

## La disconnessione come cura: il conflitto di dipendenza nella terapia del trauma complesso

Carolina Papa<sup>1,3</sup>, Erica Pugliese<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

<sup>2</sup>Scuola di Psicoterapia SPC, Roma

<sup>3</sup>Menteverde – Centro di Psicologia e Psicoterapia Monteverde

<sup>4</sup>Millemé, Violenza di Genere e Dipendenze Affettive

### *Riassunto*

La capacità di raggiungere un certo grado di vicinanza e intimità nella relazione con gli altri costituisce un fattore protettivo per la salute mentale. Nonostante questo, molte persone sperimentano difficoltà nello stabilire relazioni caratterizzate da un adeguato livello di interdipendenza. La ricerca ha identificato come le esperienze relazionali precoci avverse e lo sviluppo di un attaccamento insicuro costituiscano dei fattori ostacolanti la costruzione di una dipendenza sana nelle relazioni interpersonali. Infatti, se da un lato questi individui possono rappresentare sé stessi solo in relazione a un altro che fornisce cure e accudimento, dall'altro possono mostrare risposte avversive alla vicinanza emotiva per timore di entrare in intimità con gli altri. Nel trauma complesso vi è una pervasiva sfiducia nei confronti degli altri mentre, su di sé, prevale la credenza di essere inamabili e privi di valore. Il contesto relazionale, che precedentemente è stato fonte di abuso o neglect, diventa lo stesso nel quale può avvenire la guarigione, attraverso la costruzione di una relazione terapeutica caratterizzata da confini chiari e definiti, indicativi di una dipendenza sana. Le rappresentazioni di sé e dell'altro non integrate portano il paziente traumatico a oscillare tra tentativi di vicinanza e di distacco nella relazione terapeutica quando entra in contatto con i propri bisogni di accudimento e di dipendenza, manifestandoli attraverso strategie che tendono a elicitare il rifiuto del terapeuta e pongono il paziente a rischio di ulteriori traumatizzazioni. L'intensa qualità degli stati emotivi nel trauma comporta un alto grado di coinvolgimento per il terapeuta, che potrà mostrare sentimenti ambivalenti tra una forte sintonizzazione emotiva e un istinto a respingere e allontanare il paziente. La frattura dell'alleanza è un processo continuo nella relazione col paziente traumatico, ed è proprio attraverso di esso che il paziente guarisce nella misura in cui apprende che l'interruzione è riparabile e che la disconnessione non coincide con la perdita del senso di sé.

*Parole chiave:* trauma complesso, relazione terapeutica, confini, vicinanza, intimità, dipendenza

### **Disconnection as a cure: The dependency conflict in complex trauma therapy**

#### *Summary*

The ability to achieve a certain degree of closeness and intimacy in relationships with others is a protective factor for mental health. Despite this, many people experience difficulties establishing relationships characterized by an adequate level of interdependence. Research has identified how adverse early relational experiences and the development of an insecure attachment constitute factors hindering the construction of healthy dependency in interpersonal relationships. Indeed, while these individuals may only represent themselves as others who provide care and nurturing, they may also show aversive responses to emotional closeness for fear of becoming intimate with others. In complex trauma, there is a pervasive mistrust of others

Carolina Papa e Erica Pugliese, Il La disconnessione come cura: il conflitto di dipendenza nella terapia del trauma complesso, N. 32, 2023, pp. 24-53.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su

[www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

while, on the other hand, the belief that they are unlovable and worthless prevails. The relational context, which was previously a source of abuse or neglect, becomes the one in which healing can take place through the construction of a therapeutic relationship characterized by clear and defined boundaries indicative of a healthy dependency. Non-integrated representations of self and others lead the trauma patient to oscillate between attempts at closeness and detachment in the therapeutic relationship when he comes into contact with his own needs for care and dependence, manifesting them through strategies that tend to elicit the therapist's rejection and place the patient at risk of further traumatization. The intense quality of the emotional states in the trauma implies a high degree of involvement for the therapist, who may show ambivalent feelings between a strong emotional attunement and an instinct to reject and distance the patient. The fracture of the alliance is an ongoing process in the relationship with the trauma patient, and it is through it that the patient heals to the extent that he learns that the break is repairable and that the disconnection does not coincide with a loss of sense of self.

*Key words:* complex trauma, therapeutic relationship, boundaries, closeness, intimacy, dependence

### **Introduzione**

Numerose ricerche evidenziano la rilevanza di fattori relazionali, appartenenti sia al paziente e che al terapeuta, nella comprensione dell'efficacia terapeutica (Wampold & Imel, 2015; Norcross & Lambert, 2019; Castonguay et al., 2019) e sottolineano come l'esperienza della relazione terapeutica rappresenti un elemento fortemente curativo di per sé, a prescindere dalla diagnosi del paziente. Gli esiti terapeutici favorevoli sembrano dipendere maggiormente da alcuni elementi caratterizzanti la relazione; in particolare: il grado di alleanza, l'empatia percepita dal terapeuta, la motivazione del paziente, la capacità del terapeuta di adattare il proprio lavoro alle caratteristiche specifiche del singolo paziente, il livello di autenticità del paziente e del terapeuta (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019). Al contrario, la letteratura ha individuato alcuni processi ostacolanti la relazione come, ad esempio, l'autoreferenzialità del terapeuta, la tendenza a distrarsi mentre il paziente parla, la tendenza a criticare e/o colpevolizzare il paziente (Ackerman & Hilsenroth, 2001; 2003). I bambini che hanno vissuto l'esperienza di traumi multipli, cronici e prolungati di natura interpersonale nelle prime relazioni con i caregiver percepiscono il mondo come pericoloso, imprevedibile e non in grado di fornire sollievo. La possibilità di contare sull'altro per ricevere aiuto e sostegno è compromessa, ma il desiderio di essere accuditi può essere così intenso da provocare stati dissociativi e aggressività (Pearlman & Courtois, 2005): infatti, ignorare le proprie emozioni e percezioni, così come regolare il proprio comportamento anticipando le risposte di chi lo accudisce, diventa l'unico modo che il bambino trova per acquisire un senso di controllo e stabilità. Il presente è vissuto come parte di un'unica realtà e, quando il senso di controllo viene a mancare, l'intollerabilità di quello stato e la necessità imminente di fare qualcosa per modificarlo portano il paziente con trauma complesso a passare immediatamente dallo stimolo pauroso alla risposta di attacco, fuga o freezing, senza la possibilità di imparare da quell'esperienza

(Van der Kolk, 2005). Nei pazienti con trauma relazionale i desideri di dipendenza sono inevitabilmente presenti ed emergono nella relazione terapeutica a partire dal bisogno insoddisfatto di un attaccamento sicuro. La relazione terapeutica diventa, in questi pazienti, la base per risolvere i conflitti di dipendenza attraverso la comprensione empatica da parte del terapeuta della natura intensa e dolorosa della disperata ricerca di accudimento del paziente, o piuttosto dell'irruenta negazione dei bisogni di accudimento che porta all'evitamento della relazione in quanto troppo spaventante (Smith et al., 2010). Appare, quindi, una sfida per il terapeuta trovare un equilibrio nel mantenere i comportamenti di dipendenza disadattivi all'interno di una finestra ideale di tolleranza per entrambi i partecipanti alla relazione, mantenendo al contempo un ottimale e necessario livello di coerenza e trasparenza nei confronti del paziente.

### **Vicinanza e intimità nelle relazioni interpersonali: caratteristiche e fattori di sviluppo**

La capacità di costruire relazioni intime con gli altri è una delle principali caratteristiche di un sano sviluppo della personalità, nonché uno dei principali indicatori di salute mentale (Bowlby, 1988; Epstein, 1994). Nonostante questo, molte persone trovano difficile sviluppare e mantenere relazioni intime, non riuscendo a raggiungere quel profondo senso di connessione emotiva tale da garantire un funzionamento ottimale della persona. I concetti di vicinanza e intimità possono essere racchiusi nel più ampio costrutto di "dipendenza", ossia una condizione relazionale che riflette il bisogno di attaccamento negli esseri umani (Bowlby, 1979). La dipendenza sana, caratterizzata da confini relazionali chiari e definiti, è basata sulla reciprocità e sulla capacità di muoversi tra continui momenti di mismatch e di riparazione all'interno della relazione: essa costituisce un predittore di autostima e benessere nelle relazioni intime (Acevedo et al., 2009). Con il termine "vicinanza" si fa riferimento al grado in cui i due partner della relazione sono interdipendenti l'uno dall'altro a livello cognitivo, emotivo e comportamentale, ossia quanto uno si affida all'altro per il soddisfacimento dei propri bisogni emotivi, sociali e fisici (Kelley, 1983). Birtchnell (1997), invece, ha definito la vicinanza come la condizione di essere fisicamente ed emotivamente coinvolti con un altro individuo fino a raggiungere una condizione di informalità, libertà di comunicazione e interdipendenza nella relazione. In questo senso, la vicinanza viene anche concettualizzata come il grado di dipendenza affettiva e comportamentale reciproca (Levinger, 1980), e rappresenta un fattore centrale all'interno di costrutti più ampi come quelli di coesione, sostegno sociale e dipendenza affettiva. Tuttavia, un'eccessiva dipendenza può inibire l'intimità e la persona può desiderare un minor grado di vicinanza quando percepisce le richieste dell'altra persona su di sé come intense, prepotenti o indesiderate. Infatti, la capacità di fornire vicinanza richiede

