

AMORE E PSICOPATOLOGIA¹

Giuseppe Sacco
Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica
Università degli Studi di Siena

Introduzione

In queste brevi note intendiamo esporre qualche riflessione teorico - clinica su alcuni *pattern* cognitivo - comportamentali attraverso cui gli individui impostano le loro relazioni affettivo - sentimentali. Tali *pattern* vengono appresi durante tutto l'arco del ciclo vitale, attraverso l'interazione e i legami affettivi che si formano con le figure significative nel corso dell'esistenza e non solo durante l'infanzia.

Negli ultimi tempi numerosi studi hanno posto in relazione i modelli della teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969; 1973; 1980; Ainsworth et al., 1978) con i legami affettivi (si veda, per es. Sperling, Berman, 1991); ma, mentre alla base della tipizzazione degli stili di attaccamento in età evolutiva vi è una mole imponente di studi, per quanto riguarda l'età adulta e quella anziana c'è ancora bisogno di ulteriori studi e approfondimenti.

Dall'osservazione e dall'assessment (Sanavio, 1991; Borgo, 1998) di casi clinici tratti dalla nostra e altrui pratica professionale partiremo da tre presupposti di base che daremo per scontati:

1. Il primo, relativo all'impossibilità sia di stabilire un concetto univoco e assoluto di "patologia", sia di tracciare una linea netta e rigida fra ciò che è "normale" e ciò che non lo è. In questo scritto, parlando di psicopatologia e di modelli sintomatologici, faremo riferimento ad un *continuum* quantitativo e qualitativo lungo in quale si va da una presenza di alcuni tratti "predisponenti" in senso probabilistico, fino alla comparsa di una sintomatologia via via sempre più invalidante. Il limite oltre il quale cominciano a prodursi le manifestazioni sintomatiche viene definito "soglia di scompensazione" che viene tipicamente riconosciuto dal paziente dalla penosa

esperienza emotiva di sofferenza e dall'esterno dalla comparsa di una sintomatologia sempre più evidente e disturbante. La terminologia da noi utilizzata fa riferimento, anche se non sempre in senso stretto, alla descrizione statistico – nosografica adottata dal DSM-IV, senza preoccuparci in questo contesto di esporre alcune riserve critiche pur esistenti su tale classificazione e utilizzandone soltanto il suo valore di "linguaggio" codificato per gli "addetti ai lavori".

2. Il secondo, per il quale ogni essere umano qualora si "ammali" e si scompensi presenti maggiori probabilità di produrre un quadro sintomatologico piuttosto che un altro per una serie di fattori complessi la cui trattazione esula da questo contesto (Reda, 1996; Goldwurm, 1998).
3. Il terzo, che pur essendo ogni individuo unico e irripetibile e perciò con numerose differenze e varianti rispetto agli altri individui, presenta nello stesso tempo delle caratteristiche costanti e comuni con altri individui che hanno prodotto la stessa sintomatologia. Ed è in particolare su queste costanti che ci soffermeremo in questo lavoro, riservando la eventuale trattazione delle varianti in altra occasione.

Per presentare tali costanti seguiremo il seguente criterio:

- partiremo dalla breve descrizione della fase adolescenziale;
- esporremo i principali aspetti costanti relativi ai particolari *pattern* emotivi o alle attitudini verso le emozioni, agli schemi cognitivi e ai programmi comportamentali centrati in particolare sulla vita affettiva;
- descriveremo qualche peculiarità dello stile affettivo – relazionale insieme a qualche aspetto legato a possibili fattori di scompensamento.

1. Modalità Fobico - Ansiosa

a) ESORDI ADOLESCENZIALI

La caratteristica centrale invariante di questa modalità consiste nel blocco o nella limitazione del comportamento esploratorio autonomo durante le prime fasi di vita. Successivamente i primi rapporti affettivi con coetanei di

¹ Tratto da: "Amore e psicopatologia", in "Informazione di Psicologia, Psicoterapia e psichiatria", n.44-45, sett/dic. 2001, genn/aprile 2002, pp.48-55.

nesso opposto nei maschi sono spesso incentrati sul desiderio di conquista e sull'affermazione e conferma del proprio ruolo di leader nel gruppo, col frequente appoggio da parte della famiglia di origine, fino a quando il figlio non si allontana troppo (Reda, 1986).

