

LA VERGOGNA IN PSICOPATOLOGIA

Alessandra Del Rosso[°]§, Serena Beber[°], Fabiola Bianco[°], Donatella Di Gregorio[°],
Mariella Di Paolo[°], Annamaria Libera Lauriola[°], Marta Morbidelli[°], Cristina Salvatori[°],
Lorenza Silvestri[°], Barbara Basile^{°*}

[°] Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

§ Villa Letizia, Comunità Terapeutico Riabilitativa, Roma

* Fondazione Santa Lucia, Laboratorio di Neuroimmagini, Roma

Corrispondenza

E-mail: alessandra.delrosso@libero.it

Riassunto

La vergogna è un'emozione negativa complessa, socialmente indotta e contraddistinta da comportamenti, pensieri e un alone emotivo specifico. L'emozione di vergogna indica la condivisione di alcune norme sociali e ha lo scopo di tutelare la buona immagine e l'autostima dell'individuo. Secondo alcuni autori essa ha una funzione adattiva che permette all'individuo di preservare la sua appartenenza al gruppo, in modo da mantenerne l'organizzazione gerarchica, e garantirsi, così, la sopravvivenza.

Intensità e frequenza elevate dell'emozione di vergogna rappresentano fattori di esordio e mantenimento di diverse patologie psicologiche, tra cui i disordini del comportamento alimentare, il disturbo borderline di personalità, il disturbo post-traumatico da stress e, non da ultimo, la fobia sociale. Tuttavia, sebbene il ruolo di questa emozione nella regolazione delle condotte sociali sia ampiamente riconosciuto, le sue dinamiche nello sviluppo e nel mantenimento delle diverse manifestazioni psicopatologiche rimane ancora poco chiaro. All'interno di questo articolo vengono riportati ed esaminati i risultati delle ricerche che, ad oggi, hanno studiato il ruolo della vergogna nell'esordio e nel mantenimento di diversi disturbi psicologici, evidenziando il ruolo delle esperienze precoci e delle credenze patogene che contribuiscono allo sviluppo di vissuti patologici di questa emozione. Infine, vengono riportati diversi modelli clinici che, negli ultimi anni, si sono focalizzati sulla messa a punto di interventi psicoterapeutici specifici sulla vergogna.

Parole chiave: vergogna, psicopatologia, disturbi emotivi, disturbi del comportamento alimentare, anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbi di personalità e specifiche circa ciascuno di essi, depressione, disturbo post-traumatico da stress, fobia sociale, abuso di sostanze, suicidio e dipendenza, metaverdonna

SHAME IN PSYCHOPATHOLOGY

Abstract

Shame is a complex, socially driven, negative emotion, being characterized by specific thoughts and behaviors, and characterized by a precise emotional halo. This emotion regulates the sharing of social norms and its main goal is to protect individual's good-image and self-esteem. Shame has an adaptive function, as

it guarantees affiliation to the group, maintaining its' hierarchical organization, and thus allowing survival. Intense and frequent feelings of shame play a significant role in the onset and maintenance of psychological manifestations, such as eating disorders, borderline personality disorder, post-traumatic stress disorder and, last but not least, social phobia. Although the role this emotion in regulating social relations is widely recognized, little is known about its specific role in different emotional disorders.

The aim of this manuscript was to review previous findings investigating the role of shame in the onset and maintenance of specific psychological disorders, highlighting the role of early maladaptive experience and negative beliefs in the development of pathological shame feelings. In the last section of this article we reviewed the most recent clinical models that have focused on specific shame related psychotherapeutic interventions.

Key words: shame, psychopathology, emotional disorders, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, personality disorders (and specific personality disorders), depression, post-traumatic stress disorder, social phobia, substance abuse, suicide and dependence, meta-shame

Introduzione

1.1 Definizione di vergogna

La vergogna è un'emozione sociale, secondaria, a valenza negativa, la cui manifestazione estrema può avere un impatto significativo sul benessere della persona. Essa costituisce un'emozione fondamentale nel confronto interpersonale ed è associata al timore di evocare o suscitare valutazioni negative negli altri, solitamente ritenuti superiori. La vergogna rappresenta una componente psicologica della percezione di sé come appartenente ad un basso rango sociale (Troop et al. 2008) e si attiva nel momento in cui gli individui giudicano se stessi come imperfetti, brutti o inferiori, favorendo una bassa autostima e un senso di inferiorità ed impotenza (Doran e Lewis 2011). Castelfranchi (2005) identifica come possibile causa della vergogna il timore (o il dispiacere) che vengano compromessi gli scopi della buona immagine o dell'autostima, per cui lo scopo della vergogna è di proteggere l'immagine del sé che si vorrebbe mostrare agli altri (Carni et al. 2013) e, di conseguenza, essa può emergere quando si crea un conflitto tra l'immagine di sé ideale e quella reale (Carni et al. 2013; Gilbert e Andrews 1998).

Gli ingredienti che costituiscono la vergogna includono componenti fisiche e fisiologiche correlate alla sua espressione, ai pensieri e alle cognizioni ad essa associate e alle reazioni comportamentali che ne derivano (Potter-Efron e Potter-Efron 1998; Rossi et al. 2011). Possibili componenti fisiche, legate al suo esordio improvviso, includono il rossore, la tachicardia, l'abbassare lo sguardo o la sensazione di caldo/freddo intensi. Queste sensazioni sono accompagnate dalla percezione di "rimpicciolire" e diventare "trasparenti", come se gli altri potessero leggerci dentro. Pensieri associati alla vergogna includono valutazioni come "*sono imperfetto, sbagliato, brutto, incompetente, rifiutato, debole*". Infine, le risposte comportamentali possono includere la fuga, l'evitamento, la paralisi (si vorrebbe scappare, rispondere all'interlocutore o altro, ma non si riesce a far nulla), il calo di energia e un generico ripiegamento su se stessi, con lo scopo di nascondere il vero "io", mostrandosi compiacenti, sorridenti e a proprio agio. In caso di comportamenti di compensazione, la vergogna, restando celata, può evocare reazioni di biasimo e critica verso gli altri (proiezione), di perfezionismo (derivante dalla credenza che solo se si è perfetti non si avrà più nulla di cui vergognarsi) o di rabbia e attacco (solitamente a scopo difensivo, Potter-Efron e Potter-Efron 1998; Rossi et al. 2011).

In termini evolucionistici, la vergogna assume un ruolo chiave all'interno dei contesti di interazione sociale. La teoria dei ranghi (Price e Sloman 1987; Gilbert 1992) suggerisce che la vergogna rappresenta una strategia difensiva di sottomissione adottata dagli individui quando si trovano ad appartenere ad un basso status sociale. Pertanto, oltre ai comportamenti aggressivi, gli atteggiamenti di sottomissione permettono di stabilire e mantenere una specifica organizzazione gerarchica (Gilbert 2000). Mostrare un atteggiamento remissivo equivale, infatti, a mandare un messaggio di non-sfida, influenzando sulle emozioni di un potenziale aggressore e bloccandone eventuali gli attacchi. Mentre per la maggior parte degli animali la minaccia sociale è rappresentata dall'aggressione fisica, per gli uomini il timore è legato alla perdita di accettazione e approvazione sociale, che può suscitare vissuti di vergogna così come veri e propri stati depressivi. La teoria dei ranghi, quindi, suggerisce che la vergogna, così come l'aggressività, è incentrata sul desiderio di guadagnare attrattività nella mente dell'altro oppure di mantenere un certo status gerarchico.

