

Attaccamento evitante-spaventato, sintomi dissociativi e credenze psicopatologiche relative all'ansia

Costanzo Frau*, Riccardo Navarra**, Chiara Caruso***, Matteo Giovini****

Alcuni studi longitudinali prospettici hanno evidenziato una propensione maggiore alla dissociazione in bambini e adolescenti con storie di attaccamento disorganizzato nella prima infanzia. Nonostante ciò rimane poco chiara la relazione tra questi due costrutti e la strutturazione della personalità patologica.

La nostra ricerca ha voluto mettere a confronto, tramite dei questionari autosomministrati, la relazione esistente tra gli stili di attaccamento organizzato/disorganizzato, tratti di personalità, sintomi dissociativi e credenze psicopatologiche relative all'ansia.

Il campione comprendeva 35 pazienti afferenti ad un Centro di Salute Mentale. Dai dati finali emerge una correlazione tra stili di attaccamento con ansia ed evitamento elevati, sintomi dissociativi e credenze legate all'ansia. È emersa inoltre una associazione significativa tra lo stile di attaccamento "evitante-spaventato" e il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo. Questi risultati suggeriscono che questo stile di attaccamento, oltre a presentare una relazione con la sintomatologia dissociativa, potrebbe essere il precursore di una struttura di personalità rigida e coartata.

Parole chiave: attaccamento, dissociazione, not just right experience, personalità ossessivo-compulsiva, credenze psicopatologiche dell'ansia.

Avoidant-fearful attachment, dissociative symptoms and dysfunctional beliefs related to anxiety.

Some prospective longitudinal studies have shown that there is a greater tendency to dissociation in children and adolescents with a history of disorganized attachment in infancy. Nevertheless it remains unclear the relationship between these two constructs and the structure of pathological personality.

Our research aimed to investigate by self-report the relationship between organized/disorganized attachment, personality traits, dissociative symptoms and dysfunctional beliefs related to anxiety. The sample included 35 patients referred to a mental health center.

Results show a correlation between attachment styles with high anxiety and avoidance, dissociative symptoms and beliefs related to anxiety. In addition, the results showed a significant association between "avoidant-fearful" attachment style and obsessive-compulsive personality disorder. Findings suggest that this kind of attachment style, as well as presenting a relation with dissociative symptoms, could be the precursor of a rigid and constricted personality.

Keywords: attachment, dissociation, not just right experience, obsessive-compulsive personality disorder, dysfunctional beliefs related to anxiety.

* Studio di Psicologia Cognitiva e Comportamentale, Cagliari, Italy.

** Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Università "G. d'Annunzio", Chieti, Italy.

*** Studi Cognitivi, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, San Benedetto del Tronto, Italy.

**** Studi Cognitivi, Modena, Italy, Azienda U.S.L di Modena, Italy.

Indirizzare le richieste a:

Costanzo Frau, Studio di Psicologia Cognitiva e Comportamentale, Via Dante 52, 09128 Cagliari, Italy. costa8306@libero.it

1. Introduzione

In genere la disorganizzazione dell'attaccamento (AD) è ricondotta a fattori familiari di rischio come il maltrattamento del bambino ma anche l'abuso, il neglect o il lutto irrisolto nella madre, come si evidenzia negli studi che hanno utilizzato l'Adult Attachment Interview (cfr. Hesse, 2008). È piuttosto frequente nella popolazione generale, costituendo il 15% circa degli stili di attaccamento osservati nei campioni di bambini provenienti da famiglie a basso rischio di psicopatologia, ma la maggioranza di tali stili compare nei bambini che crescono in famiglie ad alto rischio (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

Esistono diversi studi che evidenziano come il modello operativo interno (MOI) dell'attaccamento disorganizzato sia responsabile dei processi mentali dissociativi (Liotti, 2009). Tra questi, due studi longitudinali hanno dimostrato una propensione alla dissociazione maggiore nei bambini e adolescenti con storie di attaccamento disorganizzato nella prima infanzia (Dutra, Bureau, Holmes, Lyubchik, & Lyons-Ruth, 2009; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997).

Il legame tra attaccamento disorganizzato e dissociazione ha, tuttavia, messo i ricercatori dinanzi al fatto che non sempre i bambini con AD manifestano dissociazione. Le ricerche longitudinali hanno evidenziato come la maggior parte di questi bambini, tra i tre e i sei anni d'età, mettano in atto nella relazione con i genitori delle strategie rigidamente controllanti (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008), le quali avrebbero la funzione di controllare l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento e l'emergere di conseguenza del MOI disorganizzato e dei relativi processi dissociativi. Lungo lo sviluppo della personalità si può assistere ad un crollo di queste strategie controllanti quando la stimolazione del sistema di attaccamento diventa molto forte (per una rassegna vedi Liotti & Farina, 2011). L'emergere dei sintomi dissociativi in pazienti con diverse diagnosi psichiatriche fa per questo ipotizzare un crollo delle strategie controllanti.

Partendo da questo presupposto, il presente lavoro indaga come la presenza di uno stile di attaccamento disorganizzato possa correlarsi nello sviluppo della personalità a specifici tratti e come la sua presenza sia indicativa di livelli più alti di dissociazione e di maggiori stili di pensiero disfunzionali rispetto allo stile di attaccamento organizzato.

1.1 Dissociazione, psicopatologia e *Not Just Right Experience*

Dissociazione in psicopatologia è un termine che indica sia la categoria diagnostica dei Disturbi Dissociativi, sia i sintomi dissociativi della coscienza, sia alcuni processi psicopatogenetici causati da esperienze traumatiche che interferiscono con l'integrazione delle funzioni psichiche. I processi patogenetici dissociativi generano sintomi dissociativi che a loro volta possono dominare alcuni quadri clinici come i Disturbi Dissociativi, oppure possono presentarsi, in misura variabile, in pressoché tutte le categorie diagnostiche del DSM-5, rappresentando un indice di gravità del quadro clinico. Sul significato del termine "dissociazione" non esiste un consenso univoco, tuttavia i clinici e i ricercatori contemporanei sembrano concordare su un elemento comune: la dissociazione è la perdita della capacità della mente di integrare alcune sue funzioni superiori (Dutra et al., 2009).

