La terapia dei disturbi legati alla disregolazione della vergogna

Fabio Monticelli*, Natalia Glauser**

Ricevuto il 3 novembre 2022
Accettato il 5 dicembre 2022

Sommario

La vergogna può essere definita come la paura anticipatoria di essere esposti al giudizio negativo degli altri o proprio. Da un punto di vista evoluzionista la vergogna ha un fondamentale valore adattivo per l'individuo in quanto garantisce l'appartenenza e la permanenza all'interno del proprio gruppo sociale di riferimento, in quanto inibisce e limita i comportamenti che risulterebbero socialmente poco accettabili ed è connessa alla paura di perdere il rango sociale o di essere esclusi dal gruppo di conspecifici. La vergogna si esprime attraverso la manifestazione di segnali di resa che inibiscono l'aggressività del dominante e solitamente favoriscono l'evitamento di situazioni potenzialmente umilianti riducendo fortemente l'esplorazione (Gilbert, 1997; Kim *et al*., 2011).

L'approccio terapeutico dei disturbi connessi alla vergogna è focalizzato principalmente sul miglioramento delle capacità di regolazione della stessa, mediante l'esplorazione e l'utilizzo di sistemi motivazionali poco presenti nel repertorio interpersonale del paziente. Il riconoscimento delle proprie rigidità motivazionali permette al paziente di comprendere i principali meccanismi alla base delle sue difficoltà e di esplorare concretamente all'interno del contesto terapeutico anche l'utilità di altri sistemi motivazionali prosociali. Nel percorso terapeutico di tali disturbi, il processo di costruzione dell'alleanza terapeutica rappresenta un passaggio centrale perché incentrato concretamente sull'utilizzo del registro cooperativo che costituisce e mantiene una solida alleanza terapeutica che rappresenta un importante fattore terapeutico di

* Psichiatra, Psicoterapeuta didatta presso scuola di Roma (SICC), Ancona (SPC) e Torino (STPC). Presidente della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), via Ravenna, 9/c, 00161 Roma; e-mail: fabio_monticelli@yahoo.it.

** Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Socia Associazione italiana EMDR; viale Piave, 58 – Macerata; e-mail: dr.nglauser@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 51/2022
DOI: 10.3280/qpc51-2022oa15182

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial – No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

per sé e un significativo predittore di buon esito. La Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni (TEM & Liotti, 1994/2005; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017) sostiene che il sistema cooperativo è un elemento costituente dell'alleanza terapeutica e l'unico sistema motivazionale connesso in modo significativo al miglioramento delle funzioni metacognitive (Liotti & Gilbert 2011; Monticelli *et al*., 2018; Monticelli *et al*., 2020; Monticelli & Liotti, 2021).

Parole chiave: vergogna, Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni, metacognizione, sistemi motivazionali interpersonali.

Abstract

The treatment of disorders related to shame dysregulation

Shame can be defined as the anticipatory fear of being exposed to the negative judgment of others or one's own. From an evolutionary perspective, shame has a fundamental adaptive value for the individual in that it ensures membership and permanence within one's social reference group, as it inhibits and limits behavior that would be socially unacceptable and is related to the fear of losing social rank or being excluded from the conspecific group. Shame is expressed through the display of signals that inhibit the dominant's aggression and usually promote avoidance of potentially humiliating situations by strongly reducing exploration (Gilbert, 1997; Kim *et al*., 2011).

The therapeutic approach to shame-related disorders is primarily focused on improving the ability to regulate it by exploring and utilizing motivational systems that are poorly present in the patient's interpersonal repertoire. Recognition of one's own motivational rigidities enables the patient to understand the main mechanisms underlying his difficulties and also to explore concretely within the therapeutic context the usefulness of other prosocial motivational systems. In the treatment pathway of such disorders, the process of therapeutic alliance building is a central step because it concretely focuses on the use of the cooperative register that constitutes and maintains a strong therapeutic alliance that is an important therapeutic factor in itself and a significant predictor of good outcome. The Evolutionary Theory of Motivation (TEM & Liotti, 1994/2005; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017) argues that the cooperative system is a constituent element of the therapeutic alliance and the only motivational system significantly related to the improvement of metacognitive functions (Liotti & Gilbert 2011; Monticelli *et al*., 2018; Monticelli *et al*., 2020; Monticelli & Liotti, 2021).

Keywords: shame, Evolutionary Theory of Motivation, metacognition, interpersonal motivational systems.

Introduzione

La vergogna costituisce un'emozione complessa che origina nel contesto interpersonale e si sviluppa durante l'interazione reale o immaginata con altre figure significative o con un gruppo di riferimento e che implica il rispetto di regole interne e condivise a cui attenersi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

La vergogna può essere definita come la paura anticipatoria di essere esposti al giudizio negativo degli altri o proprio. In un'ottica evoluzionista la vergogna rappresenta un importante elemento che consente il miglior adattamento sociale all'individuo, garantendogli l'appartenenza e la permanenza all'interno del proprio gruppo sociale di riferimento, perché inibisce e limita i comportamenti che risulterebbero socialmente poco accettabili.

La vergogna ha un fondamentale valore adattativo per il soggetto, il gruppo sociale e la specie (Sloman, 2015) perché connessa alla paura di perdere il rango sociale o di essere esclusi dal gruppo di conspecifici. L'emozione di vergogna si esprime attraverso la manifestazione di segnali di resa che inibiscono l'aggressività del dominante e solitamente favoriscono l'evitamento di situazioni potenzialmente umilianti riducendo fortemente l'esplorazione (Gilbert, 1997; Kim *et al*., 2011).

Pertanto, la vergogna esprime la propria disposizione ad accettare il rango gerarchico inferiore in una contesa con un conspecifico percepito come dominante, evitando conseguenze peggiori e più umilianti.

È utile differenziare il significato della vergogna da quello dell'umiliazione; se la vergogna costituisce la paura anticipatoria di essere sconfitti in una contesa per la conquista di una risorsa limitata, l'umiliazione rappresenta l'emozione della sconfitta già avvenuta e la percezione vera o presunta di aver perso il proprio rango sociale.