Nel più recente ambito delle scienze cognitive, Castelfranchi (2005) lega la funzione della vergogna al contesto delle gerarchie sociali, fondandola sulla condivisione di norme e valori sociali. L'autore sostiene che, affinché si provi vergogna, è necessario che il valore su cui si teme di essere valutati negativamente sia interiorizzato e condiviso. La funzione adattiva della vergogna in questo contesto si esplica, dunque, nella condivisione dei valori e nel rispetto delle norme sociali condivise, in modo da impedire l'emarginazione dell'individuo e riaffermandone il senso di appartenenza al gruppo (Budden 2009).

1.2 Sottotipi di vergogna

La vergogna è un'emozione complessa da comprendere nel suo specifico poiché può insorgere in momenti e contesti differenti, esprimersi in diverse forme e manifestarsi sotto diversi aspetti. Nel corso degli ultimi decenni vari ricercatori hanno cercato di identificare e studiare le differenti manifestazioni della vergogna. Segue un elenco delle diverse tipologie o classificazioni individuate.

Vergogna interna ed esterna

Gilbert (1997) ha effettuato una distinzione tra vergogna interna e esterna. Secondo l'autore, la prima è legata alle esperienze di autovalutazione e a un senso di sé inteso come inadeguato ed inferiore. Nella vergogna esterna, invece, il soggetto si focalizza sulle credenze altrui e teme che gli altri lo vedano come imperfetto, sbagliato (Goss e Allan 2009) e, quindi, soggetto a critiche e rifiuto (Kim et al. 2011). Secondo Gilbert (1998) i due tipi di vergogna non sono necessariamente associati tra di loro.

Vergogna primaria e secondaria

La vergogna viene definita "primaria" quando direttamente associata al timore di poter compromettere lo scopo della buona immagine o dell'autostima. Di contro, la vergogna secondaria deriva dal "vergognarsi dei propri processi emotivi" come, ad esempio, provare vergogna per le proprie manifestazioni di paura, di ansia o di rabbia (Greenberg et al. 2000).

Vergogna adattiva e disadattiva

La vergogna, nella sua accezione di emozione primaria, può essere adattiva e funzionale, quando è legata ad una situazione specifica e contestuale e, soprattutto, quando non è cronica.

Diventa, invece, disadattiva quando è connessa ad un'organizzazione del sé nucleare profonda, caratterizzata da una interiorizzazione del sé inteso come inaccettabile, indegno e manchevole. A questo proposito, nell'ambito della ricerca cognitiva, Castelfranchi (2005) ha mostrato come l'immagine di sé possa derivare non solo da valutazioni esplicite e accessibili alla consapevolezza, ma anche da processi impliciti, automatici e inconsapevoli, che possono, in egual misura, compromettere una adeguata organizzazione del sé.

Metavergogna

Sovrapponibile con la vergogna di tipo secondario, la *metavergogna* indica quello stato di vergogna che ha come oggetto dell'emozione la propria stessa vergogna, per cui l'individuo teme di venir giudicato negativamente dagli altri per il fatto stesso di vergognarsi (Orazi e Mancini 2011). La meta-vergogna contribuisce a rendere l'esperienza della vergogna ancora più intensa, e spesso ha un ruolo determinante nell'istaurarsi di circoli viziosi tra vergogna e metavergogna, che risultano molto difficili da spezzare una volta consolidati. Sono stati distinti due tipi di metavergogna. Nella metavergogna specifica ci si vergogna di un atto commesso specifico, mentre in quella a-specifica si esperisce uno stato di meta-vergogna generico che prescinde dal motivo preciso per il quale ci si è vergognati, ma che, invece, è legata ad una valutazione globale in cui la vergogna viene percepita come un'emozione negativa, indice di debolezza, insicurezza e dipendenza dal giudizio altrui (Orazi e Mancini 2011).

1.3 Vergogna e altre emozioni

Se da una parte le manifestazioni di vergogna si contraddistinguono chiaramente da certi stati emotivi, dall'altra possono essere confuse con altre emozioni ritenute simili. In seguito vengono elencate le emozioni o disposizioni che vengono spesso assimilate con la vergogna.

Vergogna e colpa

La vergogna e la colpa sono emozioni che spesso sono state confuse tra di loro, soprattutto nell'ambito della letteratura anglosassone. A contribuire ad una più chiara distinzione tra le due hanno giocato un ruolo chiave sia la ricerca sperimentale che quella in ambito clinico. La colpa e la vergogna, infatti, assumono un ruolo specifico nella diagnosi differenziale di diversi disturbi psicologici.

In uno dei primi tentativi di operare una distinzione tra le due emozioni, Lewis (1971) ha sottolineato che, mentre la vergogna dirige il proprio focus attentivo sul sé globale e sull'immagine di sé, il senso di colpa si focalizza sul comportamento specifico.

Coerentemente a tale teorizzazione, anche Tangney e Dearing (2002) hanno affermato che la vergogna e la colpa si differenziano in base ad un diverso orientamento: più egocentrico nella vergogna, e più centrato verso gli altri nella colpa. Le persone che provano vergogna sembrano più preoccupate della valutazione di sé da parte degli altri, in quanto queste potrebbero arrecargli una valutazione negativa di sé (*bad self*). Al contrario la colpa appare più decentrata, un comportamento negativo (*bad behaviour*) messo in atto dall'individuo, è visto come separato dal sé e quindi non comporta automaticamente una valutazione negativa anche di questo (Belelli e Gasparre 2009). Tangney e Dearing (2002) sottolineano che la vergogna evolve di più su una valutazione globalmente negativa del sé, ad esempio: “sono inferiore, inadeguato, indegno”; la colpa invece guida il soggetto verso una valutazione globalmente negativa di comportamenti

specifici, ad esempio: “ho sbagliato, ho agito senza scrupoli” senza necessariamente estendere tali implicazioni negative al sé.

La persona che sperimenta la colpa, può focalizzarsi più facilmente sulle conseguenze che le sue azioni hanno sugli altri, ciò fa sì che la colpa assuma una connotazione più morale. Tracy e Robins (2007) affermano che, sia la vergogna che la colpa, sono emozioni sperimentate quando l'azione commessa dal soggetto è rilevante ed incongruente con gli scopi identitari dello stesso, (comporta quindi una valutazione negativa), e quando la causalità dell'azione commessa è attribuita a un fattore interno piuttosto che esterno. Gli autori (Tracy e Robins 2007) sostengono che le attribuzioni stabili, globali e incontrollabili sono tipiche della vergogna; le attribuzioni instabili, più specifiche, controllabili, sono tipiche del senso di colpa.

Vergogna e colpa vengono entrambe associate alla consapevolezza di una violazione, indifferentemente che sia sociale o morale, ma non sembrano essere ugualmente adattive in riferimento alla pro socialità (Baumeister et al. 1994; Tangney et al. 1996). Tali emozioni infatti tendono a promuovere diversi tipi di azione, la vergogna, che si caratterizza dal tentativo di nascondere, negare e fuggire gli altri, promuove atteggiamenti di difesa, e distanza interpersonale. La colpa, invece, promuove comportamenti riparativi direzionati agli altri, (es. confessioni, scuse) quindi più proattivi. Quest'ultima facilita lo sviluppo di empatia e minor rischio di esternalizzazione della rabbia, pertanto costituisce una strategia adattiva nella gestione quotidiana della rabbia (Tangney et al. 2007).