Alla base del rapporto vi è la necessità di controllo sul partner e la difficoltà di coinvolgimento affettivo, ritenuto un segno di debolezza pericoloso per il mantenimento del potere nella relazione.

La tendenza relazionale è verso il cosiddetto "stile abbandonico" o "lasciatore" (Guidano, Liotti, 1979): quando la situazione viene vissuta come troppo costringente (per es., per un incremento delle richieste del partner, o quando si teme un suo possibile distacco) la relazione viene preventivamente interrotta, con la precauzione però di avere già un possibile "ricambio" pronto (Biller, 1974).

La necessità di esercitare un autocontrollo interno sulle proprie emozioni entra in collisione con lo sviluppo di un'adeguata conoscenza di sé che rimane pertanto molto limitata e inefficace (Liotti, 1986) con difficoltà introspettiva, di riconoscimento e di collegamento tra emozioni, pensieri ed eventi, con un'iperattenzione selettiva alle sensazioni fisiche (Goldstein, Chambless, 1978).

Inoltre, il problema dell'esercizio del controllo sull'ambiente esterno conduce a prestare una cura particolare alla propria immagine esteriore e a preoccupazioni eccessive su possibili o presunte inadeguatezze fisiche.

b) ASPETTI DELL'IDENTITÀ PERSONALE

Schemi cognitivo - emotivi prevalenti.

Gli schemi cognitivo - emotivi prevalenti risultano potenzialmente positivi, improntati a protezione e amabilità personale ma in subordine alla presenza di persone sicure e fidate. L'altra componente dell'immagine di sé è costituita da una sensazione di debolezza fisica o mentale (ansia, paura della separazione, attribuzioni di malattia).

Sono presenti frequenti fantasie di libertà, prevalentemente in situazioni avvertite come costringenti, mentre in fase di scompensazione (produzione

sintomatologica fobica) si verificano immagini molto vivide di pericoli e catastrofi specie di tipo fisico. (Sacco, Ruggieri, 1997 - 98).

Programmi comportamentali prevalenti.

Esiste una situazione conflittuale tra il desiderio di esplorare (situazioni nuove, relazioni, ecc.) e l'attenzione selettiva posta sui pericoli che si combinano con la necessità di controllare le emozioni che vengono riconosciute solo in quanto controllabili, mentre la fiducia in sé viene mantenuta attraverso la conferma delle proprie abilità a tenere vicino a sé le persone protettive e allontanare quelle ritenute costrittive e invasive.

c) RAPPORTI AFFETTIVI E SCOMPENSI

La crisi di un rapporto affettivo costituisce una delle motivazioni principali dello scompenso e quindi della produzione sintomatologica di tipo fobico (Liotti, Guidano, 1976; Milton, Hafner, 1979; Liotti, 1981).

La presenza di situazioni avvertite come problematiche all'interno del rapporto di coppia possono produrre intense perturbazioni emotive di paura dell'abbandono, di perdita del controllo nella relazione e dell'instaurarsi di nuovi limiti costrittivi alla libertà personale. A tali vissuti (costrittivi, di perdita di controllo e di essere abbandonati) corrispondono spesso ulteriori sintomi di ansia con la presenza di sintomi fisici molto marcati (per es., mancanza di respiro, oppressione toracica, ecc.), con conseguente terrore di collasso o infarto.

Da questi aspetti derivano le strategie di evitamento delle situazioni che possono rendere difficoltosi i movimenti e la libertà di tornare rapidamente "al sicuro" (difficoltà ad uscire da solo dalla propria abitazione, a guidare da solo la propria auto o a rimanere da solo a casa).

Ne consegue così la ricerca di aiuto e protezione di persone sicure e fidate (partner, genitori, amici) che possono fornire da un lato garanzie, dall'altro sviluppano sensazioni di costrizione e dipendenza dall'altro, mantenendo e rinforzando così il problema (Reda, 1986).