Un gruppo di ricercatori provenienti dalle Università di Londra, Cambridge, Manchester e Sheffield ha proposto una classificazione dei fenomeni dissociativi. Questi ricercatori ipotizzano che la dissociazione si possa esprimere con due forme differenti: i fenomeni da *detachment* (letteralmente distacco) e quelli di *compartmentalization* (letteralmente compartimentazione). I primi corrispondono alle esperienze di distacco da sé e dalla realtà e consistono nei sintomi come la depersonalizzazione, la derealizzazione, l'anestesia emotiva transitoria (*emotional numbing*), i *dejà vu*, le esperienze di autoscopia (*out of body experiences*). Queste esperienze sono tipicamente attivate da emozioni dirompenti provocate da esperienze minacciose ed estreme (Lanius et al., 2010). I secondi emergono invece dalla compartimentazione di funzioni normalmente integrate come la memoria, l'identità, lo schema e l'immagine corporea, il controllo delle emozioni e dei movimenti volontari e corrispondono a sintomi come le amnesie dissociative, l'emersione delle memorie traumatiche, la dissociazione somatoforme (sintomi da conversione, sindromi pseudoneurologiche, dolori psicogeni acuti, dismorfofobie), l'alterazione del controllo delle emozioni e dell'unità dell'identità (personalità multiple alternanti).

Da un'analisi della letteratura emerge come storie traumatiche e/o sintomi dissociativi siano presenti in sottogruppi di pazienti con Disturbo da Attacco di Panico con o senza agorafobia (Gulsun, Doruk, Uzun, Turkbay, & Ozsahin, 2007; Pastucha et al., 2009), pazienti con Disturbo Ossessivo Compulsivo (Fontenelle et al., 2007; Rufes, Fricke, Held, Cremer, & Hand, 2006), altri disturbi d'ansia (Fontenelle et al., 2007; Warshaw et al., 1993), Disturbi del Comportamento Alimentare (Fuller-Tyszkiewicz & Mussap, 2008; La Mela, Maglietta, Castellini, Amoroso, & Lucarelli, 2010; Vanderlinden & Vandereycken, 1997), Disturbi da Uso di Sostanze (Anda et al., 2002; Enoch, 2006; Johnson, Heffner, Blom, & Anthenelli, 2010), Disturbi Somatoformi (Sar, Akyüz, Kundakçi, Kiziltan, & Dogan, 2004; Spitzer, Barnow, Gau, Freyberger, & Grabe, 2008), Schizofrenia e altre psicosi (Conus, Cotton, Schimmelmann, McGorry, & Lambert, 2009; Moskowitz, Schäfer, & Doray, 2008; Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005; Ross, 2009), Disturbi dell'Umore (Lewis et al., 2010; Lu, Mueser, Rosenberg, & Jankowski, 2008; Weich, Patterson, Shaw, & Stewart-Brown, 2009) e Disturbi di Personalità (Dolan-Sewell & Kruegershea, 2001).

Con il termine *Not Just Right Experience* (NJRE) si intende "la sensazione che le cose non siano esattamente come dovrebbero essere o che qualcosa non vada nel modo giusto. Si tratta di un fenomeno appartenente all'esperienza soggettiva di individui che riferiscono di provare una sensazione particolare che, provocando un senso di disagio, porta alla messa in atto di determinati comportamenti. Il *Not Just Right Experience* può assumere varie forme a seconda degli individui che lo sperimentano ed è, inoltre, tendenzialmente limitato nel tempo; può appartenere all'esperienza normale oppure può costituire un'esperienza patologica (Ghisi, Chiri, Marchetti, Sanavio, & Sica, 2010). Alcuni studiosi l'hanno definita "un'innata tendenza a desiderare che ogni cosa o azione sia perfetta, assolutamente certa o completamente sotto controllo" (Rasmussen & Eisen, 1992). Diversi studi hanno indagato la relazione tra *Not Just Right Experience* (NJRE) e Disturbo Ossessivo di Personalità (Buse et al., 2011; Sica et al., 2015). Alcuni dati evidenziano come questa relazione sia più forte rispetto a quella esistente tra *Not Just Right Experience* (NJRE) e altri domini psicopatologici, come ansia sociale, tratti ansiosi, ruminazione e depressione (Coles, Frost,

Heimberg, & Rhéaume, 2003); altri risultati mostrano come la *Not Just Right Experience* non sia specifica del Disturbo Ossessivo Compulsivo ma sia trasversale ai diversi disturbi emozionali (Fergus, 2014). Mancini, Gangemi, Perdighe e Marini (2008) hanno messo in evidenza come l'induzione del senso di colpa nei soggetti portava ad un aumento della sensazione di *Not Just Right Experience*.

Mossi dall'ipotesi che queste reazioni possano appartenere al range delle sensazioni tipiche dei pazienti che provengono da disorganizzazione dell'attaccamento, abbiamo deciso di indagare la relazione tra la *Not Just Right Experience* e lo stile di attaccamento disorganizzato.

1.2 Il ruolo dello stile di attaccamento

La letteratura sembra concorde nel ritenere che l'attaccamento disorganizzato sia il maggiore predittore di disturbi psicologici lungo l'arco di vita. In effetti sembrerebbe che sia principalmente la disorganizzazione a favorire l'insorgenza e il mantenimento di diverse organizzazioni di personalità psicopatologiche (per una rassegna vedi Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Main propone di considerare come potenzialmente disadattivo solamente lo stile di attaccamento disorganizzato e di considerare le altre categorie organizzate "insicure" come potenzialmente adattive (Main, 1991).

Tra gli strumenti in grado di identificare le differenze individuali nello stile di attaccamento adulto, quello che rappresenta il riferimento più accreditato a livello internazionale è la *Adult Attachment Interview*. L'aspetto, che rende questo strumento affidabile, è la sua capacità di rilevare i processi inconsci implicati nella costruzione e nel mantenimento delle organizzazioni mentali dell'attaccamento (*Internal Working Model*). La difficoltà dei metodi di autovalutazione risiede proprio nell'incapacità di avere pieno accesso all'informazione implicita relativa al sistema di attaccamento. Questa difficoltà appare particolarmente evidente nel caso dell'attaccamento distanziante, in cui la generale strategia di minimizzazione dell'impatto emotivo degli eventi adottata a livello individuale rende poco probabile la capacità di riconoscersi e valutarsi in maniera adeguata (per un approfondimento vedi Barone & Del Corno, 2007). Tuttavia, mentre alcuni studi hanno dimostrato come l'attaccamento ansioso ed evitante, misurato tramite gli strumenti autocompilati, non sia significativamente associato con le classificazioni dell'*Adult Attachment Interview* (Crowell, Treboux, & Waters, 2000), altri hanno trovato queste correlazioni significative (Bartholomew & Horowitz, 1991; Shaver, Belsky, & Brennan, 2000).

Gli studiosi dell'attaccamento adulto, tramite self-report, definiscono questo costruito come la regione di uno spazio bidimensionale che è concettualmente parallelo a quello connotato da due funzioni discriminanti, individuato dalle ricerche sull'attaccamento madre-bambino di Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978). Le due dimensioni che caratterizzano tale spazio sono state definite da Brennan, Clark e Shaver (1998) "ansia correlata all'attaccamento" ed "evitamento correlato all'attaccamento".