l'acquisizione di determinate abilità sociali (Birtchnell, 1998) e il controllo percepito a livello personale può costituire una delle cause del “sentirsi troppo vicini”. In alcuni studi, infatti, è stata rilevata una discrepanza tra la vicinanza percepita e la vicinanza desiderata all'interno della relazione, il che costituisce anche uno dei principali motivi che conduce le coppie a richiedere un percorso di psicoterapia (Mashek & Sherman, 2004). L'intimità è un concetto più complesso da definire, anche a causa delle differenze culturali, educative e di genere insite nei nostri sistemi sociali. Reis e colleghi concettualizzano l'intimità come un processo nel quale la persona esprime sentimenti e informazioni importanti su di sé a un'altra persona e, conseguentemente alla risposta dell'altro, arriva a sentirsi compresa, validata e accudita (Reis & Patrick, 1996; Reis & Shaver, 1988). Il loro modello pone l'accento su due componenti principali delle relazioni intime, ossia la *rivelazione di sé* e la *reattività del partner*, definendo il concetto di intimità in termini interattivi. La condivisione di fatti, pensieri o emozioni personali, infatti, precede una determinata risposta dell'interlocutore: affinché l'interazione sia intima, la persona deve poter valutare la risposta dell'altro come sintonizzata. Laurenceau e colleghi (1998) hanno ampliato il modello di Reis, postulando che il processo di intimità nasce e si sviluppa nella misura in cui il partner sente che l'altro è reattivo alla sua comunicazione. Infatti, l'intimità richiede un atteggiamento positivo e sintonico rispetto ai bisogni dell'altro, un interesse per tali bisogni, la presenza di confini personali chiari (Siegel et al., 1992), sensibilità, apertura, flessibilità (Giddens, 2013) e autonomia/individuazione rispetto all'altro (Holmes, 1997). Al contrario, il fallimento dell'intimità a livello interpersonale si verifica quando vi è un'eccessiva dipendenza dall'altro per autodefinirsi (Rathus & O'Leary, 1997), una mancanza di affermazione personale, di autonomia (Holmes, 1997) e di risorse interiorizzate, oppure la paura di essere fagocitati e controllati dall'altro (Siegel et al., 1992). Schaefer e Oslon (1981) forniscono un'ulteriore definizione dell'intimità, concettualizzandola in termini emotivi come la capacità di essere ascoltati, compresi e liberi di esprimersi, mentre quella fisica farebbe riferimento alla condivisione di gesti di affetto e attività di tipo sessuale. In particolare, gli autori la definiscono come “*un processo che è il risultato della rivelazione di cose intime e della condivisione di esperienze intime*”. L'intimità, inoltre, dovrebbe implicare la libertà di poter esprimere emozioni negative e manifestare il proprio disaccordo all'altra persona (Holahan & Moos, 1983), senza che questo coincida con il timore di una frattura irreparabile nella relazione. Infatti, tale costrutto viene associato anche alla condivisione autentica e onesta di sé (Burnett & Demnar, 1996; Graham & LaFollette, 1986), alla conoscenza profonda e privilegiata che le persone coinvolte hanno l'una per l'altra e all'amore (Sternberg & Barnes, 1985). La ricerca ha identificato diverse componenti dell'intimità, tra cui l'accettazione, l'affetto, la

coesione, la compatibilità, la sessualità e l'autonomia (Waring et al., 1981). È stato dimostrato che alcuni tipi di interventi come l'Emotion-Focused Therapy (EFT) e la Cognitive Marital Therapy (CMT) sono in grado di incrementare l'intimità, la fiducia e l'adattamento nelle coppie, e un maggior grado di intimità influisce positivamente sulla soddisfazione relazionale nel tempo (Dandeneau & Johnson, 1994). Le relazioni romantiche sono valutate, infatti, come più soddisfacenti quando ci si sente in intimità l'uno con l'altro (Anderson & Emmers-Sommer, 2006; Boden et al., 2010; Kirby et al., 2012; Patrick et al., 2007) e l'intimità ha anche mostrato di avere un ruolo protettivo per il benessere biologico, psicologico e sociale in generale (Hand et al., 2013; Manne et al., 2012). Anche se le interazioni intime solitamente fanno riferimento all'autosvelamento di tipo verbale, le forme fisiche di intimità (come il toccarsi, abbracciarsi, ecc) rappresentano un canale altrettanto importante attraverso il quale l'individuo può esprimere sé stesso e l'altro può rispondere attraverso cura e accettazione. Per raggiungere un certo grado di intimità con l'altro, l'individuo deve necessariamente condividere la propria parte vulnerabile e assumersi il potenziale rischio che questo comporta, la cui percezione dipenderà dalla storia di vita e dal senso di fiducia costruito nelle prime relazioni significative (Mikulincer et al., 2006). Coloro che temono maggiormente l'espressione della propria vulnerabilità in quanto pericolosa, avranno probabilmente timore anche di raggiungere un certo livello di intimità con l'altro e, di conseguenza, maggiori difficoltà nel costruire relazioni intime. A tal proposito, Rubenstein e Shaver (1982) hanno categorizzato le caratteristiche dell'intimità non solo in apertura, onestà, autosvelamento reciproco, cura, calore, protezione, disponibilità, dedizione, attenzione e impegno reciproci, ma anche rinuncia al controllo, caduta delle difese, attaccamento emotivo e sofferenza nei momenti di separazione (Descutner & Thelen, 1991). Secondo gli autori, la paura dell'intimità è la capacità inibita di un individuo, a causa della paura, di scambiare pensieri ed emozioni personali significativi con un altro individuo che ha valore per sé. Infatti, hanno basato la costruzione della loro "*Fear of intimacy Scale*" sulla valutazione di tre componenti principali: i contenuti relativi alle informazioni personali rivelate, la valenza emotiva relativamente allo scambio di tali informazioni, e il senso di vulnerabilità percepito in relazione all'importanza attribuita al partner d'interazione. In tempi più recenti, Sobral e Costa (2015) hanno discusso del fatto che la paura dell'intimità potrebbe non coinvolgere solamente il timore di condividere certi pensieri o emozioni personali, ma anche la paura di dipendere. Gli autori, infatti, hanno postulato che la paura dell'intimità sia formata da due componenti: la paura di perdere sé stessi (*fear of losing the self* – FLS) e la paura di perdere l'altro (*fear of losing the other* – FLO). La prima dimensione fa riferimento alla paura della dipendenza, alla fusione e alla perdita di controllo, ed è rappresentativa di tutti quegli individui che provano

disagio di fronte alle richieste di intimità e nel concedersi di dipendere dall'altro, coerentemente con una rappresentazione negativa dell'altro. La seconda, invece, si riferisce alla paura di esporre e rilevare sé stessi, e di essere rifiutati: il timore è quello di perdere l'approvazione del partner e ciò è coerente con una rappresentazione negativa di sé (Sobral & Costa, 2015). Diversi autori hanno considerato la paura dell'intimità come un fattore centrale nelle difficoltà relazionali delle persone che presentano una forma di perfezionismo maladattivo (Beck, 1979): infatti, Halgin e Leahy (1989) hanno affermato che i perfezionisti *“evitano le relazioni intime perché temono che aprirsi agli altri si traduca in vulnerabilità, derisione e rifiuto”*. In sintesi, anche se il bisogno di sicurezza è universale, le persone differiscono nel modo di regolare le emozioni connesse a tale bisogno, e ciò è dipendente dalla storia di vita e dalle modalità di regolazione apprese nella relazione con le figure di attaccamento primarie. Infatti, la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1982) fornisce una cornice teorica utile a comprendere l'importanza di vicinanza e intimità nella costruzione e nel mantenimento di un senso di fiducia e sicurezza nelle relazioni. Il modello pone l'accento sull'importanza della ricerca di cure e accudimento nelle relazioni intime e identifica diverse modalità attraverso le quali gli stili di attaccamento influiscono sulla qualità e sulla percezione soggettiva delle interazioni con gli altri. Le relazioni primarie di attaccamento, infatti, dovrebbero soddisfare i bisogni di sicurezza del bambino e hanno fondamentali implicazioni sulla salute e sul benessere mentale anche nella vita adulta (Cassidy, 2001). Esse rappresentano il principale contesto nel quale costruire la vicinanza e l'intimità relazionale poiché dovrebbero essere le relazioni nelle quali l'individuo è più propenso ad esprimere le emozioni vulnerabili, come quelle di paura e tristezza, che sono considerate le più intime e profonde (Reis & Patrick, 1996). Le differenze individuali negli stili di attaccamento riflettono una differenza nell'organizzazione del funzionamento che riguarda quanto la persona sente di poter aver fiducia in un altro che sarà disponibile e responsivo quando lui ne avrà bisogno (Main et al., 1985). L'attaccamento definito “sicuro” viene associato a un caregiver responsivo rispetto ai bisogni di supporto e sicurezza del bambino; quello “ansioso-ambivalente” deriva da un caregiver che risponde in modo incoerente e incongruo alle richieste del bambino, inducendo ansia, rabbia, oppure uno stato di vigilanza; infine, quello evitante si associa a una figura di accudimento fredda, rifiutante e scarsamente supportiva, che induce l'autonomia e l'autosufficienza in modo prematuro, invalidando il diritto di esprimere la vulnerabilità. A partire da questi pattern d'interazione precoci, secondo Bowlby (1973), il bambino sviluppa dei Modelli Operativi Interni che contengono credenze e aspettative rispetto alla disponibilità dell'altro e all'idea di essere degno di cure e attenzioni. A partire da questa teoria fondante nell'ambito della psicologia dello sviluppo, la ricerca si è adoperata per indagare gli stili di

attaccamento in età adulta, mostrando come i pattern di attaccamento che caratterizzano le relazioni romantiche sono simili a quelli osservati durante lo sviluppo (Collins & Read, 1990). I ricercatori che si sono interessati a quest'ambito hanno individuato quattro stili di attaccamento prototipici suddivisi in due sottodimensioni principali, ossia ansia ed evitamento (Bartholomew & Horowitz, 1991). L'ansia è strettamente connessa ai Modelli Operativi Interni connessi a credenze su di sé, in riferimento all'idea di meritare autostima e accettazione da parte degli altri; l'evitamento, al contrario, è più relato ai Modelli Operativi Interni riferiti all'altro e riguarda il grado col quale l'individuo si approccia all'intimità e all'interdipendenza con l'altro. Gli adulti con uno stile di attaccamento sicuro si trovano a proprio agio nell'intimità, si affidano agli altri per richiedere supporto e sono fiduciosi di poterne ricevere. L'adulto con uno stile prevalentemente ansioso-preoccupato presenta un eccessivo bisogno di vicinanza e dipendenza, e un'intensa paura di allontanamento e rifiuto. Chi presenta uno stile prevalentemente evitante tende a concettualizzare la relazione intime come relativamente poco importanti, valorizzando l'indipendenza dall'altro e l'autosufficienza. In ultimo, gli adulti che presentano alti punteggi sia in ansia che in evitamento hanno un forte desiderio di vicinanza e intimità con l'altro, ma gestiscono il timore di rifiuto attraverso l'evitamento della relazione. L'adulto che evita le relazioni intime può coinvolgersi nella relazione con un suo "simile", il che gli consente di mantenere una distanza interpersonale che percepisce come sicura per lui (Bartholomew, 1990). Non sorprende, infatti, che la paura dell'intimità sia stata associata anche con il workaholism (Hazan & Shaver, 1990), oltre che con un minore supporto sociale percepito e con un maggior utilizzo di coping di evitamento (Emmons & Colby, 1995).

