

Emozioni di Base, Stile di Attaccamento e Disagio Psicico

Marina Farinelli*^o, Laura Gestieri^o, Andrea Fossati⁺, Silvia Tabarroni^{*}, Stefano Bembich^x, Mauro Ercolani^{*}

* Dip. di Psicologia, Università di Bologna, Italia

^o Servizio di Psicologia Clinica, Ospedale Riabilitativo "Villa Bellombra", Bologna, Italia

⁺ Facoltà di Psicologia, Vita-Salute Università San Raffaele, Milano, Italia

^x Dip. di Scienze della Riproduttività e dello Sviluppo, Università di Trieste, Italia



marina.farinelli@unibo.it

XVI CONGRESSO NAZIONALE AIP
Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica
24-26 settembre 2010, Torino

Introduzione

Recenti studi hanno messo in luce i fondamenti biologici dei Sistemi Emozionali di Base (Panksepp, 1998; Kenneth et al., 2003) che possono essere individuati sia negli animali che negli esseri umani. L'obiettivo del nostro studio è quello di individuare le associazioni esistenti tra le Emozioni di Base facenti parte della struttura di personalità, il sistema di regolazione delle emozioni basato sulla relazione quale lo stile di Attaccamento (Feeney et al., 1994; Fossati et al., 2003) e l'influenza di questi sulla manifestazione e sulla espressione del Disagio Psicico.

Strumenti

HAD- Hospital Anxiety and Depression scale (Zigmond and Snaitch, 1983; Costantini et al., 1999) per la valutazione dell'ansia (sottoscala HAD-ANSIA) e della depressione (sottoscala HAD-DEPRESSIONE)

ASQ - Attachment Style Questionnaire (Feeney et al., 1994; Fossati et al., 2003) per la valutazione dell'attaccamento, composto da 5 sottoscale che misurano rispettivamente: Fiducia (ASQ-FID), Disagio per l'intimità (ASQ-DIS), Secondarietà delle relazioni (ASQ-SEC), Bisogno di approvazione (ASQ-BIS) e Preoccupazione per le relazioni (ASQ-PRE)

ANPS - Affective Neuroscience Personality Scales (Kenneth et al., 2003) Per la valutazione delle emozioni di base: tre sottoscale per le emozioni positive (GIOCO, RICERCA, CURA) e tre sottoscale per le emozioni negative (PAURA, RABBIA, TRISTEZZA), più una sottoscala riguardante la SPIRITUALITA'.

Metodologia

Entro una settimana dall'ingresso all'ospedale per un trattamento di riabilitazione intensiva (1/2 mesi), in seguito ad una spiegazione comprensibile dei contenuti e degli obiettivi della ricerca e dopo aver ottenuto il consenso informato scritto, ai pazienti vengono somministrati dagli psicologi che lavorano nella struttura due questionari di autovalutazione (ASQ E anps) e la versione per la eterosomministrazione del questionario HAD.

Criteri di esclusione:

- afasia severa;

- deterioramento cognitivo di grado medio/severo valutato tramite MMSE: Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975);

- pazienti non collaboranti.

Le correlazioni tra i punteggi ottenuti nelle sottoscale dei questionari citati sono state valutate utilizzando il coefficiente di correlazione di Pearson. Sono stati considerati statisticamente significativi i valori di correlazione risultanti diversi da 0 ad un test a due code con un livello di significatività inferiore o uguale al 5%.

Il campione

Nel complesso, il campione include 146 soggetti: 65 con esiti di ictus (44 con lesione emisfero dx, 18 emisfero sx e 3 bilaterali) e 81 pazienti ortopedici (fratture). In questo ultimo gruppo prevalgono in gran parte le donne.