Nelle sue ricerche Bartholomew (1990) ha definito due sottocategorie distinte, chiamate rispettivamente "evitanti-distanzianti" (alto evitamento, bassa ansia) ed "evitanti-spaventati" (ansia ed evitamento elevati). Mentre lo stile evitante distanziante permette un facile accesso alle strategie di disattivazione emozionale e l'inibi-

zione del riconoscimento di stimoli di minaccia e di bisogni di attaccamento, quello evitante spaventato si trova di fronte ad un crollo di queste strategie sotto stress. Gli individui evitanti spaventati sono caratterizzati da una ricerca di vicinanza alla figura di attaccamento, ma sono incapaci di fidarsi e affidarsi a questa (per una rassegna vedi Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Nel definire lo stile di attaccamento negli adulti tramite strumenti autocompilati, si è deciso di utilizzare l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan (1994). Abbiamo considerato le due dimensioni latenti dell'attaccamento, *Ansia* ed *Evitamento*, definite dalle cinque scale del test. In questo modello a quattro fattori, *Fiducia* (-) e *Disagio per l'intimità* (+) e *Secondarietà delle relazioni* (+) definiscono il fattore *Attaccamento evitante*, mentre le altre scale definiscono il fattore *Attaccamento ansioso* (Fossati et al., 2007). I soggetti con punteggi elevati nella scala "Disagio per l'Intimità" e bassi nella Scala "Fiducia" sono quelli che più si avvicinano all'attaccamento "spaventato" di Bartholomew. Nella nostra ricerca abbiamo considerato come categoria più indicativa di un attaccamento disorganizzato in età adulta, la risultante dalla combinazione di "Alta ansia" e "Alto evitamento", valutando i soggetti che avevano punteggi molto elevati in queste due dimensioni come "evitanti-spaventati".

2. Metodo

2.1 Obiettivi e ipotesi

Partendo dalla valutazione dei diversi stili di attaccamento tramite il test auto-somministrato *Attachment Style Questionnaire* (ASQ) di Feeney e colleghi (1994), l'obiettivo generale del presente studio è stato quello di mettere a confronto il pattern di attaccamento con ansia ed evitamento elevati (categoria evitante-spaventato) e gli altri pattern di attaccamento.

Nello specifico le nostre ipotesi sperimentali sono le seguenti:

- a) in linea con le indicazioni della letteratura sopracitata, ipotizziamo che i pazienti con stile di attaccamento evitante-spaventato, in confronto ai soggetti con altri stili di attaccamento, abbiano livelli più alti di dissociazione;
- b) ci aspettiamo inoltre che i pazienti con attaccamento evitante-spaventato presentino prevalentemente tratti di personalità rigidi e coartati, soddisfino maggiormente la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità ed una maggiore tendenza alla responsabilità patologica;
- c) i pazienti appartenenti alla categoria "evitante-spaventato" sperimentano livelli elevati di *Not Just Right Experience* (NJRE).

2.2 Partecipanti

Hanno partecipato allo studio 35 soggetti, 25 femmine (71.4%) e 10 maschi (28.6%), di età compresa tra i 19 e 59 anni ($M = 43.22$; $SD = 12.36$). Si tratta di pazienti con diagnosi in Asse I e/o in Asse II secondo i criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), afferenti al Centro di Salute Mentale di Sanluri.

2.3 Procedura e Strumenti

I partecipanti sono stati reclutati casualmente all'interno di un Centro di Salute Mentale.

Ogni paziente aveva ricevuto una diagnosi dal proprio psichiatra di riferimento e una diagnosi clinica fatta dallo psicoterapeuta individuale secondo i criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

La valutazione è stata fatta singolarmente in uno studio del Centro, in condizioni di massimo silenzio in modo che il paziente non potesse distrarsi durante la compilazione. Ad ognuno di essi è stata somministrata una batteria di test nella medesima sequenza (vedi sotto). Ogni paziente ha ricevuto le informazioni sugli obiettivi della ricerca e ha firmato un foglio di consenso alla partecipazione.

Ad ogni soggetto è stata somministrata nello stesso ordine una batteria di test composta da:

– *Attachment Style Questionnaire*. Lo stile di attaccamento è stato valutato, quindi, utilizzando la versione italiana dello *Attachment Style Questionnaire*, ASQ, (Fossati et al., 2007). Il questionario si propone di valutare le dimensioni essenziali dell'attaccamento adulto e le differenze fra gli stili di quest'ultimo. È stato costruito in modo da poter essere utilizzato anche con soggetti adolescenti e che abbiano poca o nessuna esperienza di relazioni sentimentali. È composto da 40 item. Questo questionario chiede ai partecipanti di giudicare, su una scala Likert a 6 punti, fino a che punto sono d'accordo con 40 affermazioni riguardanti la percezione di se stessi e delle loro relazioni, da 1 "totalmente in disaccordo" a 6 "totalmente d'accordo". Le cinque sottoscale che compongono il test sono: *fiducia* (8 item; "Sono fiducioso che gli altri ci saranno quando avrò bisogno di loro"), *disagio per l'intimità* (10 item; "Ho difficoltà a dipendere dagli altri"), *secondarietà delle relazioni* (8 item; "Raggiungere degli obiettivi è più importante che costruire delle relazioni"), *bisogno di approvazione* (7 item; "Per me è importante piacere agli altri"), e *preoccupazione per le relazioni* (7 item; "Mi preoccupo molto delle mie relazioni"). Le scale sono state combinate per ottenere le due dimensioni attaccamento evitante e attaccamento ansioso. Nel costruire e sviluppare il questionario originario, Feeney e colleghi (1994) hanno trovato una buona consistenza interna e un'adeguata attendibilità test-retest per ciascuna delle sottoscale. Nel loro adattamento italiano, Fossati e colleghi (2007) hanno altresì riscontrato una sufficiente consistenza interna. I coefficienti α di Cronbach per le scale dell'ASQ risultarono adeguati sia nel campione clinico, dove variavano tra .67 e .71, sia nel campione non clinico, dove variavano tra .64 e .73.

Come consigliano gli autori del test, prendendo in considerazione i limiti di una valutazione categoriale, abbiamo codificato come "evitante-spaventato" un soggetto con punteggi elevati (oltre il 75° percentile) nelle dimensioni di II ordine: ansia ed evitamento (Fossati et al., 2007). Abbiamo inserito in un'altra categoria tutti gli altri soggetti che non soddisfacevano questo criterio.