### **Modelli a due polarità**

Diversi modelli teorici hanno tentato di spiegare la psicopatologia, con particolare riferimento alla sintomatologia depressiva, attraverso la teorizzazione dello sviluppo della personalità come caratterizzato da due distinte dimensioni che differiscono nella loro organizzazione a seconda di quanto l'individuo è ripiegato su sé stesso o piuttosto ricerca la vicinanza e la relazione con l'altro. Tra le teorie più note vi è il modello a due polarità dello sviluppo della personalità e della psicopatologia di Blatt e colleghi (Blatt, 2008; Blatt et al., 1976; Blatt & Luyten, 2009), che trae le sue origini nella ricerca clinica di tradizione psicodinamica. Il modello è stato inizialmente sviluppato per fornire un quadro teorico atto a spiegare l'eterogeneità della sintomatologia depressiva (Blatt et al., 1976; Blatt & Zuroff, 1992), per poi estendersi allo sviluppo psicopatologico della personalità, così come alle normali variazioni nella sua organizzazione (Blatt,

2008; Blatt & Luyten, 2009). Il modello distingue tra due dimensioni fondamentali dello sviluppo della personalità: l'auto-definizione (*self-definition*) e la connessione interpersonale (*interpersonal relatedness*). L'auto-definizione fa riferimento a uno sviluppo dell'identità della persona incentrato sulla differenziazione dall'altro: gli obiettivi di sviluppo sono, quindi, l'autonomia dagli altri, l'essere orientati da scopi volti al successo individuale e la realizzazione di sé. La connessione interpersonale implica, invece, la capacità dell'individuo di sviluppare relazioni profonde con gli altri: questa dimensione si riferisce allo sviluppo di un grande senso di fiducia, cooperazione e amicizia con gli altri. Secondo Blatt (2008) l'organizzazione della personalità varia tra gli individui in funzione di queste due polarità, a favore quindi dell'autodefinizione, indicata come *organizzazione introiettiva della personalità*, o della connessione interpersonale, indicata come *organizzazione anaclitica della personalità*. A seconda di quale dominio è favorito, una persona ha diverse vulnerabilità a determinati sintomi psicopatologici. Nell'orientamento introiettivo, la maggiore attenzione alla definizione del sé a discapito della relazione interpersonale può ostacolare lo sviluppo dell'identità. Infatti, la costruzione di un'identità sana deve avvenire in un contesto interpersonale (Josselson, 1994) e favorire un senso di sé che esista sia in relazione agli altri che in distinzione rispetto a loro (Blatt, 2008; Stern, 2018). Pertanto, il ripiegamento su sé stessi dell'orientamento introiettivo può inibire un senso di sé più completo che comprenda un adattamento rispetto agli altri. L'identità compromessa dell'orientamento introiettivo può portare alla paura che l'intimità possa essere fagocitante (Parker & Thomas, 2009) e che la fusione temporanea metta in pericolo l'identità di sé (Feldman, 1979). Anche l'orientamento anaclitico può essere collegato a una compromissione dell'identità, poiché la sua enfasi sulla relazione interpersonale a discapito dell'autodefinizione influisce altrettanto sulla formazione dell'identità personale. Blatt e colleghi (Blatt, 1974; Blatt et al., 1976; Blatt et al., 1982; Blatt et al., 1979) hanno distinto tra una depressione "anaclitica" (o *dipendente*) e una depressione "introiettiva" (o *autocritica*) e hanno differenziato le origini dello sviluppo, le caratteristiche di personalità e le manifestazioni cliniche di questi due tipi di depressione. La depressione anaclitica è caratterizzata da sentimenti di solitudine, impotenza e debolezza: l'individuo ha paure intense e croniche di essere abbandonato e lasciato senza protezione e cure e, per questo motivo, sente un disperato bisogno di mantenere un contatto con l'altro e prova un profondo desiderio di essere amato, accudito e protetto. Gli altri sono apprezzati soprattutto per le cure, il conforto e la soddisfazione che possono fornire perché c'è stata una scarsa interiorizzazione delle esperienze di gratificazione. Questi individui hanno grandi difficoltà ad esprimere la rabbia per paura di perdere l'accudimento che gli altri possono fornire (Blatt & Zuroff, 1992). La separazione dagli altri e la perdita sono fonti di

paura e apprensione e vengono spesso affrontate con mezzi primitivi, come la negazione e/o la ricerca disperata di sostituti (Blatt, 1974). La depressione introiettiva, al contrario, è caratterizzata da autocritica e sentimenti di indegnità, inferiorità, fallimento e senso di colpa. Questi individui si impegnano in una costante e severa valutazione di sé e hanno una paura cronica di essere disapprovati e criticati. I loro sforzi sono concentrati sulla realizzazione, finalizzata all'approvazione, e sulla compensazione di sentimenti di inadeguatezza e fallimento. Blatt (1974) pone la depressione introiettiva come corrispondente a un più avanzato livello di sviluppo psicologico caratterizzato da maggiori competenze autoriflessive. Sempre a sostegno dell'ipotesi delle due personalità depressive, anche Arieti e Bemporad (1978) hanno distinto tra due tipi di depressione, che denominano “*altro-dominante*” e “*obiettivo-dominante*”. Nella depressione di tipo altro-dominante l'individuo desidera essere gratificato passivamente da un altro dominante, sviluppando una relazione aggrappata, esigente, dipendente e infantile con l'altro. Nella depressione obiettivo-dominante l'individuo cerca di essere rassicurato sul proprio valore e di liberarsi dal senso di colpa, sentendo il dovere di sottomettersi alle aspettative dell'altro. Quando l'altro-dominante viene perso o l'obiettivo-dominante non viene raggiunto, ne consegue la sintomatologia depressiva. Riprendendo le ipotesi di Blatt, Beck propone, nella sua teoria cognitiva della depressione, che i costrutti cognitivo-personali di *sociotropia* e *autonomia* siano fattori di vulnerabilità predisponenti all'insorgenza della depressione (Beck et al., 1983). La sociotropia fa riferimento a obiettivi e atteggiamenti che attribuiscono un valore elevato alle relazioni interpersonali strette: per questo motivo, le persone altamente sociotrope provano un forte desiderio di essere amate e accettate dagli altri. L'autonomia, invece, consiste in obiettivi e atteggiamenti che riflettono un investimento sull'indipendenza personale, sull'autorealizzazione e sulla libertà di scelta. Pertanto, per le persone altamente autonome, questa enfasi è spesso associata a eccessive richieste di realizzazione e controllo. L'insorgenza della depressione viene vista da Beck come il risultato di un'interazione tra alcuni tipi di stress e specifici fattori di vulnerabilità. Questo modello cognitivo diatesi-stress propone che le persone altamente sociotrope abbiano maggiori probabilità di sviluppare depressione se un evento è percepito come una minaccia o una perdita effettiva di accettazione sociale; le persone autonome, invece, avrebbero maggiori probabilità di sviluppare depressione in risposta a un evento percepito come una perdita o una limitazione dell'indipendenza, del controllo e della realizzazione personale (Beck et al., 1987; Clark et al., 1989). Tuttavia, il modello cognitivo non asserisce con certezza che il solo verificarsi di un evento di vita negativo porti invariabilmente alla depressione ma, piuttosto, è la percezione o la valutazione dell'evento da parte degli individui a determinare lo sviluppo dei sintomi depressivi (Beck et al., 1983). Infatti, nella relazione tra evento

e sintomatologia depressiva possono entrare in gioco fattori motivazionali concernenti gli obiettivi rilevanti per l'individuo (Coyoumdjian et al., 2012), anch'essi alla base dello sviluppo della personalità, in linea con l'ipotesi di due dimensioni personologiche connesse a motivazioni di affiliazione o intimità (McAdams, 1980) e di realizzazione (McClelland et al., 1989) o potere (Winter, 1988). La ricerca ha riscontrato associazioni tra il funzionamento autonomo di personalità e la paura dell'intimità (Blatt, 2011), suggerendo che la trascuratezza del dominio relazionale a favore dell'autodefinizione potrebbe sottendere una riluttanza a entrare in intimità con gli altri per timore di essere disapprovati, rifiutati o umiliati.

### **Vergogna e implicazioni relazionali**

La vergogna è una delle emozioni comunemente sperimentate nella vita quotidiana e, a livelli normali, si ritiene che promuova un sano sviluppo sociale e morale. Tuttavia, livelli cronici e intensi di vergogna sono stati associati a numerosi disturbi psicologici, tra cui depressione (Cheung et al., 2004), disturbo da stress post-traumatico (Dyer et al., 2009), ansia (Harder et al., 1992) e comportamenti autolesionistici (Gilbert et al., 2010). Le teorie cognitive suggeriscono che la vergogna è evocata da un processo cognitivo-valutativo in cui il sé viene valutato come indesiderabile o cattivo (Mills, 2005). Le esperienze di vita avverse ricorsive possono portare alla costruzione di credenze negative su di sé che si trasformano in pregiudizi cognitivi, stati emotivi e comportamenti legati alla vergogna (Bosson & Prewitt-Freilino, 2007). All'interno di questa concettualizzazione, la teoria dell'attribuzione ha ricevuto ampia attenzione dal punto di vista empirico, postulando che le attribuzioni negative interne, stabili e globali siano processi-chiave che conducono allo stato di vergogna (Black et al., 2013). Infatti, alcune ricerche hanno osservato che gli individui che attribuiscono la colpa delle proprie scarse prestazioni a fattori interni, stabili e imm modificabili hanno maggiori probabilità di sperimentare vergogna (Tracy & Robins, 2007). Negli individui che hanno vissuto eventi traumatici con una forte componente relazionale, la vergogna è un'emozione peri-traumatica e post-traumatica particolarmente saliente (Dorahy, 2010; Dorahy & Clearwater 2012; Harvey et al., 2012; Stewart et al., 2011) ed è associata a problemi di rilevanza clinica che perdurano nel tempo (Dyer et al., 2009; Feiring & Taska, 2005). Ad esempio, nelle donne vittime di violenza, il sentimento di vergogna per l'evento in sé o per la reazione della persona all'evento, predice in modo indipendente i sintomi del disturbo da stress post-traumatico (Andrews et al., 2000). Infatti, mentre il senso di colpa è spesso associato alle azioni o ai fallimenti di tali azioni durante e dopo un evento traumatico, la vergogna riflette il modo in cui l'individuo si sente in seguito alla valutazione di sé durante o dopo un evento traumatico (Lee et al., 2001), nonché a livello globale (Boon et al., 2011; Dorahy & Clearwater, 2012). Wilson e colleghi (2006)