Price (1967) sottolinea la somiglianza delle reazioni dei macachi sconfitti in una contesa con gli stati d'animo e le tendenze ad agire dei pazienti depressi. Pertanto, è possibile ipotizzare che gli stati d'animo collegati alla disregolazione della vergogna conducano allo sviluppo di sintomi di ansia e di irritabilità che sono riconducibili alla espressione disregolata di strategie finalizzate a mantenere il rango sociale. Invece, gli stati d'animo conseguenti alla sconfitta già avvenuta, come ad esempio la bassa autostima e le idee di inferiorità e l'inibizione dei comportamenti, sembrano riconducibili allo sviluppo di sintomi depressivi che risultano protettivi perché scoraggiano il soggetto dall'ingaggio di ulteriori sfide che potrebbero risultare ancor più deleterie.

In questo articolo sarà proposta un'ipotesi per spiegare lo sviluppo di fattori di rischio di tratti di personalità o di disturbi psicopatologici conclamati a partire dalla disregolazione della vergogna. In altre parole, saranno ipotizzati diversi percorsi psicopatologici che originano dal mancato riconoscimento dell'emozione di vergogna o del significato attribuito a essa, da cui originano dinamiche di disregolazione della vergogna.

In tal senso è possibile ipotizzare uno spettro psicopatologico compreso tra due polarità. Da una parte, l'emozione di vergogna che compromette

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

in modo lieve il funzionamento interpersonale, amicale, sentimentale o lavorativo dell'individuo. In questa polarità, nella quale è possibile trovare ad esempio il disturbo d'ansia sociale, la psicopatologia è caratterizzata da una modesta compromissione del funzionamento dell'individuo; in questi casi è possibile ipotizzare uno stato mentale relativo all'attaccamento di tipo insicuro.

All'estremità opposta, nella dimensione della disorganizzazione dell'attaccamento, l'emozione di vergogna che limita in modo marcato il funzionamento interpersonale rappresenta un'emozione significativa nel disturbo evitante, dipendente, borderline, istrionico e narcisistico di personalità e nei disturbi alimentari.

Pertanto, man mano che ci si avvicina ai disturbi più gravi è possibile immaginare una maggiore molteplicità e caoticità dei modelli operativi interni che regolano l'attaccamento. Lo sviluppo dei disturbi evitante, dipendente, borderline, istrionico e narcisistico di personalità verrà descritto come uno sviluppo che origina dalle strategie controllanti che costituiscono un ponte che collega la disorganizzazione dell'attaccamento allo sviluppo di tratti o di disturbi di personalità di questo genere.

Lo sviluppo dei disturbi legati alla vergogna disregolata

Secondo la Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni (TEM & Liotti, 1994; 2005) una forte sensibilità alla vergogna dei pazienti con ansia sociale sarebbe sostenuta da, e allo stesso tempo rappresenterebbe, l'espressione dell'attivazione disregolata del sistema agonistico nella subroutine della sottomissione.

Secondo la teoria evoluzionistica delle motivazioni gli stati emotivi e i comportamenti di ogni individuo sono il risultato dell'armonica e flessibile attivazione di sistemi motivazionali interpersonali (SMI) che sono sempre in interazione dinamica e armonica tra di loro.

I SMI rappresentano aree neurali che mediante mediatori chimici diversi (Panksepp, 1998), regolano le emozioni e le tendenze ad agire verso particolari mete biosociali specifiche che sono vantaggiose per l'individuo, il gruppo sociale e la specie.

I SMI sono attivati e disattivati da stimoli ambientali e regolati (o meglio ancora disregolati) da schemi interpersonali disfunzionali (SID) e da cicli interpersonali problematici del paziente (CIP) (Monticelli & Liotti, 2021) (Safran & Segal, 1990; Semerari, 1999; Dimaggio, 2017).

L'analisi accurata degli stati emotivi del paziente rappresenta un passag-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

gio fondamentale del percorso psicoterapeutico perché l'attivazione e la disattivazione dei SMI sono segnalate da emozioni.

Per lo scopo del nostro articolo ci limiteremo a nominare i sistemi motivazionali interpersonali, rimandando il lettore interessato alla lettura di volumi più specifici, come ad esempio la dimensione interpersonale della coscienza di Giovanni Liotti (1994-2005) oppure i Sistemi motivazionali nel dialogo clinico (Liotti & Monticelli, 2008).

I sistemi motivazionali interpersonali (SMI) sono il sistema dell'Attaccamento, dell'Accudimento, Agonistico, Sessuale, Cooperativo, del Gioco sociale e dell'Affiliazione. A questi sistemi interpersonali si aggiungono i sistemi di difesa (attacco fuga), di predazione, esplorativo, della territorialità, e della sessualità primitiva che non rappresentano sistemi interpersonali perché non sono finalizzati a stabilire una relazione con l'altro, bensì sono a proteggere l'individuo o a regolare comportamenti che non prevedono il riconoscimento dell'altro e quindi senza alcuno scopo specifico di costruire una relazione interpersonale.

Come già detto, se il funzionamento normale implica l'attivazione armonica dei SMI, la psicopatologia può essere rappresentata come il risultato dell'attivazione non armonica e rigida dei sistemi motivazionali interpersonali che rappresentano l'epifenomeno di schemi interpersonali disfunzionali (SID) e di cicli interpersonali problematici (CIP) del paziente (Safran & Segal, 1990; Semerari, 1999; Dimaggio, 2017; Monticelli & Liotti, 2022; Monticelli, in stampa).

La spiccata sensibilità alla vergogna dei soggetti con disturbo d'ansia sociale è attivata e sostenuta da una rappresentazione di sé come inadeguato e potenzialmente perdente e, dell'altro come minaccioso, giudicante, manipolativo o più aggressivo e capace di conseguire il diritto di accedere a una risorsa; tale rappresentazione di sé e dell'altro produce un'estrema sensibilità ai segnali di rivalità dell'altro e induce l'attivazione ipertrofica del sistema agonistico che predispone e regola la contesa con l'altro (Monticelli, in stampa).

Secondo questa prospettiva, in questi pazienti la tendenza disregolata ad attivare in modo diffuso e pervasiva il sistema agonistico nella subroutine della sottomissione rappresenta il nucleo centrale della patologia, producendo una modesta limitazione del funzionamento dell'individuo.

Come già detto, moderati livelli di vergogna rappresentano un elemento protettivo perché permettono di conformarsi alle norme sociali senza correre il pericolo di essere esclusi dal gruppo sociale perché trasgressivi rispetto alle norme condivise dagli altri.