– *SCID-II Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (versione italiana di Mazzi et al., 2003). La SCID-II è composta da 120 item valutati su di una scala a 4 livelli (da ? = informazioni insufficienti, a 3 = clinicamente rilevante o vero) ed articolati in undici sezioni, una per ogni Disturbo di Personalità (DP) oltre al disturbo di personalità Non Altrimenti Specificato. Ogni Disturbo di Personalità è in-

dagato separatamente dagli altri in modo da rendere più immediata per l'intervistatore la valutazione della presenza/assenza di quello specifico disturbo (per la cui diagnosi devono essere soddisfatti un certo numero di criteri secondo quanto previsto dal DSM-IV (nel DSM-5 le diagnosi sono rimaste le stesse ma la SCID-II risale al DSM-IV). Trattandosi di un'intervista semistrutturata, l'intervistatore può (e deve) formulare domande, in aggiunta a quelle previste dallo strumento, laddove le risposte risultino ambigue o di difficile interpretazione. Nella SCID-II è compresa anche la *SCID-Personality Questionnaire (SCID-PQ, Questionario della Personalità)*, una sezione facoltativa che può essere utilizzata come screening iniziale prima dell'intervista, a cui far seguire le domande della SCID-II se la risposta alla SCID-PQ risulta positiva. La SCID-II viene utilizzata per la formulazione delle diagnosi dei 10 disturbi di personalità del DSM-IV, del disturbo di personalità non altrimenti specificato e dei disturbi di tipo passivo-aggressivo o depressivo (inclusi nell'Appendice B del DSM-IV). In genere, la SCID-II è somministrata integralmente; tuttavia, il clinico o il ricercatore può utilizzare eventualmente soltanto le sezioni che lo interessano in modo particolare. La versione italiana ha mostrato una buona affidabilità *interrater* e una buona affidabilità da coerenza interna (Maffei et al., 1997). Nel nostro lavoro di ricerca abbiamo preso in considerazione la sezione riguardante il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

– *Young Schema Questionnaire-L3* (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), (per la versione italiana si veda Scrimali, 2004): è un questionario per la valutazione dei 18 schemi definiti dall'autore. Il paziente stabilisce, utilizzando una scala Likert a 6 punti, quanto ogni item descriva fedelmente il suo modo di essere. Le domande totali alle quali il paziente deve rispondere sono 232.

Gli item sono suddivisi in gruppi in base allo schema cui si riferiscono. Un codice di due lettere alla fine di ogni gruppo consente al terapeuta di comprendere a quale schema gli item fanno riferimento. Ad ogni modo, il nome dello schema non è mai presente nel questionario, ma è possibile consultare una legenda delle abbreviazioni nella tabella dei punteggi. L'interpretazione dei risultati avviene attraverso il calcolo del punteggio totale tramite una griglia che definisce i valori ottenuti nei singoli schemi del test.

Abbiamo valutato la categoria “schemi rigidi” ottenuta incrociando la presenza degli schemi patogeni “Inibizione Emotiva” e “Standard Severi”. Lo stesso autore sostiene “I pazienti che presentano contemporaneamente gli schemi “Inibizione Emotiva” e “Standard Severi” soddisfano in pieno i criteri del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, in quanto i due schemi nel complesso fanno assumere al soggetto quasi tutte le caratteristiche di questo disturbo” (Young, 2007, pp. 292).

– *Dissociative Experience Scale* – II di Bernstein e Putnam, 1986 (versione italiana a cura di Schimmenti, Capraro, & Caretti, 2010). La DES-II è una scala di autovalutazione che misura il livello ed il tipo di esperienza dissociativa presente, senza entrare nel merito della diagnosi. Le 28 domande che la compongono descrivono delle esperienze dissociative delle quali il soggetto deve indicare la frequenza con cui le ha sperimentate. Il punteggio della scala è dato dalla somma dei punteggi dei singoli item diviso per il numero degli item (28) e può andare, perciò, da 0 a 100: punteggi inferiori a 20 sono di frequente riscontrati nei controlli sani ed anche in pazienti psichiatrici in generale; punteggi superiori a 30 sono associati, in genere, ad una dia-

gnosi di DD secondo il DSM-IV (o anche di DPTS). Nel loro adattamento italiano, Schimmenti e colleghi (2010) hanno riscontrato una buona consistenza interna, una buona affidabilità test-retest e una buona validità convergente in un campione misto clinico e non clinico di oltre 600 soggetti.

– *Not Just Right Experience Questionnaire* (Coles, Frost, Heimberg, & Rhéaume, 2003). È stata utilizzata la versione italiana (Ghisi, Chiri, Marchetti, Sanavio, & Sica, 2010), composta da 19 *item* che indagano la presenza e le caratteristiche di esperienze di NJRE. Al soggetto viene, inizialmente, fornita una definizione di NJRE che, nella versione italiana, corrisponde ad “una sensazione che le proprie azioni non siano esattamente come dovrebbero essere”, seguita da alcuni esempi classificati come NJRE. Viene, inoltre, precisata la natura soggettiva dell’esperienza in esame. Successivamente, viene presentata una lista di 10 *item* corrispondenti ad esperienze di NJRE e viene chiesto al soggetto di indicare quali, tra tali esperienze, abbia sperimentato nell’ultimo mese. Gli *item* 11 e 12 prevedono, rispettivamente, che il soggetto specifichi quale, tra le esperienze di NJRE vissute nell’ultimo mese, si sia verificata più recentemente e quando questa si sia verificata (1 = “poche ore fa”; 2 = “non più di 24 ore fa”; 3 = “non più di una settimana fa”; 4 = “non più di un mese fa”). In riferimento a tale esperienza, seguono sette *item* che valutano il modo in cui il soggetto ha vissuto la stessa, in termini di frequenza (1), intensità (2), disagio e fastidio causati dal NJRE, nel momento stesso in cui è stato esperito (3) e successivamente nello stesso giorno (4), grado di difficoltà nell’allontanare dalla mente la sensazione di disagio causata dal NJRE (5), intensità dell’impulso a fare qualcosa riguardo tale sensazione (6) e sensazione di responsabilità nel dover fare qualcosa (7). Il punteggio totale del NJRE-Q è stato calcolato sommando i valori della scala Likert corrispondenti alle risposte date agli ultimi sette *item* del NJRE-Q (frequenza, intensità, disagio istantaneo, disagio dilazionato, difficoltà ad allontanare il disagio, impulso a fare qualcosa e responsabilità di agire).

La versione italiana del NJRE-Q-R ha mostrato unidimensionalità, eccellente consistenza interna e buona stabilità temporale in un campione di 412 studenti universitari (Ghisi, Chiri, Marchetti, Sanavio, & Sica, 2010).