Genere			
	Maschi	Femmine	Totali
Ictus	31	34	65
Ortopedici	17	64	81
Tutti	48	98	146

I pazienti sono relativamente anziani sia nel sottogruppo con esiti di Ictus che nel sottogruppo di Ortopedici, con una larga prevalenza di soggetti sposati e vedovi. Il livello di scolarità è generalmente basso e compatibile con l'età media dei soggetti

Età		
	Media	DS
Ictus	71.8	9.4
Ortopedici	73.1	12.0
Tutti	72.5	10.9

Scolarità (anni)		
	Media	DS
Ictus	6.9	4.2
Ortopedici	9.5	5.1
Tutti	8.3	4.9

Stato Civile				
	Coniugati	Single	Separati	Vedovi
Ictus	35	5	3	22
Ortopedici	30	8	6	37
Tutti	65	13	9	59

Come conseguenza dell'anzianità della maggior parte dei pazienti analizzati, prevalgono ampiamente soggetti in pensione.

Occupazione			
	Occupati	Casalinghe	Pensionati
Ictus	9	5	51
Ortopedici	9	2	70
Tutti	18	7	121

Emozioni di Base vs. Stile di Attaccamento

Coefficienti di Correlazione di Pearson relativi alle sottoscale di ASQ e ANPS. I caratteri in grassetto indicano i valori di correlazione significativamente (p<0.05) diversi da 0.

		GIOCO	CURA	RICERCA	RABBIA	PAURA	TRIST
ASQ_FID	Ictus	0,444	0,161	0,372	-0,060	-0,360	-0,078
	Ortop	0,216	0,100	0,196	-0,121	-0,111	0,032
ASQ_DIS	Ictus	-0,221	-0,194	-0,162	0,034	0,126	-0,111
	Ortop	-0,235	-0,107	-0,086	-0,109	0,050	-0,136
ASQ_SEC	Ictus	-0,099	-0,310	-0,099	0,181	0,005	-0,373
	Ortop	-0,003	-0,247	-0,058	0,053	-0,035	-0,213
ASQ_BIS	Ictus	-0,010	0,199	-0,166	-0,126	0,361	0,373
	Ortop	0,008	-0,118	0,095	0,173	0,068	-0,022
ASQ_PRE	Ictus	0,119	-0,118	0,044	0,158	0,160	-0,007
	Ortop	0,115	-0,078	0,165	0,140	0,144	0,185

- **Attaccamento Sicuro/Insicuro** (ASQ-FID) correla positivamente con le **Emozioni Positive** (GIOCO e RICERCA) e negativamente con le **Emozioni Negative** (PAURA).

- **Attaccamento Insicuro/Evitante** (ASQ-DIS, ASQ-SEC) correla negativamente con le **Emozioni Positive** (GIOCO, CURA)

- **Attaccamento Insicuro/Ansioso-Ambivalente** (ASQ_BIS) correla positivamente con le **Emozioni Negative** (PAURA, TRISTEZZA)

- In generale, le correlazioni sono più alte nel gruppo di pazienti con esiti di Ictus rispetto al gruppo di pazienti Ortopedici.

Emozioni di Base vs. Disagio Psicico

Coefficienti di Correlazione di Pearson relativi alle sottoscale di HAD e ANPS. I caratteri in grassetto indicano i valori di correlazione significativamente (p<0.05) diversi da 0.

		GIOCO	CURA	RICERCA	RABBIA	PAURA	TRIST
HAD_ANSIA	Ictus	-0,070	-0,054	-0,079	0,011	0,439	0,119
	Ortop	-0,098	-0,006	0,041	-0,077	0,271	0,054
HAD_DEP	Ictus	-0,385	0,081	-0,474	-0,259	0,592	0,547
	Ortop	-0,093	-0,105	-0,350	0,155	0,099	0,168

- L'**Ansia** (HAD-ANSIA) correla positivamente con le **Emozioni Negative** (PAURA) sia nei pazienti con esiti di ictus che nei pazienti ortopedici.

- La **Depressione** (HAD-DEP) correla negativamente con le **Emozioni Positive** (GIOCO, RICERCA) e positivamente con le **Emozioni Negative** (PAURA, TRISTEZZA)

- La **Depressione** (HAD-DEP) correla negativamente anche con la **RABBIA**

- In generale, le correlazioni sono più elevate nel gruppo di pazienti con esiti di Ictus rispetto al gruppo di pazienti Ortopedici.