La vergogna diventa via via patologica quando compromette il funzionamento interpersonale del soggetto.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

È plausibile che la vergogna assuma i connotati della patologia quando il soggetto percepisce la minaccia di un attacco alla propria identità. In altri termini, finché l'individuo percepisce il fallimento come il precipitato di una prestazione scadente non subirà gravi conseguenze perché consapevole di poter riparare al fallimento attraverso un maggior impegno personale. In questo caso il soggetto indicherà il proprio fallimento come un comportamento sbagliato conservando intatta la percezione della sua identità. Ad esempio, il soggetto potrà giudicare il fallimento sentimentale come frutto di un impegno personale scadente che potrà migliorare nelle successive relazioni d'affetto.

Quando il paziente invece riconduce il fallimento sentimentale alla inadeguatezza personale, si configura un problema assai più consistente perché chiama in causa la sua intera identità di inadeguato o di fallito. In questo caso si parla di vergogna identitaria o non riconosciuta o aggirata (Lewis, 1971). In questi casi, la vergogna non riconosciuta si trasforma in tristezza o rabbia; le conseguenze psicopatologiche sono spesso importanti e possono riguardare semplici emozioni di tristezza fino alla vera e propria depressione (Lewis, 1995).

In altri casi la vergogna non riconosciuta può esprimersi attraverso comportamenti di rabbia che possono arrivare a vere e proprie emozioni di rabbia disregolata di interesse psicopatologico. In questo caso la rabbia disregolata non è più funzionale al superamento dell'elemento frustrante, ma rappresenta soltanto l'espressione della propria frustrazione e della propria inadeguatezza (Monticelli, in stampa). La gravità di questa situazione è riconducibile al fatto che non è consentita nessuna riparazione perché il fallimento riguarda l'intera globalità della persona e non il comportamento sbagliato.

In caso di vergogna identitaria la collera disregolata può esprimersi verso l'esterno o verso la propria persona, configurando in quest'ultimo caso i quadri caratterizzati dall'auto attacco e dalla ricerca di comportamenti degradanti; questo accade quando, ad esempio, vengono ricercati sistematicamente partner umilianti, configurando un vero e proprio ciclo interpersonale problematico. In questo caso le condotte di autosabotaggio messe in atto confermano sistematicamente gli schemi interpersonali disfunzionali come una profezia che sempre si autoavvera. I comportamenti di furore o gli stati depressivi che emergono in questi casi possono rappresentare quadri clinici molto gravi che implicano in alcuni casi anche un elevato rischio suicidario.

In altri casi, la vergogna identitaria non riconosciuta può comportare il sistematico ricorso a condotte compiacenti allo scopo di affrancarsi dal giudizio critico dell'altro, come accade nel soggetto affetto da disturbo borderline di personalità con diffusione dell'identità. L'atteggiamento è quindi defe-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

rente, la capacità di comprensione dei desideri anche non espressi dell'altro è acuta perché è fondamentale cogliere i desideri del proprio interlocutore. A volte l'interlocutore può essere un altro significativo, ma assai spesso rappresenta un altro non significativo sul piano affettivo ed esistenziale, ma pur sempre da compiacere. Alla lunga il soggetto compiacente perde la consapevolezza dei propri bisogni configurando un quadro clinico legato alla diffusione identitaria.

Nei casi in cui il paziente presenta una gravità psicopatologica rappresentata dai tratti di personalità borderline o narcisistico risulta utile chiamare in causa il ruolo delle strategie controllanti che rappresentano un elemento a ponte che collega la disorganizzazione dell'attaccamento allo sviluppo di tali quadri psicopatologici, costituendo un vero e proprio fattore di rischio.

Nei casi più severi di disturbo di personalità evitante, dipendente, istrionico, borderline o narcisistico è plausibile che l'adozione delle strategie controllanti rappresenti la strategia motivazionale più utile per stabilizzare le relazioni e soprattutto i propri stati mentali.

Il disturbo borderline di personalità (DBP) è caratterizzato da instabilità affettiva, disregolazione emotiva e disfunzione interpersonale riconducibile a una marcata incapacità di regolare i vissuti di vergogna.

Dal punto di vista relazionale il disturbo narcisistico di personalità (DNP) si esprime nella tendenza a reagire difensivamente quando la persona sente una ferita al proprio valore. La reazione alle critiche si declina con atteggiamenti superbi, arroganti e sprezzanti, alla ricerca di approvazioni e lodi per le proprie qualità superiori, nutrendo spesso fantasie di successo, fascino, amore ideale; sono inclini a provare invidia per i successi altrui o a sentirsi a loro volta invidiati sperimentando da una parte rabbia, dall'altra un senso di umiliazione che raramente viene riconosciuta dal soggetto stesso.

A portare un soggetto con DNP in terapia spesso è lo stato depressivo scatenato per lo più da relazioni problematiche o dalla loro rottura, oppure da mancati riconoscimenti nella sfera professionale. Questi accadimenti vengono vissuti con forti sentimenti di umiliazione relativa alla sconfitta e fallimento.

La disregolazione della vergogna andrebbe a costituire un fattore di vulnerabilità anche per lo sviluppo di disturbi dell'immagine corporea nell'adolescenza e nella tarda adolescenza, rivestendo un ruolo cruciale nell'insorgenza e nel mantenimento di tali patologie alimentari, sostenendo i vissuti di inadeguatezza e disagio personale.

Come già detto, per comprendere lo sviluppo dei tratti o dei disturbi di personalità conclamati come quelli già citati occorre introdurre il concetto di strategia controllante osservato e descritto da Lyons-Ruth, Jacobvitz, e Hennighausen.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

Le strategie controllanti

Gli studi di Lyons-Ruth e Jacobvitz (2008) e di Hennighausen e Lyons-Ruth (2005), evidenziano che l'80% dei bambini risultati disorganizzati a 12-18 mesi nell'attaccamento alla Strange Situation Procedure, raggiunta l'età di 3- 6 anni, presenta stili relazionali definiti controllanti. Questi stili relazionali sono definiti "*controllanti*" perché finalizzati a controllare l'attenzione e i comportamenti delle FDA mediante condotte punitive o accudenti nei loro confronti.

Nella strategia controllante punitiva il bambino cerca la sottomissione e il controllo della figura d'attaccamento.