hanno affermato che *"gli stati di vergogna e senso di colpa post-traumatici formano il nucleo patologico del disturbo da stress post-traumatico semplice e complesso"*. Sottolineando il ruolo centrale della vergogna, Herman (2011) ha proposto che il disturbo da stress post-traumatico derivante dalla vittimizzazione ripetuta per mano di un altro possa essere concettualizzato sia come disturbo d'ansia che come "disturbo della vergogna". Infatti, l'autrice sostiene che le minacce di violenza o la violenza stessa evocano paura, mentre la violazione dei confini interpersonali da parte di un altro evoca uno stato di vergogna (Herman, 2011). Se la riparazione rispetto a quanto accaduto non è possibile, questo può portare a sentimenti di inferiorità e inadeguatezza, con conseguente evitamento sociale e abbassamento dell'autostima (De Hooge et al., 2010). Mentre, quindi, la vergogna è indicativa di una minaccia al sé sociale (Budden, 2009; Gilbert & McGuire, 1998) in quanto intimamente legata al modo in cui l'individuo percepisce sé stesso utilizzando la prospettiva dell'altro come punto di osservazione (Wilson et al., 2006), il senso di colpa altruistico (Mancini & Gangemi, 2021) segnala una minaccia alla relazione e suscita tentativi di riparazione relazionale conseguentemente a una violazione o a un danno. Sia la vergogna che la colpa sono alla base dell'impatto del disturbo post-traumatico da stress complesso sul funzionamento delle relazioni interpersonali (Kim et al., 2009). Nathanson (1992) ha indagato le risposte comportamentali alla vergogna e le implicazioni che queste hanno a livello interpersonale: quando sperimenta vergogna, l'individuo può reagire con un coping di evitamento e ritiro, oppure può provare a difendersi attaccando sé stesso o attaccando un altro. Queste tipologie di coping sono state riscontrate nei pazienti traumatizzati (Kluft, 2007); tuttavia, in questi individui, poche ricerche hanno analizzato l'impatto della vergogna sulle difficoltà relazionali. Riguardo la relazione tra vergogna e intimità, la ricerca ha dimostrato un'associazione tra vergogna e paura dell'intimità (Wu et al., 2020); inoltre, tale relazione è parzialmente mediata dall'effetto dell'organizzazione introiettiva della personalità, anche detta "personalità autocritica", che si associa al timore di compromissione dell'identità e di perdita del senso di sé. Infatti, secondo la teoria dello sviluppo psicosociale di Erikson (1951), la vergogna è un'emozione che emerge preliminarmente alla formazione dell'identità e, per Kaufman (2004), la vergogna interiorizzata può produrre un disprezzo di sé talmente elevato da condurre alla scissione e dissociazione di aspetti di sé. La vergogna interiorizzata, inoltre, risulta associata ad esperienze di abbandono materno percepito (Claesson & Sohlberg, 2002) e a paura di un possibile abbandono futuro (Morrison, 2011). L'aspetto di dipendenza presente nell'organizzazione anaclitica di personalità può derivare da un deficit nel processo di differenziazione che si accompagna a vergogna e paura di essere abbandonati, con il desiderio di essere salvati da un altro esterno. Allo stesso modo, anche l'organizzazione introiettiva è caratterizzata dal timore di abbandono, ma tali

preoccupazioni possono portare a percepire l'intimità come pericolosa e a evitarla (Blatt, 2011). Se, quindi, da un lato gli individui possono aggrapparsi alla relazione, dall'altro possono comunque temerla e sviluppare un'organizzazione di funzionamento caratterizzata da focalizzazione su di sé, evitamento delle relazioni e autocritica (Yoo et al., 2014). Alcuni autori hanno suggerito che l'emozione di vergogna è legata anche a un timore della valutazione negativa da parte degli altri (Lewis, 1986), per cui le persone che sperimentano intensi livelli di vergogna possono avere difficoltà nelle relazioni a causa della preoccupazione di essere considerati inaccettabili agli occhi degli altri (Mollon, 2005). Una delle relazioni che può essere influenzata dalla vergogna è quella terapeutica, all'interno della quale questa può fungere da ostacolo rispetto alla costruzione e al mantenimento dell'alleanza, ossia al rapporto collaborativo tra paziente e terapeuta (Martin et al., 2000). L'alleanza terapeutica è considerata uno dei predittori più importanti dell'efficacia terapeutica (Martin et al., 2000) e viene concettualizzata come un costrutto multifattoriale composto dall'accordo sugli obiettivi e sui compiti terapeutici, nonché dallo sviluppo di un legame affettivo tra paziente e terapeuta (Bordin, 1979). Se il paziente ha credenze negative su di sé che reputa immutabili, ha il desiderio di nascondersi rispetto alle proprie vulnerabilità e teme di essere rifiutato, allora è possibile che tali credenze e le risposte di coping da esse derivanti gli impediscano di sviluppare una relazione terapeutica intima. Alcuni studi, infatti, supportano l'idea che la vergogna sia legata alla mancanza di autosvelamento in psicoterapia (MacDonald & Morley, 2001). Anche se l'impatto delle strategie utilizzate per gestire le attribuzioni legate alla vergogna sulla relazione terapeutica è stato scarsamente studiato, Hersoug e colleghi (2009) hanno identificato che le strategie di regolazione emotiva e alcuni stili d'interazione come il distanziamento e la freddezza da parte del paziente sono associati a una prognosi terapeutica peggiore e allo sviluppo di un'alleanza terapeutica negativa. Un altro studio ha indagato l'impatto degli stati di vergogna e degli stili di coping su due importanti fattori: l'alleanza terapeutica e il funzionamento della relazione intima. È stata supportata l'ipotesi per cui lo stile di coping associato alla vergogna rappresenta un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di una relazione terapeutica peggiore: in particolare, gli individui che adottavano uno stile di evitamento avevano meno probabilità di sviluppare un'alleanza terapeutica efficace (Black et al., 2013). Il ruolo del ritiro nell'impedire l'alleanza, secondo la bussola della vergogna di Nathanson (1992), è connesso alla tendenza dell'individuo a prendere le distanze dai sentimenti di vergogna per sfuggire all'emozione dolorosa sottostante (Poulson, 2000). Tale coping costituisce un processo protettivo per l'individuo; tuttavia, un ritiro molto severo potrebbe impedire l'avvio del processo di intervento vero e proprio. Coerentemente con ciò, la ricerca supporta questa inferenza, dimostrando che i pazienti con uno

stile interazionale distaccato sviluppano relazioni terapeutiche più povere (Hersoug et al., 2001, 2009). Le strategie disfunzionali per gestire l'emozione di vergogna, quindi, potrebbero influenzare l'efficacia terapeutica interrompendo lo sviluppo di una sana e funzionale alleanza. Così come in quella terapeutica, anche nelle altre relazioni la vergogna e i coping ad essa associati potrebbero impattare negativamente sulla costruzione di relazioni intime soddisfacenti e, di conseguenza, sul livello di benessere psicologico. Una ricerca su un campione di studenti universitari ha mostrato come la tendenza a sperimentare vergogna predicesse peggiore soddisfazione, qualità e funzionamento nelle relazioni, nonché una diminuzione del rango sociale percepito e una maggiore paura dell'intimità (Cheung et al., 2004; Lutwak et al., 2003; Tangney, 1995). Inoltre, la vergogna è stata identificata come fattore di mediazione tra le difficoltà relazionali e la depressione: in particolare, gli individui che affrontano la difficoltà relazionale allontanandosi psicologicamente e/o fisicamente dall'interazione con l'altro presentano alti livelli di depressione e una bassa soddisfazione a livello relazionale (Rice & Fallon, 2011). È probabile, quindi, che gli individui che utilizzano l'evitamento e il ritiro nella relazione lo facciano con lo scopo di avere un sollievo immediato rispetto all'esperienza di vergogna connessa all'autosvelamento e all'intimità con l'altro. Non sorprendentemente, infatti, le persone più inclini a sperimentare vergogna provano anche più tristezza nelle relazioni intime, presentano una maggiore insicurezza relazionale e una maggiore paura dell'intimità (Tangney & Dearing, 2003; Lutwak et al., 2003).

### **La relazione terapeutica come dipendenza sana**

La dipendenza è una manifestazione dell'attaccamento che comprende un'ampia serie di strategie comportamentali consapevoli e inconsapevoli, nonché cognizioni ed emozioni ad esse correlate (Bornstein, 1995, 1999). Lo scopo della dipendenza è quello di procurarsi la cura e il sostegno da parte di una figura di attaccamento all'interno di una relazione considerata sicura (Bowlby, 1982). La cultura occidentale, rispetto ad altre, tende ad attribuire un alto valore al raggiungimento di un'indipendenza precoce, con una reazione in un certo senso controfobica alla necessità e all'inevitabilità di un'adeguata dipendenza e interdipendenza a livello sociale e interpersonale (Sampson, 1977): la dipendenza, infatti, è associata alla debolezza, all'emotività, all'egoismo, alla mancanza di carattere, alla pigrizia, all'infantilismo, alla manipolazione e al guadagno secondario. L'interdipendenza, invece, consiste nella capacità di funzionare in modo autonomo e al tempo stesso di impegnarsi in una dipendenza equilibrata e reciproca con gli altri significativi. La dipendenza non è limitata a una particolare fase dello sviluppo, ma varia nella propria intensità e nelle proprie manifestazioni in base a fattori situazionali, interpersonali e ad