Dearing e collaboratori (2005) hanno notato che da diversi studi emerge una visione secondo la quale la vergogna rappresenterebbe un'emozione meno adattiva rispetto alla colpa, poiché quest'ultima, contrariamente alla prima, motivando al cambiamento, risulta meno invasiva e disabilitante per l'individuo.

Harder e Lewis (1987), inoltre, hanno suggerito che gli individui che sperimentano vergogna sono più inclini a sviluppare disturbi affettivi, in particolare la depressione, mentre chi sperimenta maggiormente l'emozione di colpa sembrerebbe più portato a manifestare disturbi legati a distorsioni cognitive disfunzionali, legate ad esempio, al disturbo ossessivo compulsivo o a disturbi paranoici.

Vergogna e timidezza

Un'importante distinzione tra timidezza e vergogna è stata delineata da Castelfranchi (2005), il quale identifica nella timidezza un tratto di personalità che rappresenta una tendenza duratura a prevenire l'emozione di vergogna. Il timido teme, e quindi tende a sottrarsi, all'interazione con gli altri per evitare situazioni di valutazione e di possibile vergogna. In ambito clinico, Silvestrini e Pancheri (2000) hanno elaborato una concettualizzazione dei disturbi d'ansia sociale che si sposta lungo un continuum, dove a un estremo si colloca la timidezza, intesa come tratto di personalità (con un livello minimo di ansia), seguita dalla timidezza patologica, dalla fobia sociale specifica e dalla fobia sociale generalizzata, sino ad arrivare all'estremo opposto in cui si colloca il disturbo evitante di personalità (inteso come tratto di personalità con il maggiore livello di ansia/deficit sociale).

Vergogna e imbarazzo

L'imbarazzo rappresenta uno stato emotivo che segue una mortificazione avvenuta, necessariamente, in pubblico (Miller 1995). Lo scopo di questa emozione sembra essere quello di tranquillizzare gli altri in seguito ad una trasgressione socialmente inappropriata, con la

funzione di smorzare i toni (Carni et al. 2013). Mentre la vergogna può insorgere in seguito ad un comportamento noto solo al diretto interessato, implicando aspetti maggiormente legati alla sfera della moralità, per provare imbarazzo l'esposizione a un pubblico (reale o immaginario) rappresenta una *conditio sine qua non* (Miller 2007). Infine, Tagney e collaboratori (1996) hanno rilevato che l'imbarazzo origina soprattutto in seguito a situazioni sociali imprevedibili e inaspettate, dove, il senso di responsabilità percepito è più basso.

Vergogna e pudore

Il pudore può essere definito come la tendenza di un soggetto a non voler dare informazioni sulla propria sfera intima, ciò nella maggior parte dei casi avviene perché si vuole evitare di essere soggetti a qualsivoglia valutazione. Così come per la timidezza, nel pudore lo scopo è di evitare l'esposizione alla valutazione negativa.

Vergogna e umiliazione

È utile separare la vergogna dall'umiliazione, sebbene queste emozioni tendono a presentarsi insieme e possono sovrapporsi. Entrambe derivano da specifici processi di attribuzione, ma, mentre nella prima il soggetto pone l'osservazione su di sé, nell'umiliazione l'attenzione viene posta sul danno recato dagli altri, dei quali si temono le possibili reazioni di rabbia o i comportamenti di vendetta. Nell'umiliazione si assiste a una violazione nella relazione, che porta l'individuo a sperimentare la sensazione di essere svalutato e degradato (Hartling et al. 2000).

Uno studio condotto da Leidner et al. (2012) ha analizzato le esperienze di umiliazione, rabbia e vergogna in un contesto intergrupale con l'obiettivo di valutare se questi stati emozionali sono associati alle sensazioni di offesa (rabbia provocata dalla percezione di una violazione di uno standard personale o universale), colpa (sensazione di essere responsabili di un evento) e impotenza (mancanza delle abilità necessarie per fronteggiare un problema).

Gli autori hanno condotto lo studio su un campione di 213 soggetti di età compresa tra i 19 e i 63 anni, appartenenti a differenti etnie e minoranze sociali. Essi sono stati assegnati, in modo random, ad una delle tre condizioni precedentemente menzionate: rabbia, vergogna e umiliazione. Ai partecipanti è stato chiesto di ricordare e descrivere una situazione emblematica all'interno della quale si sono sentiti umiliati o arrabbiati, o si sono vergognati per qualcosa. Successivamente è stato chiesto loro di descrivere le sensazioni ed emozioni sperimentate, scegliendo tra alcune parole che consentivano agli autori di cogliere le sensazioni di colpa, offesa e impotenza.

I risultati hanno messo in evidenza una chiara sovrapposizione tra umiliazione, vergogna e rabbia; tuttavia, si tratta di emozioni differenti tra loro. L'umiliazione è risultata associata a bassi livelli di colpa, alti livelli di offesa (come nel caso della rabbia, ma differentemente dalla vergogna), e alti livelli di impotenza (come accade per la vergogna, ma non per la rabbia). Pertanto, in caso di umiliazione, non ci si sente in colpa per l'evento in sé, ma ci si sente offesi, inferiori e impotenti rispetto agli altri. E' emerso inoltre che l'umiliazione è spesso causa di inerzia, essa dunque non genera né comportamenti antisociali come la violenza, né prosociali come la riconciliazione.

Vergogna e orgoglio

Infine, l'orgoglio rappresenta un'emozione opposta alla vergogna. Come in quest'ultima,

l'orgoglio spinge ad effettuare paragoni sociali, ma, questa volta, in termini competitivi e sfidanti (Goss e Allan 2009). Castelfranchi (2005) ha distinto l'orgoglio di tipo interno, relativo al senso di competenza che un individuo prova verso le proprie abilità, da quello esterno, rivolto verso gli altri e fortemente orientato verso il successo sociale, l'approvazione e l'ammirazione da parte degli altri (anche in termini competitivi o provocatori).

2. La vergogna in psicopatologia

Una discreta mole di studi ha indagato il ruolo della vergogna nel funzionamento umano ed il suo impatto sull'insorgenza e sul mantenimento di problematiche individuali e interpersonali, nonché sullo sviluppo di diversi disturbi psicologici (Birchneil 2000; Gilbert e Andrews 1998; Harder 1995). In questo paragrafo vengono riportati i lavori presenti ad oggi in letteratura che hanno approfondito il ruolo della vergogna nello sviluppo e nel mantenimento di diverse manifestazioni psicopatologiche, evidenziando il ruolo specifico di questa emozione in ciascuna di esse. Nella tabella 1, inoltre, viene fornita una rappresentazione schematica delle ricerche che hanno indagato il costrutto della vergogna in campioni di individui sani e in popolazioni affette da psicopatologia.

2.1 Metodo

Per identificare gli studi che hanno indagato la vergogna sono stati utilizzati i due database maggiormente impiegati nell'ambito della ricerca scientifica in psicologia: *PubMed* e *PsycInfo*. Le parole chiave utilizzate nella ricerca sono state "vergogna" associata a ciascuno dei seguenti termini: psicopatologia, disturbi emotivi, disturbi del comportamento alimentare, anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbi di personalità e specifiche circa ciascuno di essi, depressione, disturbo post-traumatico da stress, fobia sociale, abuso di sostanze, suicidio e dipendenza.