Nella strategia controllante accudente, invece, (Liotti & Farina, 2011; Liotti & Monticelli, 2008; Liotti, 2017) il bambino si attiva sul SMI dell'accudimento per proteggere, consolare o rivitalizzare il genitore percepito come spaventato, vulnerabile o impotente nel tentativo di alleviargli le sofferenze facendogli tornare il sorriso.

È plausibile che i bambini che adottano le strategie controllanti utilizzino sistemi motivazionali vicarianti disattivando il sistema dell'attaccamento che è connesso a stati d'animo di dolore e di forte spavento; questi stati d'animo sono ingestibili perché regolati da modelli operativi interni molteplici caotici e confusi e quindi capaci di dissolvere le capacità integrative e la continuità della coscienza.

Le strategie controllanti consentono quindi una stabilizzazione e una maggiore capacità integrativa perché i SMI vicarianti sono regolati da modelli operativi interni più organizzati e coesi rispetto a quelli che regolano il sistema dell'attaccamento nei soggetti con traumi e lutti non elaborati.

È plausibile che l'utilizzo di una strategia controllante punitiva ripetuta nel tempo rappresenti un fattore di rischio nei bambini nello sviluppo di disturbi esternalizzanti (Moss *et al*., 2006; Solomon *et al*., 1995), e negli adulti di tratti o di disturbi di personalità istrionica, borderline, narcisistica e antisociale.

L'utilizzo continuato nel tempo di tali strategie punitive permette di comprendere lo sviluppo di altre patologie basate sull'adozione ipertrofica del sistema agonistico dominante; ad esempio, in contesti caratterizzati da condotte erotizzate del genitore è plausibile che il bambino nei momenti di maggior vulnerabilità cerchi di disattivare l'attivazione dell'attaccamento mediante l'attivazione del sistema agonistico dominante e della sessualità, con il rischio di sviluppare condotte psicopatologiche compatibili con le condotte perverse (Liotti & Monticelli, 2008, Hesse *et al*., 2003; Shane *et al*., 1997; Erikson, 2000; Pancheri & Monticelli, 2017).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

Pertanto, è plausibile che il contesto ambientale e la gravità delle esperienze relazionali precoci possano favorire l'adozione di sistemi motivazionali più affini alle caratteristiche del temperamento del bambino o più vantaggiose per raggiungere il controllo delle attenzioni e i comportamenti del genitore confuso o spaventato e quindi fonte di spavento per il bambino.

In modo analogo è possibile collegare le strategie controllanti accudenti allo sviluppo nel bambino di disturbi internalizzanti con ansia e depressione (Moss *et al*., 2006) e nell'adulto a tratti e disturbi di personalità dipendente o evitante con la stessa sintomatologia di ansia e di depressione.

I pazienti che adottano strategie controllanti accudenti, nei momenti di maggior vulnerabilità attivano in modo vicariante il sistema dell'accudimento o del rango nella subroutine della sottomissione.

Lo scopo è di trovare una maggiore stabilità gestendo l'emergere di modelli operativi interni caotici e spaventanti dolorosi attraverso il sollecito accudimento del caregiver o sottomettendosi a lui in modo del tutto passivo. È plausibile che l'uso continuativo di tali strategie di sottomissione possa spiegare lo sviluppo di tratti o di disturbo evitante o dipendente di personalità.

Le strategie controllanti, seppur utili nell'immediato per gestire una relazione con un genitore spaventato o spaventante, alla lunga risultano penalizzanti sulla maturazione delle capacità metacognitive (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008) e connesse allo sviluppo di disturbi comportamentali e di sintomi dissociativi quando collassano le funzioni integrative della coscienza anche di fronte a stimoli oggettivamente minimi, ma significativi per il soggetto (Moss *et al*., 2006).

La terapia dei disturbi dello spettro riconducibile alla vergogna

Il trattamento prevede la capacità di riconoscere e differenziare la vergogna da altri stati d'animo con la quale spesso è confusa, allo scopo di modulare lo stato emotivo di vergogna e/o degli stati d'animo che derivano da essa come, ad esempio, la rabbia e la tristezza.

Se la patologia dei disturbi legati alla vergogna è costituita sostanzialmente dal funzionamento rigido e disregolato di alcuni specifici sistemi motivazionali interpersonali, una corretta teoria della cura si baserà sul riconoscimento e sull'esplorazione del funzionamento motivazionale del paziente per riconoscere i principali meccanismi che favoriscono la disregolazione della vergogna.

La modulazione della vergogna, pertanto, sarà possibile quando il soggetto riuscirà man mano a diventare consapevole di tutti quei fattori che pre-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

dispongono, innescano e alimentano le principali dinamiche interpersonali che conducono ai disturbi collegati alla vergogna. Sviluppare nel paziente l'abilità di riconoscimento della vergogna, dei meccanismi implicati e delle emozioni a essa collegate diventa un passaggio centrale nella terapia di questi disturbi.

In modo simile a ciò che accade nella terapia cognitiva standard, il terapeuta incoraggia l'impegno auto osservativo del paziente che prenderà nota dei suoi stati mentali nel corso di alcuni eventi problematici (CESPA & Liotti, 2017).

Il paziente registrerà i suoi stati d'animo, le principali rappresentazioni mentali di sé e dell'altro, le sensazioni somatiche e le condotte messe in atto descrivendo con attenzione il contesto interpersonale nel quale avviene l'episodio in questione. Successivamente il paziente sarà invitato a descrivere gli stati mentali corrispondenti del suo interlocutore per incoraggiare un pensiero finalizzato all'esplorazione degli stati mentali dell'altro che rappresenta una importante funzione metacognitiva.

Il terapeuta invita a focalizzare l'attenzione sugli stati emotivi perché rappresentano importanti indicatori dell'attivazione degli SMI che regolano l'interazione in esame. Questo permetterà di identificare se alcuni SMI si attivano in maniera disregolata o disarmonica rispetto al contesto interpersonale reale; nella terapia con pazienti sensibili al tema della vergogna risulterà fin dall'inizio evidente l'ipertrofica tendenza del soggetto ad attivare in maniera disregolata e pervasiva il sistema agonistico.

