



S.P.C.

SCUOLA DI PSICOTERAPIA COGNITIVA

Direttore: Dr. Mancini Francesco

Sede di Napoli

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE
IN
PSICOTERAPIA COGNITIVA

Esame di Specializzazione: Giugno 2012

Corso SPC S.r.l. NA– a. a. 2010-2011

Tesi: Sulla vergogna.

**Relazione tra vergogna, trauma e dissociazione nei disturbi del
comportamento alimentare**

Didatti: Egr.
Dr.ssa Cecilia La Rosa
Dr. Emanuele Del Castello

Candidato:
Dr.ssa Maria Teresa Colavitto

Spesso la gente non ha le emozioni chiare, altro che le idee
(De Silva, 2007)

*La mente è la sedia di tutto quello che siamo,
la fonte di tutto quello che creiamo.
Per quanto strana e imperfetta possa essere la mia,
le devo anche la mia intera carriera.
Sono quella che sono. Apprezzo la mia vita.
E' una vita che proteggero orgogliosamente. [...]
E se non fosse una vita normale? E' l'unica che ho.
E' difficile, bella, dolorosa, piena di risate, strana, tanto strana.
Qualunque altra cosa sia, qualunque cosa porti... è mia*
(Marya Hornbacher, 2008)

Indice

| | |
|--|-----------|
| CAPITOLO 1 La vergogna..... | 5 |
| 1.1 Le teorie cognitive sulle emozioni..... | 9 |
| 1.1.1 <i>La vergogna nella teoria cognitiva degli scopi</i> | 11 |
| 1.2 Espressioni della vergogna | 12 |
| 1.3 Vergogna, colpa e imbarazzo..... | 13 |
| 1.3.1 <i>Vergogna e colpa</i> | 13 |
| 1.3.2 <i>Vergogna e imbarazzo</i> | 15 |
| 1.4 Lo sviluppo della regolazione affettiva: tra attaccamento e intersoggettività..... | 16 |
| 1.4.1 <i>Il contributo dell'Infant Research</i> | 24 |
| 1.5 Attaccamento e Disturbi dell'Alimentazione..... | 26 |
| | |
| CAPITOLO 2 La natura del trauma | 28 |
| 2.1 Il trauma infantile..... | 29 |
| 2.2 Trauma emotivo e Disturbi dell'Alimentazione | 33 |
| 2.2.1 <i>L'invalidazione emotiva</i> | 34 |
| 2.2.2 <i>I disturbi del comportamento alimentare come "emotional disorders"</i> | 35 |
| 2.3 Le emozioni traumatiche | 40 |
| | |
| CAPITOLO 3 Dissociazione, Trauma e Vergogna nei Disturbi del Comportamento Alimentare | 42 |
| 3.1 Dissociazione e Disturbi dell'Alimentazione | 43 |
| 3.2 Dissociazione: la prospettiva classica..... | 44 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.2.1 | <i>La vergogna traumatica</i> | 46 |
| 3.2.2 | <i>Disturbo del comportamento alimentare come “addiction”</i> | 48 |
| 3.3 | Dissociazione: la prospettiva evolucionista | 50 |
| 3.3.1 | <i>La vergogna: l’ultimo baluardo</i> | 58 |
| 3.4 | Una possibile visione d’insieme e influenze nella pratica clinica | 58 |
| | Bibliografia | 63 |
| | Sitologia | 81 |

CAPITOLO 1

LA VERGOGNA

E la donna vide che il frutto dell'albero era buono a mangiarsi, ch'era bello a vedere, e che l'albero era desiderabile per diventare intelligente; prese del frutto, ne mangiò, e ne dette anche al suo marito ch'era con lei, ed egli ne mangiò.

Allora si apersero gli occhi ad ambedue, e s'accorsero ch'erano ignudi; e cucirono delle foglie di fico, e se ne fecero delle cinture.

E udirono la voce dell'Eterno Iddio il quale camminava nel giardino sul far della sera; e l'uomo e sua moglie si nascosero dalla presenza dell'Eterno Iddio, fra gli alberi del giardino.

E l'Eterno Iddio chiamò l'uomo e gli disse: "Dove sei?"

E quegli rispose: "Ho udito la tua voce nel giardino, e ho avuto paura, perch'ero ignudo, e mi sono nascosto".

E Dio disse: "Chi t'ha mostrato ch'eri ignudo? Hai tu mangiato del frutto dell'albero del quale io t'avevo comandato di non mangiare?"

Gen. 3, 6-11

La citazione della Genesi mostra la prima biblica manifestazione, nell'uomo, del sentimento di vergogna, inteso come punizione divina per aver trasgredito il divieto di mangiare il frutto dell'albero della conoscenza. Compiendo quell'azione, il peccato originale, Adamo ed Eva, si sono ri-conosciuti, ri-scoperti come esseri distinti e diversi da chi li ha generati, spingendoli, di conseguenza, a coprirsi dinanzi a Dio. La vergogna del peccato originale, quindi, si manifesta e si oggettivizza nella corporeità. Tale senso è ben esplicitato dalle parole di Sartre (1943) nell'*Essere e nulla*, il quale riferisce come «la vergogna non è il sentimento di essere questo o quell'oggetto criticabile; ma in generale di essere un oggetto, cioè di riconoscermi in quell'essere degradato, dipendente e cristallizzato che io sono per gli altri. La vergogna è il sentimento della caduta originale, non del fatto che abbia commesso questo o quell'errore, ma semplicemente del fatto che sono caduto nel mondo, in mezzo alle cose, e che ho bisogno della mediazione d'altri per essere ciò che sono. Il pudore e, in particolare, il timore di essere sorpreso in stato di nudità non sono che

specificazioni simboliche della vergogna originale: il corpo simbolizza qui la nostra oggettività senza difesa. Vestirsi significa dissimulare la propria oggettività, reclamare il diritto di vedere senza essere visto, cioè di essere puro soggetto. Per questo il simbolo biologico della caduta, dopo il peccato originale, è il fatto che Adamo ed Eva capiscono di essere nudi». Ancora, Galimberti (2006), nel *Dizionario di psicologia*, la definisce come «turbamento o senso di indegnità avvertito dal soggetto che presume di ricevere o effettivamente riceve una disapprovazione del suo stato o di una sua condotta da parte degli altri».

L'etimologia latina (*vereor*) rimanda al rispetto e al timore rispettoso; in effetti, il termine corrispondente latino *verecundia* indicava diversi stati d'animo (timidezza, vergogna, modestia, discrezione, rossore, reverenza, disonore e stima) tra i quali la vergogna che assumeva in tale contesto una valenza sociale positiva (Benedetto e Gragnani, 1997). In posizione diametralmente opposta si situa il suo corrispettivo inglese, *shame*, derivante dalla radice indoeuropea *skam* o *skem* dai quali derivano parole come *skin* e *hide*, rispettivamente *pelle* e *nascondere*. In questa seconda accezione, quindi, prevale una visione difensiva del vocabolo stesso (Benedetto e Gragnani, 1997). Dal punto di vista fenomenologico, il senso di vergogna rimanda a diversi significati: la sensazione spiacevole e non prevedibile di sentirsi scoperti, che porta a un desiderio di fuga immediata o a un senso di sprofondamento, ed, infine, la sensazione di immobilità. È come se ci si sentisse soli con il tribunale della nostra coscienza che ci punta il dito contro per non essere stati all'altezza delle proprie e altrui aspettative. Quando ci si vergogna, ci si vergogna per come si è visti dall'occhio sprezzante dell'altro, cioè "mi vedo per come mi sento visto". In questo senso, la vergogna coinvolge sia il piano intrapsichico sia quello interpersonale: quindi sia il disagio e la sofferenza individuale che quello sociale, cioè come si è visti dall'altro. Il rossore del nostro volto ci fa emergere dall'anonimato del gruppo-insieme al quale apparteniamo e che ci offre l'opportunità di non essere soli.

La vergogna rientra in quelle che vengono considerate le *emozioni secondarie* (o complesse) in quanto compaiono in un secondo momento nello sviluppo individuale e necessitano di un'organizzazione cognitiva più evoluta. Di conseguenza, appaiono di esclusivo dominio della specie uomo in quanto richiedono

la presenza dell'autocoscienza (consapevolezza di sé) e della capacità di riconoscere un "mondo esterno". In particolare, Lewis (1992) distingue tre livelli di autoconsapevolezza che si originano a partire dai due anni di età: dei "riflessi", delle "rappresentazioni" e dell' "autoconsapevolezza soggettiva". I primi due rientrano nell' "autoconsapevolezza soggettiva" in quanto governano le funzioni autoregolarie e di controllo proprie del soggetto, mentre la terza permette all'individuo di essere consapevole di se stesso. Il passaggio evolutivo verso il terzo stadio è dovuto sia alla maturazione biologica dell'essere sia alla socializzazione delle emozioni che si raggiunge verso il secondo anno di vita, periodo in cui il bambino inizia ad interfacciarsi con i modelli e le norme di condotta che lo portano a sperimentare una serie di *emozioni autocoscienti valutative* (orgoglio, vergogna e colpa) nel momento in cui vive un turbamento conseguente alla violazione di nome o valori condivisi. L'autocoscienza è resa possibile dalla presenza di un sé oggettivo (il "me" nel quale un essere si distingue consapevolmente da un altro, definito da Lewis, 1992) (Benedetto e Gragnani, 1997). Anche Schore (1994, 1996, 1997) colloca la genesi della vergogna tra i 15 e i 18 mesi, periodo in cui il piccolo impara ad interfacciarsi sia con l'autonomia che con la socializzazione al mondo esterno (altro diverso da sé).

Crockett (1979) sviscera l'emozione vergogna affermando come questa sia costituita da tre predicati: *experiencer*, il soggetto che prova vergogna, *situation*, l'oggetto della vergogna, e *animate object*, la persona dinanzi alla quale si sperimenta vergogna.

Affinchè il soggetto provi vergogna dev'esserci una compromissione di particolari scopi (autostima e immagine di sé) ritenuti fondamentali dall'individuo e trasmessi dalla famiglia di origine. In particolare, all'interno del nucleo familiare, la vergogna si consolida in presenza di messaggi invalidanti (colpevolizzazioni o atteggiamenti svilenti), riguardanti, capacità o particolari caratteristiche (fisiche o mentali) del soggetto che diventeranno poi ambiti-chiave per lo scatenarsi della vergogna stessa. Ma condizione necessaria dell'essere vergognoso è l'attribuzione interna esclusivamente dei propri fallimenti. In situazioni patologiche, l'individuo si concentra totalmente sulla certezza di insuccesso per mano propria, e di conseguenza,

di lesione della propria immagine (verso sé e gli altri), che lo porta, in un circolo vizioso, a prestare ancora di più attenzione sulla propria vergogna e senso di fallimento (meta-vergogna) che lo trascineranno inevitabilmente a confermare la profezia formulata inizialmente (*profezia che si autoavvera*). Tale modalità di giudizio può essere appresa fin da bambini all'interno delle relazioni con adulti significativi, i quali reagiranno prontamente, in seguito ad un insuccesso esperito dal piccolo, inveendo direttamente contro la sua persona (minacce di abbandono o di "rifiuto d'amore") e le sue capacità (attribuzione interna e globale) contribuendo alla formazione di un senso di sé fallimentare e vergognoso (Benedetto e Gragnani, 1997). Secondo Castelfranchi (1988), ci si può vergognare solo verso se stessi o solo verso gli altri, ma generalmente ci si può vergognare sia con gli altri sia con se stessi, purché ci sia una sincera condivisione dei valori (e dei criteri di valore) necessari per il raggiungimento dello scopo dell'immagine di sé. La predominanza dell'una rispetto all'altra varia non solo da persona a persona ma anche a seconda dello stadio di vita che sta attraversando l'individuo. Nell'adolescenza dove è la costruzione della propria identità è basata sull'appartenenza al gruppo e sulla dipendenza dallo stesso, sarà molto marcata la vergogna di fronte agli altri, rispetto a quella verso se stessi, perché la propria immagine è il riflesso di ciò che gli altri (che noi stimiamo) pensano di noi. Generalmente, nell'adulto queste tendenze tendono a bilanciarsi.

Non vi è un oggetto specifico verso cui vergognare, la condizione necessaria è che esso provochi nel soggetto, attraverso una catena causale di pensieri, l'assunzione di valutazioni negative su noi stessi (Benedetto e Gragnani, 1997). Essa può riguardare un evento sociale (come la sensazione di sentirsi giudicato dall'altro) o un evento privato (legato a come noi percepiamo e giudichiamo noi stessi, i nostri sentimenti, abilità, etc.). Goss e colleghi (Goss, Gilbert e Allan, 1994) e Gilbert (1998) hanno suggerito come questi due processi valutativi ("quello che penso gli altri pensino di me" e "quello che io penso di me stesso") coinvolgano diversi sistemi processionali e attentivi. Sulla base di tali valutazioni, Gilbert (1998, 2002) ha distinto la vergogna "interna" e quella "esterna". La vergogna interna fa riferimento alla percezione che il soggetto ha di sé (auto-valutazioni) come individuo imperfetto, inadeguato, inferiore e poco attraente, costellate da profonda critica e persino da odio (Gilbert, 2002). Nella

vergogna esterna, d'altro canto, l'attenzione è focalizzata all'esterno, si prendono in considerazione i presunti pensieri/convinzioni dell'altro verso di sé, ovviamente negativi: la persona è convinta che gli altri la vedano incompetente, inadeguato, inutile, in altre parole, imperfetta. Nella maggior parte dei casi, l'ansia scaturisce nel momento in cui l'individuo si deve esporre all'altro (ansia anticipatoria), e quindi uscire dall'anonimato.

Essendo un'emozione complessa, e quindi di dominio dell'auto-consapevolezza (Lewis, 1992, Tangney e Fischer, 1995), essa coinvolge sia la percezione di sé da parte dell'individuo (vergogna interna) sia la percezione di sé nella mente dell'altro (vergogna esterno); infatti, sono state riscontrate significative correlazioni positive fra le misurazioni delle due tipologie di vergogna (Goss et al., 1994; Gilbert, Allan e Goss, 1996). Tuttavia, Barrett (1995) preferisce chiamarla emozione sociale o interpersonale (Battacchi, 2000) proprio perché coinvolge la sfera degli altri, andando oltre il sé per inglobare il giudizio/il confronto con gli altri o con la normativa culturale. In questo senso, tale sentimento ha un peso notevole su vari aspetti del funzionamento psicologico come quello cognitivo, comportamentale, emozionale, fisiologico, i quali operano sia a livello individuale sia interpersonale sia a livelli gruppal e più squisitamente generali (Gilbert, 1998, Kaufman, 1989; Lewis, 1992; Tangney e Dearing, 2002). Di conseguenza, funge da guida del nostro comportamento, influenza la percezione di noi stessi e il nostro sentimento di appartenenza al gruppo sociale (Gilbert 1998; Tangney e Dearing, 2002).

1.1 Le teorie cognitive sulle emozioni

Le emozioni costituiscono una componente vitale della vita umana, della quale non si può fare a meno rischiando di condurre una vita piatta e monotona. Come spesso accade, vi è un cospicuo numero di teorie in ambito psicologico, abbastanza eterogenee, che riflettono nel tempo gli interessi della ricerca e che hanno cercato di rispondere all'interrogativo "Che cosa sono le emozioni?". In questa trattazione si prenderanno in considerazione quei contributi che hanno privilegiato l'importanza dei processi cognitivi nella genesi delle emozioni.

Tra i pionieri figurano Shachter e Singer (1962), autori della teoria cognitivo-attivazionale per la quale l'emozione rappresenta la risultante di due componenti: l'attivazione fisiologica (o *arousal*) e i processi cognitivi, i quali costituiscono elementi cardini affinché uno stato emozionale occorra. Ma perché l'emozione si generi, è necessaria un'attribuzione causale che stabilisca la connessione fra quest'atto cognitivo e l'*arousal* stesso. In altre parole, le risposte fisiche all'emozione informano il cervello dell'esistenza di uno stato di maggior eccitazione (informazioni sulla *quantità* dell'emozione) il quale risulta indifferenziato e non specifico di una particolare emozione (essendo comune a molte di esse). A questo punto, secondo gli autori, intervengono i processi cognitivi, i quali, in base all'informazione sul contesto fisico e sociale in cui si trova l'individuo, e alla conoscenza dei tipi di emozione che si producono in determinate situazioni, appone l'etichetta all'*arousal* fisiologico esperito (conferisce la *qualità* dell'emozione). È a questo punto, che si origina il dibattito fra emozione e cognizione dal quale prendono avvio le cosiddette teorie dell'*appraisal*. Introdotto da Arnold (1960), tale termine indica la valutazione cognitiva della situazione emotiva da parte del soggetto. Di conseguenza l'emozione sarebbe il risultato dal modo con cui gli individui valutano e interpretano gli stimoli del loro ambiente fisico e sociale. Di fondamentale importanza, quindi, non è la natura dell'evento stesso, bensì l'interpretazione e la valutazione che di esso ne fa l'individuo. Uno stesso stimolo, in persone diverse, quindi, può elicitare interpretazioni diverse e, di conseguenza, emozioni diverse. A tal riguardo, Frijda (1988) specifica ulteriormente, affermando come le emozioni sorgano in risposta a situazioni ritenute importanti per il soggetto. Per cui eventi in linea con i propri scopi e desideri attiveranno emozioni positive, mentre eventi che li minacciano condurranno a emozioni negative; infine, gli eventi inattesi e nuovi vedranno sorpresa e stupore. Il contributo di Lazarus (1966) sottolinea il ruolo dei processi valutativi attraverso cui l'individuo stima la rilevanza e il significato personale di uno stimolo, introducendo il concetto di *coping* (o antecedente cognitivo) che comprende l'insieme delle modalità con cui si fronteggiano le richieste ambientali. Secondo l'autore, vi sarebbero due tipi di *coping*: uno di evitamento comprendente tutte quelle azioni dirette e urgenti, necessarie per fare fronte a situazioni minacciose o pericolose

considerate inaffrontabili; il secondo è detto *re-appraisal*, è solo cognitivo e comprende prevalentemente valutazioni sulla modalità migliore per affrontare la situazione stessa. Le teorie della rappresentazione cognitiva (Fehr e Russel, 1984) configurano le emozioni, nella mente dell'individuo, in forma di prototipi e *script*, i quali regolano la codifica e la decodifica degli eventi emotigeni ma possono anche essere assunti quali modelli impliciti del processo che determina l'esperienza emotiva. Infine, una delle teorie recenti è quella sviluppata da Philip Johnson-Laird e Oatley (1992), all'interno della quale le emozioni sono classificate in due livelli. Il primo livello, detto *di base*, è più arcaico, immediato e rozzo, e predispone l'individuo ad una risposta rapida e coerente alle condizioni ambientali nelle quali si trova. Il secondo livello, invece, ha una complessità maggiore in quanto fa riferimento al pensiero proposizionale cosciente che comprende le attribuzioni di significato su di sé, sul mondo, sugli altri.

1.1.1 La vergogna nella teoria cognitiva degli scopi

In linea con quanto affermato da Frijda (1988), Catelfranchi (1988) definisce la vergogna come il «campanello d'allarme delle brutte figure, è il dispiacere o timore della frustrazione di un proprio scopo della buona immagine e/o dell'autostima» (p.164). Essa rappresenta, quindi, «un segnale intra o intersoggettivo del fatto che si è subita, o si sta per subire, una umiliazione, e insieme una reazione ad essa» (Miniati, 2009, p.87-88). La vergogna implica una valutazione negativa di sé nel raggiungimento di un determinato scopo, in altre parole una mancanza di *potere di* in riferimento ad uno scopo verso il quale si vuole apparire adeguati (a sé - scopo dell'autostima - e/o agli altri verso cui noi vogliamo essere stimati - scopo dell'immagine di sé). Secondo Catelfranchi e Poggi (1988), la vergogna rappresenta, quindi, il timore del giudizio in riferimento alla propria immagine e alle diverse immagini di sé (o maschere) che l'individuo sviluppa all'interno dei vari contesti sociali nel quale è inserito. Nel teatro greco e romano, la maschera rappresentava una seconda faccia che serviva «all'attore per “meglio cancellare” la propria personalità e assumere più facilmente quella del dio o dell'eroe protagonisti della vicenda

drammatica che si stava interpretando, fissandone in un viso “immutabile” le caratteristiche fondamentali» (Enciclopedia dei Ragazzi, 1988, p. 124).

1.2 Espressioni della vergogna

Esternamente la vergogna si mostra attraverso due caratteristiche salienti: il rossore e la postura. L'attivazione del sistema nervoso autonomo si manifesta, nel vergognoso, con un rossore tipico, ben visibile agli altri e ben percepito dallo stesso individuo, che ricopre le guance e gli zigomi, alle volte anche le orecchie, e dura brevi istanti. Paradossalmente, questa manifestazione è in aperta contraddizione con i desideri del vergognoso: vorrebbe non essere notato dagli altri ma si fa notare proprio grazie al rossore. In effetti, Darwin (2009) sostiene come il sentimento di vergogna sia proprio collegato alla sensibilità delle persone al giudizio altrui rispetto al suo aspetto fisico.