alterazioni della capacità di integrazione dell'individuo, le quali promuovono livelli equilibrati di interdipendenza, intimità e autonomia (Steele et al., 2001). Essa può emergere nella relazione terapeutica a partire dal bisogno insoddisfatto nella vita del paziente di un attaccamento sicuro. La dipendenza può essere espressa in modo attivo o passivo nella relazione terapeutica (Bornstein, 1995). Le manifestazioni positive della dipendenza attiva in psicoterapia includono la cooperazione, la ricerca attiva di aiuto e l'attaccamento positivo al terapeuta; quelle negative includono un senso di diritto, un comportamento estremamente esigente e un alto grado di bisogno che non riesce a essere elaborato o contenuto; tali comportamenti sono disfunzionali in quanto portano l'altra persona, in questo caso il terapeuta, a ritirarsi dalla relazione. La dipendenza passiva espressa in modo negativo, invece, comprende l'impotenza, i comportamenti di sottomissione, l'indecisione, l'incapacità di agire e la suggestionabilità generale; gli aspetti positivi includono la compliance e la "suggestionabilità positiva" (Steele et al., 2001). La maggior parte della letteratura che si è interessata alla dipendenza nella relazione terapeutica riporta lo studio delle strategie atte a gestire l'eccessiva dipendenza del paziente, ma è altrettanto importante riuscire a gestire la situazione nella quale ci si trova di fronte a un'eccessiva indipendenza del paziente. Balint (2013) si chiedeva *"quanta dipendenza costituisce un buon punto di partenza per una terapia di successo, e quando invece si trasforma in un ostacolo?"*. Janet (1898) ha sostenuto che la dipendenza dal terapeuta dovrebbe essere equilibrata e il terapeuta dovrebbe assumere un ruolo più attivo nella guida del paziente durante le fasi iniziali della terapia, per poi ridurlo gradualmente nel tempo man mano che il paziente si sente più sicuro. Nel contesto della relazione terapeutica, gli aspetti di dipendenza possono emergere attraverso varie manifestazioni, adattive o disadattive. Se il terapeuta non affronta in maniera adeguata la dipendenza insicura del paziente, questo comporta un aumento del rischio suicidario (Modestin, 1987; Gunderson, 1996) e predice un deterioramento nel funzionamento del paziente, nonché gesti anticonservativi e una maggiore disintegrazione (Gunderson, 1996; Linehan, 1993; Van Sweden, 1995). Infatti, troppa "presenza" del terapeuta può portare a un mantenimento dei comportamenti derivanti dalla dipendenza insicura (Birthnell, 1997; Bornstein, 1995) e a scarsi miglioramenti nella terapia (Steele & Van der Hart, 1997). Al contrario, anche un paziente che non può permettersi di dipendere dal proprio terapeuta è improbabile che abbia un miglioramento. Il terapeuta, quindi, dovrebbe riuscire a mantenere un equilibrio tra la soddisfazione dei bisogni primari del paziente e il delineamento di confini relazionali sani, tenendo a mente che la dipendenza non è unicamente finalizzata a far vivere al paziente un'esperienza relazionale diversa, ma anche a promuovere l'integrazione, l'adattamento e la flessibilità nella vita del paziente (Steele et al., 2001). Nel fare questo, il terapeuta dovrebbe normalizzare la dipendenza

sicura, indipendentemente dal fatto che il paziente sia in grado di verbalizzare i propri sentimenti, al fine di aumentarne la capacità integrativa che gli consentirà di assumere un atteggiamento riflessivo riguardo i conflitti interni legati all'idea di dipendere da un altro. Il paziente che entra in terapia con un atteggiamento maldisposto rispetto alla dipendenza dal terapeuta deve essere aiutato a normalizzare la vulnerabilità e il bisogno ma, in questi casi, la dipendenza può essere adeguata “in dosi ridotte” in quanto può essere temuta al punto che il paziente fantastica di “crollare, diventare pazzo o non essere in grado di fare nulla” nella condizione di dipendenza da un altro (Steele et al., 2001). La psicoterapia può essere considerata un'opportunità per creare nuovi significati: le emozioni intense derivanti dalle relazioni passate vengono portate nella relazione terapeutica con una possibilità di riflessione (Tronick & Gold, 2021). La paura della dipendenza può manifestarsi quando il paziente massimizza o minimizza l'attaccamento al terapeuta, e potrebbe esservi un'alternanza rapida tra tentativi di avvicinamento e tentativi di distacco dal terapeuta. Il terapeuta dovrebbe riuscire a fornire al paziente una relazione di dipendenza sana, caratterizzata da continui momenti di mismatch e riparazione che permettono al paziente di sviluppare fiducia nella relazione e di accrescere il suo senso di sé. Infatti, come precedentemente detto, molte persone vivono relazioni che mancano di un certo grado di intimità e percepirsi come se non fossero completamente sé stesse: tale consapevolezza emerge quando si fa esperienza di una relazione nella quale possono sentirsi sicure di immergersi nel disordine e nella confusione senza il timore di perdere sé stessi in questo processo (Tronick & Gold, 2021).

### **La relazione terapeutica col paziente traumatico**

L'attaccamento e la dipendenza insicuri caratterizzano le persone con storie di traumi complessi (Lyons-Ruth et al., 1999) e il contesto relazionale, che precedentemente ha rappresentato sofferenza, tradimento o trascuratezza, diventa lo stesso strumento attraverso il quale può avvenire la guarigione. Nella misura in cui il terapeuta è in grado di fornire al paziente una relazione sicura, coerente e protettiva, i sopravvissuti al trauma complesso possono modificare i propri schemi relazionali radicati basati sull'insicurezza, sulla diffidenza e sulla manipolazione. L'importanza della relazione terapeutica è notoriamente riconosciuta nella letteratura sulla ricerca in psicoterapia, ma questa diventa particolarmente rilevante nel trattamento dei pazienti con disturbo post-traumatico da stress complesso (Courtois & Ford, 2012). Una forte alleanza è fondamentale per il successo terapeutico con gli adulti sopravvissuti al trauma in quanto instillare un senso di sicurezza attraverso la presenza del terapeuta può portare alla riduzione di strategie di coping disfunzionali, promuovendo la crescita e il cambiamento (Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2004). In quanto tale,

l'attaccamento insicuro può agire come un fattore di rischio nella capacità di questi pazienti di stabilire una buona alleanza terapeutica, e ciò appare particolarmente vero nei casi di attaccamento evitante (Lafrenaye-Dugas et al., 2018), nei quali lo sviluppo delle relazioni interpersonali è vissuto come spaventoso e può portare alla negazione del bisogno di stabilire una relazione con il terapeuta (Smith et al., 2010; Godbout et al., 2017). I sopravvissuti all'esposizione precoce a traumi di tipo relazionale hanno una credenza predominante sul mondo e sugli altri come pericolosi e diffidenti mentre, su di sé, prevale la credenza di meritare abuso e sofferenza. Pazienti di questo tipo non sono facilmente attratti dall'empatia e dalla calda accoglienza del terapeuta; al contrario, tali atteggiamenti possono provocare una risposta di maggiore diffidenza, intensa disregolazione e ostilità (Courtois & Ford, 2012). La disregolazione conduce a risposte di avvicinamento e di allontanamento caotiche e alternate, e anche il terapeuta più esperto può diventare oggetto delle proiezioni negative del paziente (Herman, 2005): uno degli obiettivi terapeutici, infatti, sarà quello di modificare le risposte del paziente, facendogli acquisire competenze di regolazione emotiva allo scopo di gestire in modo efficace tali attivazioni all'interno di una solida alleanza terapeutica. Data la sfiducia radicata del paziente con storia di trauma complesso, la riparazione dell'alleanza è un processo continuo durante il trattamento terapeutico: in un certo senso, la riparazione dell'alleanza terapeutica è analoga al processo di sviluppo dell'attaccamento tra genitore e figlio, nel quale si passa dalla sintonia, all'interruzione e, infine, alla riparazione (Tronick & Gold, 2021). Tale processo è fondamentale perché è alla base dell'aspettativa sul fatto che la relazione può essere interrotta e conseguentemente riparata: la stessa dinamica nella relazione terapeutica offre l'opportunità al paziente di modificare il proprio schema relazionale (Courtois & Ford, 2012). Le fratture della relazione terapeutica sono state divise in due categorie: ritiro, che include il ritiro dalla relazione o la compiacenza, e confronto, che include la critica o il biasimo nei confronti del terapeuta (Safran et al., 1990). Alcuni elementi sono particolarmente rilevanti perché il terapeuta sia in grado di riparare le rotture dell'alleanza nel trattamento di pazienti traumatici: (1) riconoscimento della rottura; (2) consapevolezza da parte del terapeuta delle proprie emozioni; (3) accettazione da parte del terapeuta della propria parte di responsabilità nella rottura; (4) empatizzazione con l'esperienza del paziente; (5) chiarimento di eventuali malintesi; e (6) esplorazione dei temi associati alla rottura (Safran et al., 1990; Safran et al., 2011). Le persone con un background traumatico hanno difficoltà a distinguere il proprio mondo interno soggettivo dalla realtà esterna; inoltre, faticano a formare una rappresentazione interna funzionale dello stato mentale dell'altro e questo può ostacolare la collaborazione. Possiedono, quindi, scarse competenze riflessive, abilità fondamentali per differenziare i propri pensieri e le proprie emozioni da quelli degli altri, che sono

alla base di un sano funzionamento interpersonale (Fonagy & Target, 2002). Inoltre, un'elevata funzione riflessiva consente di anticipare e prevedere il comportamento dell'altro, di adattarsi più facilmente a nuove situazioni e sviluppare resilienza di fronte alle difficoltà (Fonagy & Target, 2002). Holmes (2010) suggerisce alcune strategie per aiutare il paziente a sviluppare la competenza riflessiva: verbalizzare i pensieri e le emozioni del paziente, distinguerli dai propri e sviluppare un attaccamento sicuro nella relazione con lui/lei. La ricerca e le osservazioni cliniche hanno dimostrato che la dipendenza è maggiore nei legami insicuri associati a traumi e negligenza genitoriale (Barach, 1991; Birtchnell, 1997; Bornstein, 1998; Gunderson, 1996; Holmes, 1997; Sroufe et al., 1993; Walant, 1995), così come nei sopravvissuti ad abusi sessuali rispetto ad altre popolazioni sia cliniche che non (Hill et al., 2000). La ricerca ha anche mostrato che il sostegno sociale, il quale implica un certo grado di dipendenza, è essenziale per prevenire ulteriori traumatizzazioni (King et al., 1998). Tuttavia, la maggior parte di questi individui non percepisce internamente tale supporto fino all'ingresso in psicoterapia. L'ambiente relazionale caratterizzato da un sistema familiare basato su abusi o trascuratezza porta inevitabilmente allo sviluppo di una dipendenza insicura poiché, quella sicura o "sana" non si costruisce mai o viene totalmente distrutta. Il paziente sperimenterà, quindi, nella relazione terapeutica i profondi bisogni di dipendenza e di attaccamento derivanti dalla sua storia di vita, che spesso vengono descritti come intollerabili e incessanti: l'occasione dovrebbe essere colta dal terapeuta non solo per supportare il paziente rispetto alle sofferenze del passato, ma anche per fornirgli speranza rispetto al presente nel quale vi sono aiuto e attaccamento sicuro (Steele et al., 2001). Quando vengono rievocati i ricordi relativi al trauma, il paziente prova un senso di minaccia e ci si possono aspettare manifestazioni dello stato di paura nella relazione col terapeuta: il timore di stare nella relazione può assumere la forma di un'accentuata percezione di poter essere abbandonati, incolpati, considerati ripugnanti e, per questo, "contaminare" il terapeuta. Il paziente può provare insostenibili sentimenti di paura di fronte ad ogni minima perdita di coerenza nella relazione terapeutica, come la modifica di un appuntamento o una mancata risposta del terapeuta, e, come il bambino di fronte al volto immobile della madre nell'esperimento della *Still Face*, fatica a dare un senso a quell'esperienza (Tronick & Gold, 2021). Di fronte a ciò, il terapeuta dovrebbe restare in grado di fornire una relazione sicura attraverso una forte sintonizzazione emotiva e l'impegno nella riparazione della relazione ogniqualvolta si verifica un'interruzione dell'attaccamento (Dalenberg, 2000; Fosha, 2000; Siegel & Solomon, 2003). Il terapeuta deve ristabilire l'equilibrio emotivo e la tolleranza di fronte alla tendenza del "tira e molla" del paziente, alla sua disregolazione e al rischio di ritraumatizzazione derivante dai tentativi di elicitare il rifiuto del terapeuta, a volte con intenzioni consapevoli e a volte