È plausibile che il funzionamento agonistico nella subroutine della sottomissione risulterà diffuso e pervasivo nei disturbi di ansia sociale, nel disturbo evitante di personalità, nel disturbo dipendente di personalità, borderline (nei casi che presentano una marcata diffusione dell'identità), nel disturbo narcisistico covert, in alcuni disturbi alimentari psicogeni e nei disturbi depressivi. Il terapeuta potrà altresì attendersi un funzionamento agonistico nella subroutine della dominanza nei disturbi narcisistici di personalità (nel sottotipo overt), nel disturbo antisociale, in alcune forme del disturbo borderline e istrionico.

Questo permetterà al paziente di identificare le rappresentazioni di sé e degli altri che sottendono e riflettono l'attivazione impropria dei SMI (l'altro vissuto come critico e giudicante, e se stesso come inetto e inadeguato) che costituiscono i principali SID (Schemi Interpersonali Disfunzionali). Inoltre, permetterà al paziente di identificare il proprio contributo – Ciclo Interpersonale Problematico (CIP) – che mantiene e conferma i suoi SID.

Dopo aver identificato il funzionamento motivazionale del paziente nelle relazioni significative attuali sarà utile ricostruire le principali modalità

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

attraverso le quali sono originati i principali meccanismi che conducono ai comportamenti sintomatici. In altri termini, sarà utile comprendere in che modo le esperienze relazionali precoci abbiano favorito la costruzione delle principali credenze patogene, dei SID e dei CIP alla base delle problematiche del paziente.

La ricostruzione storica permette di comprendere le prime esperienze d'attaccamento che hanno influenzato in maniera significativa il percorso di crescita e di conoscenza di sé e degli altri e la costruzione di strutture di memoria e aspettativa (MOI modelli operativi interni; Bowlby, 1969) che costituiscono principali SID e CIP.

I MOI favoriscono la creazione di credenze patogene (CP) che possono essere elaborate in terapia attraverso la riflessione critica congiunta ("*vediamo sulla base di quali prove vengono confermate le sue credenze patogene che la portano a sentirsi così inadeguato*"); potranno così essere corrette nella relazione terapeutica nelle fasi di test, quando il pz mette alla prova le sue CP nella relazione terapeutica o nella realizzazione di un'esperienza emozionale correttiva (Alexander) attraverso il lavoro congiunto col terapeuta.

Risulterà utile l'introduzione del linguaggio dei sistemi motivazionali che è di facile accessibilità per il paziente, consentendo l'analisi del funzionamento disregolato dei sistemi motivazionali nelle interazioni per lui problematiche.

L'identificazione dei SMI permette un più facile accesso agli stati mentali dell'altro nell'interazione in corso; in altri termini, quando il paziente sarà in grado di identificare la sua rigida e ipertrofica attivazione del sistema agonistico sarà maggiormente in grado di riconoscere la possibilità, per lui remota, che il suo interlocutore sia attivo su SMI non agonistici che attualmente il paziente non è in grado di riconoscere né di preventivare.

Il paziente via via riconoscerà la propria esagerata tendenza a competere nel tentativo di dimostrare di non essere "*l'ultima ruota del carro*", meritevole soltanto dell'esclusione da parte del gruppo sociale.

Inoltre, risulterà sempre più chiaro che l'esagerata e rigida attivazione agonistica comporta la sostanziale quiescenza di tutti gli altri sistemi motivazionali (SMI) che risulteranno spesso poco attivi e quindi disregolati; nel linguaggio figurato, potrebbe essere rappresentato come il suono monotono di una sola corda della chitarra contrapposto al suono armonioso consentito dall'uso di tutte le corde.

Quando un individuo utilizza tutti i suoi SMI, potrà maggiormente e armoniosamente coordinarsi con i bisogni dell'altro come in una danza nella quale i movimenti dell'uno sono accompagnati dai movimenti dell'altro in modo armonioso e flessibile.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

L'analisi motivazionale così avviata permetterà di identificare i principali meccanismi disfunzionali che sono legati alla rappresentazione di sé come inadeguato e dell'altro come giudicante e umiliante, benché assai spesso sia il paziente stesso a essere critico verso di sé.

Potrà altresì permettere di riconoscere il significato attribuito alla sconfitta che per soggetti sensibili alla vergogna risulta sempre penalizzante perché connesso alla potenziale minaccia di compromettere il proprio senso identitario o di pregiudicare il proprio senso di amabilità personale. In altre parole, un insuccesso per un paziente di questo tipo costituisce il pericolo di confermare la sua identità di fallito senza minimamente considerare la possibilità di aver fallito soltanto per un comportamento errato e quindi riparabile.

Spesso, il fallimento risulta particolarmente minaccioso se collegato a un SID che configura allo sconfitto un senso di perdita dell'amabilità personale con il rischio quindi di pregiudicare il legame affettivo con altri significativi o l'esclusione dal gruppo sociale.

In questi termini, la sconfitta appare carica di un senso di minaccia e di perdita di ruolo, ma soprattutto della propria amabilità che compromette a sua volta il senso di appartenenza al nucleo familiare ristretto o al gruppo sociale.

Nei casi di interesse psicopatologico, in caso di fallimento in una prestazione, il paziente, presenta una marcata difficoltà a identificare l'emozione della vergogna, lamentando però un malessere generico e stati d'animo di tristezza significativa che possono arrivare alla depressione e di rabbia che può trasformarsi in collera disregolata. In questi casi il paziente percepisce una grave minaccia alla propria identità e al senso di appartenenza al gruppo sociale e un marcato sentimento di impotenza; l'impotenza appare invincibile perché il paziente percepisce l'impossibilità di riparazione o di recupero perché il fallimento riguarda l'intera globalità della sua identità e non soltanto un comportamento sbagliato.

La conoscenza approfondita di questi meccanismi che originano dalla spiccata sensibilità alla vergogna permette di identificare anche i cicli interpersonali problematici (CIP) avviati dal paziente stesso. Ad esempio, le condotte di autosabotaggio o i comportamenti degradanti possono essere riconosciuti dal paziente come contributi personali che alimentano il senso di disvalore personale e di inadeguatezza, confermando i suoi SID come una profezia che si conferma (CIP), diventando uno dei principali obiettivi da modificare per avviare circoli virtuosi.