La vergogna comprende anche delle manifestazioni comportamentali tipiche, la postura del vergognoso implica: l'abbassamento del capo e dello sguardo evitando, di conseguenza, ogni possibile interazione con chi sta di fronte proprio in quanto il volto rappresenta il punto di riferimento per riconoscersi e per riconoscere gli altri, oltre che la parte più espressiva del corpo. Si fa particolare riferimento, in questo caso, agli occhi, veri e primi pionieri delle relazioni umane. Si dice che “gli occhi sono lo specchio dell'anima”, così si potrebbe pensare che distogliere lo sguardo o avere lo sguardo sfuggente siano dei tentativi di mascheramento degli occhi, e così dei desideri e delle intenzioni in modo che non vengano scoperti dall'estraneo che ci sta di fronte. Altre manifestazioni corporee riguardano il coprirsi la bocca o altre parti del corpo (cfr. citazione Genesi). In questo caso, come nella citazione della Genesi all'inizio del capitolo, la vergogna manifestata attraverso l'atto del nascondere parti del corpo è un modo piuttosto immediato attraverso cui si esprime la vergogna di sé, la non accettazione, l'autogiudizio e l'autocondanna. Gestì, questi, che indicano una sottomissione nei confronti dell'altro che, secondo Castelfranchi (1988), hanno una duplice funzionalità sociale e biologica. La funzione sociale implica l'ammissione pubblica di una norma condivisa che si accetta anche se la si è violata; la funzione

biologica è strettamente correlata all'istinto di sopravvivenza in quanto permette di placare l'aggressività dell' "avversario" e così di continuare a far parte del gruppo. Morris (2010) denomina "segnali pacificatori" quei segnali che indicano "la resa" nei confronti dell'avversario la cui manifestazione prototipica riguarda l'abbassamento al massimo del corpo. Questa emozione, quando attivata, serve anche come mucosa protettiva dell'identità, perché quando ci si vergogna si ha la percezione di sentirsi "fuori dal gruppo", diversi, non-più-uguali-agli-altri e indifferenti, ma si percepisce prima di tutto se stessi, si ha la consapevolezza della propria individualità che in quel momento si differenzia dal resto. Riprendendo le parole di Sartre (1943) «ho scoperto con la vergogna un aspetto del mio essere [...] ho vergogna di me come appaio all'altro» (p. 275). Ancora, la vergogna potrebbe stimolare l'individuo all'automiglioramento (Lynd, 1958) solo e solo se l'oggetto della vergogna è ritenuto modificabile. Da quanto risulta finora, la vergogna rappresenta un'emozione adattiva e funzionale allo sviluppo individuale, diventa problematica quando diventa disfunzionale, e cioè quando mina un valore profondo e costitutivo dell'individuo, la dignità personale: ricordiamo, la vergogna è la risposta ad un'umiliazione. Di conseguenza, dato che la vergogna è vistosamente visibile, il soggetto stesso potrebbe vergognarsi di provare vergogna, andando ad alimentare un ciclo vizioso con effetti sempre più devastanti, anche a livello patologico.

1.3 Vergogna, colpa e imbarazzo

Le emozioni ritenute più affini alla vergogna sono: il senso di colpa e l'imbarazzo. Molto spesso vi è la tendenza a confonderle tra loro, dimenticando come ogni emozione abbia una specifica funzione, genesi e modalità di mantenimento che aiutano il clinico nell'identificazione degli scopi fondamentali che l'individuo vede minacciati (Benedetto e Gragnani, 1997).

1.3.1 Vergogna e colpa

La prima distinzione che si può fare tra colpa e vergogna è il contesto: mentre la vergogna è un sentimento più pubblico, la colpa coinvolge una sfera più privata

(Ausubel, 1955). In tale prospettiva, la vergogna è una risposta emotiva conseguente l'esposizione pubblica (e la successiva disapprovazione) delle proprie mancanze o difetti. La colpa, invece, rappresenta la reazione consapevole e interiorizzata verso la violazione dei propri standard personali e ed intimi, consapevoli solo ed esclusivamente al soggetto stesso in colpa (Tangney, Miller, Flicker e Barlow, 1996). Tuttavia tale distinzione risulta successivamente confutata (Tangney, Marschall, Rosenberg, Barlow, e Wagner, 1994) evidenziando come gli individui esperiscano colpa e vergogna sia in pubblico sia in privato, dimostrando come l'esposizione agli altri e la disapprovazione non rappresentino requisiti specifici del sentimento di vergogna (Tangney et al., 1996). Lewis (1971), sostenuta da altri (Lindsay-Hartz, 1984; Tangney, 1993; Wicker, Payne, e Morgan, 1983), invece, pone in risalto il ruolo del sé nell'esperire queste emozioni: la vergogna ha come oggetto di valutazione il sé, mentre nella colpa l'oggetto di valutazione è l'azione compiuta. Per cui, entrambe le emozioni possono nascere da uno stesso specifico comportamento, ma vengono vissute in maniera diversa. Nella vergogna, il comportamento trasgressivo viene visto come l'espressione più generale, di un sé imperfetto e criticabile che porta il soggetto a percepirsi inutile, impotente e desideroso di "farsi piccolo" o fuggire in quanto esposto alla pubblica disapprovazione. In questi termini, il sé vergognoso è al tempo stesso agente e oggetto di osservazione e disapprovazione. Al contrario, l'esperienza colpa è meno dolorosa e devastante rispetto a quella della vergogna in quanto la colpa non riguarda direttamente il ruolo del sé. Di conseguenza il soggetto pur essendo sofferente, non ha il desiderio di fuga dalla situazione, bensì si sente motivato a riparare al danno fatto spinto da rimpianto e rimorso (Tangney et al., 1996).

Un'altra distinzione coinvolge la controllabilità della causa attribuita a queste emozioni: mentre nella vergogna l'attribuzione è sì interna ma incontrollabile, per la colpa tale attribuzione è invece controllabile. Ma anche qui diversi autori (Castelfranchi, 1988; Castelfranchi e Poggi, 1990; Miceli e Castelfranchi, 1992; Castelfranchi, 1994) hanno riscontrato come il sentimento di colpa può coinvolgere anche eventi al di fuori del controllo del soggetto, così come il sentimento di vergogna si manifesta anche di fronte ad eventi percepiti come incontrollabili

dall'individuo stesso (Benedetto e Gragnani, 1997). Partendo da queste considerazioni, Catelfranchi (1988) propone una differenziazione delle due emozioni riguardante i domini degli scopi compromessi. Mentre nella vergogna è lesa l'autostima e l'immagine di sé, nella colpa ad essere lesa è l'altruismo reciproco (che riguarda la sfera morale dell'individuo). In questo modo, mentre la vergogna può coinvolgere scopi estetici e morali, la colpa riguarda esclusivamente questi ultimi. Esse possono anche presentarsi insieme: sentirsi colpevoli in seguito ad un'azione colpevole. In questo caso la colpa deriva da un difetto nell'azione, ma potrebbe derivare anche da un difetto più generale nel sé (vergogna). Così, quando associate, dalla colpa può scaturire la vergogna, mentre non è possibile il contrario (Benedetto e Gragnani, 1997).

Anche la rabbia comune a queste due emozioni (Tangney, 1990, 1992; Tangney et al., 1996; Tangney, Wagner, Miller, Marschall e Gramzow, 1996) si declina in modo specifico. Nella vergogna, la rabbia è maladattiva e ha livelli di intensità elevati ed è connessa a sospettosità, risentimento e rapporti non empatici perché coinvolge un fallimento del sé; mentre, nella colpa, è emotivamente meno intensa ed si manifesta apertamente implicando tentativi costruttivi e riparatori (Benedetto e Gragnani, 1997). La rabbia colpevole è meno devastante di quella vergognosa in quanto non vi è una minaccia del sé, ma solo la constatazione di un'azione negativa (Benedetto e Gragnani, 1997).

1.3.2 Vergogna e imbarazzo

A differenza del rapporto tra vergogna e colpa, gli studi che hanno analizzato le differenze tra la vergogna e l'imbarazzo sono stati ancora meno, probabilmente in quanto queste due emozioni sono state considerate più strettamente affini rispetto all'accoppiata precedente. Izard (1977) e Kaufman (1989), ad esempio, la considerano un elemento della vergogna, addirittura Lewis (1971) esplicitamente parla di una "variante della vergogna". I primi accenni ad una differenziazione tra le due emozioni sono piuttosto recenti. Inizialmente si parla di una diversa intensità tra le stesse, considerata maggiore nella vergogna (Borg, Staufenbiel e Scherer, 1988); altri contestualizzano l'intensità sulla base della diversità degli eventi che generano le

emozioni, gravi fallimenti o trasgressioni morali per la vergogna, eventi più banali e meno gravi nell'imbarazzo (Buss, 1980; Lewis, 1992; Ortony, Clore e Collins, 1988; Tangney et al., 1996).

Altri teorici (Modigliani, 1968; Shott, 1979; Klass, 1990) hanno proposto come la vergogna sia legata a carenze percepite nel proprio sé dal soggetto associandosi ad attribuzioni negative globali e pervasive di se stessi, mentre l'imbarazzo deriverebbe da carenze relegate a situazioni specifiche e transitorie. Edelman (1981) ha ipotizzato una distinzione tra pubblico e privato come quella evidenziata precedentemente tra la vergogna e la colpa, per la quale la vergogna verrebbe esperita in privato al contrario dell'imbarazzo che coinvolge sempre gli altri realmente o attraverso un'esposizione immaginata (Miller, 1996; Tangney et al., 1996; Benedetto e Gragnani, 1997). Anche la vergogna può essere connessa ad un'esposizione immaginaria agli altri, ma la gravità degli eventi a cui essa fa riferimento postulano l'esistenza di una componente privata (autostima) estranea all'imbarazzo (Benedetto e Gragnani, 1997).

Infine, Castelfranchi (1988) afferma come l'imbarazzo sia connesso ad un'autostima situazionale, cioè connessa ad una situazione specifica e transitoria. La sua funzione è segnalare l'avvenuta trasgressione di norme comunque giudicate ambigue, non formalizzate o addirittura sconosciute. Si prova imbarazzo perché "si sa di non sapere" (D'urso, 1990; Benedetto e Gragnani, 1997).

1.4 Lo sviluppo della regolazione affettiva: tra attaccamento e intersoggettività

Thompson (1994) definisce la regolazione emotiva come l'insieme dei «processi estrinseci e intrinseci, che presiedono al monitoraggio, alla valutazione e alla modifica delle reazioni emotive, e soprattutto alle loro caratteristiche relative all'intensità e al tempo, attraverso i quali la persona cerca di raggiungere i propri scopi». Da tale definizione si evidenzia come la regolazione emotiva sia caratterizzata da tre dimensioni: emotiva (eccitazione fisiologica), cognitiva (rifocalizzazione dell'attenzione e problem solving) e comportamentale (conseguente modificazione delle espressioni, dei pensieri o dei comportamenti) , ognuna delle quali può

necessitare di regolazione (Denham, 2001). All'inizio (dal 13 ai 24 mesi), i piccoli hanno bisogno dell'aiuto del caregiver per la regolazione che li porterà ad essere progressivamente più autonomi e abili; a partire dal secondo anno circa l'aiuto dei genitori si sposta verso la messa in atto di strategie di fronteggiamento (cognitivo, emotivo e comportamentale) nei confronti di emozioni sgradevoli (Denham, 2001).

«Definendo la regolazione affettiva come la capacità del bambino di mantenere la propria organizzazione comportamentale di fronte ad elevati stati di tensione, Sroufe (1995) ha sottolineato come i legami di attaccamento siano relazioni di tipo emozionale» (Tambelli, Speranza, Trentini e Odorisio, 2010, p. 481). Inoltre, continua Spitz (1958), «lo scambio affettivo è di primaria importanza, non solo per lo sviluppo dell'emozione stessa, ma anche per la maturazione e lo sviluppo del bambino». Quando si parla di legame di attaccamento si introduce un impianto teorico che ha rivoluzionato il modo di concepire la relazione madre-bambino, diventando una delle più importanti cornici di riferimento per la comprensione relativa al processo di regolazione delle emozioni: la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

Nella sua classica trilogia, *Attaccamento e perdita*, Bowlby (1969, 1973, 1980) è riuscito ad integrare la prospettiva evoluzionista nella spiegazione delle funzioni regolatorie e delle conseguenze relative al mantenimento della vicinanza ad altri significativi. Egli sostiene che i bambini nascono con un repertorio di comportamenti (*comportamenti di attaccamento*) rivolto alla ricerca e al mantenimento della vicinanza ad un altro adulto, generalmente la madre, detta *figura di attaccamento* (FdA) o caregiver. Secondo Bowlby (1973), la ricerca di vicinanza del bambino verso il caregiver è un innato dispositivo di regolazione delle emozioni (*strategia di attaccamento primaria*) che aveva lo scopo prioritario di proteggere il piccolo garantendone, di conseguenza, la sopravvivenza. Altri scopi gerarchicamente correlati alla sopravvivenza implicano il nutrimento, la conoscenza dell'ambiente e le interazioni sociali. L'Autore (1988) afferma come la buona riuscita dei comportamenti di regolazione delle emozioni si esplicita nella sicurezza dell'attaccamento, all'interno della quale il piccolo ha la percezione che il mondo sia un posto sicuro, che si può fare affidamento su altri significativi che lo proteggano, e

che si può, pertanto, esplorare con fiducia l'ambiente e coinvolgere efficacemente gli altri all'interno di scambi comunicativi.

Bowlby (1969), inoltre, definisce come i comportamenti di attaccamento del bambino siano organizzati in un sistema che permette all'individuo di adeguarsi flessibilmente sia all'interno della relazione materna nel corso del tempo sia in funzione delle mutazioni ambientali (*sistema comportamentale di attaccamento*). Questo sistema è emerso nel corso dell'evoluzione in quanto ha aumentato la probabilità di sopravvivenza dei piccoli i quali, nascendo, non posseggono ancora mature capacità di locomozione, alimentazione e difesa. Bowlby (1973) definisce tale comportamento "omeostasi comportamentale" proprio perché il suo scopo finale è quello di mantenere la giusta (desiderata) accessibilità e disponibilità dalla madre. Sulla base della necessità dei bambini di godere di un lungo periodo di cure e protezione, essi sviluppano fin dalla nascita un repertorio di comportamenti che permette loro di mantenere la vicinanza ad altri in grado di aiutarli nella regolazione di situazioni di pericolo e stress. Sebbene il sistema di attaccamento sia più cruciale durante i primi anni di vita, Bowlby (1988) presuppone che esso accompagni l'individuo durante tutto il corso della vita, "dalla culla alla tomba" (Bowlby, 1969), manifestandosi attraverso pensieri e comportamenti rivolti alla ricerca di supporto. Altra caratteristica del legame di attaccamento è la sua asimmetria: partono dal bambino e sono diretti verso la madre (Bowlby, 1969). Bowlby (1973) descrive altri sistemi comportamentali che si alternano a quello dell'attaccamento: il sistema esplorativo e il sistema di paura e il sistema di accudimento che, insieme, orientano e guidano le traiettorie evolutive del piccolo. Il primo è complementare al sistema di attaccamento in quanto solo e soltanto quando il bambino si sente sicuro e protetto, e quindi avverte il caregiver come *base sicura* (Ainsworth, 1973; Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, 1978), egli può attuare comportamenti volti al reperimento di informazioni relativi al mondo circostante (Ainsworth, 1967; Ainsworth et al., 1978). Il sistema di paura, invece, è antecedente all'attivazione del sistema di attaccamento e viene vissuto dal bambino nel momento in cui percepisce stimoli pericolosi (Bowlby, 1973). Se la figura di attaccamento si mostrerà sensibile e responsiva, l'emozione del bambino decremerà, si ridurrà progressivamente (Fonagy, Gergely, Jurist e Target, 2002). Il

sistema di accudimento, infine, rappresenta la risposta speculare del genitore al comportamento di attaccamento del bambino garantendo vicinanza, benessere e protezione a quest'ultimo.

Il *comportamento di attaccamento* ha esordio intorno ai sei mesi, momento in cui il bambino, riconoscendo la madre, tende a mantenerne la vicinanza attraverso comportamenti quali il pianto (se la madre si allontana) o il sorriso (se si avvicina). Bowlby (1969, 1973, 1980) individua quattro fasi nello sviluppo del legame di attaccamento fra bambino e il caregiver: *pre-attaccamento*, *formazione dell'attaccamento*, *attaccamento vero e proprio*, e *attaccamento corretto*. La fase del *pre-attaccamento* (0-2 mesi) è caratterizzata dai cosiddetti "precursori dell'attaccamento" che riguardano tutti quei comportamenti che il neonato mette in atto all'avvicinarsi di qualsiasi essere umano. Sono comportamenti universali, specie-specifici e innati e comprendono sia l'orientamento (volgere il capo verso la persona, seguirla con lo sguardo) sia la segnalazione (il pianto, il sorriso, la suzione, etc.). Tali azioni non sono rivolti verso una persona specifica, in quanto la capacità di discriminazione è assente o comunque limitata.

La fase della *formazione dell'attaccamento* (2-7 mesi circa) è caratterizzata dalla combinazione dei comportamenti di orientamento e di segnalazione che rivolge verso una o più figure preferenziali, pur mostrando atteggiamenti amichevoli verso tutte le persone.

L'instaurarsi dell'*attaccamento vero e proprio* spazia tra i 7 mesi e i 2 anni circa, è direzionato verso figure selezionate che si prendono cura del bambino (grazie all'acquisizione sul piano cognitivo della permanenza dell'oggetto e il nesso causa-effetto), e al contempo compaiono diffidenza e timore verso persone non familiari. Si sviluppano i comportamenti di avvicinamento e di mantenimento del contatto (ad esempio l'aggrapparsi), i quali, insieme agli altri comportamenti, si organizzano in un modello finalizzato al mantenimento della vicinanza al caregiver.

La fase dell'*attaccamento corretto* (dopo i 2 anni) è caratterizzata da una maggiore maturità della relazione fra madre e bambino che si manifesta nella reciprocità. Il bambino è in grado di contribuire attivamente alla relazione, essendo capace di intuire

i sentimenti, le motivazioni, gli scopi del caregiver e le modalità utilizzate per raggiungerli.

Secondo Bowlby (1973), attraverso l'esperienza all'interno delle relazioni con il caregiver nei primi anni di vita, ogni individuo costruisce, a livello cognitivo, dei "modelli operativi del mondo e di se stesso nel mondo con l'aiuto dei quali percepisce gli eventi, prevede il futuro e costruisce i propri programmi" (1973, pp. 259-260). Questi *Modelli Operativi Interni* (MOI – *Internal Working Models*) sono rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure d'attaccamento e dell'ambiente, come pure delle relazioni che li legano, che si mantengono relativamente stabili nel tempo. Tali rappresentazioni, generalizzazioni dell'esperienza relazionale vissuta dal bambino con la madre vengono conservate nella memoria creando delle aspettative le quali fungono da modelli che guidano l'individuo nel rapportarsi con l'esterno: nella pianificazione delle azioni e delle relazioni, e a prevederne gli esiti futuri. Si ritiene che Bowlby, nella formulazione dei MOI, sia stato influenzato dalla concettualizzazione piagetiana di *schema cognitivo* (Piaget, 1980). Quando parla di schema, Bowlby (1969) introduce un termine mutuato dalla psicologia cognitiva, indicando con esso la necessità degli animali superiori di una mappa o modello del mondo tale per cui poter fare predizioni corrette e di controllare e manipolare il loro ambiente. La mappa è una rappresentazione sia cognitiva sia affettiva essendo influenzata dal bisogno di difendersi da sentimenti dolorosi (Piaget, 1980; Neisser, 1976; Wallin, 2007). Le ricerche sull'attaccamento hanno dimostrato che per lo sviluppo dei MOI sono importanti le esperienze reali, sia presenti che passate (Bowlby 1969, 1973, 1980). Inoltre, Bowlby (1980) riteneva che i modelli rappresentativi interni fossero "multipli", in quanto rispecchiavano le diverse relazioni che il bambino strutturava (madre, padre, nonni, fratelli, altri adulti), e che fossero, di conseguenza, caratterizzate da specifiche funzioni cognitive, in particolare dall'uso differente dei sistemi di memoria (come quella procedurale, quella semantica o quella episodica). Pur essendo generalmente stabili nel corso della vita, i MOI possono riorganizzarsi e modificarsi, in particolar modo grazie alle esperienze significative che l'individuo sperimenta nel corso del ciclo vitale (Crittenden, 1999). In sintesi, i MOI sono caratterizzati da due dimensioni: la *ricerca*

di protezione nei confronti dei pericoli (Bowlby, 1969; Ainsworth, Bell e Stayton, 1974) e lo sviluppo della *capacità di esplorazione* (Ainsworth et al., 1969; Bowlby, 1988; Grossmann, Grossmann e Zimmermann, 1999). Entrambe sono, poi, influenzate dalla qualità della relazione di attaccamento e del conseguente effetto di base sicura. Nella prima dimensione, la ricerca di protezione, sono compresi e analizzati i comportamenti di attaccamento (ricerca della vicinanza, protesta per la separazione) e le conseguenti reazioni difensive di adattamento (come il distanziamento e l'evitamento) che si manifestano nelle situazioni di pericolo. La seconda dimensione risulta la naturale conseguenza della presenza di una base sicura e, quindi, in situazioni in cui l'individuo può manifestare sicurezza, fiducia, curiosità e interesse nell'esplorazione dell'ambiente e nei confronti delle nuove esperienze.

Grazie al lavoro della Ainsworth (Ainsworth et al., 1974), con l'introduzione della *Strange Situation Procedure* (SSP – Ainsworth e Witting 1969), è stato possibile osservare, articolare e descrivere le differenze individuali nei comportamenti di attaccamento, identificando inizialmente tre patterns: uno *sicuro* (B) e due insicuri - l'*insicuro evitante* (A) e l'*insicuro ambivalente o resistente* (C).

Il MOI sicuro è caratterizzato da una rappresentazione unitaria, coerente ed organizzata di sé e della figura d'attaccamento, in cui le emozioni e i sentimenti provati dal Sé sono valutate positivamente perché validati da una figura di attaccamento disponibile, affidabile e, soprattutto, sensibile. Il concetto di *sensibilità materna* è stato elaborato dalla Ainsworth (1979) definendo un comportamento di cura sensibile come la capacità della madre di percepire i segnali del bambino, di comprenderli e di rispondervi in maniera pronta ed adeguata ai bisogni evolutivi ed emotivi del bambino (*responsività sensibile*). Attraverso l'Adult Attachment Interview (George, Kaplan e Main, 1985), nell'adulto, tale configurazione si definisce *autonoma* in quanto caratterizzata dal libero accesso alla coerente memoria (episodica e semantica) della propria storia di attaccamento.