– *Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS) (Buhr & Dugas, 2002): definibile come “tendenza a pensare di non poter sopportare emozionalmente il fatto di non conoscere perfettamente tutti i possibili scenari ed eventi futuri, di non poter sopportare il dubbio che tra i possibili avvenimenti futuri ve ne possano essere alcuni negativi, anche nel caso che questa possibilità sia molto bassa, oppure a temere che, se vi sono delle possibilità negative in un certo scenario, saranno queste a realizzarsi inevitabilmente o tendenzialmente”. La versione italiana di questo test (Ruggiero, 2005) è stata utilizzata per valutare l’intolleranza dell’incertezza. Punteggi compresi tra 65-80 sono indicativi di una lieve tendenza a non tollerare l’incertezza; punteggi compresi tra 81-108 indicano una moderata intolleranza dell’incertezza; punteggi maggiori di 108 indicano una forte intolleranza dell’incertezza.

– *Responsibility Attitude Scale* (RAS) (Salkovskis, 2000). Nella nostra ricerca abbiamo utilizzato la versione italiana del test (Conti, 2000). La “responsabilità patologica” è definibile come “la tendenza ad aggiungere all’interpretazione della realtà e degli eventi in termini negativi, la valutazione di se stessi come primi responsabili dello scenario negativo” (Stoppa, Dardo, & De Lauri, 2013, p. 7). La RAS è una

scala auto-somministrata di 26 items. Punteggi compresi tra 99-120 sono indicativi di moderata tendenza alla responsabilità patologica; punteggi superiori a 120 indicano una forte tendenza alla responsabilità patologica.

2.4 Analisi dati

I dati sono stati analizzati tramite il software SPSS 22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

I punteggi ottenuti al questionario ASQ sono stati suddivisi in due gruppi. Al gruppo “0” appartengono i modelli mentali organizzati (N = 14) e al gruppo “1” la categoria “evitante-spaventato” (N = 21).

I punteggi ottenuti alla SCID-II sono stati suddivisi in due gruppi. Al gruppo “1” appartengono i pazienti che hanno ricevuto la diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (N = 23) e al gruppo “0” quelli che non hanno avuto questa diagnosi (N = 12).

I punteggi ottenuti allo *Young Schema Questionnaire* sono stati suddivisi in due gruppi. Al gruppo “1” appartengono i pazienti che presentano entrambi gli schemi patogeni “Inibizione Emotiva” e “Standard Severi” (N = 24), al gruppo “0” quelli che non soddisfacevano questi criteri (N = 11) (Tabella 1).

Tabella 1 - Tabella descrittiva dei punteggi ottenuti ai questionari SCID-II, YOUNG Schemi Rigidi, YOUNG Standard Severi, YOUNG Inibizione Emotiva, DES-II, NJRE, RAS, IUS.

Test	Gruppi	N. soggetti per gruppo	media	std.err
ASQ	IWM organizzati	14		
	IWM evitanti-spaventati	21		
SCID-II	Altri	12		
	DOCp	23		
YOUNG Schemi Rigidi	Altri	11		
	Sch. Rig.	24		
YOUNG Standard Severi	ASQ IWM org.	14	43.64	3.82
	ASQ IWM ev.sp	21	53.81	2.77
YOUNG Inibizione Emotiva	ASQ IWM org.	14	20.79	1.86
	ASQ IWM ev.sp	21	31.10	1.73
DES-II	ASQ IWM org.	14	13.92	2.97
	ASQ IWM ev.sp	21	28.18	4.25
NJRE	ASQ IWM org.	14	18.64	3.80
	ASQ IWM ev.sp	21	28.38	3.65
RAS	ASQ IWM org.	14	103.71	9.10
	ASQ IWM ev.sp	21	138.95	4.53
IUS	ASQ IWM org.	14	65.86	5.74
	ASQ IWM ev.sp	21	96.52	6.49

Totale soggetti: 35.

Oltre le precedenti divisioni, in Tabella 1 vengono riportati i dati descrittivi dei punteggi ottenuti dai due gruppi IWM, organizzati e IWM evitanti-spaventati.

Avendo due variabili dicotomiche, per testare statisticamente come i gruppi IWM siano associati ai gruppi individuati attraverso la SCID-II e attraverso lo Young Schema Questionnaire, sono stati effettuati due test del Chi quadro.

I punteggi agli altri test sono stati prima suddivisi nei due gruppi IWM e, dato il limitato numero di soggetti, sono stati effettuati i test non-parametrici di Mann-Whitney U per verificare se i punteggi appartenessero statisticamente a due gruppi differenti.

Per tutte le analisi riportate è stata effettuata la correzione FDR per confronti multipli. Nelle Tabelle 2 e 3 vengono riportati i valori delle statistiche e la significatività (la soglia FDR è risultata 0.0436).

3. Risultati

Dalle analisi statistiche emerge come i gruppi IWM si associno ai gruppi dei test “SCID-II” ($\chi^2(1) = 20.3$, $FDR p$ corretto = 0.0062) e “Schemi Rigidi” ($\chi^2(1) = 6.4$, $FDR p$ corretto = 0.038). In particolare il gruppo IWM evitante-spaventato si associa maggiormente ai rispettivi gruppi 1 dei test “SCID-II” corrispondente alla diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo di personalità e degli “Schemi Rigidi” corrispondenti alla presenza di entrambi gli Schemi “Standard Severi” e “Inibizione Emotiva” (Tabella 2).

Tabella 2 - Analisi dei Chi quadrati effettuati sulle associazioni tra i punteggi ASQ/SCID-II e ASQ/ YOUNG Schemi rigidi.

Test Statistico	Statistica	Valore	df	P-uncorr	FDR P-corretto (soglia 0.0436)	Sig.
ASQ – SCID-II	Pearson Chi-Square	20311	1	6.58214E-06	0.0063	*
ASQ – YOUNG Schemi Rigid.	Pearson Chi-Square	6386	1	0.0115	0,0375	*

* valori significativi (soglia FDR $p < .0436$).

I test di Mann-Whitney sui punteggi ottenuti ai due schemi dello *Young Schema Questionnaire* presi singolarmente – “Standard Severi” ($U = 74.5$, $FDR p$ corretto = 0.0438) e “Inibizione Emotiva” ($U = 38.5$, $FDR p$ corretto = 0.0125) – e su quelli ottenuti ai test “DES” ($U = 70.5$, $FDR p$ corretto = 0.0113), “Senso di Responsabilità” ($U = 57$, $FDR p$ corretto = 0.0250) e “Intolleranza Incertezza” ($U = 56.5$, $FDR p$ corretto = 0.0188), suddivisi tra i due gruppi organizzati/disorganizzati evidenziano come il gruppo con IWM evitante-spaventato ottenga punteggi significativamente differenti rispetto al gruppo con IWM organizzati; in particolare il gruppo con IWM evitante-spaventato ottiene punteggi significativamente più alti. Non si può dire lo stesso per i punteggi ottenuti al test *Not Just Right Experience* (NJRE) ($U = 94.5$, $FDR p$ corretto = 0.0500) (Tabella 3).