I circoli virtuosi si avviano quando il soggetto inizia a evitare il proprio autosabotaggio sentendosi in grado, appoggiato dal terapeuta, di assumere una posizione di maggiore agentività che permetta di affrontare direttamente

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

il tema dell'impotenza con evidenti ripercussioni positive sugli stati d'animo e sulle rappresentazioni di sé e dell'altro (Monticelli, in stampa). Ad esempio, i comportamenti compiacenti che servono per ottenere la benevolenza dell'altro giudicante potranno essere affrontati con il medesimo scopo, avviando circoli virtuosi che permettono di migliorare il senso di agentività ed esplorare il pericolo connesso a un comportamento autentico e genuino.

Stimolare l'agentività del paziente consente di identificare scenari interpersonali alternativi per favorire il decentramento; il paziente potrà esplorare l'utilità di SMI alternativi che risultano molto più efficaci perché basati sul funzionamento di sistemi prosociali che favoriscono e rinsaldano le relazioni all'interno di un gruppo. Nello specifico il sistema collaborativo, il gioco sociale e il SMI dell'affiliazione consentono di esplorare scenari interpersonali molto più flessibili, edonicamente attraenti e molto più efficaci nel consolidare i legami perché incentrati maggiormente sulla coordinazione sintonizzazione con i bisogni dell'altro (Monticelli, in stampa). Pertanto, l'altro non sarà rappresentato soltanto come un rivale potenzialmente aggressivo e umiliante; bensì, in assenza di chiari indicatori di rivalità scorretta, potrà risultare un potenziale interlocutore col quale poter condividere scopi comuni ed esperienze piacevoli. Potrà altresì essere rappresentato come un compagno di giochi o un membro di un gruppo con cui poter condividere interessi e affiliazioni.

L'esplorazione di scenari alternativi e di attivazione di SMI alternativi (come quello cooperativo, di gioco sociale e affiliativo al gruppo) può avvenire positivamente anche e soprattutto all'interno della relazione terapeutica. È del tutto prevedibile, infatti, che il paziente mostri la sua esasperata e rigida attivazione dello SMI agonistico anche all'interno della relazione terapeutica. È prevedibile, in altri termini, che il paziente presenti una chiara difficoltà a coordinarsi con il piano cooperativo proposto dal terapeuta.

Il terapeuta, pertanto, focalizza la propria attenzione sullo scambio clinico che caratterizza la relazione terapeutica per poter identificare i medesimi funzionamenti del paziente anche all'interno del contesto terapeutico.

L'analisi motivazionale del dialogo clinico rivelerà molto spesso la sostanziale scoordinazione interpersonale che si attiva assai spesso ad opera del paziente. Solitamente con questi pazienti la coordinazione si avvia ad opera della istintiva quanto patologica tendenza del paziente a ingaggiarsi agonisticamente con il terapeuta. Tuttavia, sarà di estrema utilità identificare anche quei passaggi nei quali il terapeuta si mostra scoordinato con i bisogni del paziente.

Ad esempio, sarà di grande utilità identificare le difficoltà del paziente nell'eseguire le auto osservazioni proposte dal terapeuta riconducibili al ti-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

more di essere da lui giudicato. In questi casi, il terapeuta dovrà evitare di insistere per sollecitare le auto osservazioni, soffermandosi invece sulla vergogna del paziente per poter esplorare in diretta e congiuntamente le difficoltà che impediscono di avviare un percorso di conoscenza personale.

Le auto osservazioni in vivo potranno così essere condivise, rappresentando, da una parte un elemento di attiva cooperazione con il terapeuta che rinforza l'alleanza terapeutica in corso di costituzione. D'altro canto, le auto osservazioni così formulate consentiranno di identificare e condividere i principali schemi interpersonali disfunzionali (SID) collegati alla vergogna all'interno di una relazione di vulnerabilità e di richiesta di aiuto a una persona più esperta come il terapeuta.

Nella sua componente conoscitiva, la relazione terapeutica consente di identificare le dinamiche disfunzionali più importanti del paziente. Specialmente durante le fasi di tensione dell'alleanza, le dinamiche della relazione terapeutica consentono di individuare i principali SID e CIP del paziente che permettono al terapeuta di modificare la teoria del disturbo del paziente e la formulazione del caso in corso d'opera.

D'altro canto, l'individuazione in vivo dei SID e dei CIP del paziente, consente di identificare il suo funzionamento motivazionale e i principali meccanismi motivazionali disfunzionali e di impostare un atteggiamento terapeutico appropriato per realizzare un'esperienza relazionale correttiva.

Oltre alla funzione conoscitiva, la relazione può svolgere anche quella terapeutica permettendo spesso al terapeuta di vivere in prima persona, di elaborare congiuntamente al paziente e di correggere direttamente e "a caldo" alcuni degli schemi interpersonali SID che conducono alle problematiche relazionali del paziente. Inoltre, la funzione terapeutica della relazione implica la possibilità di migliorare il livello di sintonizzazione interpersonale col paziente e di coordinarsi più facilmente con i suoi bisogni. La comprensione dei bisogni del paziente è possibile attraverso un attento monitoraggio dei sistemi motivazionali in atto nel dialogo clinico (Monticelli, in stampa).

Un esempio aiuterà a comprendere meglio quanto espresso.

Pino lamenta sintomi gastrointestinali marcati e continui conati di vomito prima delle occasioni conviviali con gli amici.

"*Non sento la paura ma soltanto il disagio perché vorrei avere rapporti normali e non ci riesco. Quando parlo con un amico non riesco a guardarlo negli occhi, sembra che io lo voglia sfidare; a quel punto voglio scappare, trovo una scusa e mi defilo velocemente*".

Nelle prime settimane il terapeuta incoraggia uno sforzo auto osservativo per identificare meglio gli stati emotivi che Pino definisce semplicemente come un "*disagio*" e sul piano somatico come continui sforzi di stomaco.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

Soltanto dopo numerose sedute Pino è in grado di identificare lo stato d'animo principale alla base del suo problema; lo definisce come un senso di vergogna intensa che lo attanaglia provocando i conati di vomito relativi alla paura di essere giudicato "*strano*".

Successivamente col tempo Pino ricostruisce un particolare SID che limita i suoi comportamenti e compromette in modo significativo la sua socialità.

"*Nessuno può sopportare uno come me. Appena possono i miei interlocutori scappano perché* è *chiaro, nessuno può sopportare un perdente come me*".

Col tempo Pino identifica alcuni atteggiamenti personali che compromettono marcatamente la sua socialità e confermano ricorsivamente le credenze relative al suo non essere sopportabile da nessuno, configurando un ciclo interpersonale problematico CIP.