Nell'attaccamento insicuro-evitante, il MOI comprende un'aspettativa di svalutazione, di rifiuto (per certi versi anche rabbioso) o di risposte inefficaci da parte del caregiver (vissuto come intrusivo, rifiutante e svalutante) durante la ricerca di intimità emozionale, che porta il bambino ad anestetizzare il sistema di attaccamento,

esprimendo, di conseguenza, il meno possibile i propri bisogni, sentimenti ed emozioni (Bowlby, 1988). Il bambino sviluppa una precoce autonomia (“devo essere autosufficiente, l’ambiente è inaccessibile”) per la paura e il timore della delusione da parte della figura di riferimento. Nell’adulto, si parla di attaccamento *distanziante* caratterizzato dalla rievocazione fredda e distaccata (svalutante o idealizzante) di episodi intensi della propria storia infantile pur presentando un’elevata attivazione psicofisiologica, rilevata sperimentalmente, ma negata verbalmente dal soggetto (Cassidy e Kobak, 1988).

Il pattern insicuro-ambivalente si manifesta con MOI caratterizzati da aspettative relazionali incerte dipendenti dal grado di amabilità che riusciranno a dimostrare alla figura di attaccamento (“devo farmi accettare dall’ambiente”). Tale stato porta il bambino ad un’abnorme attivazione del comportamento di attaccamento (Bowlby, 1988) derivante dall’imprevedibilità della relazione con caregiver che oscilla dall’inconsistenza (incapacità a comprendere i segnali emessi dal bambino) all’invadenza (propensione all’intromissione forzata all’interno dei momenti d’intimità del bambino). In tale stato, il bambino si sente inibito in ogni comportamento esplorativo autonomo rimane confinato in quanto obbligato a controllare la vicinanza materna con la quale si rapporta alternando rabbia e accondiscendenza. Di conseguenza, a livello cognitivo, vi è l’evitamento di ciò che è nuovo, insolito, diverso dal conosciuto. Nell’adulto, si parla di attaccamento *preoccupato* quando, durante il racconto della propria storia di attaccamento, gli individui manifestano un eccessivo invischiamento negli episodi infantili sintomatico del mancato raggiungimento dell’autonomia adulta (Lorenzini e Sassaroli, 1995).

Gli studi di Main e Solomon (1990) hanno permesso di individuare l’attaccamento disorientato/disorganizzato (D), introdotto successivamente per codificare quei comportamenti che non rientravano nelle precedenti categorie e che apparivano incoerenti, paradossali, apparentemente afinalistici (Ammaniti e Stern, 1992; Bowlby, 1988; Liotti, 1994/2005; Rezzonico e Ruberti, 1996) caratteristici del rapporto con un caregiver spaventato/spaventante (e/o aggressivo) ad ogni tentativo di avvicinamento del bambino (Hesse e Main, 2006), il quale sviluppa una conseguente rappresentazione di sé e del caregiver come privi di risorse, minacciose o fuori

controllo (Bretherton, 1990) . Brevemente, si può affermare come il pattern di attaccamento disorganizzato possa essere concettualizzato come una rottura nella strategie di regolazione emotiva che perdono, di conseguenza, di efficacia nella gestione e regolazione dello stress. Main e Solomon (1990) elencano i principali comportamenti evidenziati da tali bambini:

- ◆ Progressiva manifestazione di comportamenti contraddittori
- ◆ Manifestazione simultanea di comportamenti contraddittori
- ◆ Movimenti incompleti o non direzionati
- ◆ Comportamenti stereotipati o posture anomale
- ◆ Movimenti rallentati, congelamento (*freezing*) e immobilizzazione
- ◆ Indici diretti di paura del genitore (curvare le spalle o espressioni facciali di paura)
- ◆ Comportamenti disorientati, in particolar modo alla vista del caregiver

I MOI di questi bambini sono contraddistinti da rappresentazioni molteplici, incompatibili e incoerenti del Sé e della figura di attaccamento (Main ed Hesse, 1992). Lo stile cognitivo è orientato all'ostilità verso l'altro ("l'ambiente è minaccioso") che è da ignorare e sopraffare. Il corrispondente pattern adulto è quello irrisolto, tipico di coloro che sono vincolati nell'elaborazione di gravi eventi traumatici o luttuosi o con disturbi affettivi maggiori (Main e Hesse, 1992) i quali manifestano, inconsciamente e automaticamente, comportamenti spaventanti durante gli scambi relazionali con i loro figli (esempi sono l'entrare in trance, il cercare sicurezza e conforto nel figlio, l'ibernamento, espressioni facciali o movimenti spaventanti - Perry, Pollard, Blakely, Baker e Vigilante, 1995). Tali manifestazioni unite alla conseguente irresponsività ai bisogni del piccolo spaventeranno quest'ultimo rendendolo ipervigile o disorganizzato sulla base della valutazione che egli farà della disponibilità materna. Il sistema di attaccamento verrà irrimediabilmente bloccato. La presenza del bisogno di accudimento porta il bambino a confrontarsi con una situazione paradossale e insolubile nella quale la figura di attaccamento rappresenta allo stesso tempo la base sicura ma anche la minaccia e il pericolo dal quale fuggire (Main e Hesse, 1992; Main, 1991). La mancanza di vie

d'uscita comportamentali conduce ad un crollo delle strategie d'azione che diventano disorganizzate/disorientate.

1.4.1 Il contributo dell'*Infant research*

È grazie all'apporto fornito dall'*infant research* che, a partire dagli anni Sessanta, si è dimostrato il ruolo centrale svolto dal bambino nella co-costruzione degli scambi interattivi con il proprio caregiver, contribuendo così attivamente al suo sviluppo socio-emotivo (Meltzoff e Moore, 1977, 1997; Stern, 1985, 2005; Trevarthen, 1999). Tale assunto, infatti, ha favorito l'emergere di strumenti e paradigmi che permettessero lo studio empirico della qualità e delle caratteristiche sia delle interazioni bambino-caregiver dia dello scambio comunicativo, presupponendo che la diade sia la matrice relazionale primaria per il successivo sviluppo sociale ed emotivo del piccolo.

Secondo Trevarthen (1998, 2003, 2005), infatti, gli esseri umani posseggono intrinsecamente, già dalla nascita, una motivazione e predisposizione innata ad entrare in contatto con le emozioni espresse dagli altri e a condividere con loro le proprie. Osservazioni micronalitiche delle interazioni spontanee faccia a faccia tra madre e bambino, nel secondo mese di vita, evidenziano proprio come il neonato sia in grado di reagire in maniera contingente alle vocalizzazioni ed espressioni facciali materne la quale, a sua volta, interpreta correttamente lo stato emotivo del bambino tenendolo coinvolto in uno scambio reciproco, dando origine a delle vere proprie comunicazioni (Trevarthen, 1979; Trevarthen, Kokkinaki e Fiammenghi, 1999). Questo tipo di condivisione sono indicative dello sviluppo di prime forme di intersoggettività, termine introdotto da Trevarthen nel 1979 per indicare l'esperienza di condivisione delle esperienze soggettive con un altro essere umano all'interno di scambi comunicativi interpersonali (Trevarthen, 1979, 1993, 1998).

Attraverso il modello diadico-sistemico sviluppato da Sander (1977, 1985, 1995), gli scambi che l'individuo ha con l'ambiente seguirebbero un processo di mutua regolazione. La stessa cosa vale per la relazione bambino-caregiver, considerata un macrosistema che guida l'organizzazione comportamentale del bambino all'interno della quale sia il bambino sia il caregiver rappresentano, a loro volta, dei sistemi

viventi, dotati di competenze auto-regolatorie e auto-organizzative, come ad esempio la capacità di regolare e organizzare i propri stati interni (Beebe e Lachmann, 1998). In questo modo, lo scambio comunicativo tra bambino e caregiver si struttura come una interazione costante e dinamica tra auto-regolazione e regolazione interattiva (Sander, 1977). La modalità con cui la diade negozia e articola lo scambio comunicativo determinerà lo sviluppo, in entrambi i partner, di un modello di previsione e le aspettative rispetto al comportamento dell'altro (Sander, 1975). Riassumendo, quindi, attraverso la danza interattiva all'interno della relazione, e soprattutto grazie alla capacità del caregiver di essere sensibile e responsivo, il bambino svilupperà una maggiore consapevolezza dei propri stati interni e la percezione di un senso del Sé come agente attivo nell'interazione con gli altri. Ampliando il contributo di Sander, Tronick (1989, 1998, 2005) ha esplicitato come la danza comunicativa degli affetti così come la mutua regolazione all'interno della diade permettesse altresì lo sviluppo e la progressiva complessificazione, in entrambi i membri, degli stati di coscienza (Beebe e Lachmann, 1998; Tronick, 1989). In questo modo, il processo di mutua regolazione si riferisce quindi alla capacità di ciascun partner di riconoscere e comprendere le espressioni emozionali e affettive e i segnali degli altri, il compito del caregiver sensibile e responsivo è quello di aiutare il bambino in questo compito ponendosi come sostegno emotivo (*scaffolding* - Bruner, 1975) garantendo, così, al piccolo il raggiungimento di un livello più complesso di organizzazione degli stati di coscienza (Tronick, 1998; Beebe e Lachmann, 1998; Tronick, 1989).

Infine, a partire dalle concezioni proposte da questi autori, e sostenuti dalle evidenze empiriche, Beebe e colleghi (Beebe e Lachmann, 2002) hanno proposto un modello di bilanciamento tra autoregolazione e la regolazione interattiva (Beebe e Lachmann, 2002) secondo il quale la qualità della esperienza interattiva risiederebbe in oscillazioni tra l'autoregolazione (in presenza di momenti di rottura in cui il caregiver non è in grado di essere sensibile e responsivo fungendo da *scaffolding*) e la regolazione interattiva (in presenza di un caregiver sensibile e responsivo), le quali sono in grado di garantire livelli ottimali di attenzione, attivazione ed esperienza

affettiva nel bambino contribuendo allo sviluppo dell'esperienza personale ed interpersonale di quest'ultimo (Lavelli, 2007).

«La corretta interpretazione dei segnali e delle richieste, anche implicite, del bambino si basa sulla tendenza della madre a non produrre distorsioni di significato in base alle proprie aspettative o inferenze, in quanto si fonda su una predisposizione empatica ed accogliente, che tiene conto soprattutto della lettura del suo stato affettivo (Stern, 1985)» (Tambelli et al., 2010). Infatti, relazioni primarie con caregiver poco sensibili o responsivi (insicuri), incapaci di creare uno *scaffolding* durante gli scambi affettivi del bambino siano la causa di alcune forme di psicopatologia, ad esempio i disturbi del comportamento alimentare come confermato sia dalla prospettiva dell'attaccamento sia dall'infant research (Ammaniti, 2001; Dazzi e Speranza, 2005; Lichtenber, 1989; Liotti, 1993, 1999a; Sander, 1977; Sameroff ed Emde, 1989; Stern, 1989). Ciò determina la nascita di deficit nelle funzioni cognitive e metacognitive relative all'elaborazione dei vissuti emotivi, portando ad una disconnessione della componente emotiva dai correlati fisiologici e comportamentali rendendo il soggetto incapace di usarle come guida nella strutturazione di comportamenti rispondenti al sistema ambientale attivante (Caretti, Craparo, Ragonese e Schimmenti, 2005). Le emozioni diventano *emozioni traumatiche*.

1.5 Attaccamento e Disturbi dell'Alimentazione

Assunto ormai consolidato, nel campo della psicologia clinica e della psichiatria, concerne l'impatto significativo della qualità delle relazioni di attaccamento sui problemi di salute mentale, in particolare per lo sviluppo dei Disturbi dell'Alimentazione (DCA). Una review degli studi empirici che hanno analizzato tale legame, hanno adoperato l'Adult Attachment Interview (George, Kaplan e Main, 1986), danno un'idea della distribuzione dei pattern di attaccamento nei DCA, anche se i risultati non sono comparabili tra loro (Tab.1- tratta da Daae Zachrisson e Finn Skårderud, 2010). All'interno di questo campione composto da 233 studi, si evidenzia come la classificazione "preoccupata" e quella "evitante" risultano quelle maggiormente prevalenti in soggetti con DCA. Una eccezione è posta dallo

studio di Barone e Guiducci (2009) il quale evidenzia una prevalenza anche della categoria “non classificabile”. In generale, come la tabella chiaramente mostra, la prevalenza dell’attaccamento sicuro risulta basso in tutti i sottotipi diagnostici. La review in oggetto è lo studio più recente reperito relativo alla relazione tra AAI e DCA e fornisce una panoramica di dati empirici a sostegno di questa relazione. Gli autori (Daae Zachrisson e Finn Skårderud, 2010), comunque, affermano come questa sia comunque ad uno stadio iniziale, e che ulteriori studi sono necessari per chiarire tale rapporto, in particolare sviscerare il contributo fornito dall’attaccamento disorganizzato nel disturbo.

Table 1 Distribution of attachment patterns derived from published studies using the Adult Attachment Interview, within diagnostic categories of eating disorders

| Study | N | Diagnoses | Attachment pattern (%) | | | | | Coding system | Sample characteristics |
|------------------------------|----|-----------|------------------------|----|-----|-----------------|-------------------------------|---|------------------------|
| | | | D | F | E | Cc/U | | | |
| (Fonagy et al., 1996) | 14 | ED | 29 | 7 | 64 | 93* | Main and Goldwyn ¹ | Part of British general psychiatric sample. Comorbidity not reported. Diagnostic interviews | |
| (Cole-Deke & Kobak, 1996) | 12 | ED | 67 | 25 | 8 | | Kobak ² | US undergraduate students. Includes study of comorbidity. Questionnaire-based diagnoses | |
| (Saltzman, 1997) | 19 | ED + depr | 26 | 21 | 53 | | Self-made | US college students. Diagnostic procedure unclear | |
| (Candeloni & Crocca, 1998) | 7 | AN | | | 100 | | | US college students. Diagnostic procedure unclear | |
| | 12 | AN-R | 58 | 17 | 8 | 17 | Main and Goldwyn ¹ | Italian ED patients. Comorbidity and diagnostic procedure unknown. 50% males | |
| | 12 | AN-B | 8 | 17 | 50 | 25 | | | |
| | 12 | BN | 8 | 17 | 67 | 8 | | | |
| (Ramacciotti et al., 2001) | 6 | AN-R | 33 | 17 | 50 | | Main and Goldwyn ¹ | Italian ED outpatients. No comorbidity. Diagnostic interviews | |
| | 5 | AN-B | 20 | 60 | 20 | | | | |
| | 2 | EDNOS | 100 | | | | | | |
| (Ward et al., 2001) | 6 | AN-R | 83 | | 17 | 17* | Main and Goldwyn ¹ | British inpatients. Comorbidity and diagnostic procedure unknown | |
| | 14 | AN-B | 72 | 7 | 21 | 50 | | | |
| (Ringer & Crittenden, 2007) | 20 | AN-R | 15 | 0 | 35 | 50 ¹ | DMM ³ | Mixed Australian clinical and community sample. Comorbidity and diagnostic procedure unknown | |
| | 16 | AN-B | 26 | 0 | 37 | 37 | | | |
| | 26 | BN | 4 | | 69 | 27 | | | |
| (Zachrisson & Kulbäck, 2006) | 11 | AN-R | 45 | 0 | 18 | 37 | DMM ³ | Danish in- and outpatients. Comorbidity unknown, but psychiatric symptoms are reported. Diagnostic interviews | |
| | 9 | AN-B | 22 | 0 | 45 | 33 | | | |
| (Barone & Guiducci, 2009) | 10 | AN | 30 | 30 | 40 | | 40 | Italian outpatients. Comorbidity unknown. Diagnoses by expert clinicians | |
| | 10 | BN | | 50 | | | 30 | | |
| | 10 | BED | | 70 | | | | | |

* The U category is used supplementary to the other categories.

¹Crittenden's Dynamic Maturational Method classifies combinations of Type D and Type E patterns in a separate category, called Type A/C. This is in broad terms similar to the Cc category, but not overlapping. Ringer and Crittenden (2005) claim that many AAI classified as Type D or Type E according to the DMH would be classified as Cc according to the Main and Goldwyn method.

²(Main & Goldwyn, 1984)

³(Kobak, 1993).

⁴(Crittenden, 2002).

CAPITOLO 2

LA NATURA DEL TRAUMA

La realtà si è imposta obbligando a riconoscere che lo sviluppo infantile è fortemente influenzato dall'ambiente come il caso delle carenze, dei traumi e degli abusi che lasciano segni indelebili nella psiche non ancora matura del bambino.
(Ammaniti, 2009, pp. 36-37)

Trauma è una parola che deriva dal greco *trayma* che significa perforamento-trafittura; è connesso col termine *ti-trao* che indica foro-perforo, mentre la radice tar=tra rimanda all'atto di muovere, passare al di là. Fondamentalmente, il concetto di trauma è strettamente connesso al concetto di "ferita", e per ciò che concerne il trauma psicologico si parla di "ferita dell'anima". Comunque sia, si tratta di una lacerazione dovuta ad un forte impatto a livello sia fisico che psicologico, un impatto che sembra aprire un profondo solco, uno spartiacque tra un "prima" e un "dopo", quasi fosse impossibile ricreare un continuum nella propria esistenza. Caretti e Capraro (2008) definiscono il trauma psicologico come una «reazione psichica, da intendere come una ferita causata da un fattore traumatico (stressor), che comporta primariamente l'essere sopraffatti da emozioni angoscianti e intollerabili, e tutto il coinvolgimento della persona per poterle gestire» (p.11).

Sulla base dei criteri utilizzati per classificare l'esperienza traumatica, è possibile distinguere tre possibili gruppi di manifestazioni psicologiche di un trauma:

- * Trauma puntiforme: originato da un evento violento e altamente stressante (per esempio, morte, violenza fisica e psichica di cui il soggetto può aver avuto sia esperienza diretta sia l'esserne stato testimone di esperienze che abbiano minacciato l'integrità di altri significativi e, infine, sia l'essere venuti

a conoscenza di eventi del genere vissuti da altre persone – DSM-IV – APA, 1994).

- * Trauma cumulativo: esperienze traumatiche ma non così eclatanti come le precedenti (microtraumi) che si originano nelle prime fasi dello sviluppo e che si ripetono stabilmente nel tempo (per esempio trascuratezza psicologica e maltrattamento).
- * Trauma relazionale precoce (Schoore 2003, 2009): esperienze che coinvolgono la dimensione relazionale disorganizzata e disorganizzante tra il bambino e chi se occupa (caregiver) che comporta sostanzialmente una sorta di rispecchiamento della paura che dal genitore si traspone al bambino, il quale vive una disorganizzazione dell'attaccamento (la persona dalla quale farsi proteggere è la stessa dalla quale fuggire).

Il trauma, inoltre, può essere considerato dal punto di vista dimensionale: esiste infatti una dimensione oggettiva e soggettiva del trauma. La prima è intrinseca all'evento stesso e fa riferimento a tutte quelle esperienze giudicate universalmente (oggettivamente) traumatiche. La dimensione soggettiva fa riferimento alla valutazione e reazione personale dell'evento da parte del soggetto che ne fa esperienza. Il modo in cui il soggetto risponde al trauma dipende «dal modo in cui il soggetto mentalizza le emozioni dell'evento traumatico, dal modo in cui le elabora e vi reagisce. L'esperienza traumatica mette quindi in modo le dinamiche soggettive del sistema di ricerca di aiuto, di conforto e di protezione: vale a dire del sistema di attaccamento e del modello operativo interno che lo regola» (Caretto e Capraro, 2008, p. 12).

2.1 Il trauma infantile

La letteratura odierna evidenzia come esperienze di abuso emotivo (osservabile sottoforma di frequenti ricatti affettivi o rifiuti e marcata avversione verso il bambino) e di trascuratezza emotiva (la deprivazione emotiva o l'assenza di caregiver responsivi e sensibili che educino il piccolo ad un sano sviluppo emozionale) vissuti nell'infanzia si associ ad esiti evolutivi negativi (Spertus,

Yehuda, Wong, Halligan e Seremetis, 2003). In effetti, lo studio di Meston e colleghi (Meston, Heiman e Trapnell, 1999) ha evidenziato come esperienze precoci di abuso emotivo siano associate a disfunzioni sessuali in studenti universitari maschi. Un altro lavoro (Briere e Runtz, 1988) si è evidenziato come, in un campione di donne universitarie, esperienze di abuso emotivo vissute da parte della figura paterna siano un predittore significativo di ansia, depressione e dissociazione in queste donne. Si parla, in questi casi di trauma evolutivo, cioè dell'esperienza di eventi traumatici che si verificano ripetutamente e cumulativamente, di solito per un certo periodo di tempo, e in relazioni e contesti specifici (Courtois, 2004). Esperienza di abuso (sessuale, emozionale e fisico) e di abbandono (fisica ed emotiva) vissute nell'infanzia costituiscono forme tipiche di trauma cronico (Sar, 2010). Non raramente capita che la presenza di disfunzionalità all'interno della famiglia, quale può essere la disregolazione affettiva tra i membri, potrebbe essere vissuta in maniera traumatica e traumatizzante dai figli (Ozturk e Sar, 2005).