Tabella 3 - *Punteggi ottenuti dai gruppi IWM organizzati e IWM evitanti-spaventati a YOUNG Standard Severi, YOUNG Inibizione Emotiva, DES-II NJRE, RAS, IUS: test di Mann-Whitney.*

<i>Test Statistico</i>	<i>Statistica</i>	<i>Valore</i>	<i>P-uncorr</i>	<i>FDR P-corretto (soglia 0.0436)</i>	<i>Sig.</i>
YOUNG Standard Severi	Mann-Whitney U	74.5	0.0146	0.0438	*
YOUNG Inibizione Emotiva	Mann-Whitney U	38.5	0.0002	0.0125	*
DES-II	Mann-Whitney U	70.5	0.0100	0.0113	*
NJRE	Mann-Whitney U	94.5	0.0757	0.0500	
RAS	Mann-Whitney U	57	0.0024	0.0250	*
IUS	Mann-Whitney U	56.5	0.0023	0.0188	*

* *valori significativi (soglia FDR p < .0436).*

4. Discussione

Il presente studio fornisce un contributo alla letteratura sul disturbo di personalità ossessivo-compulsivo e sul cluster dei disturbi caratterizzati da inibizione emotiva e standard severi che presentano sintomatologia dissociativa, esaminando il ruolo dello stile di attaccamento in queste patologie. I risultati confermano l'idea che la dissociazione sia una sintomatologia molto frequente nei quadri psicopatologici (Liotti & Farina, 2011). Sul campione clinico preso in considerazione, la metà dei pazienti (50% del totale) ha raggiunto il cut-off significativo nei test di valutazione *Dissociative Experiences Scale* (DES-II). In linea con le precedenti ricerche che collegano l'attaccamento disorganizzato alla dissociazione (Dutra et al., 2009; Ogawa et al., 1997) è stato trovato che il gruppo di pazienti che rientravano nella categoria "evitante-spaventato" all'*Attachment Style Questionnaire* (categoria più vicina all'attaccamento disorganizzato) presentava livelli più elevati di dissociazione al test *Dissociative Experience Scale II* (DES-II) rispetto ai pazienti rientranti nelle altre categorie di attaccamento. Questi stessi pazienti avevano inoltre punteggi più elevati al test che valutava la responsabilità patologica. Inoltre, come ci si aspettava, è emersa un'associazione positiva tra la sintomatologia dissociativa e le credenze psicopatologiche dell'ansia "Intolleranza dell'Incertezza" e "Senso di Responsabilità Patologica". È stata dimostrata una dipendenza significativa tra la categoria di attaccamento evitante-spaventato, la diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo emergente dalla *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II Disorders* (SCID-II) e la categoria "schemi rigidi" dello *Young Schema Questionnaire*. Come sostiene Young ("*Schema Therapy*", Young, 2007, p. 292), i pazienti che presentano contemporaneamente gli schemi "Inibizione Emotiva" e "Standard Severi" soddisfano in pieno i criteri del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, in quanto i due schemi nel complesso fanno assumere al soggetto quasi tutte le caratteristiche di questo disturbo. Non è stata confermata l'ipotesi iniziale secondo la quale i pazienti con attaccamento evitante-spaventato avrebbero dovuto presentare livelli più alti di *Not Just Right Experience* (NJRE) rispetto ai pazienti appartenenti alle altre categorie.

4.1 *Stile di attaccamento, dissociazione, struttura di personalità e credenze relative all'ansia*

La letteratura sembra concorde nel ritenere che sia l'attaccamento disorganizzato a possedere il più importante significato predittivo di successivi disturbi psicologici (Carlson, 1998; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Ogawa et al., 1997). Inoltre, diversi studi longitudinali hanno evidenziato una forte propensione alla dissociazione nei bambini con storie di attaccamento disorganizzato nella prima infanzia (Dutra et al., 2009; Ogawa et al., 1997).

I risultati della ricerca qui condotta suggeriscono che i pazienti con attaccamento evitante-spaventato hanno livelli più elevati di dissociazione e quadri di personalità rigida, presentando un'associazione maggiore con la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità. Il DSM-5, il quale ha mantenuto la distinzione presentata nel DSM-IV-TR nei dieci tipi di disturbi di personalità raggruppati in 3 gruppi, descrive il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità come “un quadro pervasivo di preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo e il controllo mentale e interpersonale, a scapito della flessibilità, dell'apertura e dell'efficienza”. Questa struttura di personalità potrebbe essere il risultato di strategie comportamentali (perfezionismo difensivo) messe in atto dal soggetto nel tentativo di gestire un senso di indegnità che non sempre raggiungerebbe lo stato di coscienza. In tal caso, lo stato mentale appena descritto (alterazione nella percezione di sé) e i sintomi dissociativi potrebbero far parte dello stesso quadro psicopatologico, il Disturbo da Stress Post-traumatico complesso (DPTSc) (Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). Questo potrebbe spiegare l'altro dato emerso dalla nostra ricerca, relativo ai livelli più alti di sintomi dissociativi e di credenze psicopatologiche dell'ansia “Intolleranza dell'Incertezza” e “Senso di Responsabilità Patologica” nel gruppo con attaccamento evitante-spaventato. La maggiore intolleranza dell'incertezza si potrebbe spiegare con gli effetti che lo stato dissociativo ha sui livelli più alti della mente (*highest levels jacksoniani*), quelli che costruiscono strutture di significato e che organizzano la condotta personale per aumentare i livelli di prevedibilità e coerenza su se stessi e il mondo. Il paziente è incapace di sopportare la semplice esistenza di un rischio, la possibilità, sia pure bassa, che si verifichi il pericolo e il danno temuti (Sassaroli, Lorenzini, & Ruggiero, 2006).

Cosa potrebbe succedere se in qualche modo il paziente non fosse attento e fosse lui la causa del danno temuto? L' “Intolleranza dell'Incertezza” potrebbe essere strettamente collegata alla responsabilità patologica. L'associazione tra questa e livelli alti di dissociazione potrebbe trovare una spiegazione nella teoria eziopatogenetica della dissociazione. Se la dissociazione fosse legata al riemergere del MOI disorganizzato (Liotti & Farina, 2011) il senso di colpa patologico potrebbe essere il correlato emozionale della polarità rappresentativa drammatica del persecutore stabilizzata in un quadro di personalità patologico. Van der Kolk e colleghi (2005), inseriscono il “senso di colpa e di responsabilità eccessivi” nella definizione di “alterazioni della percezione di sé” caratteristiche dei pazienti che vengono da storie di traumi interpersonali prolungati.