Abbiamo escluso dalla rassegna gli studi in cui: 1) la diagnosi di psicopatologia non era basata sui criteri del Manuale Diagnostico dei Disturbi Psichiatrici (DSM); 2) gli studi epidemiologici; e 3) gli studi sul caso singolo. Sono, invece, stati inclusi tutti gli studi pubblicati tra il 1992 e il 2013, scritti in lingua inglese o italiana. Infine, tramite un'apposita ricerca bibliografica (effettuata su internet o tramite biblioteche presenti sul territorio) sono stati individuati e selezionati diversi testi, in lingua italiana o inglese, che si sono occupati di vergogna.

2.2 Disturbi del comportamento alimentare e vergogna

Numerosi studi hanno indicato che la vergogna gioca un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA). Così Keith et al. nel 2009 affermano che nelle donne con DCA si registrano livelli di vergogna più ampi rispetto alla semplice preoccupazione relativa ai comportamenti alimentari.

Molti sintomi legati all'anoressia (AN) e alla bulimia nervosa (BN) sono anticipati da alti livelli di vergogna, così come diversi tipi di vergogna possono contribuire a differenti sintomi di DCA. A tal riguardo Troop & Redshaw (2012), in seguito ad una ricerca condotta su pazienti con DCA, hanno affermato che la vergogna di tipo corporeo aumenta i sintomi dell'anoressia, ma non quelli della bulimia. Secondo Goss e Allan (2009), la vergogna esterna, centrata sulle credenze degli altri, risulta essere principalmente associata ai sintomi dell'AN, mentre la vergogna interna,

legata all'autovalutazione, a quelli della BN. È possibile, infatti, che i due tipi di vergogna (i.e., interna ed esterna), intesi in termini disposizionali, costituiscano un indice di vulnerabilità nello sviluppo di un DCA specifico. Inoltre, la gravità dei sintomi sembra essere positivamente associata all'intensità dell'emozione di vergogna, soprattutto quando si sperimenta in contesti in cui sono presenti temi legati all'alimentazione e all'aspetto fisico.

Coerentemente con l'immagine corporea ideale promossa dai mass-media, la presenza di emozioni di vergogna per il proprio aspetto fisico sembrerebbe facilitare lo sviluppo dei DCA (Burney e Harvey 2000).

Goss et al. (1994) hanno proposto un modello basato sul ruolo funzionale delle credenze e delle convinzioni tipiche nei DCA nello spiegare le intense emozioni di vergogna. Gli autori hanno identificato alcuni fattori che possono predisporre lo sviluppo di un DCA, tra cui una predisposizione genetica, determinate caratteristiche di personalità, aver vissuto esperienze di rifiuto o abuso e fattori culturali specifici. Tali agenti sembrano accentuare la sensibilità individuale, contribuendo allo sviluppo di una vergogna di tipo interno, associata ad una percezione di sé e della propria identità come inadeguate e inferiori. Gli autori, inoltre, hanno osservato che alcune donne con DCA possono utilizzare l'orgoglio come strategia per controllare il peso e l'alimentazione, e, in caso di fallimento, provare una vergogna intensa, instaurando dei cicli orgoglio-vergogna che concorrono al mantenimento del disturbo. Dai risultati di un altro studio (Skarderud 2007), infatti, è emerso che la comprensione del ruolo della vergogna e dell'orgoglio nei DCA può aiutare a chiarire alcuni aspetti, specifici soprattutto dell'AN. Per molte pazienti la restrizione alimentare, il controllo dell'appetito, le modificazioni corporee e la resistenza all'influenza/controllo da parte degli altri sulla propria alimentazione rappresentano di fatti motivo di orgoglio, mentre le abbuffate e la sensazione di perdita o mancanza di controllo sul cibo stimolano emozioni di vergogna e sensazioni di fallimento.

Elsworthy (2006) ha affermato che la vergogna può essere sia un fattore di esordio che un fattore di mantenimento dei DCA. Hayaki e collaboratori (2002) hanno mostrato come le emozioni negative giochino un ruolo importante nello scatenare la sintomatologia, e, tra le emozioni negative, in particolare la vergogna sembra essere legata soprattutto ai sintomi della BN, dove le abbuffate rappresentano delle strategie di *coping* per fronteggiare gli stati d'animo negativi. In questi casi, secondo gli autori, la vergogna fungerebbe sia da *trigger* che da predittore dell'abbuffata.

Alcuni studi (Troop et al. 2008; Doran e Lewis 2011) che hanno indagato il costrutto della vergogna in soggetti con DCA in corso o in fase di remissione, hanno mostrato che, rispetto a pazienti con il DCA attivo, le donne in fase di guarigione riportano livelli di vergogna meno intensi. Sorprendentemente, tuttavia, i livelli di vergogna e il senso di inferiorità venivano percepiti come più intensi ed invalidanti nelle donne in fase di remissione, rispetto alle donne con un DCA attivo.

Infine, uno studio (Jambekar et al. 2003) che ha esaminato la relazione tra vergogna e caratteristiche comportamentali e attitudinali in pazienti con diagnosi di Disturbo da Alimentazione Incontrollata (*Binge Eating Disorder*, BED), considerando il ruolo del genere, ha rilevato che uomini e donne sperimentano livelli di vergogna simili. Inoltre, per entrambi i gruppi, la vergogna non è correlata con il grado di sovrappeso o con la frequenza delle abbuffate. Tuttavia, le femmine riferiscono una maggiore insoddisfazione per la propria immagine corporea e risultano più preoccupate per il proprio peso, rispetto ai maschi.

2.3 Depressione e vergogna

La vergogna riveste un ruolo significativo nell'esordio e nel mantenimento della depressione, contribuendo allo sviluppo di circoli viziosi che rafforzano i vissuti depressivi (Andrews 1995; Andrews e Hunter 1997; Andrews et al. 2002). Allan e Gilbert (1997) hanno mostrato che la vergogna, evocando un senso di fallimento e impotenza, rappresenta una componente centrale della depressione. In uno studio, Andrew e collaboratori (2002) hanno evidenziato un'associazione predittiva tra vergogna e depressione, ovvero l'intensità dei vissuti basati sulla vergogna sembrano predire il manifestarsi di un disturbo dell'umore. Analogamente, Thompson e Berenbaum (2006) hanno osservato che pazienti con fase depressiva attiva, così come individui con una storia passata di disturbi depressivi, riportano livelli di vergogna più elevati, rispetto a individui di controllo, che non hanno alle spalle sintomi psicopatologici. In un altro studio (Cheung et al. 2004) si è riscontrato che la vergogna è significativamente correlata con la depressione e che, in particolare, questa associazione è mediata dalla tendenza alla ruminazione e al rimuginio. In una ricerca longitudinale su un campione di 101 donne seguite per otto anni, Andrews (1995) ha osservato che l'aver subito un abuso, sia in età infantile che adulta, è correlato all'insorgenza di episodi depressivi cronici o ricorrenti e che questa associazione è mediata dalla presenza di vissuti di vergogna di tipo corporeo.

Dall'analisi di queste ricerche sembra che vi siano due fattori centrali che giocano un ruolo nella relazione tra vergogna e depressione, da una parte il maltrattamento infantile (Bennett et al. 2010) e, dall'altra, la presenza di episodi traumatici incentrati sui vissuti di vergogna (Matos et al. 2011). Questi due aspetti sembrano rappresentare dei fattori di vulnerabilità per lo sviluppo di un disturbo emotivo ed in particolare della depressione. Hook e Andrews (2005), infine, hanno osservato che, all'interno del contesto terapeutico, i pazienti depressi hanno la tendenza a non svelare i propri vissuti o le proprie esperienze legate all'emozione di vergogna, e, secondo gli autori, tale tendenza può interferire con l'efficacia del trattamento nella risoluzione della sintomatologia depressiva.

