuiti ai contributi di uno solo dei partecipanti: laddove è presente una madre centrale c'è un padre che delega e viceversa.

Queste dinamiche saranno ancora più evidenti nel caso delle famiglie separate. **Se genitori riescono a mediare le loro differenze e a lavorare sullo stesso fronte è molto probabile che mostreranno un supporto reciproco, creeranno un clima affettivo positivo e condiviso e le singole relazioni genitoriali saranno più simili che dissimili anche in termini di coinvolgimento.**

Se invece, i genitori falliscono nel comunicare le questioni relative all'educazione dei figli, ciascuno procederà sulla base delle proprie credenze personali anche se queste non coincidono con quelle dell'altro genitore, creando una dinamica caratterizzata da mancanza di sincronia e mutualità. In questi casi solitamente possiamo osservare due situazioni principali.

In alcuni casi un genitore può tentare di imporre il proprio stile personale sull'altro, squalificare, minare ed interferire sui contributi dell'altro dando vita ad una cogenitorialità ostile e competitiva. In altri casi un genitore può allontanarsi e disimpegnarsi dall'interazione familiare perché frustrato o stanco del continuo conflitto. In alcune famiglie questi pattern possono alternarsi, inoltre un pattern può essere usato in maniera preferenziale.

Così la cogenitorialità può diventare un'altra aria in cui si gioca il conflitto coniugale e dove i figli sono coinvolti in scelte di lealtà e si trovano a confrontarsi con messaggi misti e contraddittori provenienti dal sistema genitoriale, per cui possono risultare E sviluppare poca fiducia nella propria capacità di comprensione delle regole relazionali.

Bibliografia

- Bowlby, J. (1969; 1973; 1980) trilogia Attaccamento e perdita.
- Cigoli, V., Gullotta, G., Santi, G., (1993) Separazione, divorzio e affidamento dei figli.
- Cigoli, V., Galimberti, C., Mombelli, M., (1998) Il legame disperante.
- Katz, L.F., Low, S.M. (2004). Marital violence, co-parenting, and family-level processes in relation to children's adjustment. *Journal of Family Psychology*.
- McHale, J.P., Fivaz-Depeursinge, E. (1999). Understanding triadic and family group interactions during infancy and toddlerhood. *Clinical Child and Family Psychology Review*. Scabini, E., (1995) Sviluppo dei legami e trasformazioni sociali.

REDAZIONE

Valeria Bassolino
Alberta Casella
Barbara Casella
Francesca Dice
Daniela Di Martino
Ida Esposito
Roberto Ghiaccio
Veronica Lombardi
Emanuele Mingione
Giulia Tarabbo

Supplemento mensile a:

psicologinews.it Autorizzazione
Tribunale di Napoli n° 5584/20
del 11/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco
redazione@psicologinews.it

Chiuso il: 24 Agosto 2021

COMITATO SCIENTIFICO

Caterina Arcidiacono
Rossella Aurilio
Gino Baldascini
Paolo Cotrufo
Pietro Crescenzo
Emanuele Del Castello
Massimo Doriani
Antonio Ferrara
Mariafrancesca Freda
Massimo Gaudieri
Michele Lepore
Giovanni Madonna
Nelson Mauro Maldonato
Fortuna Procentese
Aristide Saggino
Sergio Salvatore
Raffaele Sperandeo
Antonio Telesca
Rino Ventriglia

Lo stress: sonno e insonnia
di *Veronica Lombardi*

INDICE**Lo stress: sonno e insonnia**

di *Veronica Lombardi* pag 2

La separazione: un evento familiare

di *Ida Esposito* pag 24

Disturbo Borderline di Personalità, Diagnosi differenziale e possibilità di trattamento

di *Daniela di Martino* pag 7

MINDFULNESS E PRATICA CLINICA***La nascita della Terapia Cognitivo-Comportamentale di terza onda***

di *Ilaria Di Giusto* pag 10

Vaccine Hesitancy e COVID-19. In che modo la Psicologia può aiutare la Medicina a fronteggiare questo difficile fenomeno?

di *Francesca Dicè* pag 13

“LA NATURA DELL’AMORE”. Fame, Bisogni e Carezze in Analisi Transazionale

di *Valeria Bassolino* pag 15