Stile di Attaccamento vs. Disagio Psicico

Coefficienti di Correlazione di Pearson relativi alle sottoscale di HAD e ASQ. I caratteri in grassetto indicano i valori di correlazione significativamente (p<0.05) diversi da 0.

		ASQ_FID	ASQ_DIS	ASQ_SEC	ASQ_BIS	ASQ_PRE
HAD_ANSIA	Ictus	-0,073	0,171	-0,074	0,247	0,247
	Ortop	-0,317	0,110	0,045	0,100	0,110
HAD_DEP	Ictus	-0,218	0,112	-0,021	0,377	0,164
	Ortop	-0,444	0,042	-0,029	0,231	0,065

- I **pazienti con esiti di Ictus e Ortopedici** mostrano differenze significative per quanto concerne le correlazioni tra le sottoscale dello Stile di Attaccamento e del Disagio Psicico.

- L'**Attaccamento Sicuro/Insicuro** (ASQ-FID) nei pazienti **Ortopedici** correla negativamente con l'**Ansia** (HAD-ANSIA) e la **Depressione** (HAD-DEP)

- L'**Attaccamento Insicuro/Ansioso-Ambivalente** (ASQ_BIS, ASQ_PRE) correla positivamente con l'**Ansia** (HAD-ANSIA) e la **Depressione** (HAD-DEP) nei pazienti con esiti di **Ictus**

- Nel gruppo di pazienti Ortopedici, l'**Attaccamento Insicuro/Ansioso-Ambivalente** (ASQ_BIS) correla positivamente con la **Depressione** (HAD-DEP)

Conclusioni

L'analisi statistica indica l'esistenza di una correlazione significativa tra le Emozioni di Base (ANPS), lo Stile di Attaccamento (ASQ) e il Disagio Psicico (HAD). I risultati ottenuti supportano le ipotesi di lavoro preliminari. In particolare, la correlazione tra lo Stile di Attaccamento e il Disagio Psicico è in linea con la letteratura (Parker, 1982; Montebanocci et al., 2004) anche se questa relazione è meno esplorata in soggetti di età avanzata come quelli che caratterizzano il campione qui considerato.

Sulla base dei risultati qui ottenuti, una reciproca influenza può essere ipotizzata tra il Sistema delle Emozioni di Base e lo Stile Relazionale e, in particolare, che quest'ultimo possa modulare l'espressione delle Emozioni di Base.

Differenze significative sembrano esistere tra il gruppo di pazienti con esiti di Ictus e il gruppo di pazienti Ortopedici che potrebbero anche essere l'effetto della diversa composizione di genere dei due gruppi.

Riferimenti bibliografici

- Costantini M, Musso M, Viterbori P, Bonci P, Del Maestro L, Garrone O, Venturini M, Morasso G (1999) Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Support Care Cancer 7:121-127
- Feeney, J.A., Noller, P., Hanharon, M. (1994) Assessing Adult Attachment. In: M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds) Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives, pp. 128-152. Guilford Press, NJ.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". Journal of psychiatric research 12 (3): 189-98.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Acquarini, E., Maffei, C. (2003) On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and nonclinical subjects. Journal of Social and Personal Relationships, 20, pp. 55-79
- Kenneth L.D., Panksepp J., Normansell L., 2003. The Affective Neuroscience Personality Scales: normative data and implications. Neuro-Psychoanalysis, 5 (1), 57-69
- Montebanocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. Personality and Individual Differences 36 (3), 499-507.
- Panksepp J., 1998. Affective Neuroscience. New York: Oxford University Press
- Parker, G. (1982). Parental representations and affective disorder: examination for an hereditary link. British Journal of Medical Psychology, 55, 57-61.
- Zigmond, A.S., and Snaitch, R.P. (1983). Zigmond, A.S., Snaitch, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand., 67, pp.361-370