2.4 Fobia sociale e vergogna

Nella fobia sociale (FS) l'intensa sensibilità alla vergogna sembrerebbe contribuire, in senso negativo, alla costruzione del sé sociale dell'individuo. Il paziente con FS è animato da un grande desiderio di dare una buona impressione di sé agli altri, unitamente all'insicurezza e all'incertezza sulla sua riuscita. La paura del giudizio dell'altro diviene centrale nello sviluppo e nel mantenimento dell'ansia sociale. Inoltre, nella FS, risulta di fondamentale importanza la presenza della metaverghogna che spinge il soggetto a credere che vergognandosi non farà altro che confermare agli altri il proprio senso di inferiorità. Gli effetti della metaverghogna, infatti, giocano un ruolo importante nell'incrementare la frequenza e l'intensità della vergogna primaria, innescando un circolo vizioso tra vergogna e metaverghogna che, nel lungo termine, porta il paziente a confermare la propria idea di inadeguatezza ed inferiorità rispetto agli altri. Diversi autori cognitivisti (Clark e Wells 1995; Rapee e Heimberg 1997) hanno suggerito che i pazienti con FS sono principalmente sensibili alla vergogna di tipo esterno, poiché particolarmente preoccupati del giudizio e del rifiuto da parte degli altri, mentre sembrano meno inclini a provare una vergogna di tipo interno, che, invece, sembra caratterizzare soprattutto i pazienti depressi, che possiedono una percezione stabile e profonda di sé caratterizzata da un senso di inferiorità.

Nella FS, la vergogna è vissuta come un senso di inadeguatezza, caratterizzata da una bassa

autostima e dalla sensazione di essere oggetto di rifiuto da parte di altri (Anolli 2000). Individui con una bassa autostima sono più compromessi nell'auto-valutazione e avere una buona immagine sociale assume maggiore rilevanza poiché permette di confermare il proprio sé (Castelfranchi 2005). Se una persona con alta autostima, partendo da una valutazione di sé sufficientemente positiva, può tollerare abbastanza facilmente delle valutazioni negative, di contro, una persona con bassa autostima, ha maggiore necessità di ottenere feedback positivi da parte degli altri (per confermare un'immagine di sé positiva), seppure rimanga nella convinzione di non meritarsi.

La maggior parte delle ricerche che ha studiato il ruolo della vergogna nell'ambito dell'ansia sociale si è focalizzata sulle caratteristiche transculturali, probabilmente perché la vergogna è strettamente associata al contesto culturale di appartenenza (Okano 1994). In un paio di ricerche (Fergus et al. 2010; Gilbert 2000a) che hanno coinvolto pazienti con diagnosi di FS, è stata individuata una relazione significativa in particolare tra intensità della vergogna interna e gravità dei sintomi nell'ansia sociale (e ansia generalizzata). In uno studio recentissimo, Hedman e collaboratori (2013) hanno indagato la relazione tra vergogna interna, colpa e sintomatologia ansiosa e depressiva in pazienti con FS e in due gruppi di soggetti sani. I pazienti con ansia sociale hanno riportato un'associazione significativa tra gravità sintomatologica e intensità dei livelli di vergogna (misurati con il TOSCA), anche se, tuttavia, quest'ultima non è risultata essere superiore rispetto ai punteggi riportati dal primo gruppo di controllo. Nel confronto con il secondo gruppo, rappresentato da soggetti con caratteristiche demografiche più simili al campione clinico esaminato, invece, è stata osservata una differenza significativa, a svantaggio dei pazienti. Nessuna correlazione è stata osservata tra vergogna e senso di colpa nel campione clinico, mentre entrambi i gruppi di controllo hanno riportato livelli di colpa maggiori rispetto a quelli rilevati nei pazienti ansiosi. Nello stesso lavoro, gli autori hanno studiato l'efficacia di un trattamento di tipo cognitivo-comportamentale osservando una significativa riduzione dei livelli di vergogna alla fine della terapia, sia di tipo individuale che di gruppo (per un totale, rispettivamente, di 16 e 17 sessioni), rispetto al *baseline*.

2.5 Disturbo post-traumatico da stress e vergogna

Intense emozioni di vergogna sono frequenti nel disturbo post-traumatico da stress (DPTS), in particolare quando l'evento traumatico riguarda un abuso sessuale o delle aggressioni fisiche (Amstader e Vernon 2008). Moscarello (1992) ha descritto come la vergogna sia l'aspetto che maggiormente traumatizza l'identità di una donna vittima di abuso. I sintomi del DPTS spesso si sovrappongono a quelli di altre patologie ed il senso di vergogna derivante dall'esperienza traumatica può interferire con la *disclosure* del paziente in terapia. Spesso, infatti, la vergogna è secondaria ai processi di attribuzione e alle credenze di base del paziente (Lee et al. 2001); inoltre, come si evince dallo studio di Harman e Lee (2010) è emerso come la vergogna correli positivamente con l'autocritica e negativamente con l'autorassicurazione, al contempo essa sembra avere un ruolo chiave nel creare e mantenere il senso di pericolo associato al PTSD.

All'interno della ricerca effettuata da Wong e Cook (1992), è stato studiato un campione di veterani di guerra che aveva sviluppato un DPTS, con lo scopo di esaminare l'associazione tra colpa, vergogna, rabbia e gravità sintomatologica. Contrariamente alle ipotesi iniziali, l'inclinazione alla vergogna, piuttosto che alla colpa, è risultata essere maggiormente correlata con la gravità dei sintomi post-traumatici.

In un'altra ricerca (Bratton 2010), un campione di 202 soggetti è stato suddiviso in gruppi in base alla presenza, o meno, di esperienze traumatiche pregresse e, in un terzo gruppo,

con una patologia di DPTS conclamata. L'intensità dell'emozione di vergogna, ha mostrato livelli significativamente più elevati nei pazienti con DPTS conclamato, rispetto agli altri due gruppi. Gli autori hanno concluso la ricerca sostenendo che, di fronte ad un trauma, una bassa propensione a sperimentare vergogna sembrerebbe fungere da fattore protettivo nello sviluppo di sintomi DPTS. Inoltre, la vergogna sembrerebbe favorire lo sviluppo di emozioni secondarie, tra cui, soprattutto, la rabbia e, dato, inoltre, che l'intensità della rabbia risulta strettamente associata alla gravità della sintomatologia traumatica, la Bratton (2010) ha ipotizzato che la combinazione di rabbia e vergogna potrebbe predire una maggiore difficoltà nella rielaborazione del trauma.

All'interno del contesto psicoterapeutico, la vergogna, così come la rabbia rivestono un ruolo importante nella comprensione e nella cura del DPTS. Pazienti che hanno vissuto eventi traumatici spesso manifestano emozioni di rabbia intensa, dietro alla quale spesso si celano vissuti di vergogna. Per intervenire in modo efficace, la Bratton (2010) suggerisce di intervenire sulla diminuzione del livello della rabbia e quindi della vergogna e, solo in seguito, di utilizzare le tecniche di esposizione ai vissuti traumatici. Sulla stessa linea, Stone (1992) ha affermato che il primo passo nel trattamento del DPTS è identificare i vissuti di vergogna e i bias cognitivi collegati all'esperienza traumatica. Infatti, focalizzarsi sulla vergogna nelle fasi iniziali del trattamento potrebbe evitare che si inneschino cicli di mantenimento basati sui ricordi traumatici e sui vissuti emotivi di vergogna e rabbia.