"*Stavo fumando una sigaretta con il mio collega che mi parlava della partita della Roma. Ho sentito forte l'impulso di andare via. A un certo punto ho tagliato corto, spento la sigaretta e sono andata via proprio mentre il mio collega stava per farmi delle domande. Soltanto dopo essere scappato mi sono accorto di aver mollata a metà il mio collega e che forse avrei dovuto rilanciare invece di scappare. Mi sa che sono stato proprio un cafone*".

Emerge quindi con chiarezza il contributo personale di Pino che conferma il suo principale SID relativo al suo non essere sopportabile da nessun essere umano; in altri termini, col tempo Pino si accorge che il suo comportamento sfuggente e pauroso finisce col confermare sistematicamente i suoi CIP e le sue principali credenze patogene relative al suo timore e convinzione di non poter essere sopportato da nessuno

Analisi motivazionale dell'assetto motivazionale della relazione

Un giorno Pino non viene in terapia giustificandosi all'ultimo momento con una scusa risibile. Nella seduta successiva Pino motiva l'assenza della seduta precedente spiegando che nei momenti di malessere non vuole farsi vedere da nessuno e men che meno dalle figure per lui significative.

"*Giovedì scorso prima di venire qui in seduta mi sentivo uno straccio, ero spaventato, per questo non sono venuto. E volevo smettere la terapia definitivamente. Per questo motivo in questi momenti sparisco anche con i miei amici più cari e dalla famiglia*".

Il successivo dialogo clinico mette in evidenza alcuni importanti SID che collegano il fallimento alla perdita di amabilità.

Le dinamiche che emergono successivamente mettono in evidenza un SID che assimila l'aver bisogno di aiuto e vicinanza all'umiliazione.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

"*Chi ha bisogno di aiuto* è *come se fosse un verme immondo, un essere disgustoso che chiunque disprezza e fugge. In questi momenti devo nascondermi per evitare di andare dalla padella alla brace; dal bisogno di conforto all'umiliazione e al rischio di essere cacciato dal gruppo. Dal bisogno di essere aiutato e sostenuto alla paura di essere disprezzato e quindi rifiutato da tutti*".

Con tali presupposti è facile capire che in caso di fallimento la posta in gioco è altissima perché confermerebbe la sua identità di perdente e il rischio di perdere sia il proprio senso di amabilità personale, sia l'appartenenza al gruppo sociale.

Come già detto, secondo la Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni (TEM & Liotti, 1994/2005; 2017) una forte sensibilità alla vergogna dei pazienti con ansia sociale sarebbe sostenuta, e allo stesso tempo rappresenterebbe, l'espressione dell'attivazione disregolata del sistema agonistico.

La presenza pervasiva dell'emozione di vergogna rappresenta la conferma all'ipotesi che Pino sia sempre costantemente attivo sul sistema motivazionale del rango, nella continua lotta per dimostrare di non essere il peggiore, "*l'ultima ruota del carro*".

L'esasperata e continuativa attivazione del piano agonistico che si presenta anche, e soprattutto, nel contesto della terapia, permette di iniziare a esplorare la possibilità di scenari motivazionali alternativi che sono finalizzati al raggiungimento di obiettivi biosociali. In altri termini, il terapeuta inviterà a considerare la possibilità di esplorare scenari alternativi nei quali è possibile attivarsi su sistemi motivazionali al di fuori di quello del rango che al momento inficia e caratterizza quasi tutte le interazioni personali del paziente, compresa quella col terapeuta.

Pertanto, saranno esplorati diversi sistemi motivazionali come ad esempio della cooperazione o del gioco sociale o, in ultimo, dell'affiliazione gruppo (Monticelli, in stampa). Quest'ultima esplorazione, ad esempio, è resa possibile dall'inserimento in un gruppo di coterapia nel quale avvengono scambi sostanzialmente affiliativi che risultano totalmente sconosciuti e inesplorati da questi pazienti.

In questo modo il terapeuta inizia a monitorare l'assetto motivazionale della relazione. Il monitoraggio motivazionale consentirà di individuare in tempo reale innanzitutto le crisi della cooperazione che sono indicative di crisi dell'alleanza terapeutica (Monticelli & Liotti, 2021; Monticelli, in stampa); questo consentirà di identificare le fasi di impasse e di rottura dell'alleanza terapeutica che rappresentano i momenti più delicati e allo stesso tempo più produttivi della psicoterapia perché in essi si presentano i SID e i CIP del paziente.

Inoltre, il monitoraggio consentirà di identificare le dinamiche che conducono alle impasses o alle rotture collaborative, permettendo così di indi-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

viduare chi tra paziente e terapeuta innesca maggiormente la crisi dell'alleanza. Inoltre, il monitoraggio consentirà di identificare i diversi tipi di crisi dell'alleanza a seconda dei sistemi motivazionali che regolano l'assetto del dialogo clinico e in ultimo, di individuare gli effetti a breve termine dell'intervento terapeutico (Monticelli *et al*., 2021; Monticelli, in stampa).

Conclusioni

L'approccio terapeutico dei disturbi connessi alla vergogna è focalizzato sul miglioramento delle capacità di regolazione di essa, mediante l'esplorazione e l'utilizzo di sistemi motivazionali assai poco presenti nel repertorio interpersonale del paziente. Il processo di costruzione dell'alleanza terapeutica rappresenta un passaggio centrale nel percorso terapeutico di tali disturbi perché incentrato concretamente sull'utilizzo del registro cooperativo che, all'interno di una relazione reale col terapeuta, costituisce e mantiene una solida alleanza terapeutica che rappresenta un importante fattore terapeutico di per sé e un significativo predittore di buon esito.

Il riconoscimento delle proprie rigidità motivazionali permette al paziente di comprendere i principali meccanismi alla base delle sue difficoltà e di esplorare concretamente all'interno del contesto terapeutico anche l'utilità di altri sistemi motivazionali prosociali quali il gioco sociale e l'affiliazione al gruppo che consentono di arricchire nel tempo il repertorio interpersonale del paziente.

La Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni (TEM & Liotti, 1994/2005; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017) sostiene che il sistema cooperativo è un elemento costituente dell'alleanza terapeutica e unico sistema motivazionale connesso in modo significativo al miglioramento delle funzioni metacognitive (Liotti & Gilbert 2011; Monticelli *et al*., 2018; Monticelli *et al*., 2020; Monticelli & Liotti, 2021).