In particolare, fenomeni relativi alla trascuratezza emotiva hanno un notevole impatto sullo sviluppo emotivo del bambino, potendo generare nel tempo una vulnerabilità del Sé che si accompagna ad un attaccamento insicuro, una bassa autostima, un'accentuata autocritica, una percezione negativa delle proprie abilità, una tendenza all'isolamento, e una bassa inclinazione a confidarsi. Ma procediamo per ordine. Già precedentemente si è evidenziato come i caregiver giochino un ruolo centrale nel modulare l'attivazione fisiologica dei bambini fornendo un equilibrio tra la stimolazione e il conforto il quale si riflette in una regolazione tra il gioco e l'attività esploratoria. Stern (1985) definisce il processo che viene a costituirsi tra i due membri della diade: *sintonizzazione affettiva*. La capacità della madre (o FdA) di entrare in *risonanza affettiva* con il figlio, infatti, implica una sua compartecipazione allo stato affettivo interno esperito dal piccolo e di sapervi rispondere in maniera pronta, sensibile ed efficace. Il piccolo impara così a comunicare i propri bisogni e a distinguere la realtà interna (quello che lui prova) dalla realtà esterna (cosa gli altri percepiscono rispetto a quello che lui prova) sviluppando un attaccamento sicuro e un senso di continuità del Sé. «Le esperienze di reciprocità nelle prime fasi evolutive favoriscono i processi di integrazione dei sistemi di risposta emotiva:

neurofisiologico, comportamentale-espressivo, cognitivo-esperienziale. Tale integrazione permette al soggetto di poter tradurre le emozioni in unità dotate di significato (sentimenti), le quali possono essere modulate e diventare così oggetto di comunicazione verbale con l'ambiente esterno». (Caretti, Craparo, Ragonese e Schimmenti, 2005, p.171). I genitori che, invece, sono emotivamente assenti, fraintendono, ignorano o rispondono intrusivamente ai bisogni dei propri piccoli, li espongono a vissuti estremamente dolorosi e traumatici dove neanche l'ambiente esterno può aiutarli, influenzando irrimediabilmente lo sviluppo psicologico favorendo la manifestazioni di problematiche psicologiche, comportamentali e fisiche. Con la percezione di un ambiente esterno minaccioso, i piccoli avranno difficoltà a chiedere aiuto nonostante non riescano da soli a modulare tale sofferenza. Non riusciranno così ad organizzare e a categorizzare le esperienze in modo coerente sviluppando gravi deficit nell'autoregolazione emotiva. «Non avendo la possibilità di formulare ciò che osservano e sperimentano [se il trauma si sviluppa all'interno della famiglia che dovrebbe invece garantirgli sicurezza e protezione], i bambini traumatizzati organizzeranno il loro comportamento intorno all'idea di mantenere il segreto, di contrastare la loro impotenza con atteggiamenti di compiacenza o di ribellione e di adattarsi in ogni modo possibile al fatto di essere intrappolati in situazioni di abuso o di trascuratezza (Summit, 1983)» (van der Kolk, 2008, p. 85). Relazioni primarie fallimentari possono, così, generare deficit nei piccoli della funzione riflessiva ossia della capacità di interpretare e prevedere il proprio ed altrui comportamento in termini di ipotetici stati mentali, e di integrarli con la componente affettiva. Il costrutto rappresenta l'operazionalizzazione a scopo di ricerca del concetto di "mentalizzazione" (Fonagy et al. 2002; Fonagy e Target 2003), con il quale si indica la capacità di rappresentarsi gli stati mentali propri e altrui e di comprendere il comportamento interpersonale in termini psicologici. In questo modo, i figli diventano *wise baby* (Ferenczi, 1932), cioè sviluppano una saggezza sproporzionata all'età e una sproporzionata sensibilità verso gli altri e i loro bisogni a discapito del Sé, nel tentativo di indovinare e beccare l'umore giusto nel caregiver cercando di sopravvivere alla sua imprevedibilità. In sintesi, legami d'attaccamento disfunzionali o inadeguati possono compromettere gli esiti evolutivi dei piccoli

andando a danneggiare sia la capacità di regolare l'affettività sia l'abilità di utilizzare le relazioni interpersonali per la modulazione degli stati affettivi interni. In effetti, in pazienti psichiatrici con un trauma infantile è possibile riscontrare la presenza di un quadro sintomatologico variabile caratterizzato da: paura, depressione, colpa, vergogna, rabbia, ostilità, episodi dissociativi, comportamenti sessuali ed alimentari inappropriati. A lungo termine, le conseguenze possono implicare uno scarso controllo dell'impulsività, sentimenti di auto-accusa, senso di vuoto, scarsa autostima e fiducia in se stessi, abuso di sostanze, comportamenti autolesionistici e problemi alimentari.

La prospettiva cognitivo-evoluzionista evidenzia come l'elemento psicologico traumatico centrale sia attribuibile alla perdita di fiducia che esista un ordine e una continuità nella esperienza soggettiva. La presenza di una base sicura favorisce la controllabilità del mondo esterno, ed in presenza di situazioni le cui strategie immature di coping del piccolo non ne permettano il fronteggiamento, come ad esempio il trauma, la presenza di una figura significativa in grado di filtrare tale informazioni e restituirle al piccolo in modo tale che siano per lui comprensibili. Il trauma impone, quindi, uno stravolgimento ed un conseguente riassetto delle strutture mentali preesistenti, le quali presuppongono lo sviluppo, nei primi anni di vita, di adeguati schemi cognitivo-affettivi, che regolano la percezione di sé, dell'altro e delle relazioni interpersonali. Schemi che si generano grazie alla relazione con la figura significativa.

In sintesi, risulta comprensibile come “la forma di trauma psicologico più precoce, e forse più dannosa, sia la perdita di una base sicura” (Van der Kolk, 1987). È possibile ipotizzare, quindi, come la presenza di più eventi traumatici evolutivi sfoci in un trauma cumulativo, il quale può avere un notevole impatto evolutivo nello sviluppo individuale, anche se sono necessari ulteriori dati di ricerca a suffragio di quella che rimane attualmente solo un'ipotesi molto plausibile, anche in pazienti con disturbi del comportamento alimentare (Manara e Caruso, 1997).

2.2 Trauma emotivo e Disturbi dell'Alimentazione

I dati della ricerca, evidenziano come una cospicua percentuale (dal 30 al 50%) di persone con DCA ha subito traumi in età evolutiva. Si potrebbe supporre che la presenza di abusi sessuali e altre forme di maltrattamento infantile (abuso fisico, maltrattamento psicologico, incuria e violenza assistita) in età precoce avrebbero un ruolo nel predisporre le persone a sviluppare DCA (Putnam, 1997). In particolare, Speranza e Alberigi (2006) hanno sottolineato come solo di recente gli studi sui DCA abbiano preso in considerazione la presenza di maltrattamento fisico, psicologico e trascuratezza. In parte, la mancanza di ricerca in tale aspetto è dovuta alla difficoltà nel definire tale esperienza in maniera clinicamente chiara e non univoca. L'abuso emotivo non è identificabile con comportamenti specifici effettuati da un colpevole, e le definizioni, quindi, tendono a dipendere dalla percezione della vittima rispetto alle intenzioni e ai pensieri di chi ha commesso l'abuso (Waller, Corstorphine e Mountford, 2007). Waller e colleghi (Waller et al., 2007) caratterizzano l'abuso emotivo in due tipi di credenze, clinicamente rilevanti: a) ipotesi circa la possibilità e accettabilità nell'esprimere le proprie emozioni (ad esempio: "Se dico che sono triste, ci saranno conseguenze negative") e b) le credenze negative di base del sé (ad esempio, "io non sono amabile"). Esaminando la letteratura sulla relazione tra l'abuso emotivo e DCA, Kent e Waller (2000) hanno riscontrato la presenza di un qualche legame tra tale violenza e il disturbo, nonostante abbiano anche sottolineato la presenza di pecche nelle ricerche visionate (scarsa coerenza nelle definizioni, misure utilizzate o popolazioni studiate). All'interno di uno dei pochi studi, anche se inerente ad una popolazione non clinica, che confronta le diverse forme di traumi emotivi e i DCA, Kent e colleghi (Kent, Waller e Dagnan, 1999) hanno dimostrato come l'abuso emozionale sia predittivo del DCA rispetto all'abuso sessuale e fisico. Inoltre, i risultati affermano ancora come questa associazione sia stata mediata dal successivo sviluppo di ansia e di dissociazione. In riferimento ai campioni clinici di pazienti DCA, studi evidenziano il ruolo di antecedente svolto dall'abuso emozionale nei confronti dell'abuso sessuale (Rorty, Yager e Rossotto, 1994). Tuttavia, si tratta di uno studio preliminare che necessita di ulteriori evidenze e sviluppi futuri prima di

effettuare conclusioni sull'influenza delle diverse forme di trauma (Waller et al., 2007).

In conclusione, risulta maggiormente efficace nella clinica considerare l'abuso emotivo come uno dei fattori (così come accade per tutte le altre forme di trauma) che predispongono l'individuo allo sviluppo del DCA (insieme a fattori genetici, temperamento, esperienze sociali successive, fattori di personalità) (Waller et al., 2007).

2.2.1 L'invalidazione emotiva

Elemento centrale dell'abuso emotivo è l'invalidazione emotiva, visibile, come abbiamo visto, nell'attaccamento insicuro e disorganizzato nel quale il caregiver ignora o risponde in maniera disfunzionale alle richieste e bisogni del piccolo. Così, specularmente, l'infante vede i suoi bisogni minimizzati o, addirittura, ignorati (Waller et al., 2007).

Il concetto di "ambiente invalidante" è stato proposto all'interno della Terapia dialettico-comportamentale (DBT, Linehan, 1993), originariamente sviluppata per individui con disturbo di personalità borderline (Waller et al., 2007).

Linehan (1993) definisce tre tipologie di ambienti invalidanti:

- ◆ *L'ambiente caotico*, in cui i genitori sono spesso indisponibili fisicamente o emotivamente a causa di fattori quali l'abuso di sostanze, la presenza di una patologia mentale, problemi di salute o motivi economici. La risposta del genitore alle richieste del piccolo è mediata dalla rabbia.
- ◆ *L'ambiente perfetto*, nel quale il genitore manifesta angoscia o rabbia in risposta ai segnali emotivi espressi dal bambino (ad esempio, la paura, sconvolto, o rabbia) che gli suggerisce, indirettamente, che non ci sono validi motivi per stare in quel modo. Di conseguenza, il bambino impara che affinché il genitore non si arrabbi, è meglio se sopprime le emozioni.
- ◆ *L'ambiente tipico*, in cui i genitori incoraggiano nel piccolo il controllo sulle emozioni, il raggiungimento del successo e la realizzazione personale. Il tema centrale è "comportarsi come un adulto".

Tali ambienti non sono mutualmente escludenti, ma anzi spesso co-occorrono.

Il costrutto di invalidazione emotiva è stato oggetto di numerose ricerche che hanno cercato di comprendere i processi e l'impatto dell'abuso infantile (ad esempio, Kinzler, Traweger, Guenther e Biebl, 1994; Krause, Mendelson e Lynch, 2003; Mountford, Corstorphine, Tomlinson, e Waller, 2007), anche se non è ancora chiaro come i vari stili di invalidazione influenzino le condotte infantili (Waller et al., 2007).

Le esperienze precoci di attaccamento, e successivamente la presenza di ambienti invalidanti, sviluppano nel piccolo difficoltà nel tollerare situazioni stressanti, inibizione emotiva, e, secondariamente, alessitimia. Centrale risulta la difficoltà nell'identificare e nell'etichettare gli stati emotivi esclusivamente in base alle esperienze interne, proprio in quanto, grazie all'incongruenza delle risposte del caregiver, il bambino ha imparato non fidarsi delle sue reazioni interne necessitando di indizi da parte dell'ambiente esterno (ad esempio, l'espressione del viso dei genitori) per poter esperire una risposta adeguata. Poiché l'individuo non ha imparato a tollerare emozioni e stati negativi (e quindi non ha la possibilità di identificare risposte adattative a tali stati), egli può imparare a dissociarsi dalle emozioni.

La difficoltà nel tollerare le emozioni è stata riscontrata, anche nei DCA (Mountford et al., 2007), quale elemento di mediazione tra l'ambiente invalidante e il disturbo. A sostegno, Corstorphine e colleghi (Corstorphine, Waller, Lawson, e Ganis, 2007) hanno dimostrato come nei DCA con una storia di abuso emotivo siano presenti un maggior numero di comportamenti compulsivi concomitanti. A tale riguardo, la DBT è stata utilizzata nel trattamento della bulimia nervosa e del disturbo da alimentazione incontrollata per aiutare i pazienti ad imparare a tollerare il disagio (per esempio, Safer, Telch, e Agras, 2001).

2.2.2 Disturbi del comportamento alimentare come "emotional disorder"

Da tempo, gli studiosi hanno individuato come i fattori emozionali svolgano un ruolo importante nella genesi del DCA (Dipasquale, Ciuna, Levi, Ruggiero e Invernizzi, 2000; Abraham e Beumont, 1982; Garner e Bemis, 1982; Lacey 1986; Arnow, Kenardy e Agras, 1992), mentre in precedenza i clinici si sono prevalentemente concentrati sulla componente cognitiva, e quindi pragmatica, degli stessi. In particolare, sono gli stati affettivi negativi, come tristezza, rabbia, paura

(Telch e Agras, 1996) o sentimenti abbandonici (Patton, 1992) ad essere associati con le abbuffate (Dipasquale, Ciuna, Levi, Ruggiero e Invernizzi, 2000; Walters, 1996; Davis, Freeman e Garner, 1988). Per quanto concerne, invece, l'anoressia, sebbene la ricerca è meno ricca rispetto alla bulimia, la teoria di Power e Dalglish (1997), sostiene come vi siano, anche qui, delle spinte emozionali alla base delle condotte anoressiche che vengono canalizzate nella paura, nel disgusto e nella vergogna (che verrà approfondita in seguito). Il sentimento di paura è connesso alla "paura di ingrassare", che impone le pazienti a preferire una condizione di sottopeso piuttosto che di peso normale, troppo vicina (e di conseguenza, pericolosa) al sovrappeso (Dipasquale, Ciuna, Levi, Ruggiero e Invernizzi, 2000). La paura di ingrassare rispecchia, un più generale e profondo senso di paura che si radica in un'autovalutazione negativa, un senso di incapacità totale (sentimento di insicurezza, inadeguatezza, mancanza di valore e perdita di controllo della propria vita) affine all'attuale concetto di bassa autostima, considerata un incisivo fattore di rischio nello sviluppo del DCA (Fairburn, Shafran e Cooper, 1998; Wilson, 1999). D'altro canto, anche il disgusto svolge un ruolo importante. L'anoressica prova disgusto sia verso il cibo, in quanto potenzialmente ingrassante, sia verso il proprio corpo o alcune parti di esso percepite come grasse o potenzialmente grasse (Dipasquale, Ciuna, Levi, Ruggiero e Invernizzi, 2000); un disgusto universale che coinvolge l'intera persona andando, anche qui, a convergere nel tema della bassa autostima (Troop e Murphy, 2000; Dipasquale, Ciuna, Levi, Ruggiero e Invernizzi, 2000).

Partendo da questi presupposti, uno specifico filone di ricerca si è focalizzato sul ruolo degli stati affettivi negativi nello sviluppo del DCA e dei fenomeni ad esso correlati. In effetti, diversi studi hanno definito la depressione e alti livelli di stati emotivi negativi come fattori di rischio per l'evoluzione di comportamenti alimentari disregolati tra le donne. Deaver e colleghi (Deaver, Miltenberger, Smyth, Meidinger e Crosby, 2003) sostengono come gli stati depressivi negativi siano i triggers più comuni di episodi di binge eating (Polivy e Herman, 1993), i quali, a loro volta, rafforzerebbero negativamente tale processo in quanto andrebbero, temporaneamente, a ridurre lo stato emotivo negativo (Deaver, Miltenberger, Smyth, Meidinger e Crosby, 2003; Sanftner e Crowther, 1998). I ricercatori hanno quindi ipotizzato che i

DCA non siamo altro che tentativi di regolamentare o sfuggire a stati emotivi negativi o indesiderati (Arnow, Kennedy e Agras, 1992; Stice, Nemeroff e Shaw, 1996). In effetti, il lavoro svolto da Sim e Zeman (2006) ha evidenziato come persone che abbiano problemi nella regolazione delle emozioni possano essere soggette a periodi di intenso stress emotivo, il quale, a sua volta, aumenta il rischio di incorrere in DCA (Killen, Taylor, Hayward, Haydel, Wilson, Hammer, Kraemer, Blair-Greiner e Strachowski, 1996; Sim e Zeman, 2006; Lavender e Anderson, 2010).

Partendo da tali presupposti, è possibile, quindi, classificare i disturbi del comportamento alimentare come disturbi della regolazione affettiva (Bruch, 1973; Casper, 1983; Grotstein, 1986; Taylor, Bagby e Parker, 1997), «ovvero come manifestazioni della sofferenza individuale che esprimono il tentativo di regolare vissuti dolorosi e sopraffacenti in soggetti in cui risultano carenti le competenze metacognitive di identificazione e distinzione delle emozioni traumatiche dai loro correlati fisiologici» (Caretto, Craparo e Schimmenti, 2010c, p. 136). Risultano calzanti, a tal proposito, le parole di Lee (1993), secondo il quale il DCA non sarebbe altro che l'espressione di «una profonda sofferenza, (...) e disagio per le ostilità interfamiliari e mezzo per salvare il potere interpersonale in differenti contesti come: lo sviluppo dell'identità, le eccessive pressioni delle prove della vita, i conflitti tra i genitori...» (p. 298).

Nel ventaglio delle patologie del comportamento alimentare, quando si parla di disturbo della regolazione affettiva si parla di alessitima (Waller e Scheidt, 2006). Coniata da Sifneos (1973), essa sta ad indicare la pervasiva «difficoltà nell'identificare e descrivere i sentimenti e le emozioni, sulla povertà di pluri-rappresentazione con focalizzazione spasmodica per il corpo, e su uno stile cognitivo pragmatico orientato prevalentemente verso l'esterno che si manifesta con un linguaggio concreto (centrato prevalentemente intorno al discorso taglia/peso) e modalità di pensiero strettamente legate al giudizio e ad eventi esterni» (Carano, Totaro, Ranalli, Cicconetti, Mancini, Vizza e Mariani, 2011, p.8; Lesser, 1981). Pionieri sono i lavori di Bruch (1985, 1982), secondo la quale, nucleo centrale dei DCA è una difficoltà nell'identificare ed esprimere i sentimenti, in particolar modo quelli negativi, che vengono puntualmente evitati andando così a limitare l'esperienza

emozionale complessiva dell'individuo (Schmidt, Jiwany e Treasure, 1993; Markey e Vander Wal, 2007). Di conseguenza, l'individuo sperimenterà stati di alienazione sociale e disagio psichico dolorosi e così difficili da tollerare da determinare l'uso di condotte alimentari patologiche incontrollate (Taylor et al., 1997).

Caretti e Schimmenti (2011) definiscono l'alessitimia come un costrutto dimensionale che è presente anche nella popolazione generale con una grande variabilità. L'alessitimia, nell'individuo, diventa patologica quando presente a livelli elevati, il che sta ad indicare che essi posseggono capacità interne limitate che impediscono loro di definire il significato dell'emozione che stanno provando e che ci possono riferire. Quindi, negli individui, vi è una disconnessione tra l'aspetto fisiologico dell'emozione, e quello simbolico e astrattivo riferente all'emozione stessa, che impedisce loro di riflettere sull'emozione e, di conseguenza, regolarla. Nella mente dell'individuo si presenta un magma emotivo confuso e poco elaborato che genera un dolore indicibile (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2010b) che impedisce loro anche di chiedere aiuto ad altri significativi (le cosiddette *basi sicure*) che potrebbero, per loro conto, dare senso al dolore psichico che li pervade (Tronick, Brushweller-Stern, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Nahum, e Sander, 1998). Si aggiunge così anche un deficit nella regolazione interattiva delle emozioni che genera un circolo vizioso che non fa altro che alimentare ed incrementare la sofferenza individuale. L'incapacità di poter ricorrere all'immaginazione e all'astrazione/simbolismo quale tentativo di modulazione dell'emozione stessa li conduce ad una focalizzazione che dall'interno si concentra esclusivamente all'esterno (eventi esterni, persone e luoghi vs. eventi interni, pensieri e sentimenti) e sulla pragmatica delle cose (Caretti e La Barbera, 2005; Taylor et al., 1997) come *regolatori esterni*, «rendendo difficoltoso per l'individuo entrare in contatto con i propri bisogni e comprendere quelli degli altri; ciò ostacola di conseguenza la costituzione di modelli più complessi e articolati di se stessi e dei propri stati mentali, che possano essere utilizzati come guida per un comportamento appropriato rispetto ai propri bisogni e alle diverse circostanze sociali e ambientali» (Caretti e Schimmenti, 2011, p. 53).

Dal punto di vista cognitivo, in ambito recente, la letteratura ha evidenziato come la disregolazione affettiva farebbe riferimento a disfunzioni metacognitive relative all'incapacità nella comprensione degli stati mentali propri e altrui (Liotti, 2001; Busato e Rossi, 2004) e alla capacità di mettere in atto adeguate strategie che siano funzionali alla gestione e regolazione degli stati e delle rappresentazioni mentali fonte della sofferenza soggettiva (Prestano, Cicero, Gullo, Alcuri, Lo Coco e Carcione, 2009; Dingemans, Spinhoven e van Furth, 2006; Van Vreckem e Vandereycken, 1995; Leung, Waller e Thomas, 2000; Kreitler, Bachar, Canetti, Berry e Bonne, 2003). In effetti, Tchanturia e colleghi (Tchanturia, Happé, Godley, Treasure, Bara-Carril, e Schmidt, 2004) ricollegano le difficoltà interpersonali esperite dai DCA ad un deficit selettivo della Teoria della Mente (cioè l'abilità di attribuire stati mentali a sé e agli altri in modo da poterne predire e comprendere il comportamento), alla presenza di difficoltà di mentalizzazione (ossia la capacità di "pensare" gli stati mentali propri e degli altri in termini di sentimenti, desideri, intenzioni e gli stessi pensieri. Essa sta alla base della possibilità dell'uomo di mettersi in relazione con i suoi simili, di essere cioè un "animale sociale"), all'incapacità di empatizzare (cioè la non capacità di intuire i sentimenti, le aspirazioni e le emozioni delle persone che ci circondano e di avere una piena cognizione del proprio stato d'animo - Gillberg, Gillberg, Rastam, e Johnasson, 1996) e a una bassa funzione riflessiva (cioè l'incapacità di riconoscere gli stati mentali propri e altrui definito sulla base della consapevolezza dei propri ed altrui stati, lo sforzo nell'identificare gli stati alla base del comportamento, la capacità di riconoscere l'evoluzione nel tempo degli stati e la capacità di concepire lo stato mentale altrui durante le relazioni e tenerne conto. Una bassa funzione riflessiva è indicativa di un deficit complessivo nella capacità di mentalizzazione - Ward, Ramsey, Turnbull, Steele, Steele, e Treasure, 2001). Tali incapacità conducono le pazienti ad adottare strategie disfunzionali volte alla riduzione del contatto con le esperienze emotive, oppure qualora vi si trovino a farne conto ad adottare comportamenti impulsivi tesi a scaricare gli stati affettivi percepiti come negativi (Prestano et al., 2009; Van Vreckem e Vandereycken, 1995; Briere e Runtz, 1988; Heatherton e Baumeister, 1991; Lane e Schwarz, 1987).