no. Man mano che il paziente acquisisce maggiore sicurezza, la dipendenza insicura viene gradualmente sostituita da una dipendenza più sicura e dall'emergere di interdipendenza e di autonomia. In ultimo, rimane la necessità di affrontare la paura dell'intimità: ciò rappresenta l'apice del successo del trattamento poiché richiede elevate competenze d'integrazione, flessibilità e adattamento da parte del paziente. L'aver trovato nella relazione terapeutica il soddisfacimento dei bisogni primari di accudimento può portare il paziente a sentirsi terrorizzato fino a temere di "disintegrarsi" all'idea di dipendere dal terapeuta, che rappresenta ora l'unico regolatore dei propri stati interni terrifici. In parte, la paura dell'intimità dovrebbe essersi già attenuata all'interno della relazione terapeutica attraverso lo sviluppo di un attaccamento relativamente sicuro. Tuttavia, la capacità di entrare in intimità del paziente non può essere limitata solamente alla persona del terapeuta, ma dovrebbe essere espressa in altre relazioni importanti della sua vita, nelle quali i rischi sono maggiori e più incerti. Il paziente potrebbe, quindi, tornare talvolta ad aggrapparsi al terapeuta considerandolo come unica "base sicura", evitando contatti intimi con gli altri: il terapeuta, a quel punto, può continuare a consentire la dipendenza del paziente, ma utilizzandola per sostenerlo nel progresso verso la costruzione della sicurezza e dell'intimità nelle sue relazioni (Steele et al., 2001).

### **Coinvolgimento del terapeuta**

Il lavoro con i sopravvissuti a traumi complessi presenta numerose sfide relazionali e personali per il terapeuta. Alcuni autori descrivono la relazione con questi pazienti come un "viaggio sulle montagne russe" (Pearlman & Caringi, 2009). La gestione delle richieste di dipendenza nel paziente traumatico consiste in un processo complesso, faticoso e impegnativo per il terapeuta, e la definizione dei limiti e dei confini personali dovrà essere chiarita e ridefinita più volte. Il terapeuta, inoltre, dovrà sforzarsi per mantenere attiva un'elevata capacità di integrazione, contenendo ed elaborando sentimenti intensi e opposti che comprendono tristezza, impotenza, amore, odio e rabbia verso il paziente (Herman, 2005). L'andamento della relazione potrà essere positivamente direzionato da una forte sintonizzazione emotiva tra paziente e terapeuta, ma la sintonizzazione col dolore dell'altro implica di fatto per il terapeuta la possibilità di sperimentare un certo grado di dolore che sarà maggiore quanto più sarà alto il grado di coinvolgimento affettivo con il proprio paziente (Jackson et al., 2005). Una competenza complessa ed essenziale del terapeuta consiste nel riuscire ad assumere un atteggiamento coerente e affidabile, delineando al contempo confini terapeutici chiari e definiti. Per raggiungere questo scopo, il terapeuta dovrebbe seguire i seguenti principi: (1) il riconoscimento precoce delle situazioni che tendono a spingere il terapeuta a muoversi troppo in una direzione o in un'altra; (2) la capacità di recuperare rapidamente l'equilibrio

terapeutico con umiltà e onestà; e (3) la capacità di rimanere all'interno di parametri moderati di coinvolgimento e di allontanamento (Steele et al., 2001). La negoziazione e il mantenimento dei confini professionali e personali sono essenziali nel trattamento di coloro che sono abitualmente coinvolti in relazioni fusionali e abusanti. In risposta alle sfide relazionali continuamente poste da pazienti sopravvissuti al trauma, non è raro che il terapeuta violi i confini relazionali con modalità che abitualmente non utilizzerebbe: a volte, infatti, la risposta di controtransfert tipica nei confronti dei pazienti con una storia di abusi e trascuratezze è il desiderio di soccorrere o prendere il ruolo genitoriale per compensare ciò che il paziente meritava ma non ha ricevuto nella sua infanzia; non di rado, tali tendenze si ribaltano nel momento in cui il terapeuta si sente esausto o risentito nei confronti del paziente a causa delle sue richieste, portandolo a sperimentare un senso di rifiuto che rischierebbe di rafforzare le credenze patogene del paziente (Steele et al., 2001). Mentre l'identificazione emotiva con l'esperienza della paziente "vittima" può essere molto dolorosa per il terapeuta, quella con "l'aggressore" può prendere svariate forme e portare il terapeuta a razionalizzare, provare repulsione per il comportamento del paziente o diventare giudicante quando il paziente non corrisponde a come un "buon" paziente dovrebbe comportarsi (Herman, 2005). I pazienti traumatici sperimentano disagio nell'intimità, ma possono mostrare un'autosufficienza difensiva e negare tale difficoltà: il bambino, prima, e l'adulto, poi, potrebbero aver imparato a ignorare le proprie emozioni e percezioni spostando completamente l'attenzione sull'altro, regolando il proprio comportamento in base a ipotetiche risposte di chi si suppone lo avrebbe dovuto accudire. L'unico modo che trova per acquisire un minimo senso di stabilità relazionale è anticipare il pensiero e il comportamento dell'altro. Il presente è vissuto come parte di un'unica realtà, come se le menti di sé e dell'altro si fondessero e la verità del paziente, seppur funzionale a una finta stabilità, una volta crollata, lo lascia senza riferimenti e disorientato (Van der Kolk, 2005). Quando il senso di controllo viene a mancare, infatti, l'intollerabilità di quello stato e la necessità imminente di fare qualcosa per modificarlo lo possono portare ad avere, anche di fronte a stimoli apparentemente neutri, reazioni di attacco, fuga o freezing, senza la possibilità di imparare da quell'esperienza (Van der Kolk et al., 2005). Il paziente, a quel punto, per evitare il timore di subire umiliazione, rabbia e vergogna in risposta ai propri bisogni di accudimento e dipendenza (Fimiani, 2018), può adottare una posizione di distacco oppure di ostilità e disprezzo nei confronti del terapeuta, portandolo a sperimentare inadeguatezza, rabbia e un istinto a respingere il paziente. Una dinamica primaria nel trauma riguarda la rappresentazione di ruoli familiari di vittima-abusante nella relazione terapeutica: il terapeuta e il paziente incarnano questi ruoli, spesso in modo complementare l'uno con l'altro, rivivendo diversi aspetti delle relazioni di attaccamento del

paziente. Quando, però, il terapeuta non riesce ad essere all'altezza delle aspettative idealizzate del paziente su di sé come suo "salvatore", il paziente sperimenta uno stato di disperazione e una rabbia indifesa che porta alla disorganizzazione a livello emotivo, cognitivo e comportamentale (Herman, 2005). Tali rappresentazioni, se colte adeguatamente, possono fornire informazioni importanti sull'esperienza di attaccamento traumatico del paziente. Lo stato di ipervigilanza del paziente traumatico in situazioni ambigue, lo porta a monitorare attentamente l'ambiente, per cui svilupperà una sofisticata capacità di notare i segnali non verbali dell'altro e cercherà di risolverne l'ambiguità attraverso il bias interpretativo poiché lo stato di incertezza è intollerabile per lui (Arditte Hall & Arditte, 2022; Gebhardt et al., 2017). Tale iperattenzione sui segnali provenienti dal comportamento dell'altro, porta alla necessità che il terapeuta assuma un atteggiamento autentico e genuino all'interno della relazione, mantenendo una buona consapevolezza delle proprie emozioni, dei propri bisogni e della loro origine allo scopo di utilizzarli per comprendere e aiutare il paziente. Al contrario, ogni comportamento non autentico da parte del terapeuta lascia spazio a interpretazioni nel paziente traumatico, che saranno coerenti con la sua aspettativa negativa e favoriranno l'instaurarsi di cicli interpersonali disfunzionali (Carcione et al., 2016). In una relazione autentica e partecipata, sarà inevitabile pertanto che il terapeuta venga contagiato emotivamente e avverta in sé stesso emozioni corrispondenti a quelle provate dal paziente (Liotti & Farina, 2011): ad esempio, se il paziente si percepisce come inaiutabile e senza via d'uscita, il terapeuta sperimenterà inevitabilmente un profondo senso d'impotenza. Poiché nessun terapeuta è immune dalle risposte di controtransfert, né dalla traumatizzazione vicaria o secondaria che può verificarsi nel trattamento con questi pazienti, è di fondamentale importanza poter usufruire di frequenti consulenze e supervisioni, a ogni livello di esperienza (Pearlman & Saakvitne, 1995; Saakvitne & Pearlman, 1996).