Contrariamente a quanto ci aspettavamo non è emersa un'associazione positiva tra lo stile di attaccamento evitante-spaventato e i livelli di NJRE. L'assenza di tale

associazione potrebbe essere spiegata col fatto che non tutti i pazienti con disturbo di personalità riescano a mentalizzare su questa sensazione, tendendo a tralasciarla e a non riferirla come qualcosa di problematico. Future ricerche potrebbero indagare i livelli di dissociazione e di NJRE in un gruppo più ampio di pazienti con attaccamento disorganizzato, valutare se in questi soggetti siano presenti entrambi i fenomeni.

4.2 Limiti e direzioni future

Come è stato già detto in precedenza, il presente lavoro fornisce un contributo alla letteratura esistente circa la relazione tra stile di attaccamento, sintomi dissociativi e strutturazione della personalità patologica. Esistono diversi limiti.

Prima di tutto la scarsa numerosità dei pazienti non permette una reale generalizzazione dei risultati.

La valutazione dell'attaccamento tramite l'ASQ è soggetta a tutti i limiti dei questionari autosomministrati (per esempio, possibili bias di memoria e di riferimento). Lo strumento si basa sulla tradizione delle relazioni tra pari (derivata dalla tradizione delle relazioni sentimentali). Potrebbe quindi fornire dei risultati sub-ottimali quando sono d'interesse i costrutti dell'attaccamento basati sulla tradizione della famiglia nucleare. Il metodo più accreditato nella valutazione dei pattern impliciti di attaccamento nell'adulto rimane l'*Adult Attachment Interview*, AAI, (si veda su questo van Ijzendoorn, 1995). Ricerche future potrebbero valutare le stesse ipotesi sperimentali utilizzando l'AAI per corroborare la relazione già dimostrata tra attaccamento disorganizzato e sintomi dissociativi e valutare come questo MOI porti allo strutturarsi della personalità adulta e, per esempio, in che modo la disorganizzazione dell'attaccamento e le strategie controllanti conseguenti porterebbero allo sviluppo di uno specifico disturbo di personalità.

I risultati di queste ricerche avrebbero ripercussioni importanti in ambito terapeutico. La presenza di sintomi dissociativi dovrebbe avvisare il clinico sulla possibilità che la relazione d'attaccamento possa seguire una determinata direzione e mettere a rischio l'alleanza terapeutica. Questa situazione potrebbe verificarsi in modo trasversale nei diversi disturbi di personalità. Il punto iniziale e finale di ogni trattamento psicoterapeutico efficace riguarda l'alleanza terapeutica tra il terapeuta e il paziente. L'obiettivo determinante è la correzione del Modello Operativo Interno di quest'ultimo. Avere maggiori conoscenze sugli itinerari di sviluppo che portano dalla disorganizzazione dell'attaccamento alle strategie cognitivo-affettive di gestione di questo sistema motivazionale nella personalità adulta può aumentare indubbiamente la previsione dei possibili scenari legati ad una sua attivazione nel percorso terapeutico.

Bibliografia

- Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association, (2013). *DSM-5, Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington: American Psychiatric Association. (trad.it. *DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina, 2014).

- Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., & Williamson, D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009.
- Barone, L., & Del Corno, F. (2007). *La valutazione dell'attaccamento adulto: I questionari autosomministrati*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 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), 226-44.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.M. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 174(12), 707-766.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships*, (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behavior Research and Therapy*, 40(8), 931-945.
- Buse, J., Dörfel, D., Lange, H., Ehrlich, S., Münchau, A., & Roessner, V. (2011). Harmonic expectancy violations elicit not-just-right-experiences: A paradigm for investigating obsessive-compulsive characteristics? *Cognitive Neuroscience*, 2015, 6(1), 8-15.
doi: 10.1080/17588928.2014.954991
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/di-orientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Coles, M., Frost, R., Heimberg, R., & Rhéaume J. (2003). Not just right experiences: Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour, Research and Therapy Journal*, 41(6), 681-700.
- Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B.G., McGorry, P.D., & Lambert, M. (2009). Pre-treatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 1105-1114.
- Crowell, J.A., Treboux, D., & Waters, E. (2000). The Adult Attachment Interview and the Relationship Questionnaire: Relations to reports of mothers and partner. *Personal Relationships*, 6, 1-18
- Dolan-Sewell, R.T., & Kruegershea, M.T. (2001). Co-occurrence with syndrome disorders. In W.J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, (pp. 84-104). New York: Guilford Press.
- Dutra, L., Bureau, J., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(6), 383-390.
- Enoch, M.A. (2006). Genetic and environmental influences on the development of alcoholism: Resilience vs risk. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1094, 193-201.
- Feeney, J.A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*, (pp. 128-154). New York: Guilford Press.
- Fergus, T. (2014). Are “not just right experiences” (NJREs) specific to obsessive-compulsive symptoms?: Evidence that NJREs span across symptoms of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 353-63. doi: 10.1002/jclp.22034

- Fontenelle, L.F., Domingues, A.M., Souza, W.F., Mendlowicz, M.V., de Menezes, G.B., Figueira, I.L., & Versiani, M. (2007). History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatry Quarterly*, 78(3), 241-250.
- Fossati, A., Feeney, J.A., Grazioli, F., Borroni, S., Acquarini, E., & Maffei, C. (2007). L'Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan: Una misura auto-somministrata per l'attaccamento adulto. In L. Barone & F. Del Corno (Eds.), *La valutazione dell'attaccamento adulto: I questionari autosomministrati*, (pp. 181-196). Milano: Raffaello Cortina.
- Fuller-Tyszkiewicz, M., & Mussap A.J. (2008). The relationship between dissociation and binge eating. *Journal of Trauma and Dissociation*, 9(4), 445-462.
- Ghisi, M., Chiri, L.R., Marchetti I., Sanavio E., & Sica C. (2010). In search of specificity: "Not just right experiences" and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 879-86.
- Gulsun, M., Doruk, A., Uzun, O., Turkbay, T., & Ozsahin, A. (2007). Effect of dissociative experiences on drug treatment of panic disorder. *Clinical Drug Investigation*, 27(8), 583-590.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*, 2nd ed., (pp. 552-598). New York: Guilford Press. (trad. it. *Manuale dell'attaccamento*, 2^a ed. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010).
- Johnson, C.S., Heffner, J.L., Blom, T.J., & Anthenelli, R.M. (2010). Exposure to traumatic events among treatment-seeking, alcohol-dependent women and men without PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 23(5), 649-652.
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: Relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 393-400
- Lanius, R.A., Vermetten, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J.D., & Spiegel D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167, 640-647.
- Lewis, C.C., Simons, A.D., Nguyen, L.J., Murakami, J.L., Reid, M.W., Silva, S.G., & March, J.S. (2010). Impact of childhood trauma on treatment outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 132-140.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D., (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* 2nd ed., (pp. 666-697). New York: Guilford Press. (trad. it. *Manuale dell'attaccamento*, (pp. 768-804) Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010).
- Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. In P.F. Dell & J.A. O'Neill (Eds), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, (pp. 53-66). New York: Routledge.
- Liotti, G., & Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lu, W., Mueser, K.T., Rosenberg S.D., & Jankowski, M.K. (2008). Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatric Services*, 59, 1018-1026.