2.6 Disturbi di personalità e vergogna

Considerando lo studio della vergogna all'interno della gamma dei disturbi di personalità (DDP) si osserva che questa è stata indagata quasi unicamente in relazione al disturbo borderline di personalità (DBP), e, in casi minori, nell'ambito del disturbo narcisistico di personalità (DPN).

Diversi studi, così come i criteri diagnostici all'interno del DSM-IV-TR (APA 2000), hanno mostrato come la vergogna sia un'emozione centrale negli individui con DBP, anche se spesso il ruolo di questa emozione non viene riconosciuto, o viene trascurato, a causa dei comportamenti evitanti o delle manifestazioni comportamentali dirompenti (i.e., rabbia incontrollata) di questi pazienti. Diverse ricerche (Rüsch et al. 2007a; Rizvi et al. 2010) hanno misurato il livello di vergogna in differenti popolazioni cliniche, confrontandolo con quello rilevato in pazienti con DBP.

Secondo Lansky (1989) le frequenti esperienze di abbandono e di abuso da parte dei caregiver subite dai pazienti borderline contribuirebbero a sperimentare emozioni di vergogna in età adulta. Analogamente, le precoci esperienze di invalidazione dei vissuti emotivi fondamentali sembrerebbero avere un ruolo nello sviluppo successivo di vissuti di vergogna. Dati a favore di questa ipotesi derivano dalla ricerca di Rüsch e collaboratori (2007a), la quale ha messo in evidenza come la presenza di emozioni di vergogna nel DBP possa essere associata all'aver vissuto esperienze traumatiche e di umiliazione nell'infanzia. In questo studio, inoltre, è stata rilevata una forte associazione positiva tra alcune caratteristiche tipiche del DBP (i.e., bassa autostima, bassa qualità della vita, rabbia ed ostilità) e misure di vergogna, sia esplicita che implicita. Nello stesso studio, gli autori, hanno scoperto che le donne con DBP, confrontate con gruppi di controllo non psichiatrici e con pazienti con fobia sociale, mostravano una maggiore tendenza alla vergogna (Rüsch et al. 2007a). Un altro studio (Rüsch et al. 2007b) ha osservato che le donne con DBP e PTSD non mostravano una maggiore propensione alla vergogna rispetto alle donne con DBP senza PTSD. Pertanto ci sono prove che un'accresciuta propensione alla vergogna è più specifica per il DBP che per altri disturbi e non è correlata a sintomi del trauma di per sé.

I pazienti con un DBP sono particolarmente propensi a usare l'autolesionismo come strategia di regolazione delle emozioni negative (Rosenthal et al. 2006). In una ricerca (Brown et al. 2009) gli autori hanno osservato che un numero frequente di manifestazioni di vergogna ha maggiore probabilità di essere seguito da comportamenti autolesivi, mentre queste reazioni non vengono osservate per altre emozioni negative. Infatti, proprio la vergogna, sembra essere l'unico stato d'animo negativo che non trae giovamento da questo tipo di condotte, ma che, anzi, vengono da essa favorite. A tal proposito, Kleindienst e collaboratori (2008) hanno parlato di un vero e proprio circolo vizioso, all'interno del quale la vergogna, che spinge al comportamento autolesivo, aumenta l'intensità di questa emozione favorendo il perpetuarsi dell'autolesionismo.

Alcune ricerche e diverse osservazioni cliniche hanno identificato la presenza di vissuti di vergogna anche in pazienti con disturbo narcisistico di personalità (DNP) (Mollon 1984; Young 1999; Young et al. 2003; Montebanocci et al. 2004; Behary 2008). Gli autori della Schema Therapy (Young 1999; Young et al. 2003) hanno identificato specifici schemi associati alla personalità narcisistica, tra cui quello della "inadeguatezza/vergogna". Questo schema è caratterizzato dalla sensazione dell'individuo di essere profondamente in difetto, sbagliato, diverso e inferiore rispetto agli altri. Spesso, quando nel paziente con DNP si attiva questo schema, l'individuo diventa ipersensibile alle critiche e al rifiuto, e, provando un profondo senso di vergogna per i propri difetti, cerca di nascondersi dietro una eccessiva ostentazione di superiorità e infallibilità (Behary 2008). In una ricerca (Hibbard 1992) su una popolazione universitaria è stata osservata una correlazione positiva tra sintomi narcisistici e livelli di vergogna. In tale studio viene rilevato che la vergogna cosciente è sperimentata maggiormente in alcune forme o stili di narcisismo, ma non in altri, tali differenze di narcisismo correlano differentemente in rapporto sia alle relazioni oggettuali che ai livelli di masochismo. Partendo da tali presupposti, nella ricerca si sottolinea la correlazione esistente tra narcisismo e vergogna seppur, come spiegato sopra, viene riconosciuta una differenza nell'intensità della correlazione sulla base dei diversi stili di narcisismo, del sesso, e dei livelli di tendenza al masochismo arrivando ad affermare anche che la presenza di masochismo nelle donne è un migliore predittore di vergogna rispetto ai livelli di narcisismo. Di contro, un altro studio condotto su un campione di studenti italiani (Montebanocci et al. 2004) ha rilevato una correlazione significativa inversa tra tratti narcisistici e la presenza di vissuti di vergogna, così come di colpa. Gli autori spiegano che individui con tratti narcisisti potrebbero non riconoscere, o negare, la presenza dei vissuti o delle esperienze basate su questa emozione.

Alcuni autori (Wright et al. 1989) hanno distinto due tipi di disfunzione narcisistica. Il primo sembra costituito da coloro i quali mostrano un'alta autostima, ma che disconoscono qualsiasi emozione di vergogna; il secondo tipo, invece, sembra caratterizzato da individui che sperimentano una bassa autostima e alti livelli di vergogna. Analogamente, Broucek (1991) ha effettuato una distinzione tra un narcisismo di tipo "egoistico non-conflittuale" (*unconflicted egoistical type*), caratterizzato dal vantarsi sfacciatamente e, apparentemente, senza vergogna, e un secondo tipo definito "dissociativo" (*dissociative type*), contraddistinto da bassi livelli di autostima ed elevata vulnerabilità ad esperienze di vergogna. Infine, Wink (1991), ha contrapposto un narcisismo di tipo *overt*, caratterizzato da una personalità esibizionista, aggressiva ed irrispettosa delle esigenze altrui, ad un narcisismo di tipo *covert*, in cui l'individuo si mostra inibito, vulnerabile e sensibile alle esperienze umilianti. Sulla base di questa distinzione, alcuni studi (Hoblitzelle 1987; Gramzow e Tangey 1992), hanno evidenziato come gli individui con un narcisismo di tipo *overt* (Wink 1991) utilizzino la negazione dell'emozione di vergogna come meccanismo di difesa verso i vissuti di inadeguatezza e inferiorità.

Schoenleber e Berenbaum (2010) hanno affermato che la vergogna gioca un ruolo rilevante

anche nei DDP del Cluster C. In una ricerca che ha coinvolto 237 studenti gli autori hanno rilevato che la tendenza a provare vergogna (*shame proneness*) e l'avversione alla stessa predicono in misura significativa i DDP del Cluster C. In una ricerca di Friedman (1999) condotta su una popolazione clinica con diverse diagnosi, è emersa un'associazione positiva tra la vergogna interna e i tratti narcisisti, istrionici, evitanti e schizoidi di personalità.