2. Modalità Depressiva

a) ESORDI ADOLESCENZIALI

Gli individui che nelle fasi precedenti di sviluppo hanno cominciato a strutturare la propria identità personale intorno a problematiche di perdita, di rifiuto, di attaccamento invertito, di autonomia forzata o costante distacco affettivo (Bowlby, 1980; Shaw, 1979; Seligman, 1975; Parker, 1983) nella fase adolescenziale, anziché ricercare attivamente la compagnia dei propri simili, tenderanno a ritirarsi e a chiudersi nella propria solitudine. Il problema fondamentale di un percorso adolescenziale depressivo è quello di trovare un equilibrio tra due percezioni tra loro contrastanti: la comparsa di nuovi vissuti emotivi e di abilità logico – formali, con la conseguente sensazione di poter affrontare attivamente la propria realtà; la sensazione di isolamento e di non – controllabilità delle proprie esperienze interpersonali che finisce per far prevalere una tendenza alla passività e alla disperazione (Guidano, 1988).

b) ASPETTI DELL'IDENTITÀ PERSONALE

Schemi cognitivo – emotivi prevalenti

Lo stile attributivo precocemente appreso consiste nella tendenza ad attribuire a sé le cause dei fallimenti, lo schema cognitivo – emotivo di scarsa amabilità e inadeguatezza personale regola la modalità di rappresentazione prevalente del dialogo interno più presente rispetto alla modalità immaginativa (Sacco, 1998). Tali dialoghi interni sono spesso improntati ad autorimproveri e accuse.

Fra gli schemi personali più presenti troviamo la cosiddetta “triade cognitiva negativa” (Beck, 1976): I) atteggiamento negativo verso di sé; II) atteggiamento negativo verso gli altri; III) atteggiamento negativo verso il proprio futuro.

Programmi comportamentali prevalenti

L'unico modo trovato dall'adolescente depresso per rendere in qualche modo più controllabile la percepita incontrollabilità del flusso esperienziale è

quello di attribuire a sé, a un tratto personale negativo e stabile, le cause di essa. In tal senso, sarà possibile che la tendenza alla passività e impotenza derivante dalla percezione della propria solitudine e isolamento divenga più "controllabile" tramite programmi comportamentali imperniati al duro impegno e all'attivismo di lotta contro la propria negatività percepita ("il minimo risultato col massimo sforzo"), in un tentativo continuo di superarla o almeno ridurla (Guidano, 1988).

È da notare il contrasto evidente dei programmi comportamentali prima e dopo lo scompensamento, che vanno dall'attivismo impegnato pre-sintomatologia alla piatta e cupa rassegnazione della chiusura e dell'inazione tipici dell'umore depresso.

c) RAPPORTI AFFETTIVI E SCOMPENSI

La valutazione di sé come persona negativa e scarsamente amabile, la fiducia compulsiva in sé (che rende altresì estremamente pesante l'eventuale recupero dopo una perdita), una costante immagine di sé come perdente costituiscono la base per un'aspettativa di esclusione e fallimento nelle relazioni affettive e anche se qualora ciò non si verificasse gli obiettivi eventualmente raggiunti assumono per lui uno scarso valore, in considerazione del fatto che sono stati raggiunti persino da lui.

Le situazioni che più frequentemente provocano scompensamento (cioè la produzione sintomatologica) in un soggetto predisposto alla depressione sono tutte quelle implicanti il concetto di perdita come un oggetto, un posto di lavoro, un rapporto affettivo, ecc. (Beck, 1976).

È ovvio che tali situazioni provocano tristezza in tutte le persone. Ma nel depresso ciò assume dimensioni più drastiche e radicali. Una delle modalità di reazione può essere quella di isolarsi o di occuparsi degli altri, non concedendosi così l'opportunità di elaborare la perdita (Parkes, 1972). In tal modo, di fronte a un evento di perdita, si ottiene una condizione opposta a quella necessaria per superarli: invece di avere confermata la possibilità di aiuto in caso di necessità, si finisce per confermarsi la propria aspettativa di solitudine.

4. Modalità Disturbi Alimentari Psicogeni

a) ESORDI ADOLESCENZIALI

Fra le due principali invarianti di sviluppo di questa modalità che combinandosi tra di loro conducono a una specifica esperienza discrepante nello sviluppo dell'identità personale troviamo: I) un rapporto invischiante con una figura di accudimento (Minuchin et al.,1978; Selvini Palazzoli,1978) procurato da relazioni ambigue e indefinite (v. ad es., concetto di "doppio legame", Bateson et al.,1972; Bateson, 1976); II) un vissuto di forte delusione sperimentato nelle fanciullezza o nell'adolescenza nei confronti di questa stessa figura (Bruch, 1978; Guidano, Liotti, 1983;).

b) ASPETTI DELL'IDENTITÀ PERSONALE

Schemi cognitivo – emotivi prevalenti

Tali schemi sono estremamente confusi, indefiniti e oscillanti tra il valore assoluto e l'autocritica più spietata, con un'autostima e una *self – efficacy* assai confuse. Da qui ne derivano un'estrema vulnerabilità alle critiche e al giudizio negativo degli altri, con grossi timori di disconferme specie in ambito affettivo e una esagerata sensibilità all'approvazione.