- Main, M. (1991). Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento unitario (coerente) vs modelli di attaccamento multipli (incoerenti): Dati e indicazioni per la futura ricerca. In C.M. Parkers, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris, (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock/Routledge. (trad. it. *L'attaccamento nel ciclo di vita*, pp. 131-165). Roma: Il Pensiero Scientifico, 1995.
- Maffei, C., Fossati A., Agostoni I., Barraco A., Bagnato M., Deborah D., Namia C., ... & Petrachi M., (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personal Disorder*, 11(3), 279-84.
- Mancini, F., Gangemi, A., Perdighe, C., & Marini, C. (2008). Not just right experience: Is it influenced by feelings of guilt? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 162-76.
- Mazzi, F., First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, B.W., Benjamin, L.S., ... Guaraldi, G. (2003). *SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II disorders. Guida dell'esaminatore*. Firenze: OS Organizzazioni Speciali.
- Moskowitz, A., Schäfer, I., & Doray J. (2008). *Psychosis, trauma and dissociation*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Pastucha, P., Prasko, J., Grambal, A., Latalova, K., Sigmundova, Z., Sykorova, T., & Tichackova, A. (2009). Panic disorder and dissociation-comparison with healthy controls. *Neuro Endocrinology Letters*, 30, 774-778.
- Rasmussen, S., & Eisen J. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 15(4), 743-758.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P., & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.
- Ross, C. A. (2009). The theory of a dissociative subtype of schizophrenia. In P. Dell & J.A. O'neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, (pp. 557-568). New York: Routledge.
- Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J., & Hand, I. (2006). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder: A replication study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 256, 146-150.
- Salkovskis, P. M. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Sar, V., Akyüz, G., Kundakçi, T., Kiziltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatric*, 161, 2271-2276.
- Sassaroli, S., Lorenzini R., & Ruggiero G.M (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia, rimuginio, controllo ed evitamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Schimmenti, A., Capraro, G., & Caretti, V. (2010). *Validity and reliability of the Revised Dissociative Experiences Scale (DES- II) in an Italian sample*. Unpublished manuscript, Kore University of Enna, Faculty of Human and Social Sciences, Italy.
- Scrimali, T. (2004). *Young Schema Questionnaire: Dati normativi ed evidenze nella schizofrenia*. Data on file (per gentile concessione dell'Autore).

- Sica, C., Bottesi, G., Orsucci, A., Pieraccioli, C., Sighinolfi, C., & Ghisi, M. (2015). "Not Just Right Experiences" are specific to obsessive-compulsive disorder: Further evidence from Italian clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(31C), 73-83. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.02.002
- Shaver, P.R., Belsky, J., & Brennan, K.A. (2000). The Adult Attachment Interview and self-report of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.
- Spitzer, C., Barnow, S., Gau, K., Freyberger, H.J., & Grabe, H.J. (2008). Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 335-341.
- Stoppa, R., Dardo F., & De Lauri, A. (2013). *Followership and leadership coaching: An empirical study on cognitive and emotional flexibility and its implications for CBC*. Roma: Society for Coaching Psychology Italy.
- Warshaw, M.D., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K.A., Massion, A.O., & Keller, M.B. (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 1512-1516.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: Systematic review of prospective studies. *British Journal of Psychiatric*, 194, 392-398.
- 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 Trauma and Stress*, 18, 389-399.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Roma: Astrolabio, 1998.
- Van Ijzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, E.M. (2003). *Integrate cognitive-behavioural therapy for personality disorders*. New York: The Guilford Press. (trad. it. *La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Firenze: Eclipsi Editore, 2007).

Pervenuto Novembre 2014

Versione finale pervenuta Maggio 2015

LONG ABSTRACT

Avoidant-fearful attachment, dissociative symptoms and dysfunctional beliefs related to anxiety.

Costanzo Frau*, Riccardo Navarra**, Chiara Caruso***, Matteo Giovini****

Disorganized attachment is the greatest predictor of psychological disorders over life. Several studies confirmed the hypothesis of a relationship between disorganized attachment in infancy and pathological dissociation in adulthood. This pattern of attachment would lead to internal working models fragmented and incompatible with each other as a result of traumatic experience with the caregiver.

According to the model of Bartholomew we considered patients with “Avoidant-Fearful” attachment (high anxiety and avoidance). Using self-report measures this pattern is the most similar to the disorganized attachment classified by AAI as “Unresolved for loss or injury”.

Our research aimed to investigate the relationship between specific patterns of attachment, personality traits, dissociative symptoms and dysfunctional beliefs related to anxiety.

The sample included 35 patients referred to a mental health center. At the time of evaluation all patients had a psychiatric diagnosis. A battery of tests was administered to each subject: the *Attachment Style Questionnaire* to assess attachment, the *Dissociative Experience Scale* to assess dissociative symptoms, the *NJRE Questionnaire*, the *SCID-II* and the *Young Schema Questionnaire* to assess personality disorders, *Intolerance of Uncertainty Scale and Responsibility Attitude Scale* to assess dysfunctional beliefs related to anxiety.

Results show a correlation between attachment styles with high anxiety and avoidance, dissociative symptoms and beliefs related to anxiety. In addition they show a significant relation between “Avoidant-Fearful” attachment style and rigid schemas and coercion identified by the *Young Schema Questionnaire*.

Findings suggest that attachment style with high anxiety and avoidance, as well as presenting a relation with dissociative symptoms, could be the precursor of a rigid and constricted personality. Patients with a fearful-avoidant attachment were not found to score higher on tests that evaluated the *Not Just Right Experience* (the feeling that something is not as it should be) in spite of our hypothesis that the sense of unworthiness and pathological responsibility of the patients with a disorganized attachment corresponds to the construct of NJRE. Future research could investigate levels of dissociation and NJRE in a larger sample of patients with disorganized attachment assessed by the *Adult Attachment Interview*, in case subjects present both phenomena.

* Center of Cognitive and Behavioral Psychology, Cagliari, Italy.

** Department of Neuroscience and Imaging “G. d’Annunzio” University, Chieti. Italy.

*** Cognitive Studies, Post-Graduate Cognitive Psychotherapy School, San Benedetto del Tronto, Italy.

**** Cognitive Studies, Post-Graduate Cognitive Psychotherapy School, Italy.

Corresponding author:

Costanzo Frau, Center of Cognitive and Behavioral Psychology, Via Dante 52, 09128 Cagliari. Italy. costa8306@libero.it