In uno studio (Rizvi 2010) condotto sulla validità predittiva della vergogna, è emerso come la vergogna risulti essere maggiormente correlata alla depressione in termini di predittività rispetto a pazienti con diagnosi DBP o DOCP.

Un'altra linea di studi nel corso degli anni si è interessata ad approfondire la correlazione tra vergogna e nevroticismo. In un lavoro di Miner-Rubino e collaboratori (2002), che ha coinvolto 98 studentesse, è stata osservata una correlazione positiva tra la vergogna per il proprio corpo e tratti di nevroticismo, desiderabilità sociale e livello di intelligenza, misurati dal Big Five Questionnaire (BFQ, Harder e Lewis 1987). Analogamente, in uno studio di Harder et al. (1992), è stata riscontrata la stessa associazione positiva tra livelli di vergogna e nevroticismo, ma una correlazione inversa con la desiderabilità sociale e l'estroversione. Infine, la vergogna sembra essere associata a livelli elevati di rabbia e collera (Parks 2002) e a un maggiore pessimismo (Harper e Hoopes 1990), intesi come tratti temperamentali di personalità.

2.7 Vergogna e altre condizioni psicopatologiche

In questo paragrafo verranno riportati gli studi che hanno indagato la vergogna in altre condotte psicopatologiche, come l'abuso di sostanze e i comportamenti suicidari.

2.7.1 Abuso di sostanze e vergogna

Dearing e collaboratori (2005) hanno condotto diversi studi con lo scopo di chiarire la relazione tra vergogna e uso di sostanze. Lo studio, condotto su un ampio campione di studenti universitari, ha mostrato che l'abuso di alcol e di sostanze psicotrope correla positivamente con la propensione alla vergogna, mentre le stesse condotte sono negativamente associate al senso di colpa. Risultati analoghi sono stati rilevati in un secondo studio degli stessi autori su un campione di detenuti. I dati suggeriscono che la predisposizione a sperimentare il senso di colpa può avere un effetto protettivo sullo sviluppo di problematiche legate all'uso di sostanze.

I dati di questo studio, così come di altri già precedentemente citati in questa rassegna, supportano ulteriormente l'ipotesi che colpa e vergogna dovrebbero essere considerate indipendentemente l'una dall'altra, sia in ambito di ricerca che in ambito clinico.

2.7.2 Tentativi suicidari e vergogna

Diversi autori hanno suggerito che la vergogna gioca un ruolo di rilievo nella psicodinamica del comportamento suicidario. Secondo Breed (1972), ad esempio, la vergogna rappresenta una delle cinque cause che spinge a mettere in atto comportamenti suicidari (oltre a: impegno per raggiungere aspirazioni particolari, il fallimento, schemi di pensiero rigidi e l'isolamento sociale). In uno studio sui tentativi suicidari compiuti a New Orleans, Breed ha stimato che circa un terzo della popolazione presa in esame aveva sperimentato vergogna come conseguenza di un fallimento personale. Inoltre, Lewis (1992) ha osservato che, se solitamente il suicidio viene attribuito ad uno stato di depressione, in realtà esso potrebbe essere causato anche da vissuti di vergogna, o, indirettamente, da vissuti di rabbia rivolti verso il sé.

Mokros (1995), in linea con Scheff (1990) e Scheff e Retzinger (1991), ha affermato che la stabilità e la sicurezza sociale costituiscono una motivazione fondamentale per l'individuo, favorendo il senso di appartenenza e di identità. In questa ottica, essendo la vergogna un'emozione sociale, il suicidio viene interpretato come una soluzione all'intollerabilità della sensazione di sentirsi ridicolo, diverso, o inaccettabile, e all'impossibilità di recuperare la propria posizione sociale all'interno del gruppo di appartenenza. Inoltre, in accordo con Baumeister (1990), Mokros ha dichiarato che il suicidio può rappresentare un modo per sfuggire a una sofferenza psichica intollerabile. Nella teoria del comportamento suicidario di Baumeister (1990), l'autore sostiene che le emozioni spiacevoli, fra cui la vergogna, possono far precipitare l'individuo in uno stato di "de-costruzione/strutturalizzazione cognitiva", caratterizzato da difficoltà di ragionamento e problem solving, interferendo, quindi, con la capacità di focalizzare un obiettivo raggiungibile e di eliminare la sofferenza emotiva.

Diverse ricerche hanno esaminato la relazione tra vergogna e ideazione suicidaria. Alcuni studi hanno riscontrato una forte associazione tra ideazione suicidaria, attuale e prospettica, vergogna (Hastings et al. 2002; Lester 1998) e immagine negativa di sé (Kaplan e Pokorny 1976). La vergogna sembra essere implicata nella motivazione al suicidio in diverse situazioni. Per esempio, è stato osservato (Lester e Yang 1997) che il comportamento suicidario (sia tentato, che portato a termine) è più comune in persone disoccupate che in lavoratori e può essere particolarmente comune dopo il licenziamento. Smith (1987) ha considerato la possibilità che lo status di "disoccupato" potrebbe evocare vergogna nell'individuo, in particolare nei confronti dei propri familiari. Secondo questa ipotesi, la vergogna medierebbe l'associazione tra licenziamento/disoccupazione e tendenza suicidaria, aumentando il rischio di quest'ultima. Secondo Wilson (1981), infatti, il fallimento e il mancato raggiungimento dei propri scopi possono contribuire ad una maggiore discrepanza tra sé ideale e sé reale, aumentando lo sviluppo di vissuti di vergogna (piuttosto che di colpa), che possono, infine, sfociare e risolversi in gesti suicidari, intesi come soluzione estrema all'intenso vissuto negativo.

Tabella 1. *Elenco degli studi che hanno indagato l'emozione di vergogna in popolazioni di individui sani e in pazienti con diverse manifestazioni psicopatologiche*

Autore e Anno di pubblicazione	Psicopatologia	Campione	Strumenti di valutazione
Harder 1992	non clinico	Studio 1: N=58 studenti, di cui N=30 donne N=28 uomini Studio 2: N=71 studenti, di cui N=49 donne N=29 uomini	PFQ2, ASGS, SCAAI, SCL-90-R
Hibbard 1992	non clinico	N=701 studenti, di cui N=434 donne N=237 uomini N=20 sconosciuti a causa di risposte di genere non esaminabili	SRS, SDS, NPI, OMNI, NPDS, HFMS, FDMS, BORI