Il modo esterno è percepito come la fonte del possibile riconoscimento ma anche della temutissima critica e disconferma. Da qui ne deriva una tendenza all'evitamento del contatto con esso, rifugiandosi, a volte, nelle "fantasie romantiche" e in programmi esaltanti con scarse o nulle probabilità di realizzazione.

I rapporti con le figure significative sono improntati ad un'aspettativa di delusione (essere delusi o essere deludenti) che contribuisce a mantenere un clima emotivo e interpersonale di indefinitezza e incertezza.

Programmi comportamentali prevalenti

La strategia comportamentale prevalente è basata all'evitamento del coinvolgimento senza avere la massima sicurezza di amore e fedeltà. In tal senso, si sottopone il partner a una serie di "prove" nelle quali si chiedono

con insistenza rassicurazioni, comprensione, fiducia e sincerità che hanno spesso come conseguenza proprio il realizzarsi di ciò che viene paventato, cioè l'abbandono da parte del partner così fortemente pressato; o, in alternativa, in seguito all'ansia nella relazione, si manifestano comportamenti "goffi" e autodistruttivi che confermano la propria inadeguatezza.

Visto che il rapporto sessuale costituisce un grosso rischio di coinvolgimento da evitare spesso viene selezionato con persone di cui non ci si sente coinvolti o si prende l'iniziativa passando da un partner all'altro "come bere un bicchiere d'acqua" proprio per evitare il coinvolgimento emotivo.

Un altro aspetto dei programmi comportamentali messi in atto riguarda la motivazione al controllo sul partner che non è di tipo fisico come quello della modalità fobica, bensì di tipo mentale – emotivo. In tal senso verranno messe in atto strategie comportamentali volte alla verifica pressante di quello che il partner pensa e prova nei propri confronti in quanto il suo giudizio è di fondamentale importanza per la definizione della propria identità personale.

Sempre in rapporto alla definizione dell'identità personale spesso questi soggetti tendono a selezionare partner in vista e famosi o in posizione socialmente elevata per poter avere la possibilità di "brillare di luce riflessa" in mancanza di "luce propria".

c) RAPPORTI AFFETTIVI E SCOMPENSI

Per gli individui che hanno sviluppato questo tipo di schemi i rapporti affettivi costituiscono al contempo fonte assoluta di vita e di riconoscimento personale ma anche di sofferenza e delusione. Le modalità ambigue con cui si sono vissuti i sentimenti nell'ambiente familiare, la scarsa espressione esplicita delle emozioni e l'alternanza dei momenti di vicinanza con quelli di incomprensione hanno favorito la produzione di modalità distorte di gestione dei rapporti affettivi, caratterizzati dal contrasto tra la ricerca dell'amore ideale e l'aspettativa di delusione. La frequente presenza di un

rapporto contrastato e deludente con la figura paterna ha favorito l'instaurarsi di un'autostima incerta e insicura nei figli maschi e degli schemi di amabilità personale confusi e indefiniti, insieme a sfiducia nei rapporti affettivi nelle femmine.

Le difficoltà ad esporsi emotivamente insieme alle sovradimensionate aspettative di riconoscimento personale e la accresciuta confusione nei momenti di distacco impediscono la costruzione di spiegazioni alle turbolenze emotive che contraddistinguono i rapporti affettivi e di acquisire nuove informazioni su di sé, sui propri atteggiamenti e di quelli dell'altro sesso.

Quando si riesce a instaurare un rapporto affettivo al momento dell'eventuale conclusione vera o presunta si acutizza l'insicurezza, il malessere e l'auto sfiducia, confermando la confusione e l'indefinitezza della propria identità personale, oscillando tra pensieri di autosvalutazione e di incomprendimento dell'altro sesso. Ed è proprio in tali frangenti che diventa elevata la probabilità di insorgenza sintomatica, rifugiandosi o nelle abbuffate bulimiche o nel controllo anoressico totale sul cibo.