### **Discussione e conclusioni**

I pazienti che sono stati privati del soddisfacimento dei bisogni primari di accudimento possono formare nella relazione terapeutica un caratteristico assetto nel quale tutte le reazioni sembrano assumere una qualità intensa, diverso dall'usuale esperienza terapeutica. Secondo Kernberg "è come se la vita del paziente dipendesse dal tenere sotto controllo il terapeuta" (1993) e questo genera una forza distruttiva che sembra introdursi ripetutamente nel rapporto fra i due. Sappiamo che le esperienze di neglect determinano una rappresentazione di sé come di scarso valore, inadeguato o indegno e conducono ad un'alterazione dei processi cognitivi e metacognitivi che rinforzano le credenze patogene su di sé e sull'altro (Alessandri & Lewis, 1996; Van der Kolk et al.,

2005). La vicinanza e l'intimità con l'altro coincidono nel paziente con l'idea di poter essere nuovamente abusati, maltrattati, trascurati o manipolati. L'emozione più frequentemente sperimentata da questi individui è la vergogna, che ha radice nella compromissione degli scopi di sentirsi accettati e di ricevere attenzione (Castelfranchi & Poggi, 1988) e che può connettersi a risposte compensative quali impotenza, sensibilità alla svalutazione e rabbia narcisistica (Bush, 2019). Una conseguenza di questo consiste nella difficoltà o incapacità a regolare il contatto empatico (eccessivo coinvolgimento o distacco), con possibili implicazioni per la terapia. La relazione terapeutica, infatti, oscilla come un pendolo tra una forte connessione empatica, che risulta spaventante per il paziente, e una rabbia distruttiva, che gli serve per riequilibrare il proprio senso di sicurezza di fronte al contatto terrifico con i propri bisogni di dipendenza e di accudimento. Il paradosso dei cicli interpersonali problematici nella relazione terapeutica è che questi offrono l'occasione di sentire qualcosa di molto simile a come il paziente si sente (Carcione et al., 2016), con il rischio di ottenere, nel trattamento dei pazienti con trauma complesso, una scarsa comprensione intellettuale a favore di quella empatica (che invece può risultare molto elevata). Rispetto a ciò, è fondamentale che il terapeuta riesca a riconoscere le proprie attivazioni elicitate dal paziente e che le sfrutti per raggiungere obiettivi terapeutici, oltre ad avvalersi di supervisioni periodiche per elaborarle in modo funzionale e per gestire il sovraccarico derivante dalle richieste del paziente, nonché dal contatto con i suoi vissuti traumatici. Come terapeuti, siamo abituati a riferirci all'alleanza terapeutica e a concettualizzarla come strumento di lavoro necessario a favorire il processo di cura e il raggiungimento degli obiettivi sani del paziente ma, nonostante possano sembrare simili, l'alleanza terapeutica è differente dalla relazione reale che abbiamo con i nostri pazienti. Mentre l'alleanza è un artefatto del trattamento, nel senso che esiste per raggiungere obiettivi terapeutici, la relazione reale esiste in un modo o nell'altro ogniqualvolta due persone si relazionano l'una con l'altra (Gelso, 2009). Ad esempio, l'esperienza di empatia da parte del terapeuta nei confronti del paziente può essere profondamente genuina; allo stesso tempo, egli può cercare di essere empatico perché è efficace per il trattamento. Sia terapeuti che pazienti possono provare sentimenti personali gli uni verso gli altri che prescindono dal lavoro che svolgono insieme, sebbene possano avere un impatto su di esso. La ricerca sulla relazione reale in psicoterapia è ancora in una fase precoce, ma alcuni studi iniziano ad evidenziarne la rilevanza per l'efficacia terapeutica. In particolare, sembrerebbe che il principale fattore ostacolante la costruzione della "relazione reale" consista proprio nella paura dell'intimità, ossia nella tendenza a evitare contatti emotivi nelle relazioni intime (Fuertes et al., 2007; Marmarosh et al., 2008). Sicuramente anche la vergogna potrebbe fungere da impedimento alla creazione di una relazione terapeutica autentica

poiché il paziente potrebbe dissimulare o celare i suoi timori più profondi. Riuscire a mantenere una buona competenza riflessiva e d'integrazione per il terapeuta nella relazione col paziente traumatico gli consente non solo di aumentare la propria autoefficacia terapeutica, ma anche di empatizzare col vissuto del paziente nei momenti di maggiore difficoltà, conservando la propria autenticità. Questa, se da un lato fa da modeling al paziente che si sente inamabile all'idea di esprimere parti autentiche di sé, dall'altro gli consente anche di ricostruire il senso di fiducia che è mancato nella sua vita e che è alla base di una relazione di dipendenza sana.

### Bibliografia

- Acevedo, B. P., & Aron, A. (2009). Does a long-term relationship kill romantic love?. *Review of General Psychology, 13*(1), 59-65.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review, 23*(1), 1-33.
- Alessandri, S. M., & Lewis, M. (1996). Differences in pride and shame in maltreated and nonmaltreated preschoolers. *Child development, 67*(4), 1857-1869.
- Anderson, T. L., & Emmers-Sommer, T. M. (2006). Predictors of relationship satisfaction in online romantic relationships. *Communication Studies, 57*(2), 153-172.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of abnormal psychology, 109*(1), 69.
- Arditte Hall, K. A., & Arditte, S. J. Threat-Related Interpretation Biases and Intolerance of Uncertainty in Individuals Exposed to Trauma. Available at SSRN 4118330.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1978). *Severe and mild depression*. Tavistock.
- Balint, M. (2013). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Routledge.
- Barach, P. M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships, 7*(2), 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology, 61*(2), 226.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Beck, A. T., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1987). *Beck depression inventory*. New York:: Harcourt Brace Jovanovich.
- Birtchnell, J. (1997). Attachment in an interpersonal context. *British Journal of Medical Psychology, 70*(3), 265-279.
- Birtchnell, J. (1998). The Handbook of Psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy, 71*, 207.
- Black, R. S., Curran, D., & Dyer, K. F. (2013). The impact of shame on the therapeutic alliance and intimate relationships. *Journal of clinical psychology, 69*(6), 646-654.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The psychoanalytic study of the child, 29*(1), 107-157.

- Blatt, S. J. (2011). Two configurations of personality development and psychopathology: etiologic and therapeutic implications. *Personality and psychopathology: Critical dialogues with David Shapiro*, 69-98.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal psychology*, 85(4), 383.
- Blatt, S. J., Wein, S. J., Chevron, E. S., & Quinlan, D. M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 388.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(1), 113.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and psychopathology*, 21(3), 793-814.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical psychology review*, 12(5), 527-562.
- Boden, J. S., Fischer, J. L., & Niehuis, S. (2010). Predicting marital adjustment from young adults' initial levels and changes in emotional intimacy over time: A 25-year longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 17, 121-134.
- Boon, S., Steele, K., & Van Der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. WW Norton & Company.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Bornstein, R. F. (1995). Active dependency. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(2), 64-77.
- Bornstein, R. F. (1998). Dependency in the personality disorders: Intensity, insight, expression, and defense. *Journal of clinical psychology*, 54(2), 175-189.
- Bornstein, R. F. (1999). Criterion validity of objective and projective dependency tests: A meta-analytic assessment of behavioral prediction. *Psychological Assessment*, 11(1), 48.
- Bosson, J. K., & Prewitt-Freilino, J. L. (2007). Overvalued and Ashamed. *The self-conscious emotions: Theory and research*, 407-425.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Volume II. Separation, anxiety and anger. In *Attachment and loss. volume II. Separation, anxiety and anger* (pp. 429-p).
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*, 145(1), 1-10.
- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social science & medicine*, 69(7), 1032-1039.
- Burnett, P. C., & Demnar, W. J. (1996). The relationship between closeness to significant others and self-esteem. *Journal of Family Studies*, 2(2), 121-129.
- Bush, M. LA VERGONGA NELLA VITA QUOTIDIANA. (2019)
- Carcione, A., Semerari, A., & Nicolò, G. (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & human development*, 3(2), 121-155.

- Castelfranchi, C., & Poggi, I. (1988). Vergogna. C. Castelfranchi, *Che figura. Emozioni e immagine sociale. Il Mulino, Bologna.*
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Beutler, L. E. (Eds.). (2019). *Principles of change: How psychotherapists implement research in practice.* Oxford University Press.
- Cheung, M. P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences, 36*(5), 1143-1153.
- Claesson, K., & Sahlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 9*(4), 277-284.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: a test of the content-specificity hypothesis. *Journal of personality and social psychology, 56*(6), 958.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Scarvalone, P. (2002). Understanding revictimization among childhood sexual abuse survivors: An interpersonal schema approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(1), 91.
- Cloitre, M., Chase Stovall-McClough, K., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(3), 411.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology, 58*(4), 644.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2012). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach.* Guilford Press.
- Couyoumdjian, A., Ottaviani, C., Trincas, R., Spitoni, G., Tenore, K., & Mancini, F. (2012). The role of personal goals in depressive reaction to adverse life events: a cross-sectional study. *The Scientific World Journal, 2012.*
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma.* American Psychological Association.
- Dandeneau, M. L., & Johnson, S. M. (1994). Facilitating intimacy: Interventions and effects. *Journal of Marital and Family Therapy, 20*(1), 17-33.
- De Hooze, I. E., Zeelenberg, M., & Breugelmans, S. M. (2010). Restore and protect motivations following shame. *Cognition and Emotion, 24*(1), 111-127.
- Descutner, C. J., & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a Fear-of-Intimacy Scale. *Psychological assessment: A journal of consulting and clinical psychology, 3*(2), 218.
- Dorahy, M. J. (2010). The impact of dissociation, shame, and guilt on interpersonal relationships in chronically traumatized individuals: A pilot study. *Journal of traumatic stress, 23*(5), 653-656.
- Dorahy, M. J., & Clearwater, K. (2012). Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. *Journal of child sexual abuse, 21*(2), 155-175.
- Dyer, K. F., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., ... & McElhill, B. (2009). Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *Journal of clinical psychology, 65*(10), 1099-1114.
- Emmons, R. A., & Colby, P. M. (1995). Emotional conflict and well-being: relation to perceived availability, daily utilization, and observer reports of social support. *Journal of personality and social psychology, 68*(5), 947.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American psychologist, 49*(8), 709.
- Erikson, E. H. (1951). Sex differences in the play configurations of preadolescents. *American Journal of Orthopsychiatry, 21*(4), 667.
- Feiring, C., & Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child maltreatment, 10*(4), 337-349.