2.3 Le emozioni traumatiche

Le emozioni sono un aspetto fondamentale nella vita dell'individuo in quanto gli permettono di categorizzare le diverse esperienze in termini di "piacere" e di "dolore". La parola "emozione" deriva dal latino "*emotus*", participio passato di "*emovere*" che, letteralmente, significa "muovere da, allontanare" oppure, traslandone il senso, lo si può tradurre anche come "scuotere, sconvolgere". Si fa, quindi, riferimento alla sensazione di essere scossi e sconvolti da ciò che si prova, da qualcosa che sembra avere origine dal nostro interno. Non vi è accordo in letteratura sulla funzione delle emozioni. Alcuni individuano il ruolo comunicativo e relazionale, altri come qualcosa di dirompente e irrazionale che interrompe il normale flusso cognitivo, e, infine c'è chi ne evidenzia la valenza adattiva legata allo sviluppo, all'azione e alla sopravvivenza dell'individuo, sulla quale ci si è concentrati in questa trattazione.

Sulle teorie delle emozioni, il modello proposto da LeDoux (1996) offre una panoramica abbastanza chiara ponendo in evidenza il ruolo centrale dell'amigdala nelle esperienze emotive e di come queste ultime si organizzano nel cervello. Egli postula l'esistenza di una doppia via nel processo di elaborazione delle informazioni sensoriali in risposta ad una minaccia esterna: la via sub-corticale e quella corticale. La prima, detta via breve o talamica, collega direttamente l'amigdala al talamo, determinano una valutazione automatica (e inconscia) degli stimoli fornendone una rappresentazione grezza delle sole caratteristiche emotive ma sufficiente ad iniziare una risposta emotiva indifferenziata, cioè non necessariamente compatibile con la situazione stimolo (grazie ai collegamenti che l'amigdala ha con il sistema autonomico e neuroendocrino, al sistema piramidale ed extrapiramidale, che le permettono di controllare le risposte autonome e neuroendocrine, così come le espressioni emotive facciali intenzionali e automatiche). Tale circuito evolutivamente primitivo risulta efficace quando vi è la necessità di un'elaborazione veloce che garantisca una reazione immediata soprattutto in situazioni di pericolo. La seconda via, detta corticale o via lunga, collega tra loro amigdala, talamo e corteccia cerebrale. L'informazione che vi giunge è molto

dettagliata ed esaustiva in relazione alle caratteristiche percettive e semantiche dello stimolo, permettendo all'individuo una loro valutazione e attribuzione di significato (consapevole) necessaria per prepararlo ad una risposta adeguata alla situazione, quindi pianificata.

Le emozioni che, quindi, attraverso la dissociazione, non vengono elaborate metacognitivamente (dal livello dell'amigdala al livello corticale) e integrate all'interno della storia di vita dell'individuo rimangono ad un livello sub-corticale e divengono *emozioni traumatiche*. Fu LeDoux stesso a dimostrare come l'apprendimento della paura fosse fuori dal passaggio alla corteccia cerebrale formandosi nel cervello sub-corticale o emotivo. Per di più, la traccia emotigena spaventante presente nel cervello limbico rimane attiva e riemerge nel momento in cui vengono meno, anche temporaneamente, la vigilanza del cervello cognitivo e la sua capacità di controllo. Quindi, ad essere traumatica, più che l'evento, è l'emozione stessa, non elaborata a causa della dissociazione primaria patologica, e quindi non trasformata in contenuto sentimentale riconoscibile dal soggetto attraverso il ricorso agli schemi relazionali sviluppati nel corso dell'infanzia attraverso il rapporto sicuro con il caregiver.

CAPITOLO 3

DISSOCIAZIONE, TRAUMA E VERGOGNA NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Abitare significa delimitare un pezzo
anonimo di mondo per fare di esso la
nostra “casa” e quindi tracciare, come
un mandala magico, uno spazio
sicuro da cui ogni negatività è tenuta
a bada, resta fuori dalla porta.
(Bracco, 2001, p.33)

Sulla base della letteratura esistente, non vi è una definizione univoca e chiara del concetto di dissociazione: in effetti cosa differenzia la dissociazione da altre difese che comunque rendono precaria la capacità del soggetto di dotare di senso, continuità, coerenza e unitarietà alle esperienze e alla percezione di sé, come ad esempio può essere la scissione (Liotti, 2005; Frankel, 1990, 1994)? Anche la relazione con il trauma non appare così scontata come potrebbe sembrare, considerato che non tutti coloro che hanno vissuto esperienze gravemente traumatiche reagiscono con la dissociazione (Yehuda e MacFarlane, 1995), mentre altre persone a cui sono, invece, sufficienti esperienze non particolarmente traumatiche per dissociarsi (Liotti, 2005).

L'APA (American Psychiatric Association, 1994) definisce la dissociazione come una dis-connessione di funzioni, solitamente integrate, della memoria, della coscienza, dell'identità o della percezione dell'ambiente, e può anche influenzare le funzioni somato-sensoriali (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, e Vanderlinden, 1996). Tale definizione concorda con quella originaria fornita da Janet che, nel 1889, introduce il termine *désagrégation* definendola come incapacità del soggetto di operare una “sintesi personale” dovuta alla non-integrazione, nel flusso di coscienza, di diverse tipologie di esperienze (percezioni, memorie, pensieri, etc.) dovute alla presenza di un trauma nella storia individuale. Le esperienze, di

conseguenza, non vengono elaborate nella storia di vita e rimangono dissociate, manifestandosi attraverso automatismi come ad esempio gli incubi.

In questi termini, la dissociazione viene definita come meccanismo di difesa automatico e adattivo (vedi Van der Kolk, McFarlane e Weisaeth, 1996; Putnam, 1997), seppur provvisorio, all'esperienza traumatica che «permette all'individuo di mantenere l'illusione di un controllo psicologico mentre prova una sensazione di impotenza e perdita di controllo sul proprio corpo. Le difese dissociative assolvono la duplice funzione di aiutare le vittime a “distaccarsi” dall'evento traumatico mentre questo si verifica, e di posporre il lavoro di elaborazione necessario per collocare tale evento nel contesto della storia della loro vita» (Gabbard, 1990, p. 280). In effetti, studi retrospettivi e prospettici sono concordi nel considerare la dissociazione come una delle conseguenze del trauma evolutivo (Lewis, Yeager, Swica, Pincus, e Lewis, 1997; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, e Egeland, 1997), legata, quindi, ad una storia caratterizzata da eventi traumatici cronici avvenuti durante lo sviluppo (Sar e Ross, 2006).

La scienza moderna sta rivalutando il concetto stesso di dissociazione, nella sua genesi e nella funzione che assolve nei confronti dell'individuo, producendo un'alternativa più relazionale alla visione classica che, come si è detto prima, la vede come meccanismo di difesa. Ma, andiamo nello specifico, indagando entrambe le prospettive.

3.1 Dissociazione e Disturbi dell'Alimentazione

Da quanto detto finora, risulta che la dissociazione sia la diretta conseguenza del trauma. Essa costituisce un elemento importante nel capire il rapporto tra trauma e DCA. Il lavoro sulla sintomatologia permetterebbe di portare alla luce situazioni e stati affettivi fino a quel punto inaccessibili, vaghi e confusi data l'incapacità di tali individui nel contenere e tollerare sentimenti ed esperienze troppo dolorose (Schneer, 2002).

Lo studio della dissociazione, all'interno dei DCA, ha preso avvio nel 1979, quando Russell evidenziò la presenza di tali meccanismi in pazienti bulimici. Da allora, un

cospicuo ventaglio di ricerche concorda nel supportare una relazione tra dissociazione e disturbi dell'Alimentazione (Torem, 1986; Chandarana e Malla, 1989) (Dalle Grave, Oliosi, Todisco e Bartocci, 1996). Diverso tempo dopo, Vanderlinden e colleghi (Vanderlinden, Vandereycken, Van Dick e Vertommen, 1993) hanno dimostrato come nei pazienti affetti da DCA (in particolare quelli con bulimia nervosa e disturbi alimentari e atipici) riportassero livelli significativamente più elevati di dissociative rispetto ai soggetti normali di controllo, ipotizzando che il Binge Eating rappresentasse una modalità di far fronte ai sentimenti e ricordi associati al trauma (Dalle Grave et al., 1996). Anche lo studio di Waller (Waller, Babbs, Wright, Potterton, Meyer e Leung, 2003) conferma la presenza di dissociazione all'interno dei DCA, maggiormente nei sottogruppi di Anoressia e Bulimia (La Mela e Maglietta, 2011). In particolare, la dissociazione risulta maggiormente presente durante le abbuffate (Everill, Waller e Macdonald, 1995; La Mela, Maglietta, Castellini, Amoroso e Lucarelli, 2010) che i pazienti descrivono come caratterizzate da involontarietà, amnesia e perdita della percezione temporale (Torem, 1986; Demitrack, Putnam, Brewerton, Brandt e Gold, 1990; La Mela e Maglietta, 2011). Dai dati preliminari si evince come la dissociazione giochi un ruolo nella mediazione tra il trauma e la sintomatologia dei disturbi dell'alimentazione (Everill e Waller, 1995; McCarty, Goff, Baer, Ceoffe, e Herzog, 1994; Vanderlinden et al, 1993).

3.2 Dissociazione: la prospettiva classica

Nella sua accezione classica, la dissociazione viene identificata quale meccanismo di difesa volto a proteggere l'individuo da esperienze traumatiche con correlati emozionali così devastanti da non essere tollerabili, perciò incanalati in stati separati, distinti e non consapevoli (un Io distinto), cosicché l'altro Io (quello consapevole) possa svilupparsi senza che ci possano essere intromissioni da parte dell'evento traumatico (van der Kolk et al., 1996). Bronberg (2001), infatti, afferma come il compito della dissociazione sia «mantenere la personale continuità, coerenza ed integrità del senso di Sé e di evitarne la dissoluzione traumatica» (p.111). Van der Kolk (1996) la chiama *dissociazione primaria*, primaria in quanto fa riferimento alle

esperienze relazionali primarie dell'individuo con il suo caregiver (intorno ai primi 2/3 anni), e rappresenta «una carenza evolutiva di natura neuropsicologica che si produce in risposta a sollecitazioni relazionali emotivamente frustranti, e che impedisce la formazione di un ponte che consente alle emozioni originariamente non simbolizzate all'interno della relazione caregiver-infante di passare dalla memoria implicita alla memoria esplicita» (Caretti e Craparo, 2008, p. 25). Da questo punto di vista, gli autori tendono a sottolineare come la dissociazione non sia una condizione patologica dell'individuo, ma contrassegna anche lo sviluppo di bambini con attaccamento sicuro andandosi ad inserire in quelle esperienze individuali di disagio presenti quando vi sono momenti di rottura nella relazione (precedentemente descritti all'interno dell'infant research) che determinano una sorta di auto-accudimento che si espleta attraverso una forma di trance auto-indotta (esempio sognare ad occhi aperti), «un rifugio della mente (Steiner, 1996) alternativo alla coscienza ordinaria» (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2008, p. 111). Bliss (1986) in particolare definisce la dissociazione come un processo di trance ipnotica (*autoipnosi spontanea*), una sorta di riflesso difensivo primitivo che protegge l'individuo da traumi o situazioni altamente stressanti ovattando l'intensità del dolore attraverso l'induzione di stati alterati di coscienza.

In conclusione, è possibile affermare come la dissociazione diventi patologica nel momento in cui, in presenza di esperienze croniche di trascuratezza emotiva, venga impiegata massivamente in conseguenza di un'alterazione dei centri neuronali deputati all'integrazione degli stati affettivi ed ideativi relativi alle esperienze traumatiche stesse vissute dal soggetto. Dato che non tutti i soggetti che vivono esperienze traumatiche utilizzino la dissociazione come difesa, Bliss (1986) afferma come la capacità ipnotica sia una caratteristica innata e trasmessa geneticamente degli individui, per cui individui con bassa capacità ipnotica non entreranno in trance di fronte a traumi gravi, a differenza di persone con alta capacità ipnotica che tenderanno ad utilizzarla anche per esperienze traumatiche lievi.

In sintesi, la prospettiva classica, illustra la dissociazione come protezione intrapersonale della coscienza individuale, un meccanismo di sbarramento verso un'inondazione di sensazioni e sentimenti estremamente dolorosi e inconciliabili.

3.2.1 La vergogna traumatica

La vergogna è stata definita come “l’emozione di attaccamento” e corrisponde alla reazione al rifiuto inaspettato di un altro significativo alla co-creare un legame di attaccamento (Schoore, 1998). Gli studi sulla vergogna (Andrews, 2002; Claesson e Sohlberg, 2002; Gilbert, Allan, e Goss, 1996; Gilbert e Gerlsma, 1999; Gilbert e Perris, 2000; Schoore, 2001; Stuewig e McCloskey, 2005; Webb, Heisler, Call, Chickering, e Colburn, 2007) hanno dimostrato come tale emozione sembra originarsi in esperienze traumatiche precoci vissute dall’infante all’interno della relazione diadica con il caregiver. Esperienze di vergogna, abbandono, rifiuto, trascuratezza emotiva, diverse forme di abuso, e stili genitoriali basati sulla rigidità e sulla critica (Matos e Pinto-Gouveia, 2010). La ricerca di vicinanza a un caregiver non sensibile e responsivo durante l’infanzia, quindi, non produce nell’infante un alleviamento della sofferenza, ma anzi vergogna. La percezione di rifiuto da parte del genitore sviluppa nel bambino un senso del Sé fondato sulla vergogna, la quale permea anche le relazioni sociali future che il piccolo svilupperà (Kaufman, 1996). Esperienze simili sembrano avere effetti importanti sulla maturazione del cervello psicobiologico e sembra siano associati non solo alla tendenza alla vergogna, ma anche allo sviluppo di una vulnerabilità alla psicopatologia (Schoore, 1998, 2001; Tangney, Burggraf e Wagner, 1995). Diversi studi hanno indagato il ruolo delle esperienze infantili di umiliazione e rifiuto nello sviluppo del senso di non-adequatezza o non-amabilità così come il successivo sentimento di vergogna (per esempio: Cooper, Todd e Wells, 1998; Young e Klosko, 1994; Young, Klosko e Weishaar, 2003) e lo sviluppo del disturbo alimentare (per esempio: Calam, Waller, Slade, e Newton, 1990; Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews, e Treasure, 1997). L’elevato livello di vergogna in molti individui con disturbi alimentari sembra avere origine nella negatività delle esperienze infantili (Keith, Gillanders e Simpson, 2009). Lo stile di attaccamento predominante è quello insicuro nelle sue dimensioni principali: ansioso ed evitante (Hazan e Shaver, 1987). L’ansia correlata all’attaccamento riflette un eccessivo bisogno di rassicurazione e paura del rifiuto visto che gli altri sono percepiti come riluttanti ad una vicinanza a loro (Strömsten,

2011). L'evitamento correlato all'attaccamento si riferisce ad una fondamentale diffidenza verso gli altri e ad un sottrarsi all'intimità (Brennan, Clark, e Shaver, 1998; Strömsten, 2011). La ricerca (Gross e Hansen, 2000; Lopez e Brennan, 2000; Mikulincer, Florian, e Weller, 1993; Priel e Shamai, 1995; Rice, FitzGerald, Whaley, e Gibbs, 1995; Roberts, Gotlib, e Kassel, 1996; Simpson, 1990; Wagner e Tangney, 1991; Wei, Shaffer, Young, e Zakalik, 2005) ha dimostrato come l'attaccamento sicuro sia inversamente proporzionale alla vergogna, in effetti ad alti livelli di attaccamento insicuro corrispondono livelli più elevati di vergogna (o di altre emozioni negative) (Strömsten, 2011). Secondo Gilbert (2003), esperienze primarie relazionali basate sulla vergogna verranno registrate nella memoria autobiografica e diventeranno la base della percezione del Sé (Matos e Pinto-Gouveia, 2010). Secondo Goss e Gilbert (2002), invece, le persone con disturbo alimentare non hanno avuto l'opportunità di imparare metodi alternativi per discriminare o regolare gli stati affettivi. Da questo punto di vista, l'individuo, non essendo in grado di tollerare le emozioni fortemente negative, sviluppa delle strategie che lo aiutano temporaneamente a fronteggiarle (abbuffate, condotte di eliminazione o comportamenti restrittivi) agendo o bloccando i pensieri e le emozioni (Heatheron e Baumeister, 1991) o aiutando l'individuo nell'evitare quelle situazioni che possano agire come triggers (Waller, Kennerly e Ohanian, 2007). In questa prospettiva, la vergogna assumerebbe un ruolo causale nello sviluppo della patologia alimentare, quest'ultima considerata una modalità di evitamento degli stati affettivi fortemente negativi (Keith, Gillanders e Simpson, 2009). In questo modo, la vulnerabilità alla vergogna, alla base di molti disturbi, si struttura in memorie emotive relative alla sensazione di essere rifiutato, criticato, svergognato (Gilbert, 1998, 2002; Tomkins, 1981) e/o abusato (Andrews, 2002) (Matos e Pinto-Gouveia, 2010). Le memorie traumatiche, in questo caso, sono memorie implicite che si strutturano, a livello inconscio, sulla base di tracce registrate a livello dei circuiti amigdali. Tuttavia, sebbene la natura delle esperienze di vergogna suggerisce la presenza delle caratteristiche di un evento traumatico come intrusione, flashback, forte evitamento emotivo, iper-eccitazione, stati frammentati e dissociazione della mente (Ehlers e Clark, 2000; Gilbert, 2002; Gilbert e Irons, 2005; Gilbert e Procter, 2006; Hackmann,

Ehlers, Speckens, e Clark, 2004), questo non è mai stato empiricamente supportato (Matos e Pinto-Gouveia, 2010).

L'interiorizzazione di queste esperienze fa sì che l'individuo si veda e valuti nello stesso modo in cui lo vedono e valutano gli altri: imperfetto, inferiore, rifiutabile generando un senso globale di auto-condanna (Gilbert, 1998, 2002; Mikulincer e Shaver, 2005; Matos e Pinto-Gouveia, 2010).

In questa ottica, nei DCA, l'utilizzo di oggetti (cibo) costituisce la concretizzazione di sentimenti ed esperienze vissute con altre persone (a partire dal caregiver). Gli oggetti divengono dei sostituti delle persone. L'alimentazione, come una spugna, assorbe i sentimenti e le esperienze rappresentandole attraverso una relazione distorta con il cibo. La rielaborazione delle esperienze disfunzionali vissute precocemente si attua attraverso una loro trasformazione da oggetti in parole, compito che spetta al trattamento psicoterapeutico (Schneer, 2002).

Come è possibile notare, non vi è una posizione univoca sul ruolo della vergogna nella genesi dei disturbi alimentari. Alcuni la considerano un fattore causale, altri una conseguenza del disturbo alimentare. È più plausibile ipotizzare che la vergogna esperita generi un circolo vizioso per cui associandosi ad un senso precario di autostima predisponga gli individui allo sviluppo del disturbo il quale non farà altro che incrementare la vergogna stessa (Skarderud, 2003; Keith, Gillanders e Simpson, 2009).

3.2.2 I Disturbi del comportamento alimentare come "addiction"

Caretti e colleghi (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2010a, 2010b, 2010c; Caretti, Craparo, Schimmenti e Di Carlo, 2008; Caretti, Franzoni, Craparo, Pellegrini e Schimmenti, 2007; Caretti, Craparo, Ragonese e Schimmenti, 2005) in diversi studi hanno sottolineato come il DCA come disturbo della regolazione affettiva, possa utilizzare il cibo come droga, e quindi come una dipendenza, che, in situazioni traumatiche, permetta e aiuti loro a ritirarsi in uno stato alternativo dissociato dalla coscienza ordinaria impedendogli di percepire quel dolore che altrimenti sarebbe intollerabile, tra le quali si situa anche la vergogna traumatica. All'interno di persone con DCA, la presenza della vergogna offre una duplice testimonianza: l'aver vissuto

esperienze di trascuratezza nella relazione primaria con il caregiver (Caretti e Schimmenti, 2007) e la motivazione che spinge il soggetto a utilizzare la dissociazione come meccanismo di difesa da emozioni devastanti ridirigendo l'attenzione sul corpo e il comportamento alimentare (Lightstone, 2004; Caretti, Craparo e Schimmenti, 2010c). «Il cibo funge da medicazione per la vergogna e i sintomi traumatici intrusivi nello stesso momento in cui ridirige l'attenzione sul comportamento alimentare o sull'esperienza corporea [...] la persona ricerca il cibo per applicare un unguento al suo dolore» (Lightstone, 2004, p. 24). Sulla stessa scia, Bromberg (2001) offre una spiegazione psicoanalitica sulla genesi dei meccanismi dissociativi nei DCA, i quali si sarebbero originati da esperienze non sufficientemente adeguata di vicinanza emotiva ed affettiva dalle figure di accudimento principali portando ad un conseguente deficit nella regolazione degli affetti. Il rapporto con il cibo, così, rispecchierebbe la mancanza di fiducia, affidabilità e costanza che avrebbe caratterizzato le relazioni precoci di questi individui.

Alla base del DCA, gli Autori (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2010a, 201b, 2010c; Caretti, Craparo, Schimmenti e Di Carlo, 2008; Caretti, Franzoni, Craparo, Pellegrini e Schimmenti, 2007; Caretti, Craparo, Ragonese e Schimmenti, 2005) postulano il concetto di *craving*, che indica un desiderio intenso, impellente e di natura patologica che nell'*addiction*, assume il carattere di impellenza e di compulsività non appena l'individuo si trova di fronte sia a stimoli ambientali che richiamano il cibo-droga sia a situazioni per lui traumatiche. Tale desiderio sarebbe maggiormente presente in quei soggetti con una «particolare instabilità emotiva, una scarsa tolleranza alle frustrazioni, una tendenza all'*acting-out* e un sentimento di inadeguatezza rispetto alle proprie capacità di gestire le problematiche che emergono nelle relazioni interpersonali» (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2010a, p. 116).