5. Modalità Ossessiva

a) ESORDI ADOLESCENZIALI

Alcune caratteristiche ricorrenti dell'ambiente familiare favorente all'apprendimento degli schemi specifici vengono così descritte (Adams, 1973):

- genitori poco attivi a livello motorio ma iperattivi nella comunicazione verbale;
- forte accento sulle regole formali;
- relazioni sociali limitate;
- enfasi posta sulla pulizia materiale/morale;
- moralismo e atteggiamenti superstiziosi;
- stimoli al sacrificio, alla penitenza e al risparmio
- limitazioni alla libera espressione di piacere
- forti vincoli alla espressione di aggressività e sessualità.

La caratteristica invariante della modalità ossessiva è costituita dall'apprendimento, nella relazione con i *caregiver*, di schemi cognitivo – emotivi relativi alla propria identità personale con valenza simultanea e contrastante (schemi a “modello doppio”). Questo tipo di modalità comincia a esplicitarsi in modo più evidente nella fase adolescenziale con la percezione di sé doppia con due possibili punti di vista opposti provocando un disagio emotivo maggiore nella già problematica adolescenza. La differenza fra i 2 sé percepiti rende molto difficile la modulazione delle emozioni disagiati.

b) ASPETTI DELL'IDENTITÀ PERSONALE

Schemi cognitivo – emotivi prevalenti

Gli schemi di base dell'identità personale ruotano intorno ai due concetti di “dubbio” e “perfezione”. La differenza tra i 2 sé presenti nel “modello doppio” rende difficile la modulazione delle emozioni disagiati. La sola risposta che si riesce a mettere in atto consiste nel tentativo di cercare di confermare la parte del sé “positiva”, “giusta” e “buona”. Questo lo conduce nell'impossibile impresa di trovare certezze in un mondo sempre più incerto e pone l'individuo con questa modalità in una situazione di disagio costante mentre la presenza del dubbio tende a divenire l'elemento presente in ogni sua attività, con la conseguenza di evitare o procrastinare ogni decisione, fino ad arrivare, in alcuni casi più estremi, alla paralisi di ogni decisione. Rispetto a sé, a limitati momenti di autostima fanno seguito l'insoddisfazione e il dubbio e questo lo porta a cercare di diventare più perfetto e quindi più ossessivo (Salzman, 1973). Inoltre, la necessità di corrispondere perfettamente a ruoli socialmente “giusti” e “precisi” a cui si deve aderire lo pone in una condizione di crescente difficoltà di individuazione e realizzazione degli stessi.

Programmi comportamentali prevalenti

Alla luce di quanto sopra accennato le strategie comportamentali saranno centrate alla ricerca continua della certezza e della perfezione con esagerati

momenti di controllo e di verifica di ogni azione che lo conducono spesso ad essere inconcludente e sempre più ansioso nelle fasi critiche.

c) RAPPORTI AFFETTIVI E SCOMPENSI

Nel contesto amoroso la presenza del dubbio e la ricerca della perfezione lo portano

a concentrarsi su situazioni "bianco o nere", "tutto o niente": o amore totale, assoluto,

oppure amore inesistente e insignificante. L'incapacità di saper cogliere le varie sfumature dell'esperienza umana lo conduce a non apprezzare buona parte della stessa, con un'ansia sempre crescente, alla ricerca della quadratura di un cerchio che non potrà mai arrivare.

Bibliografia

- Ainsworth M.D., Blehar M.C., Waters E., Walls S. (1978), *Patterns of attachment: assessed in a strange situation and at home*, Erlbaum, New York.
- Adams P.L. (1973), *Obsessive children: a sociopsychiatric study*. (tr. it.: *Le ossessioni nei bambini*, Boringhieri, Torino, 1980.
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J. (1972), *Steps to an ecology of mind*. Chandler, New York (tr. it., L. Cancrini (a cura di), *Verso una teoria della schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1977.
- Bateson G. (1976), *Foreword. A formal approach to explicit, implicit and embodied ideas and to their forms of interaction*. In C.E. Sluzki, D.C. Ransom, *Double Bind. The foundation of the communicational approach to the family*. Grune & Stratton, New York (tr. it., *Il doppio legame. La genesi dell'approccio relazionale allo studio della famiglia*. Astrolabio, Roma, 1979).
- Beck A.T. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, IUP, New York (tr. it., *Principi di terapia cognitiva*, Astroabio, Roma, 1984).
- Biller H.B. (1974), *Paternal deprivation*, Lexington Books, Lexington (Mass.).