Per contro, la flessione della cooperazione correla e segnala la crisi (impasses e rotture) dell'alleanza terapeutica e il netto decremento del funzionamento metacognitivo del paziente (Monticelli, 2020; Monticelli & Liotti, 2021). Il migliore funzionamento metacognitivo è un obiettivo di ogni psicoterapia soprattutto in pazienti con disturbi di personalità (Semerari, 1999), ed è un fattore predittivo di successo (Laska *et al*., 2014). Pertanto, per condurre una valida psicoterapia, risulta essenziale il continuo monitoraggio dell'andamento dei sistemi motivazionali nel dialogo clinico che consente di valutare continuamente l'andamento cooperativo a beneficio del miglioramento della sintonizzazione tra terapeuta e paziente e delle sue abilità metacognitive.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

Bibliografia

Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita, l'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1972.

Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A treatment manual*. London: Routledge (trad. it. *Terapia Metacognitiva Interpersonale per i disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina, 2013).

Dimaggio, G., Popolo, R., Montano, A., Velotti, P., Perrini, F., Buonocore, L., Garofalo, C., D'aguanno, M. & Salvatore, G. (2017). Emotion dysregulation, symptoms and interpersonal problems as independent predictors of a broad range of personality disorders in an outpatient sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4): 586-599. DOI: 10.1111/papt.12126

Erikson, M.T. (2000). The Evolution Of Incest Avoidance: Oedipus And The Psychopathology Of Kinship. In P. Gilbert & K. Bailey (a cura di), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (pp. 211-231). Hove: Brunner-Routledge.

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(3): 174-189. DOI: 10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U.

Hennighausen, K.H. & Lyons Ruth, K. (2005). Disorganization of behavioral and attentional strategies toward primary attachment figures: From biologic to dialogic processes. In S. Carter & L. Anhert (eds). *Attachment and Bonding: A New Sinthesis*. Cambridge: The MA Press.

Hesse, E., Main, M., Abrams, K.Y. & Rifkin, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have second-generation effects: Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents. In D.J. Siegel & M. Solomon (eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain* (pp.57-106). New York: Norton.

Kim, S., Thibodeau, R. & Jorgensen, R.S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1): 68-96. DOI: 10.1037/a0021466.

Lewis, H.B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.

Lewis, M. (1995). *Il Sé A Nudo*, Firenze: Giunti.

Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi Traumatici*. Milano: Raffaello Cortina.

Liotti, G. (1994/2005). *La Dimensione Interpersonale Della Coscienza*. Roma: La Nuova Italia Scientifica (nuova edizione, Roma: Carocci).

Liotti, G. & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1): 9-25; discussion 98-110. DOI: 10.1348/147608310X520094.

Liotti G., Fassone, G. & Monticelli F. (2017) (a cura di), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali: teoria, ricerca, clinica*. Milano: Raffaello Cortina.

Liotti G. & Monticelli F. (2008): *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. il manuale aimit*. Milano: Raffaello Cortina.

Liotti G. & Monticelli F. (2014) (a cura di). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.

Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2008). La disorganizzazione dell'attaccamento. In J. Cassidy & P.R. Shaker (2010) (a cura di). *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Fioriti editore.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org

Monticelli, F. (in stampa). *Le parole tra noi. Il monitoraggio interpersonale del dialogo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina.

Monticelli, F., Imperatori, C., Carcione A., Pedone, R. & Farina, B. (2018). Cooperation In Psychotherapy Increases Metacognitive Abilities: a single-case study. *Rivista di Psichiatria*, 53(6): 336-340. DOI: 10.1708/3084.30768.

Monticelli, F. (2017). Rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica. Esempi clinici nella prospettiva della TEM. In G. Liotti, G. Fassone & F. Monticelli (2017) (a cura di), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali: teoria, ricerca, clinica*. Milano: Raffaello Cortina.

Monticelli, F., Tombolini, L., Guerra, F. Liotti, M., Monticelli, C., Gasperini, E., Russo, M. Novaretto, S., La Vista, L., Mallozzi, P., Imperatori, C. & Del Brutto, C. (2022). Using Motivational Monitoring to Evaluate the Efficacy of Self disclosure and Self involving Interventions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52: 217-225. DOI: 10.1007/s10879-022-09533-y.

Monticelli, F. & Liotti, M. (2021). Motivational Monitoring: How to Identify Ruptures and Impasses and Enhance Interpersonal Attunement. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(2): 97-108. DOI: 10.1007/s10879-020-09485-1.

Monticelli, F. (2021). Case formulation and the therapeutic relationship from an evolutionary theory of motivation. Commentary to chapter 15. In G.M. Ruggiero, G. Caselli & S. Sassaroli (eds.), *Case Formulation as Therapeutic Tool in Cognitive Behavioral Therapy*. Cham: Springer.

Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T. & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and psychopathology*, 18(2): 425-444. DOI: 10.1017/S0954579406060238.

Pancheri, L. & Monticelli, F. (2017). Le perversioni sessuali tra psicoanalisi e teoria evoluzionistica della motivazione. In G. Liotti, G. Fassone & F. Monticelli (2017) (a cura di), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali: teoria, ricerca, clinica*. Milano: Raffaello Cortina.

Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundation of Human and Animal Emotions*. Oxford: Oxford University Press.

Price, J.S. (1967). Hypothesis: The dominance hierarchy and the evolution of mental illness. *Lancet*, 290: 243-246. DOI: 10.1016/S0140-6736(67)92306-.

Safran, J.D. & Segal, Z.V. (1990/1996). *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Milano: Feltrinelli, 2003.

Shane, M., Shane, I. & Gales, M. (1997). *Intimate Attachments. Toward a New Self Psychology*. New York/London: The Guilford Press (trad. it. *Attaccamenti intimi*. Roma: Astrolabio, 2000).

Semerari, A. (1999) (a cura di). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.

Sloman, L. & Taylor, P. (2015). Impact of Child Maltreatment on Attachment and Social Rank Systems: Introducing an Integrated Theory. *Trauma, Violence & Abuse*, 1-14. DOI: 10.1177/1524838015584354.

Solomon, J., George, C. & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7(3): 447-463. DOI: 10.1017/S0954579400006623.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: http://creativecommons.org