In sintesi, il *craving* si attiverebbe nel momento in cui l'individuo si trovi costretto a fronteggiare le emozioni traumatiche derivate, come abbiamo visto in precedenza, da deficit nella relazione primaria con il caregiver, il quale determina un conseguente deficit nella regolazione e modulazione delle emozioni e degli impulsi. In questa situazione l'unica soluzione è il ritiro in stati dissociativi che debilitano ulteriormente la capacità di regolazione affettiva e degli impulsi. Avendo sperimentato il sollievo

della dissociazione, la persona avvertirà un bisogno-necessario di riesperire i comportamenti di dipendenza (in questo caso il cibo-droga) che gli permettano di rivivere l'esperienza di piacere data anche dall'attutirsi dell'emozionalità dolorosa. «Si viene così a creare un circolo vizioso in cui la memoria della produzione del piacere (egosintonia) e la ritualizzazione compulsiva volta alla riduzione del dolore (egodistonia) alimentano pensieri e fantasie ossessive di ripetere l'esperienza additiva; un desiderio incoercibile che produce nuovamente l'impulso di compiere un'azione nonostante gli effetti negativi che tale azione produce sulla salute psicofisica» (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2010a, p. 114) i quali resteranno sempre sottosoglia per il soggetto, se non accuratamente mentalizzate ed elaborate, rispetto alla funzione di auto-cura che la dipendenza dal cibo possiede. La dissociazione diviene patologica nel momento in cui se ne fa un uso massivo a tal punto da divenire una sorta di dipendenza a discapito del rapporto con la realtà costituendo, così, un terreno fertile per la genesi di patologie quali *addiction* e disturbi dissociativi (Caretti e Craparo, 2005; Caretti, 2000).

3.3 Dissociazione: la prospettiva cognitivo-evoluzionista

Discostandosi dalla corrente principale, Liotti (Liotti e Monticelli, 2008; Liotti, 1992) propongono una visione della dissociazione da un punto di vista più relazionale inscrivendola nella trama di particolari relazioni primarie precoci disfunzionali, di tipo disorganizzato, che hanno accompagnato lo sviluppo individuale sin dalla nascita. Egli riprende la concezione proposta da Janet, la quale evidenzia nella dissociazione il crollo delle funzioni integrative e significanti di coscienza e memoria necessaria per una coerente e riuscita integrazione tra memorie implicite ed esplicite. In particolare, l'Autore (1999c) identifica delle somiglianze tra l'attaccamento disorganizzato e la dissociazione (nei bambini alla SSP e l'analisi del discorso degli individui alla AAI) inerente un deficit delle funzioni integratrici della memoria. Inoltre, stati dissociativi che richiamano la trance ipnotica sono stati riscontrati anche nell'attaccamento disorganizzato come unica risposta quando ormai non c'è via d'uscita (vedi più avanti). L'Attili (2001) integra l'apporto fornito dalla filogenesi alla

dissociazione, secondo la quale essa verrebbe impiegata come ultima difesa, cioè quando non è possibile fuggire dal pericolo. In quelle situazioni, si attivano le *strategie di cut-off*, come chiudere gli occhi, abbassare lo sguardo, restare immobili (*freezing*), etc. con la finalità di garantire la sopravvivenza alla vittima (evitando il sovraccarico delle informazioni sensoriali acquisite dalla vista che attiverebbero automaticamente il comportamento di fuga) simulando la morte. Tali strategie le si riscontrano anche nei bambini disorganizzati per tentare di “regolare” e gestire la relazione con un genitore spaventato/spaventante. In questo modo, essi escludono dalla mente tutte quelle sensazioni fonte di dolore e sofferenza che porterebbero all’attivazione del sistema di attaccamento verso quella figura, il caregiver, che è al contempo la fonte di paura terrificata dalla quale fuggire (Attili, 2007).

L’integrazione della teoria dell’attaccamento, della psicologia dello sviluppo (tra cui l’*infant research*) e della psicopatologia dello sviluppo evidenzia il ruolo cardine svolto dalla componente intersoggettiva del rapporto disorganizzato con il caregiver nello scatenare la sintomatologia dissociativa (Liotti, 2006, 1994-2005, 1999b, 1999c, 1999d, 2002, 2001; Liotti e Farina, 2011). Nello specifico, quando si fa riferimento alla sintomatologia dissociativa, Liotti e Farina (Liotti e Farina, 2011) evidenziano come tale quadro sia trasversale a diversi sottogruppi di pazienti che abbiano però alla base storie e vissuti traumatici, tra questi si inseriscono anche i DCA, anche se sussistono ancora molti dubbi relativamente al ruolo delle memorie traumatiche nell’eziogenesi dei disturbi dissociativi. Da questo punto di vista, gli Autori convergono nell’idea che la dissociazione traumatica possa essere considerata come una dimensione psicopatologica (*dimensione dissociativa o dissociativo-traumatica*) che associandosi ad altri disturbi ne peggiora la prognosi (Farina e Liotti, 2011; Amaral do Espirito Santo e Pio-Abreu, 2007; Amdur e Liberzon, 1996; Bremner e Brett, 1997; Lanius, Vermetten, Loewenstein, Brand, Schmahl, Bremner e Spiegel, 2010; Liotti e Farina, 2011; Rufer, Fricke, Held, Cremer e Hand, 2006a; Rufer, Held, Cremer, Fricke, Moritz, Peter e Hand, 2006b; Sar, Akyuz, Kundakci, Kiziltan e Dogan, 2004; Spitzer, Barnow, Freyberger e Grabe, 2007; Van der Hart e Nijenhuis 2009; Waller, Ohanian, Meyer, Everill e Rouse, 2001). Barach (1991) fu uno dei primi teorici a creare un ponte tra la dissociazione e la teoria dell’attaccamento,

suggerendo come il disturbo da personalità multiple (ora conosciuto come disturbo dissociativo dell'identità) fosse una variante del "disturbo dell'attaccamento" in quanto i soggetti affetti da tale disagio manifestino quell'estremo *detachment* (distacco), o non responsività emotiva, sperimentata dai bambini che hanno vissuto la perdita del loro caregiver, ben descritta da Bowlby (Bowlby, 1969, 1988). Il *detachment* consiste nell'attiva esclusione dal processamento cosciente di informazioni che inneschino il sistema motivazionale e comportamentale che controlla il comportamento di attaccamento: in questo senso, si tratta di un tipo di dissociazione. Il *detachment* viene dapprima sperimentato dal bambino all'interno delle sue relazioni precoci con il caregiver nelle quali egli sperimenta una persistente indisponibilità fisica ed emotiva della figura di accudimento primaria. Tali premesse hanno spinto i clinici e i ricercatori ad approfondire il ruolo che le relazioni di attaccamento infantili svolgono nella genesi e nell'evoluzione della sintomatologia dissociativa. In particolare, i ricercatori e i teorici hanno concentrato la loro attenzione verso l'attaccamento disorganizzato/disorientato date le similarità trovate spesso con le risposte dissociative rilevate negli individui (soprattutto bambini) successivamente a esperienze di traumi cumulativi. Sono casi in cui il soggetto sperimenta esperienze gravi e permanenti di abuso o *neglet* in cui il caregiver è al contempo la fonte di pericolo e di attaccamento. Le evidenze empiriche suggeriscono come la maggior parte degli individui che hanno subito eventi di tale natura traumatica automaticamente sviluppano un attaccamento disorganizzato e dissociato (Pearlman e Courtois, 2005; Anderson e Alexander, 1996; Liotti, 1995, 1999b; Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999; Main e Solomon, 1986; Muller, Sicoli, e Lemieux, 2000; Putnam, 1989). All'interno del suo modello, Liotti (1992, 2006; Liotti e Monticelli, 2008; Liotti e Farina, 2011) marca ancora di più quelle similitudini riscontrate tra la disorganizzazione infantile e la dissociazione. Entrambi i fenomeni riflettono una pervasiva mancanza di integrazione sia cognitiva che comportamentale. Questo precoce fallimento nel processo integrativo nella prima infanzia può provocare una vulnerabilità alla dissociazione nella vita mentale del bambino in via di sviluppo. La visione liottiana si concettualizza meglio come modello di vulnerabilità nel quale le relazioni primarie infantili conducono ad una precoce rottura o ad una

mancanza di integrazione di un coerente senso di sé. Questa concettualizzazione si offre come una valida alternativa ad una visione della dissociazione come mera difesa contro il trauma. Bisogna comunque puntualizzare come l'Autore non individui nell'attaccamento disorganizzato l'unico fattore eziologico della dissociazione, ma ipotizza come la disorganizzazione infantile rappresenti il primo passo nella traiettoria di sviluppo che rende l'individuo vulnerabile allo sviluppo della dissociazione in risposta a successive esperienze traumatiche (Lyons-Ruth, Dutra, Schuder e Bianchi, 2006). Secondo Liotti (Liotti e Monticelli, 2008; Liotti, 1992; Liotti e Farina, 2011), all'interno di una relazione disorganizzata è plausibile la possibilità che la madre, probabilmente proveniente da uno stato mentale "irrisolto" e anch'esso quindi disorganizzato (vedi Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999; Hesse, Main, Abrams e Rifkin, 2003; Main e Hesse, 1990), condivide con il bambino lo stato di trance dissociativo nel quale si verrebbe a trovare creando una familiarità nel piccolo ad entrare in stati di coscienza alterati e una predisposizione alla sintomatologia dissociativa (Pasquini, Liotti e The Italian Group for the Study of Dissociation, 2002; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson ed Egeland, 1997; Liotti, Intreccialagli e Cecere, 1991). Nella relazione con il piccolo, nel momento in cui il caregiver sta per rispondere ai bisogni di cura del figlio (che implica attivazione del sistema di accudimento) si riattivano in lui memorie e ricordi traumatici della relazione con la propria figura di attaccamento (che implica attivazione del sistema di attaccamento). L'inevitabile insoddisfazione dei bisogni del genitore si esprime in sentimenti di paura e di collera verso la propria FdA che determinano anche una interruzione nel conforto che si sta fornendo ai propri piccoli che ne risultano ineluttabilmente spaventati. La percezione della paura attiva nei piccoli il sistema motivazionale innato di attacco-fuga, una reazione difensiva primitiva che spinge o a fuggire dalla fonte di paura o ad attaccarla. L'attivazione del sistema difensivo produce, di conseguenza, un allontanamento dal caregiver che, di converso, genera un incremento del sistema di attaccamento creando una relazione paradossale all'interno della quale il caregiver è allo stesso tempo la causa e la soluzione della paura esperita dal piccolo definita "terrore senza sbocco" (*fright without solution*) (Main e Hesse, 1990). Tale stato determina il collasso delle strategie comportamentali del bambino generando la

disorganizzazione del sistema di attaccamento e la conseguente frammentazione delle funzioni integratrici della coscienza tipica della dissociazione (Liotti, 2008). Quella che si verrebbe a creare fra bambino e genitore sarebbe una condivisione intersoggettiva della disorganizzazione. La prospettiva offerta da questo impianto teorico permette di poter spiegare la dissociazione all'interno di diverse patologie (tra i quali rientra anche il DCA) che, però, non coinvolgono esperienze traumatiche evidenti (quali violenze e incesti) caratteristiche dei disturbi dissociativi (Liotti, 2008). Sono situazioni traumatiche che conducono alla disorganizzazione dell'attaccamento anche se non vedono un genitore espressamente maltrattante e che Schore (2002, 2003) ha denominato "Traumi relazionali precoci" (Liotti, 2008). Ricordando che i MOI del bambino disorganizzato contiene esperienze di paura esperita dal piccolo e il ricordo di espressioni spaventate e/o aggressive nel genitore, si evidenzia comunque come il piccolo, in alcuni casi, riesce a guadagnarsi la prossimità al genitore (che gli garantisce la sopravvivenza) e a sperimentare un senso di sollievo. L'inconciliabilità di tali rappresentazioni viene egregiamente descritta da Liotti (1994/2005, 1995, 1999a, 2000, 2001, 2002; Liotti e Farina, 2011) utilizzando la metafora del "triangolo drammatico" mutuata da Karpman (1968) secondo la quale il bambino disorganizzato fa oscillare la rappresentazione di sé e del caregiver secondo tre polarità: persecutore, salvatore e vittima. Nel momento vede nel caregiver espressioni di paura egli svilupperà una rappresentazione di sé come causa della paura (sé persecutore e caregiver vittima); nel contempo e di riflesso genererà una rappresentazione del genitore come ostile, cattivo e malevolo in quanto causa della paura da lui esperita (se vittima e caregiver persecutore). E, ancora, rappresentandosi come vittima, il piccolo può vedere nel caregiver il salvatore se quest'ultimo comunque stabilisce un contatto relazionale con il bambino, oppure invertendo i ruoli (se stesso come salvatore e caregiver come vittima) se nota, nel suo avvicinarsi al genitore un rilassamento dell'espressione di paura manifestata da quest'ultimo. Come ultima possibilità, il piccolo potrà vedere sia se stesso che il caregiver come vittima nei confronti di una minaccia proveniente dall'esterno ma non visibile ad entrambi. La disorganizzazione dell'attaccamento nell'esperienza relazionale di attivazione del sistema di attaccamento, si manifesta anche nel deficit metacognitivo (Fonagy,

Target, Gergely, Allen e Bateman, 2003) che non permette di mentalizzare l'esperienza e collocarla all'interno della storia individuale fomentando lo sviluppo di patologie correlate alla dissociazione. Di conseguenza l'incapacità di mentalizzazione non risulterebbe compromessa quando ad essere attivo è un sistema altro da quello di attaccamento che rievocherebbe le memorie relazionali intersoggettive con un caregiver traumatizzato (Liotti, 2008, 2001; Liotti e Cortina, 2005). In effetti, la ricerca (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999; Hesse et al., 2003; Main e Cassidy, 1988; Wartner, Grossman, Fremmer-Bombik e Suess, 1994) evidenzia come il comportamento disorganizzato del piccolo evolva nel tempo. In particolare, le esperienze ed emozioni non integrate permangono nella memoria implicita ed, entro il sesto anno di età, si trasformano in strategie interpersonali volte a controllare sia l'attenzione sia il coinvolgimento del caregiver. Tali strategie si biforcano in due tipologie: *punitivo-dominante* e *oblivo-accudente*. Nella prima, i piccoli controllano i genitori utilizzando l'aggressività e atteggiamenti ostili; si attua una sostituzione del sistema motivazionale dell'attaccamento con quello competitivo, per cui la relazione viene regolata attraverso la definizione dei ruoli (chi si trova in posizione dominante e chi in sottomissione) (Liotti 2008, 2001, 2005; Gilbert, 1989). La seconda strategia utilizzata dal bambino si basa su un'inversione di ruolo all'interno della relazione di attaccamento, nella quale è il bambino a dare cura, conforto e protezione all'adulto attivando il proprio sistema di accudimento verso il caregiver (Liotti, 2008; Liotti e Monticelli, 2008; Liotti, 2006). In sintesi, in entrambi i casi, nel corso dello sviluppo, i bambini disorganizzati imparano perfettamente ad inibire il sistema di attaccamento a favore di altri non appropriati alla situazione, passaggio facilitato dalla somiglianza fra alcune emozioni a capo di diversi sistemi motivazionali (es. collera è presente nella separazione dal caregiver ma anche nella competizione fra due individui per la definizione del rango sociale) (Liotti e Monticelli, 2008). In questo contesto l'attivazione alternativa di un altro sistema motivazionale avrebbe una duplice spiegazione a seconda che si faccia riferimento al piccolo o alla relazione. Per il bambino ha valore difensivo contro l'attivazione del sistema disorganizzato connesso a esperienze indicibilmente dolorose, mentre se si considera il punto di vista inter-individuale, relazionale e intersoggettivo della relazione nella quale due individui

(bambino e caregiver) sono coinvolti, a questo punto, l'attivazione di un altro sistema motivazionale rispetto a quello dell'attaccamento da parte del bambino sarebbe avvalorato proprio dal comportamento del genitore (anch'esso disorganizzato, ricordiamolo) il quale può trasmettere al piccolo messaggi disfunzionali rispetto allo scopo originario della relazione stessa quali paura e bisogno di cura (Liotti, 2008). L'uso delle strategie controllanti giustificherebbe come l'attaccamento disorganizzato non sia il fattore determinante per la presenza di sintomatologia dissociativa nelle età successive. Tale sistema protettivo potrebbe collassare in presenza di traumi successivi o di eventi che invalidino tali strategie rendendole inefficaci e fallimentari, implicando, così, l'attivazione del sistema di attaccamento fino ad ora cautamente inibito (Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson e Egeland, 1997, Liotti 2004, 2006, 2008; Liotti e Monticelli, 2008; Liotti e Farina, 2011).

Alla base del modello teorico del trauma e della dissociazione proposto da Liotti (2006, 1994-2005, 1999b, 1999c, 1999d, 2002, 2001; Liotti e Farina, 2011) la dissociazione non interverrebbe come difesa intrapsichica in risposta al trauma, ma sarebbe conseguente al fallimento relazionale delle strategie controllanti che porterebbero all'emersione del sistema di attaccamento disorganizzato con tutti i correlati dolorosi ad esso associati. La dissociazione verrebbe così inserita e spiegata all'interno di una matrice relazionale ed intersoggettiva come è la relazione. La prospettiva liottiana si fonda sulla teoria dei *Sistemi Motivazionali Interpersonali* finora accennati (Liotti, 2001, 2006; Gilbert, 1989), strutture neuronali innate che organizzano comportamenti e stati mentali volti al raggiungimento di obiettivi necessari per la sopravvivenza della specie, del gruppo sociale e dell'individuo. Da studi di tipo etologico (Lichtenberg, 1989) sono risultati cinque sistemi motivazionali interpersonali:

- ◆ *Sistema di attaccamento*, si attiva quando viene percepita una vulnerabilità da parte del bambino o dell'adulto ed è finalizzato all'ottenimento di una rassicurazione, protezione, cura e conforto;
- ◆ *Sistema dell'accudimento*, si attiva complementariamente a quello di attaccamento e concerne l'offerta di cure;

- ◆ *Sistema sessuale*, si attiva per l'accoppiamento, per la conservazione della specie, per ottenere piacere e per l'eventuale accudimento congiunto della prole;
- ◆ *Sistema agonistico*, si attiva la competizione per il rango sociale di dominanza o di sottomissione, nel momento in cui la contesa finisce il sistema si disattiva e potrà attuarsi l'integrazione del soggetto nel gruppo;
- ◆ *Sistema di cooperazione paritetica*, è finalizzato ad ottenere una concentrazione di energie di diversi individui atta a raggiungere un obiettivo comune. Questo è considerato il più evoluto dei sistemi.

Alla luce di ciò, il valore adattivo delle strategie controllanti si manifesta nel mantenere assopito il sistema motivazionale dell'attaccamento dando coerenza e unità al sé attraverso la ricerca di una regolarità e di una spiegazione al comportamento genitoriale affinché possa essere prevedibile (Liotti e Monticelli, 2008). A vicariare lo SMI di attaccamento può esserci, oltre allo SMI di rango (nella versione dominanza-sottomissione), anche lo SMI sessuale o, come ultima frontiera, l'inibizione diretta dello SMI di attaccamento senza che questi venga sostituito con nessun'altro comportando un progressivo isolamento intrafamiliare e ritiro sociale dalle relazioni interpersonali (Liotti e Monticelli, 2008).

La riattivazione del sistema di attaccamento grazie a traumi successivi (non dissimili da quelli iniziali), invalidazione delle strategie controllanti e separazione da altri significativi, determina un crollo delle strategie protettive e regolatorie controllanti che fanno riemergere la disorganizzazione latente e la paura senza sbocco e la dissociazione ad essa connessa come forma di difesa. A questo punto, Liotti (2006) afferma come l'individuo tenti strenuamente di far fronte a tale stato ed alle sensazioni di sofferenza ad esso collegate tentando nuovamente l'inibizione dello SMI di attaccamento attraverso il ripristino delle strategie controllanti che, come un circolo vizioso, reggeranno fino al prossimo collasso. In sintesi, la dissociazione verrebbe qui intesa come fallimento grave dell'intersoggettività (Liotti e Farina, 2011), come mostro dal quale difendersi e non come la spada con la quale difendersi dal mostro.

3.3.1 *La vergogna: l'ultimo baluardo*

La concezione classica delle emozioni traumatiche, in particolare della vergogna, pone la dissociazione come difesa primaria rispetto a vissuti estremamente sofferenti (esperienze di intensa vergogna nei confronti del caregiver) del soggetto che richiamano la relazione precoce con il caregiver. Una relazione caratterizzata da esperienze traumatiche che hanno determinato lo sviluppo evolutivo dell'allora piccolo, come evidenziato da diversi studi (Andrews, Brewin, Rose e Kirk, 2000; Talbot, Talbot, e Tu, 2004). Nel modello teorico proposto da Liotti (2006, 1994-2005, 1999b, 1999c, 1999d, 2002, 2001; Liotti e Farina, 2011) la vergogna viene vista come ultima difesa possibile, facendola convergere all'interno delle strategie controllanti basate sul rango che tentano di dare regolarità e prevedibilità nelle relazioni con gli altri significativi. Essa è considerata un'emozione non disorganizzante nell'intersoggettività delle relazioni in quanto esperita normalmente e chiaramente tra i due contendenti nelle contese per il rango sociale da chi viene irrimediabilmente sconfitto e si trova nella posizione di sottomissione riconosciuta dall'altro trionfante (Liotti e Farina, 2011). Le sensazioni provate dal sottomesso sono riassumibili in: rappresentazione negativa di sé, senso di inferiorità, incompetenza, vergogna e colpa per responsabilità. Tutte caratteristiche che ben descrivono la persona affetta da DCA. Il fallimento del tentativo di regolazione dell'esperienza traumatica nella relazione (e quindi dello SMI di attaccamento) attraverso lo SMI agonistico nella posizione di sottomissione fa soccombere anche la vergogna che viene inglobata all'interno del buco nero della dissociazione (Liotti e Farina, 2011). Diversi studi (Andrews et al., 2000; Talbot et al., 2004) confermano la relazione tra disposizione alla vergogna e tendenza alla dissociazione facendola interfacciare con la disorganizzazione dell'attaccamento e il collasso delle strategie controllanti basate sullo SMI di rango (Liotti e Farina, 2011).