- Borgo S. (1998), *La supervisione di casi clinici*, McGraw – Hill, Milano.
- Bowlby J. (1969), *Attachment*, Hogarth, London (tr. it., *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino, 1972).
- Bowlby J. (1973), *Separation: anxiety and anger*. Hogarth, London (tr. it., *La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino, 1975).
- Bowlby J. (1980), *Loss, sadness and depression*, Hogarth, London (tr. It., *La perdita della madre* Boringhieri, Torino, 1983).
- Bruch H. (1978), *The golden cage*, Harvard University Press, Cambridge, (Mass.) (tr.it., *La gabbia d'oro*, Feltrinelli, Milano, 1981).
- Goldstein A.J., Chambless D.L. (1978), *A reanalysis of agoraphobia*, Behavior Therapy, 9, pp. 47-59.
- Goldwurm G.F. (1998), *La psicoterapia comportamentale e cognitivo – comportamentale*, in L. Cionini (a cura di), *Psicoterapie*, Carocci, Roma.
- Guidano V. (1988), *La complessità del sé*, Boringhieri, Torino.
- Guidano V., Liotti G., (1979), *Elementi di psicoterapia comportamentale*, Bulzoni, Roma.
- Guidano V., Liotti G. (1983), *Cognitive processes and emotional disorders*, Guilford, New York.
- Liotti G., Guidano V. (1976), *Behavioral analysis of marital interaction in agoraphobic male patients*. Behavior Research and Therapy, 14, 161 – 162.
- Liotti G. (1981), *Un modello cognitivo - comportamentale dell'agorafobia*, in V. Guidano, M. Reda, *Cognitivismo e psicoterapia*, Angeli, Milano.
- Liotti G. (1986), *Structural cognitive therapy*, in W. Dryden, W. Golden, *Cognitive – Behavioral approach to psychotherapy*, Harper & Row, London.
- Milton F., Hafner J. (1979), *The outcome of behavior therapy for agoraphobia in Relation to marital adjustment*, Archives of General Psychiatry, 36, pp. 807-11.
- Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. (1978), *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*, Harvard University Press, Cambridge, (Mass.).
- Parker G. (1983), *Parental affectionless control as an antecedent to adult depression*, Archives of General Psychiatry, 40, pp. 956-60.

- Parkes J. (1972), *Bereavement: studies of grief in adult life*, Tavistock, London
(tr. It., *Il lutto*, Feltrinelli, Milano, 1979).
- Reda M. (1986), *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Reda M. (1996), *Le basi emotive dello sviluppo cognitivo: considerazioni per la Psicoterapia*. In D'Errico, E. Menoni, G. Sacco (a cura di), *Conoscenza ed Etologia*. Seminari, Melusina, Roma.
- Sacco G., Ruggieri V. (1997 - 98), *Mental imagery and symptoms patterns*. *Imagination, Cognition and Personality*, 17: 4, pp. 313 - 321.
- Sacco G. (1998), *L'uso delle immagini mentali in psicoterapia cognitivo - comportamentale*, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 4: 3, pp. 251 - 262.
- Salzman L. (1973), *The obsessive personality*, Aronson, New York.
- Sanavio E. (1991), *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Seligman M.E.P. (1975), *Helplessness*, Freeman, S. Francisco.
- Selvini Palazzoli M. (1978), *Self - starvation: from individual to family therapy in the Treatment of anorexia nervosa*, II ed., Aronson, New York.
- Shaw B.F. (1979), *The theoretical and experimental foundation of a cognitive model of depression*, in P. Pliner, K.R. Blanckstein, I.M. Spigel, (a cura di), *Perception of emotion in self and others*, Plenum, New York.
- Sperling M.B., Berman W.H. (1991), *An attachment classification of desperate love*, *Journal of Personality Assessment*, 56(1), 45 - 55.