- Feldman, L. B. (1979). Marital conflict and marital intimacy: An integrative psychodynamic-behavioral-systemic model. *Family process, 18*(1), 69-78.
- Fimiani, R. (2018). L'odio di sé.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry, 22*(3), 307-335.
- Fosha, D. (2000). Meta-therapeutic processes and the affects of transformation: Affirmation and the healing affects. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*, 71-97.
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research, 17*(4), 423-430.
- Gebhardt, C., Alliger-Horn, C., Mitte, K., & Glaesmer, H. (2017). All-or-nothing thinking: the processing of emotional expressions in traumatized post-deployment soldiers. *Journal of anxiety disorders, 47*, 69-74.
- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research, 19*(3), 253-264.
- Giddens, A. (2013). *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. John Wiley & Sons.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(4), 563-576.
- Gilbert, P., & McGuire, M. T. (1998). Shame, status, and social roles: Psychobiology and evolution.
- Godbout, N., Daspe, M. È., Lussier, Y., Sabourin, S., Dutton, D., & Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy, 9*(2), 127.
- Graham, G., & LaFollette, H. (1986). Honesty and intimacy. *Journal of Social and Personal Relationships, 3*, 3-18.
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *The American journal of psychiatry, 153*(6), 752-758.
- Halgin, R. P., & Leahy, P. M. (1989). Understanding and treating perfectionistic college students. *Journal of Counseling & Development, 68*(2), 222-225.
- Hand, M. M., Thomas, D., Buboltz, W. C., Deemer, E. D., & Buyanjargal, M. (2013). Facebook and romantic relationships: Intimacy and couple satisfaction associated with online social network use. *Cyberpsychology, behavior, and social networking, 16*(1), 8-13.
- Harder, D. W., Cutler, L., & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of personality assessment, 59*(3), 584-604.
- Harvey, S. M., Dorahy, M. J., Vertue, F. M., & Duthie, S. (2012). Childhood psychological maltreatment and perception of self, others, and relationships: A phenomenological exploration. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21*(3), 237-255.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and social Psychology, 59*(2), 270.
- Herman, J. L. (2005). *Guarire dal trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Magi.
- Herman, J. L. (2011). Posttraumatic stress disorder as a shame disorder.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *The Journal of psychotherapy practice and research, 10*(4), 205.

- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., von der Lippe, A., & Monsen, J. T. (2009). Pretreatment patient characteristics related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research, 19*(2), 172-180.
- Hill, J., Davis, R., Byatt, M., Burnside, E., Rollinson, L., & Fear, S. (2000). Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: a general population study. *Psychological Medicine, 30*(6), 1283-1291.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1983). The quality of social support: Measures of family and work relationships. *British journal of clinical psychology, 22*(3), 157-162.
- Holmes, J. (1997). Attachment, autonomy, intimacy: Some clinical implications of attachment theory. *British Journal of Medical Psychology, 70*(3), 231-248.
- Holmes, J. (2010). Integration in psychoanalytic psychotherapy—an attachment meta-perspective. *Psychoanalytic Psychotherapy, 24*(3), 183-201.
- Jackson, P. L., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimage, 24*(3), 771-779.
- Janet, P., & Raymond, F. (1898). *Névroses et idées fixes* (Vol. 1). F. Alcan.
- Josselson, R. (1994). Identity and relatedness in the life cycle.
- Kaufman, G. (2004). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. Springer Publishing Company.
- Kelley, H. H. (1983). The situational origins of human tendencies: A further reason for the formal analysis of structures. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*(1), 8-30.
- Kernberg, O. F. (1993). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kim, B. N., Kim, J. W., Kim, H. W., Shin, M. S., Cho, S. C., Choi, N. H., ... & Yun, M. J. (2009). A 6-month follow-up study of posttraumatic stress and anxiety/depressive symptoms in Korean children after direct or indirect exposure to a single incident of trauma. *The Journal of clinical psychiatry, 70*(8), 12199.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience—recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of personality and social psychology, 74*(2), 420.
- Kirby, A. C., Beckham, J. C., Calhoun, P. S., Roberts, S. T., Taft, C. T., Elbogen, E. B., & Dennis, M. F. (2012). An examination of general aggression and intimate partner violence in women with posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims, 27*(5), 777-792.
- Kluft, R. P. (2007). Applications of innate affect theory to the understanding and treatment of dissociative identity disorder. *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment, 301-316*.
- Lafrenaye-Dugas, A. J., Godbout, N., & Hébert, M. (2018). Cumulative childhood trauma and therapeutic alliance: The moderator role of attachment in adult patients consulting in sex therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(7), 667-678.
- Laurenceau, J. P., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: the importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of personality and social psychology, 74*(5), 1238.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British journal of medical psychology, 74*(4), 451-466.
- Levinger, G. (1980). Toward the analysis of close relationships. *Journal of experimental social psychology, 16*(6), 510-544.
- Lewis, H. B. (1986). The role of shame in depression. *Depression in young people, 325-339*.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Raffaello Cortina Editore.
- Lutwak, N., Panish, J., & Ferrari, J. (2003). Shame and guilt: Characterological vs. behavioral self-blame and their relationship to fear of intimacy. *Personality and individual differences, 35*(4), 909-916.

- Lyons-Ruth, K., Jacobovitz, D., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999). Handbook of Attachment Theory and Research.
- Macdonald, J., & Morley, I. (2001). Shame and non-disclosure: A study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *British journal of medical psychology*, 74(1), 1-21.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2021). Deontological and altruistic guilt feelings: A dualistic thesis. *Frontiers in psychology*, 12, 651937.
- Manne, S., Badr, H., & Kashy, D. A. (2012). A longitudinal analysis of intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 334-346.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 337.
- Mashek, D. J., & Sherman, M. D. (2004). Desiring less closeness with intimate others. In *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 353-366). Psychology Press.
- McAdams, D. P. (1980). A thematic coding system for the intimacy motive. *Journal of research in personality*, 14(4), 413-432.
- McClelland, D. C., Koestner, R., & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ?. *Psychological review*, 96(4), 690.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment.
- Mills, R. S. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental review*, 25(1), 26-63.
- Modestin, J. (1987). Counter-transference reactions contributing to completed suicide. *British Journal of Medical Psychology*, 60(4), 379-385.
- Mollon, P. (2005). The inherent shame of sexuality. *British Journal of Psychotherapy*, 22(2), 167-178.
- Morrison, A. P. (2011). The psychodynamics of shame.
- Nathanson, D. L. (1992). The nature of therapeutic impasse. *Psychiatric Annals*, 22(10), 509-513.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness, Vol. 2*. Oxford University Press.
- Parker, S., & Thomas, R. (2009). Psychological differences in shame vs. guilt: Implications for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(3), 213-224.
- Patrick, H., Knee, C. R., Canevello, A., & Lonsbary, C. (2007). The role of need fulfillment in relationship functioning and well-being: a self-determination theory perspective. *Journal of personality and social psychology*, 92(3), 434.
- Pearlman, L.A., & Caringi, J. (2009). Living and working self-reflectively to address vicarious trauma. In C.A. Courtois & J.D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 202-224). New York: Guilford Press.
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 449-459.

- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. WW Norton & Co.
- Poulson, C. (2000). Shame: the master emotion?.
- Rathus, J. H., & O'Leary, K. D. (1997). Spouse-specific dependency scale: Scale development. *Journal of Family Violence, 12*, 159-168.
- Reis, H. T., & Patrick, B. C. (1996). Attachment and intimacy: Component processes.
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. Duck, D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Ickes, & B. M. Montgomery (Eds.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (pp. 367–389). John Wiley & Sons.
- Rice, S., & Fallon, B. (2011). The indirect relationship between rumination, shame and depression: A mediation analysis for those experiencing relationship difficulties. *Journal of Relationships Research, 2*(1), 43-52.
- Rubenstein, C., & Shaver, P. (1982). The experience of loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 206-223.
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. WW Norton & Co.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*(2), 154.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80.
- Sampson, E. E. (1977). Psychology and the American ideal. *Journal of Personality and social Psychology, 35*(11), 767.
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR inventory. *Journal of marital and family therapy, 7*(1), 47-60.
- Siegel, S. M., Friedlander, M. L., & Heatherington, L. (1992). Nonverbal relational control in family communication. *Journal of Nonverbal Behavior, 16*, 117-139.
- Siegel, D. J., & Solomon, M. F. (Eds.). (2003). *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Smith, A. E., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical psychology review, 30*(3), 326-337.
- Sobral, M. P., & Costa, M. E. (2015). Development of the Fear of Intimacy Components Questionnaire (FICQ). *European Journal of Psychological Assessment*.
- Sroufe, L. A., Carlson, E., & Shulman, S. (1993). Individuals in relationships: Development from infancy through adolescence.
- Steele, K., & Van der Hart, O. (1997). The Hypnotherapeutic Relationship with Trauma Patients: Pierre Janet's Contributions to Current Treatment. In *14th International Conference on Hypnosis, San Diego, CA*.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation, 2*(4), 79-116.
- Stern, D. N. (2018). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.
- Sternberg, R. J., & Barnes, M. L. (1985). Real and ideal others in romantic relationships: Is four a crowd?. *Journal of personality and social psychology, 49*(6), 1586.
- Stewart, B. L., Dadson, M. R., & Fallding, M. J. (2011). The application of attachment theory and mentalization in complex tertiary structural dissociation: A case study. *Journal of aggression, maltreatment & trauma, 20*(3), 322-343.

- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. Guilford press.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007). The psychological structure of pride: a tale of two facets. *Journal of personality and social psychology*, 92(3), 506.
- Tronick, E., & Gold, C. M. (2021). *Il potere della discordia: perché il conflitto rafforza le relazioni*. Raffaello Cortina.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Editorial introduction: Child abuse & victimization. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van Sweden, R. C. (1995). *Regression to dependence: A second opportunity for ego integration and developmental progression*. Jason Aronson.
- Walant, K. (1995). *Creating the capacity for attachment: Treating addictions and the alienated self*. Rowman & Littlefield.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Waring, E., McElrath, D., Lefcoe, D., & Weisz, G. (1981). Dimensions of intimacy in marriage. *Psychiatry*, 44(2), 169-175.
- Wilson, J. P., Droždek, B., & Turkovic, S. (2006). Posttraumatic shame and guilt. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7(2), 122-141.
- Winter, D. G. (1988). The power motive in women—and men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 510.
- Wu, C., Dorahy, M. J., Johnston, C. M., Näswall, K., & Hanna, D. (2020). Shame, personality orientation, and risk in intimacy: direct and estimated indirect pathways. *Current Psychology*, 1-9.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 40(4), 275-293.

**Carolina Papa, Psicologa - Psicoterapeuta**  
**Specializzata in psicoterapia cognitiva –**  
**training Perdighe e Procacci**  
**e-mail: [carolina.papa@menteverdepsicologia.it](mailto:carolina.papa@menteverdepsicologia.it)**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)