3.4 Una possibile visione d'insieme e influenze nella pratica clinica

I due approcci qui elencati, quello di Caretti e quello di Liotti, offrono due prospettive diverse sul ruolo della vergogna nella relazione con il trauma e la

dissociazione all'interno dei DCA. Caretti afferma che la vergogna è dissociante di per sé, quindi ci si dissocia perché ci si vergogna, andando ad attivare il craving verso l'oggetto-droga cibo come mezzo per poter ovviare alle sensazioni dolorose causate dalle memorie traumatiche; Liotti offre, invece, una visione più intersoggettiva e relazionale nella quale la vergogna è percepita come ultima ancora di salvezza dal baratro della con-fusione, disorganizzazione e dissociazione dovuta alla prepotente riemersione delle memorie traumatiche. Quindi ci si dissocia perché vergognarsi non è servito. Mentre nel primo caso, la vergogna è vista come emozione negativa, nel secondo caso è percepita come emozione positiva. In entrambi i casi, comunque, il cibo viene usato come un palliativo regolatorio di emozioni devastanti. In entrambi i casi il soggetto cerca di proteggere se stesso auto-accudendosi (cibo-droga) o accudendo il caregiver, anestetizzando il proprio bisogno di essere accudito. In entrambi i casi, le due prospettive potrebbero essere integrate all'interno di un percorso che miri in un primo tempo ad aiutare il paziente a tollerare le emozioni conseguenti a memorie traumatiche attraverso le strategie proposte dalla Linehan (1993) (evitando che usi il cibo come palliativo), e in questo modo rendere possibile il lavoro sulle memorie traumatiche e sulle credenze disfunzionali che hanno generato la problematica dissociante riattivando lo SMI dell'attaccamento precedentemente sostituito con quello Agonistico.

Nel lavoro con pazienti affetti da disturbi conseguenti allo sviluppo traumatico (come anche nei DCA secondo la prospettiva liottiana) non vi è una modalità univoca nel trattamento, ma vi è sostanziale accordo nell'affiancare una terapia individuale, una di gruppo e il supporto farmacologico per i sintomi dissociativi più devastanti (International Society for Study of Dissociation, 2005; Van der Hart, Nijenhuis e Steele, 2006).

Le teorie citate non si escludono tra di loro ma possono essere integrate all'interno di un approccio volto alla gestione della sintomatologia dissociativa e della disregolazione emotiva caratterizzante il DCA. Considerando la possibilità che i DCA abbiano vissuto una storia di sviluppi traumatici è possibile (anche se sono necessarie ulteriori ricerche per poterlo asserire con fermezza) che si presenti all'interno del loro quadro una sintomatologia aggiuntiva dissociativa. In una condizione del genere, gli

autori (Liotti e Farina, 2011) hanno proposto delle linee generali di trattamento della terapia cognitivo comportamentale da applicare con questi pazienti che possono essere integrate con le procedure classiche al disturbo (non menzionate in questa trattazione):

- a. Condizione imprescindibile all'interno di ogni terapia, maggiormente in quella con pazienti traumatizzati, è la creazione di una solida e sicura alleanza terapeutica. In particolare, con pazienti del genere questo rappresenta un compito alquanto arduo, poiché la conseguente attivazione del sistema di attaccamento (una volta che si sia formata l'alleanza) costituisce un fattore di rischio per il riaffiorarsi del collasso delle strategie controllanti permettendo alla disorganizzazione e dissociazione di riemergere. Per questo gli autori affermano come una delle strategie per evitare il collasso dell'alleanza sia la non attivazione del sistema di attaccamento in questi pazienti, in queste fasi iniziali, ma sia altamente consigliabile vertere sullo SMI cooperativo (stimolazione dell'empirismo collaborativo, condivisione degli obiettivi, psicoeducazione sui sintomi e sulle loro cause).
- b. Esplorazione delle credenze patogene che si sono sviluppate nell'infanzia proprio per fronteggiare un ambiente e una relazione disfunzionale. Lo strumento privilegiato è la scoperta guidata che riguarda l'osservazione sistematica degli schemi e dei cicli perpetrati dal paziente riscontrandone sia il valore adattivo per il paziente, validandoli, sia il valore disadattivo per la vita attuale dell'individuo.
- c. Tecniche di esposizione. Esse riguardano sia le esperienze correttive di attaccamento vissute con il terapeuta sia tecniche più comportamentali di esposizione graduale alla situazione temuta (esempi possono essere quella in vivo o immaginata) che permettono lo sperimentarsi per mettere alla prova le nuove abilità relazionali apprese.

Oltre a queste procedure, si potrebbero integrare gli apporti forniti dalla teoria della Linehan (1993) per l'incremento delle abilità del paziente di tollerare la sofferenza mentale, interrompendo, nelle prime battute del percorso psicoterapico, l'utilizzo del cibo come auto-cura. In effetti, l'Autrice postula, a proposito dei Borderline, che i

disagi emotivi di questi pazienti risiedano nelle risposte secondarie (tra cui la vergogna) alle emozioni primarie, che invece risulterebbero adattive e funzionali al contesto. L'origine delle risposte secondarie sono da ricercare nell'ambiente invalidante che ha imposto al paziente una negazione e controllo delle emozioni. Lo sviluppo di tale capacità viene considerata dalla stessa autrice, almeno nel breve termine, una parte essenziale di ogni tentativo di trasformazione, altrimenti ogni sforzo di cambiamento sarebbe vanificato dall'azione controproducente dei comportamenti impulsivi. Vi sono quattro strategie di sopravvivenza alla sofferenza:

- a. Distrazione che implica una riduzione del contatto con gli stimoli emotivi (es. fare altre attività: riempie la memoria a breve termine con altri pensieri, immagini e sensazioni contrari a quelli che attivano le emozioni negative).
- b. Prendersi cura di sé: implica educare il paziente ad essere indulgente con se stesso, a lusingarsi, cosa che generalmente evitano poiché si accompagna a emozioni secondarie negative.
- c. Superare il momento: rimpiazzare eventi percepiti nell'immediatezza come negativi con altri più positivi. La teoria cognitiva utilizza a tal proposito alcune tecniche finalizzate alla modificazione, ad esempio della situazione, come può essere il trovare o creare significati, che permette ai pazienti di trovare una logica alla situazione negativa, una spiegazione che prescinda da una loro presunta colpevolezza.
- d. Considerare i pro e i contro della possibilità di tollerare la sofferenza con l'obiettivo di incrementare la motivazione e la consapevolezza del paziente dei maggiori benefici conseguenti all'accettazione della realtà e della tolleranza delle emozioni rispetto ad un loro rifiuto.

Il ruolo centrale del terapeuta è, in sintesi, quello di porsi come *base sicura* che permetta a questi pazienti di potersi risperimentare e rivivere le proprie memorie devastanti all'interno di un contesto protetto nel quale, certamente, il loro bisogno di accudimento vedrà nel terapeuta un caregiver sensibile e responsivo che chiaramente li aiuti ad imparare, a vivere e a sentire le emozioni, anche quelle negative, non facendo sì che si percepiscano come inutili, indegni, fallimentari e che tutto quello

che faranno sarà irrimediabilmente vano. Solo in questo modo sarà possibile ricostruire e integrare le memorie traumatiche e integrare le diverse parti del sé frammentate (Liotti e Farina, 2011).

Bibliografia

- Abraham, S., Beumont, P.J.V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 12, 625-635
- Ainsworth, M.D.S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Attachment*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1973). The development of infant-mother attachment. In B. Caldwell e H. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research*. Vol. 3. Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1979). Attachment as related to mother-child interaction. In J. S. Rosenblatt, R. A. Hinde, C. Beer, e M. Busnel (Eds.), *Advances in the study of behavior* (Vol. 9, pp. 1-51). San Diego, CA: Academic Press.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., e Stayton, D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signal. In M.P.M. Richards (Eds) *The Integration of a Child into a Social World* (pp.172-225). Cambridge University Press, Cambridge.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., e Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale.
- Ainsworth, M.D.S., e Witting, B.A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one year olds in a Strange Situation. In B.M. Foss (Eds) *Determinants of infant behavior, vol.4* (pp.11-136). Methuen, London.
- Amaral do Espirito Santo, H.M., e Pio-Abreu, J.L. (2007). Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (4), 354-358.
- Amdur, R.L., e Liberzon, I. (1996). Dimensionality of dissociation in subjects with PTSD. *Dissociation*, 9(2), 118-124.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV)*. Washington, DC.
- Ammaniti, M. (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ammaniti, M. (2009). Quel che resta di Freud. *La Repubblica*, 12 agosto, pp.36-37.
- Ammaniti, M., e Stern, D.N. (a cura di) (1992). *Attaccamento e psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Anderson, C.L., e Alexander, P.C. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 59(3), 240-254.
- Andrews, B. (2002). Body shame and abuse in childhood. In P. Gilbert, e J. Miles (Eds). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* (pp. 256-266). London: Brunner.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., e Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.

- Arnold, M.B. (1960). *Emotion and personality*, vol. 1, Psychological Aspects, Columbia University Press, New York.
- Arnold, M.B., Kenardy, J., e Agras, W.S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 155-170.
- Attili, G. (2001). Maltrattamento infantile e attaccamento: l'organizzazione filogenetica del pattern disorganizzato. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 3, 3, 49-60.
- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente. Normalità, patologia, terapia*. Milano, Cortina.
- Ausubel, D.P. (1955). Relationships between shame and guilt in the socializing process. *Psychological Review*, 62, 378-390.
- Barach, P.M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4(3), 117-123.
- Barone, L., e Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 11, 405-417.
- Barrett, K.C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In J.P. Tangney, e K.W. Fischer (Eds.). *Selfconscious emotions. The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 25-63). New York: The Guilford Press.
- Battacchi, M.W. (2000), Le emozioni. In Dazzi N., Vetrone G. (a cura di), *Psicologia*, Roma, Carocci.
- Beebe, B., e Lachmann, F. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing interactions*. The Analytic Press, Inc. (It. Translation, *Infant research e trattamento degli adulti: un modello sistemico-diadico delle interazioni*, Raffaello Cortina Editore: Milano, 2003).
- Beebe, B., e Lachmann, F. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 15 (4), 480-516.
- Benedetto, A.M., e Gragnani, A. (1997). I fondamenti teorico-clinici della vergogna. *Psicoterapia*, 9, 47-66.
- Bliss, E. (1986). *Multiple Personalità, Allied Disorders and Hypnosis*. Oxford, Oxford University Press.
- Borg, I., Staufenbiel, T, e Scherer, K.R. (1988). On the symbolic basis of shame. In K.R. Scherer (Ed.), *Facets of emotion: Recent research* (pp. 79-98). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita*, vol. 1 "L'attaccamento alla madre", Torino, Bollati Boringhieri, 1972.
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita*, vol. 2 "La separazione dalla madre", Torino, Bollati Boringhieri, 1975.
- Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*. Boringhieri, Torino, 1983.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*, Cortina, Milano, 1989.
- Bracco, M. (2001). *Sulla distanza. L'esperienza della vicinanza e della lontananza nelle relazioni umane*. Stilo Editore: Modugno.
- Bremner, J.D., e Brett, E. (1997). Trauma-related dissociative states and longterm psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1), 37-49.

- Brennan, K.A., Clark, C.L., e Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson e W.S. Rholes (Eds.). *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford.
- Bretherton, I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in the development of attachment relationships. In R.A. Thompson (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*, 36, 57-113. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Briere, J., e Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university woman. *Child Abuse and Neglect*, 12, 331-341.
- Bromberg, P.M. (2001). *Standing in the spaces. Clinica del trauma e della dissociazione*. Cortina, Milano 2007.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: therapy and theory. *American Journal Of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. In: Garner DM, e Garfinkel PE (eds). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, vol 7. New York: Guildford Press.
- Bruner, J.S. (1975). The ontogenesis of speech acts. *Journal of Child Language*, 2, 1-19.
- Busato, L., e Rossi, C. (2004). La Predisposizione Ai Disturbi Del comportamento alimentare in una popolazione veneta potenzialmente a rischio. *Attualità in Psicologia*, 7, 3-12.
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Calam, R., Waller, G., Slade, P., e Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 479-485.
- Carano, A., Totaro, E., Ranalli, A., Cicconetti, A., Mancini, L., Vizza, M., e Mariani, G. (2011). Alessitimia e disturbi del comportamento alimentare. *NOOS*, 1, 7-16.
- Caretti, V. (2000). Psicodinamica della trance dissociativa da videoterminale. In T. Cantelmi, C. Del Miglio, M. Talli, e A. D'Andrea (a cura di), *La Mente in internet. Psicopatologia delle condotte on-line*. Padova: Piccin.
- Caretti, V., Craparo, G., e Schimmenti, A. (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche. *NOOS*, 2, 107-116.
- Caretti, V., Craparo, G., e Schimmenti, A. (2010a). Fattori evolutivo-relazionali dell'addiction. Uno studio sulla dipendenza da eroina. In V. Caretti, e D. La Barbera (a cura di), *Addiction. Aspetti Biologici e di Ricerca* (pp. 99-134). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Caretti, V., Craparo, G., e Schimmenti, A. (2010b). La dimensione della vergogna nei disturbi alimentari in adolescenza. *Infanzia e Adolescenza. Psicodinamica e Psicopatologia*, 9(2), 77-88.
- Caretti, V., Craparo, G., e Schimmenti, A. (2010c). Il ruolo della disregolazione affettiva, della dissociazione e della vergogna nei Disturbi del Comportamento

- Alimentare. In V. Caretti e D. La Barbera (a cura di), *Addiction. Aspetti Biologici e di Ricerca* (pp. 135-165). Raffaello Cortina, Milano.
- Caretti, V., Craparo, G., Ragonese, N., e Schimmenti, A. (2005). Disregolazione affettiva, trauma e dissociazione in un gruppo non clinico di adolescenti. Una prospettiva evolutiva. *Infanzia e Adolescenza. Psicodinamica e Psicopatologia*, 4(3), 170-178.
- Caretti, V., Craparo, G., Schimmenti, A., e Di Carlo, G. (2008). Lo spettro impulsivo-compulsivo nell'addiction: una prospettiva integrata sullo sviluppo delle dipendenze patologiche in adolescenza. *Dipendenze Patologiche - Addictive Disorders*, 3(1), 9-16.
- Caretti, V., e Craparo, G. (2005). La correlazione fra dissociazione e alestitimia in un gruppo di tossicodipendenti e di ex tossicodipendenti. In V. Caretti e D. La Barbera (a cura di), *Alestitimia. Valutazione e trattamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Caretti, V., e La Barbera, D. (2005), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Cortina, Milano.
- Caretti, V., e Schimmenti, A. (2007). Il fallimento delle relazioni primarie e il trauma evolutivo. In A. Bifulco, e P. Moran (1998/2007), *Il bambino maltrattato. Le radici della depressione nel trauma e nell'abuso infantile* (pp. 7-11). Trad. it. Roma: Astrolabio.
- Caretti, V., e Schimmenti, A. (2011). La valutazione della disregolazione affettiva con la Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA). *NÓOς*, 1, 45-58.
- Caretti, V., Franzoni, E., Craparo, G., Pellegrini, G., e Schimmenti, A. (2007). Disregolazione Affettiva e Dissociazione come predittori dei vissuti traumatici nei DCA. *Infanzia e Adolescenza. Psicodinamica e Psicopatologia*, 6(1), 1-13.
- Carretti, V., e Craparo G. (2008). La disregolazione affettiva e la dissociazione nell'esperienza traumatica. In V. Carretti V. e G. Craparo (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale* (pp. 11-42). Astrolabio, Roma.
- Casper, R.C. (1983). Some provisional ideas concerning the psychologic structure in anorexia nervosa and bulimia. In P.L. Dasrby, P.E. Garfinkel, D.M. Garner, e D.V. Coscina (Eds.), *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research* (pp.387-392). New York: Alan R. Liss.
- Cassidy, J., e Kobak, R. (1988). Avoidance and its relations to other defensive process. In J. Belsky e T. Nezworsky (Eds.) *Clinical Implication of attachment*, Erlbaum, Hillsdale, New York.
- Castelfranchi, C. (1988). *Che figura! Emozioni e immagine sociale*. Universal Paperbacks Il Mulino, Rastignano, p. 164.
- Castelfranchi, C. (1994). Colpevol-mente: Alcuni punti (interrogativi) sui sensi di colpa. In C. Castelfranchi C, R. D'Amico e I. Poggi (a cura di) *Sensi di Colpa*. Giunti, Firenze.
- Castelfranchi, C. e Poggi, I. (1988). Vergogna. In C. Castelfranchi (a cura di). *Che figura Emozioni e immagine sociale*. Il Mulino, Bologna.
- Castelfranchi, C. e Poggi, I. (1990). Ingredienti per una macchina che si vergogna. In V. D'Urso (a cura di), *Imbarazzo Vergogna e altri affanni*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

- Chandara, P., e Mafia, A. (1989). Bulimia and dissociative states: A case report. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 137-139.
- Claesson, K., e Sohlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 277-284.
- Cooper, J.M., Todd, G., e Wells, A. (1998). Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 213-230.
- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R., e Ganis, C. (2007). Trauma and multiimpulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 23-30.
- Crittenden, P.M. (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Raffaello Cortina, Milano.
- Crockett, D.B. (1979). Shame resentment envy and pity. A semantic analysis. *Lingua*, 47(4), 279-300.
- Curtois, C. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 412-425.
- D'Urso, V. (a cura di) (1990). *Imbarazzo, Vergogna e altri affanni*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Dalle Grave, R., Oliosi, M., Todisco, P., e Bartocci, C. (1996). Trauma And Dissociative Experiences In Eating Disorders. *Dissociation*, 9(1), 274-281.
- Darwin C. (2009). *The expression of the emotions in man and animals*. Oxford University Press, Oxford, 1872.
- Davis R., Freeman R. J., Garner D. M. (1988). A naturalistic investigation of eating behaviour in bulimia nervosa. *British Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 273-279.
- Dazzi, N., e Speranza, A.M. (2005). Attaccamento e psicopatologia. *Infanzia e adolescenza*, 4(1), 18-30.
- Deaver, C., Miltenberger, R., Smyth, J., Meidinger, A., e Crosby, R. (2003). An evaluation of affect and binge eating. *Behavior Modification*, 27, 578-599.
- Demitrack, M.A., Putnam, F.W., Brewerton, T.D., Brandt, H.A., e Gold, P.W. (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1184-1188.
- Denham, S.A. (2001). *Lo sviluppo emotivo dei bambini*, Ubaldini Editore, Roma.
- De Silva, D. (2007). *Non avevo capito niente*. Einaudi, Torino, 1964.
- Dingemans, A.E., Spinhoven, P., e Van Furth, E.F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorders symptom. *Eating Behaviors*, 7, 258-265.
- Edelmann, R.J. (1981). Embarrassment: The state of research. *Current Psychological Reviews*, 1, 125-138.
- Ehlers, A., e Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Enciclopedia dei Ragazzi (1988). *La maschera*. RCS Rizzoli Libri S.p.A., Milano, p. 124.
- Everill, J.T., e Waller, G. (1995). Dissociation and bulimia: Research and theory. *European Eating Disorders Review*, 3, 129-147.
- Everill, J.T., Waller, G., e MacDonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 127-134.

- Fairburn, C.G., Shafran, R., e Cooper, Z. (1998). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Farina, B., e Liotti, G. (2011). Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. *Cognitivismo clinico* 8(1), 3-17.
- Fehr, B., e Russel, A.J. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113, 464-486.
- Ferenczi, S. (1932), Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino. In *Opere*, 4, Cortina, Milano, 2002.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. e Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press (trad. it.: *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Cortina, 2004).
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J.G., e Bateman, A.W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 412-459.
- Frankel, F.H. (1990). Hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 823-829.
- Frankel, F.H. (1994). Dissociation in hysteria and hypnosis: A concept aggrandized. In S.J. Lynn, e J.W. Rhue (eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 80-93). New York: Guilford Press.
- Frijda, N.H. (1988). The Laws of Emotions, *American Psychologist*, 43, 349-358.
- Gabbard G.O. (1990). *Psichiatria psicodinamica*, Milano, Cortina, 1992.
- Galimberti, U. (2006), *Dizionario di psicologia*, Torino: UTET (1992).
- Garner, D.M., e Bemis, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach for anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Genesi. *Antico testamento*. Vol.3, vv. 6-11.
- George, C., Kaplan, N., e Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. London: LEA.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert, e B. Andrews (Eds), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 3-36). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview, with treatment implications. In P. Gilbert, e J. Miles (Eds), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 3-54). London: Brunner.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70, 1205-1230.
- Gilbert, P., Allan, S., e Goss, K. (1996). Parental representations, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 23-34.
- Gilbert, P., e Gerlsma, C. (1999). Recall of Shame and favouritism in relation to psychopathology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38, 357-374.
- Gilbert, P., e Irons, C., (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.

- Gilbert, P., e Perris, C. (2000). Early experiences and subsequent psychosocial adaptation. An introduction. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 243–245.
- Gilbert, P., e Procter, S. (2006). Compassion mind training for people with high shame and self criticism: Overview and pilot study. *Clinical Psychology and Psychology*, 13, 353–379.
- Gillberg, I.C., Gillberg, C., Rastam, M., e Johnasson, M. (1996), The cognitive profile of anorexia nervosa: A comparative study including a community-based sample. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 23–30.
- Goss, K., e Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. In P. Gilbert e J. Miles (Eds), *Body Shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 219–255). Hove: Brunner-Routledge.
- Goss, K., Gilbert, P., e Allan, S. (1994). An exploration of shame measures I. the ‘other as shamer scale’. *Personality and Individual Differences*, 17, 713–717.
- Grossmann, K.E., Grossmann, K. e Zimmermann, P. (1999). A Wider View of Attachment and Exploration: Stability and Change During the Years of Immaturity. In J. Cassidy e P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 760-786). New York: Guilford Press.
- Grotstein, J. (1986). The psychology of powerlessness: Disorders of self-regulation and interactional regulation as a newer paradigm for psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 6, 93-118.
- Hackmann, A., Ehlers, A., Speckens, A., e Clark, D.M. (2004). Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 231–240.
- Heatherton, T.F., e Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86–108.
- Hesse, E., e Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18(2), 309-343.
- Hesse, E., Main, M., Abrams, K.Y., e Rifkin, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have “second-generation” effects: Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents. In D.J. Siegel e M.F. Solomon (eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain* (pp.57-106). New York: Norton.
- Hornbacher, M. (2008). *Una vita bipolare*. Tr. It. Milano: Corbacio.
- International Society for Study of Dissociation (2005). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4), 69-149.
- Izard, C.E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*, Paris, Alcan.
- Karpman, S. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7, 39-43.
- Kaufman, G.N. (1989). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York: Springer.

- Kaufman, G.N. (1996). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes* (2nd ed.). New York: Springer.
- Keith, L., Gillanders, D., e Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating disordered population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 317-327.
- Kent, A., e Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20, 887-903.
- Kent, A., Waller, G., e Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 159-167.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L.D., Kraemer, H.C., Blair-Greiner, A., e Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.
- Kinzl, J.F., Traweger, C., Guenther, V., e Biebl, W. (1994). Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1127-1131.
- Klass, E.T. (1990). Guilt, shame, and embarrassment: Cognitive-behavioral approaches. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 385-414). New York: Plenum.
- Krause, E.D., Mendelson, T., e Lynch, T.R. (2003). Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse and Neglect*, 27, 199-213.
- Kreitler, S., Bachar, E., Canetti, L., Berry, E., e Bonne, O. (2003). The Cognitive-Orientation Theory of Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 59(6), 651-671.
- La Mela, C. e Maglietta, M. (2011). Esperienze dissociative e disturbi dell'alimentazione: il ruolo di dissociazione e perfezionismo nell'alimentazione incontrollata. *Cognitivismo Clinico*, 8(1), 27-46.
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., e Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 393-400.
- Lacey, J.H. (1986). Pathogenesis. In L.J. Downey, e J.C. Malkin, *Current approaches: bulimia nervosa* (pp. 17-26). Southampton: Duphar.
- Lane, R.D., e Schwartz, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lanius, R.A., Vermetten, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J.D., e Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal Of Psychiatry*, 167(6), 640-647.
- Lavelli, M. (2007). *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Lavender, J.M., e Anderson, D.A. (2010). Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 352-357.

- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*, McGrawHill, New York.
- LeDoux, J. (1996). *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*. Baldini e Castoldi, 1998.
- Lee, S. (1993). Review of Transcultural aspects of eating disorders: A critical literature review by Davis and Yager. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 30, 163–169.
- Lesser, I.M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med*, 43, 531-543.
- Leung, N., Waller, G., e Thomas, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 205-213.
- Lewis, D.O., Yeager, C.A., Swica, Y., Pincus, J. H., e Lewis, M. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1703-1710.
- Lewis, H.B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York, The Free Press.
- Lichtenberg, J.D. (1989). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Lightstone, J. (2004). Dissociation and Compulsive Eating. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 17-32.
- Lindsay-Hartz, J. (1984). Contrasting experiences of shame and guilt. *American Behavioral Scientist*, 27, 689-704.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford. Trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina, 2001.
- Liotti G., e Monticelli F. (a cura di) (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale Aimit*, Milano, Cortina.
- Liotti, G. (a cura di) (1993), *La discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*. Milano: Franco Angeli.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 4, 196-204.
- Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma, Nis, 2005.
- Liotti, G. (1995) .Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir e J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (p.343-363). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Liotti, G. (1999a). La disorganizzazione dell'attaccamento come modello per comprendere la psicopatologia dissociativa. In J. Solomon, e C. George (a cura di), *L'attaccamento disorganizzato*, Bologna, il Mulino, 2007.
- Liotti, G. (1999b). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 83-757.
- Liotti, G. (1999c). Disorganized attachment and dissociative psychopathology: The contribution of attachment theory. In J. Solomon, e C. George (eds.), *Attachment Disorganization*, New York, Guilford.

- Liotti, G. (1999d). Il nucleo del disturbo borderline di personalità: una ipotesi integrativa. *Psicoterapia*, 16, 53-65.
- Liotti, G. (2000). Disorganized attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy. In P. Gilbert e K. Bailey (eds.), *Genes on the couch: Essays in evolutionary psychotherapy* (pp.232-256). Hove: Psychology Press.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano, Cortina.
- Liotti, G. (2002). The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 25-310.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 4, 472-486.
- Liotti, G. (2005). Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento. *Infanzia e adolescenza*, 4(3), 130-144.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. In A.P. DePrince, e L. Demarni Cromer (eds.), *Exploring Dissociation: Definitions, Development and Cognitive Correlates*, *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 4, 55-73.
- Liotti, G. (2008). Trauma e dissociazione nella prospettiva dell'intersoggettività: il contributo della teoria dell'attaccamento. In V. Caretti e G. Craparo (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale* (pp. 147-168). Astrolabio, Roma.
- Liotti, G., e Cortina M. (2005). Attaccamento e altri sistemi motivazionali in psicoterapia, *Psicoterapia*, 30, 67-78.
- Liotti, G., e Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano, Cortina.
- Liotti, G., Intreccialagli, B., e Cecere, F. (1991). Esperienza di lutto della madre e predisposizione ai disturbi dissociativi nella prole: uno studio caso-controllo. *Rivista Psichiatrica*, 26, 91-283.
- Lopez, F.G., e Brennan, K.A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 283-300.
- Lorenzini, R., e Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Milano: Raffaello Cortina.
- Lynd, H.M. (1958) *On shame and the search for identity*, New York, Harcourt Brace.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R., e Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 63-86.
- Lyons-Ruth, K., e Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy e P.R. Shaver (1999) (eds.), *Handbook of attachment* (pp.520-544). New York: Guilford Press. (Tr. it. Giovanni Fioriti Editore: Roma, 2002).
- Lyons-Ruth, K., e Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization. Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J.

- Cassidy e P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520–554). New York: The Guilford Press.
- Main, M. (1991). Discourse, prediction, and recent studies in attachment: Implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 41*, 209-244.
- Main, M. e Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. In M. Greenberg, D. Cicchetti e E. Cummings (a cura di), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention* (pp. 161-182). University of Chicago Press, Chicago.
- Main, M., e Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predicted from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology, 21*, 407-412.
- Main, M., e Hesse, E. (1992). Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In M. Ammaniti, e D.N. Stern (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Milano.
- Main, M., e Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/ disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton e M.W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood NJ: Ablex.
- Main, M., e Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti e M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, Chicago, Chicago University Press.
- Manara, F, e Caruso, R. (1997). *I disturbi del comportamento alimentare. Proposte attuali per la pratica clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Markey, M.A., e Vander Wal, J.S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Compr Psychiatry, 48(5)*, 458-464.
- Matos, M., e Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17(4)*, 299-312.
- McCarthy, M.H., Goff, D.C., Baer, L., Cioffi, J., e Herzog, D.B. (1994). Dissociation, childhood trauma, and the response to fluoxetine in bulimia patients. *International journal of Eating Disorders, 15*, 219-226.
- Meltzoff, A.N, e Moore, M.K. (1977). Imitations in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. *Developmental Psychology, 25*, 954-962.
- Meltzoff, A.N., e Moore, M.K. (1997). Explaining facial imitation: A theoretical model. *Early Development and Parenting, 6*, 179-192.
- Meston, C.M., Heiman, J.R., e Trapnell, P. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *The Journal of Sex Research, 36*, 385-395.
- Miceli, M. e Castelfranchi, C. (1992). *La cognizione del valore*. Franco Angeli, Milano.
- Mikulincer, M., e Shaver, P. (2005). Mental representations and attachment security. In M.W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal Cognition* (pp. 233–266). New York: Guildford press.
- Mikulincer, M., Florian, V., e Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf war in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology, 64(5)*, 817-826.

- Miller, R.S. (1996). *Embarrassment: Poise and peril in everyday life*. Guilford Press, New York.
- Modigliani, A. (1968). Embarrassment and embarassability. *Sociometry*, 31, 313-326.
- Morris, D. (2010). *La scimmia nuda. Studio zoologico sull'animale uomo*. Tr. It. Edizione Tascabili Bompiani: Milano.
- Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S., e Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 48–58.
- Muller, R.T., Sicoli, L.A., e Lemieux, K.E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 321–332.
- Neisser, U. (1976). *Conoscenza e realtà*. Bologna, Il Mulino, 1981.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., e Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.
- Oatley, K., e Johnson-Laird, P. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfeld, N.S., Carlson, E.A., e Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Ortony, A, Clore, G.L., e Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Ozturk, E., e Sar, V. (2005). Apparently normal family: A contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *Journal of Trauma Practice*, 4(3/4), 287-303.
- Pasquini P., Liotti G., e The Italian Group for the Study of Dissociation (2002). Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105,110-116.
- Patton, C.J. (1992). Fear of abandonment and binge-eating: A subliminal psychodynamic activation investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 484-490.
- Pearlman, L.A. e Courtois, C.A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 449–459.
- Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakely, T.L., Baker, W.L. e Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use dependent” development of the brain: How “states” become “traits.” *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.
- Piaget, J. (1980). *L'epistemologia genetica*. Bari-Roma, Laterza.
- Polivy, J, e Herman, C.P. (1993). Etiology of binge eating: psychological mechanisms, in *Binge Eating. Nature, assessment and treatment* (pp. 173-205). New York, Guilford.
- Power, M., e Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion. From order to disorder*. Psychology Press, an imprint of Erlbaum (UK) Taylor & Francis Ltd.

- Prestano, C., Cicero, V., Gullo, S., Alcuri, G., Lo Coco, G., e Carcione, A. (2009). Le funzioni metacognitive nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Uno studio sul trattamento psicodinamico di gruppo. *Ricerca in psicoterapia/Research in psychotherapy: psychopathology, process and outcome*, 1-2(12), 37–54.
- Priel, B., e Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Personality and Individual Differences*, 19(2), 235-241.
- Putnam F.W. (1997). *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*. Roma, Astrolabio, 2005.
- Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Rezzonico, G., e Ruberti, S. (a cura di) (1996). *L'attaccamento nel lavoro clinico e sociale. Esplorazione e sviluppo di nuovi modelli di intervento*. Milano: Franco Angeli.
- Rice, K.G., FitzGerald, D.P., Whaley, T.J., e Gibbs, C.L. (1995). Cross-sectional and longitudinal examination of attachment, separation-individuation, and college student adjustment. *Journal of Counseling & Development*, 73(4), 463-474.
- Roberts, J.E., Gotlib, I.H., e Kassel, J.D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 310-320.
- Rorty, M., Yager, J., e Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1122–1126.
- Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J., e Hand, I. (2006a). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. A replication study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 256(3), 146-150.
- Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., Peter, H., e Hand, I. (2006b). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom*, 75(1), 40-46.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-449.
- Safer, D.L., Telch, C.F., e Agras, W. S. (2001). Dialectical behaviour therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 101–106.
- Sameroff, A.J., e Emde, R.N. (1989). *Relationships Disturbances in Early Children. A Developmental Approach*. Basic Books, New York. Trad. it.: I disturbi delle relazioni nella prima infanzia. Torino: Boringhieri, 1991.
- Sander, L. (1975). Infant and caretaking environment. In E.J. Anthony (Ed.), *Explorations in child psychiatry* (pp. 129–165). New York: Plenum.
- Sander, L. (1977). The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspect of the context-content relationship. In M. Lewis e L. Rosenblum (Eds.), *Interaction, Conversation, and the Development of Language*. New York: Wiley.
- Sander, L. (1985). Toward a logic of organization in psycho-biological development. In K. Klar e L. Siever (Eds.). *Biologic response styles: clinical implications* (pp. 20-36). Washington, DC: Monograph Series American Psychiatric Press.

- Sander, L. (1995). Identity and the experience of specificity in a process of recognition. *Psychoanalytic Dialogues*, 5, pp. 579-593.
- Sanftner, J.L., e Crowther, J.H. (1998). Variability in self-esteem, moods, shame, and guilt in women who binge. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 391-397.
- Sar, V., Akyuz, G., Kundakci, T., Kiziltan, E., e Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal Of Psychiatry*, 161(12), 2271-2276.
- Sar, V., e Ross, C.A. (2006). Dissociation as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 129-144.
- Sartre, J.P. (1943). *L'essere e il nulla*. Milano: Il Saggiatore.
- Schachter, S., e Singer, J. (1962). Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State, *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schmidt, U., Jiwany, A., e Treasure, J., Ò. (1993). A controlled study of Alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Schmidt, U., Tiller, M., Blanchard, B., Andrews, B., e Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psychological Medicine*, 27, 523-530.
- Schneer, A. (2002). Eating disorders: A disorder of in and out. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10, 161-176 .
- Schore, A.N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Erlbaum, Hillsdale.
- Schore, A.N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- Schore, A.N. (1997). Early organization of the non linear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and psychopathology*, 9, 595-631.
- Schore, A.N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. In P. Gilbert e B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 57-77). New York: Oxford University Press.
- Schore, A.N. (2001). The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.
- Schore, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and the repair of the Self*. New York: Norton.
- Schore, A.N. (2009). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. In P.F. Dell, e J.A. O'Neil (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 107-141). New York: Routledge.
- Shott, S. (1979). Emotion and social life: A symbolic interactionist analysis. *American Journal of Sociology*, 84, 1317-1334.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255.

- Sim, L., e Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 207–216.
- Simpson, J.A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.
- Skarderud, F. (2003). Sh@me in cyberspace: Relationships without faces: the e-media and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 155–169.
- Speranza, A.M., e Alberigi, E. (2006), La relazione tra abuso e disturbi alimentari: il ruolo della dissociazione. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 8(1), 23-46.
- Spertus, I.L., Yehuda, R., Wong, C.M., Halligan, S., e Seremetis, S.V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1247–1258.
- Spitz, R. (1958). *La première année de la vie de l'enfant*, Presses Univesitaires de France, Paris, trad. it. (1973) *Il primo anno di vita*, Armando, Roma.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H.J., e Grabe, H.J. (2007). Dissociation predicts symptomrelated treatment outcome in shortterm inpatient psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 682-687.
- Sroufe, L.A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press (trad. it. *Lo sviluppo delle emozioni*. Milano: Raffaello Cortina, 2000).
- Steiner, S. (1996). *I rifugi della mente. Organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern, D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. (It. Tr. Bollati Boringhieri, Torino 1987).
- Stern, D.N. (1989). *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Tr. It. Sovera Multimedia, Roma.
- Stern, H.S. (2005). Model inference or model selection: Discussion of Klugkist, Laudy, and Hoiijtink (2005). *Psychological Methods*, 10, 494–499.
- Stice, E., Nemeroff, C., e Shaw, H.E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 340–363.
- Strömsten, M.J.L. (2011). *More Or Less Than Human. The Influence of Shame on Psychological Distress*. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 1465.
- Stuewig, J., e McCloskey, L. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10, 324–336.
- Summit, R.C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7, 177–193.
- Talbot, J.A., Talbot, N.L., e Tu, X. (2004). Shame Proneness as a Diathesis for Dissociation in Women with Histories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 445–448.
- Tambelli, R., Speranza, A.M., Trentini, C., e Odorisio, F. (2010). La regolazione affettiva in diadi madre-bambino a rischio. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, 3, 44-78.

- Tangney, J.P., Miller, R., Flicker, L., e Barlow, D.H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256-1269.
- Tangney, J.P. (1992). Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 199-206.
- Tangney, J.P. (1993). *Shame and guilt*. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 161-180). New York: Wiley.
- Tangney, J.P., Burggraf S., e Wagner P. (1995). Shame proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In J. Tangney, e K. Fischer (Eds), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 343–367) New York: Guilford.
- Tangney, J.P., e Fischer K.W. (a cura di) (1995). *Self-conscious emotions. The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*, New York, Guilford.
- Tangney, J.P., Marschall, D.E., Rosenberg, K., Barlow, D.H., e Wagner, P.E. (1994). *Children's and adults' autobiographical accounts of shame, guilt, and pride experiences: An analysis of situational determinants and interpersonal concerns*. Manuscript submitted for publication.
- Tangney, J.P., Wagner, P.E., Miller, R.S., Marschall, D.E. e Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 797-809.
- Tangney, J.P., e Dearing, R.L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press, NY.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., e Parker, J.D.A. (1997). *I disturbi della regolazione affettiva. L'alesitimia nelle malattie mediche e psichiatriche*. Tr.it. Roma: Fioriti Editore., 2000.
- Tchanturia, K., Happé, F., Godley, J., Treasure, J., Bara-Carril, N., e Schmidt, U. (2004). Theory of Mind in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 361–366.
- Telch, C.F., Agras, W.S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese? *International Journal of Eating Disorders*, 20, 271-279.
- Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. In N.A. Fox (Ed.) *The development of emotion regulation: Biological and behavioural considerations*. Monographs of Society for Research, *Child Development*, 59, 372-472
- Torem, M.S. (1987). Ego-state therapy for eating disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 94-103.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of interpersonal communication* (pp. 321–347). New York: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1993). The functions of emotions in early infant communication and development. In J. Nadel e L. Camaioni (Eds.), *New perspectives in early communicative development* (pp. 48-81). London: Routledge.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In S. Bråten (Ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny* (pp. 15- 46). Cambridge: Cambridge University Press.

- Trevarthen, C. (1999). How Music Heals. In T. Wigram e J. de Backer (Eds.), *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology*, (pp 7-10). London: Jessica Kingsley.
- Trevarthen, C. (2003). Infant psychology is an evolving culture. *Human Development*, 46, 233-346.
- Trevarthen, C. (2005). Action and emotion in development of cultural intelligence: Why infants have feeling like ours. In Nadel, J., e Muir, D. (Ed.), *Emotional Development*. Oxford University Press, Oxford, 61-91.
- Trevarthen, C., Kokkinaki, T., e Fiamenghi, G.A. (1999). What infant's imitations communicate: with mothers, with fathers and with peers. In Nadel, J., Butterworth, G. (Eds.), *Imitation in infancy*. Cambridge University Press, Cambridge, 127-185.
- Tronick, E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119. 187
- Tronick, E.Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19, 290-299.
- Tronick, E.Z. (2005). Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals' states of consciousness: Coherence governed selection and the co-creation of meaning out of messy meaning making. In J. Nadel, e D. Muir (Eds.) *Emotional Development* (pp. 293-315). Oxford University Press, Oxford.
- Tronick, E.Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahum, J.P. e Sander, L. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19, 290-299.
- Troop, N., e Murphy, F. (2000). Disgust sensitivity in eating disorders: a preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorder*, 27, 446-451.
- Van der Hart O, e Nijenhuis, E. (2009). Dissociative Disorders. In B. P. a. M. T (Ed.), *Oxford Textbook of Psychopathology*. New York (USA), Oxford (UK): Oxford University Press.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., e Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: W. W. Norton.
- Van der Kolk B.A., McFarlane C., e Weisaeth L. (eds.) (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York, Guilford.
- Van der Kolk, B.A. (1987). *Psychological trauma*. Washington DC American Psychiatry, Press.
- Van der Kolk, B.A. (1996). The body keeps score. Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, e L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B.A. (2008). Il disturbo traumatico dello sviluppo: verso una diagnosi relazionale per bambini cronicamente traumatizzati. In V. Caretti e G. Craparo (a cura di) (2008). *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale* (pp. 81-93). Astrolabio.

- Van Vreckem, E., e Vandereycken, W. (1995). De'pendance et nourriture, in D. Bailly e J.L. Venisse (a cura di), *De'pendance et conduites de de'pendance* (pp. 167–176), Paris, Masson.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., e Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *13*, 187-194.
- Wagner, P.E., e Tangney, J.P. (1991). *Affective style, aspects of the self, and psychological symptoms*. [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, George Mason University, Fairfax, VA.
- Waller, E., e Scheidt, C.E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, *18*, 13–24.
- Waller, G., Corstorphine, E., e Mountford, V. (2007). The Role of Emotional Abuse in the Eating Disorders: Implications for Treatment. *Eating Disorders: The journal of Treatment and Prevention*, *15*(4), 317-331.
- Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C., Meyer, C., e Leung, N. (2003). Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behaviour Research & Therapy*, *41*, 619–627.
- Waller, G., Kennerly, H., e Ohanian, V. (2007). Schema focused cognitive therapy with eating disorders. In L.P. Riso, P.T. du Toit, e J.E. Young (Eds), *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist-practitioner guide* New York: American Psychological Association.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., e Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, *40*(4), 387–397.
- Wallin, D. (2007). *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*. Bologna, Il Mulino, 2009.
- Ward, A., Ramsey, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., e Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, *74*, 497 – 505.
- Wartner U.G., Grossman K., Fremmer-Bombik E., e Suess G. (1994). Attachment patterns at age six in South Germany: Predictability from infancy and implications from preschool behavior. *Child Development*, *65*, 1014-1027.
- Waters, A. (1996). *The experience of food cravings in bulimia nervosa*. Doctoral thesis: University of Leeds.
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S.A., e Colburn, T.A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *31*, 1143–1153.
- Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K., e Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, shame, depression, and loneliness: The mediation role of basic psychological needs satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(4), 591-601.
- Wicker, F.W., Payne, G.C., e Morgan, R.D. (1983). Participant descriptions of guilt and shame. *Motivation and Emotion*, *7*, 25-39.
- Wilson, G.T. (1999). Cognitive behavior therapy for eating disorders: Progress and problems. *Behavior Research and Therapy*, *37* (1), S79–S95.
- Yehuda, R., e MacFarlane, A.C. (1995). Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1705-1713.

- Young, J.E., e Klosko, J.S. (1994). *Reinventing Your Life*. New York, Plume.
- Young, J.E., Klosko, J.S., e Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zachrisson, H. e Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity. Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18, 97-106.

Sitologia

- Miniati, F. (2009). *Emozioni: la vergogna*.
(<http://www.fupress.net/index.php/sf/article/view/2901>).
- Dipasquale S, Ciuna A, Levi D, Ruggiero GM, Invernizzi G (2000). Il ruolo delle emozioni nei disturbi del comportamento alimentare, *Psychomedia Telematic Review*, 25 settembre, (www.psychomedia.it/pm/answer/eatdis/dipasquale.htm).