Tabella 1. *Continua*

Andrews 1995	non clinico	N=101 donne	PSE
Burney & Harvey 2000	non clinico	N=97 donne	EAT-40, TOSCA, OBC
Andrews et al. 2002	non clinico	N=163 studenti, di cui N= 133 donne N= 30 uomini	ESS, TOSCA
Miner-Rubino et al. 2002	non clinico	N=98 studenti donne	TSOQ, OBCS, PRF, EPQ, RAS, BIA, BES, BIG-Five
Montebarocci et al. 2004	non clinico	N=165 studenti, di cui N=82 donne N=83 uomini	NPI, SGPS
Cheung et al. 2004	non clinico	N= 125 studenti di cui N=69 donne N=56 uomini	OAS, ESS, SC, SB, RSQ, CES-D
Dearing et al. 2005	non clinico e detenuti	Studio 1: N=235 studenti, di cui N=177 donne Studio 2: N=249 studenti, di cui N=204 donne Studio 3: N=332 detenuti, di cui N= 299 uomini	TOSCA, MCMI-II, TOSCA-2
Matos & Gouveia 2010	non clinico	N=811, di cui N=486 donne N=325 uomini	DASS, IES-R, <i>Shame Experiences Interview</i>
Matos et al. 2011	non clinico	N=90, di cui 58 donne 32 uomini	IES-R, RRQ-10, <i>Shame Experiences Interview</i>
Matos et al. 2013	non clinico	N=328, di cui N=220 donne N=108 uomini	IES-R, GPS, SIPAAS, <i>Shame Experiences Interview</i>
Friedman 1999	diagnosi mista	N= non rilevato	PFQ-2, MCMI-III
Hayaki et al. 2002	DCA	Studio 1: N=137 donne Studio 2: N=58 donne, di cui N=30 con DCA N=28 con sintomi subclinici	BULIT, BDI, TOSCA
Jambekar et al. 2003	DCA-BED	N=188, di cui N= 38 uomini con DCA/ BED N=150 donne con DCA	ISS, EDE-Q, BSQ
Skarderud 2007	DCA-AN	N=13 pazienti donne	Intervista semi-strutturata

Tabella 1. *Continua*

Troop et al. 2008	DCA	N=432 donne, di cui N=224 senza DCA N=151 DCA in corso N=57 DCA in remissione	SEED, PFQ-2, OAS
Keith et al. 2009	DCA	N=52 donne con DCA	HADS, PBI, ESS, YSQ, EDDS
Doran & Lewis 2011	DCA	N=461, di cui N=205 donne con DCA (in fase attiva o in passato) N=256 uomini sani	ESS
Troop & Redshaw 2012	DCA	N=55 donne, di cui: 2/3 con DCA in fase attiva 1/3 con DCA in remissione	SEED, BDI-IA, BSS, PFQ-2, OAS
Schoenleber & Berenbaum 2010	DDP del Cluster C	N=237 studenti, di cui N=35 soddisfano i criteri per i DDP del cluster C	TOSCA-3, SHARQ, <i>Personality Disorder Interview IV</i>
Andrews & Hunter 1997	DDM	N=35 pazienti, di cui N=25 donne N=10 uomini	Intervista semi-strutturata per misurare vergogna (corporea, comportamentale e del carattere) e esperienze di abuso
Gilbert 2000a	DDM	N=109 studenti (di cui, 96 donne) N=50 pazienti con DDM (di cui, 26 donne)	SIAS, FNE, TOSCA, PFQ, OAS, CES-D, BDI
Hook & Andrews 2005	DDM	N=85 pazienti, di cui N=56 donne N=29 uomini	ESS, BDI-II, questionario sulla self-disclosure
Fergus et al. 2010	DOC FS DAG	N=124 pazienti (68 donne), di cui N= 53 con DOC N=20 con FS N=18 con DAG	TOSCA, OCI-R, SIAS, PAS, PSWQ, BDI
Rüsch et al. 2007a	FS DBP	N=90 donne, di cui N=30 con FS N=60 con DBP	IAT, TOSCA, ExpSS, SCL-90-R, CES-D
Hedman et al. 2013	FS	Campione di controllo 1: N=72 sani, di cui N= 57 donne Campione di controllo 2: N=22 sani, di cui N=13 donne N=67 pazienti con FS, di cui N= 43 donne	TOSCA, SIAS, LSAS-SR, BDI, Intervista Strutturata del DSM-IV, Mini-SPIN

Tabella 1. *Continua*

Bratton 2010	DPTS	N=113 pazienti donne	STAXI 2, TOSCA, PCL-C, PDS, ATSPPH
Harman & Lee 2010	DPTS	N=49 pazienti, di cui N=26 donne N=23 uomini	BDI, ESS, PDS, FSCRS, FSCS
Rizvi & Linehan 2005	DBP	N=5 pazienti donne	SSGS, PANAS, PFQ
Kleindienst et al. 2008	DBP	N=101 pazienti donne	QNSSI
Brown et al. 2009	DBP	N=77 pazienti donne	PANAS, EMFACS
Rizvi 2010	DBP DOCP	Studio 1: N=379 studenti, di cui N=263 donne N=116 uomini Studio 2: N=84 soggetti, di cui N=31 adulti sani N=28 pazienti DBP N= 25 pazienti DOCP (97% donne sul campione totale)	SHAME INVENTORY, TOSCA, PFQ, PANAS

Abbreviazioni dei disturbi: DCA= Disturbo del Comportamento Alimentare, BED= Binge Eating Disorder; DDM= Disturbo Depressivo Maggiore, FS= Fobia Sociale, DPTS= Disturbo Post-traumatico da Stress, DBP= Disturbo di Personalità Borderline, DOCP= Disturbo di Personalità Ossessivo-compulsivo. **Abbreviazioni dei test:** SEED= Short Evaluation for Eating Disorders (Bauer et al. 2005), BSS= Bodily Shame Scale (Troop et al. 2006), SIAS= Social Interaction Anxiety Scale (Mattick & Clarke 1989), FNE= Fear of Negative Evaluation (Watson & Friend 1969), SDS= Social Desirability Scale (Crowne & Marlowe 1960), OMNI= O'Brien Multiphasic Narcissism Inventory (O'Brien 1987), NPDS= Narcissistic Personality Disorder Scale (Ashby et al. 1979), HFMS= Hecht Feminine Masochism Scale (Hecht 1950), FDMS= Finney Dependent Masochism Scale (Finney 1965), BORI= Bell Object Relations Inventory ((Bellak et al. 1973), TOSCA= Test of Self-Conscious Affect (Tangney et al. 1989), TOSCA-C= Test of Self-Conscious Affect for Children (Tangney et al. 1990), TOSCA-2= Test of Self-Conscious Affect-2 (Tangney et al. 1996), PFQ= Personal Feelings Questionnaire (Harder & Lewis 1987), PFQ-2= Personal Feelings Questionnaire (Harder & Zalma 1990), OAS= The Other as Shamer Scale (Goss et al. 1994), CES-D= Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (Radloff 1977), BDI= Beck Depression Inventory (Beck 1967), BDI= Beck Depression Inventory-II (Beck 1996), SIAS= Social Interaction Anxiety Scale (Mattick et al. 1998), LSAS-SR= Liebowitz Social Anxiety Scale Self-Report (Fresco et al. 2001), Mini-SPIN= Minny Social Phobia Inventory (Connor et al. 2001), IAT= Implicit Association Test (Greenwald et al. 1998), ESS= Experience of Shame Scale (Andrews et al. 2002), ExpSS= Experiential Shame Scale (Turner 1998), SCL-90-R= Symptom Checklist-90-Revised (Derogatis 1994), QNSSI= Questionnaire for Non-Suicidal Self-Injury (Schmahl et al. 2008), PANAS= Positive and Negative Affect Scale (Watson 1988), SSGS= State Shame and Guilt Scale (Marschall et al. 1994), NPI= Narcissistic Personality Inventory (Raskin & Terry 1988), SGPS= Shame-guilt proneness scale (Battacchi et al. 1994), SC= Social Comparison Scale (Allan & Gilber 1995), SB= Submissive Behaviour Scale (Buss & Craik 1986), RSQ= Response Styles Questionnaire (Hoeksma 1991), DASS= Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond & Lovibond 1995), STAXI-2= State Trait Anger Expression Inventory-2 (Spielberger 1999), PCL-C= Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (Weathers et al. 1994), PDS= Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (Foa et al. 1997), ATSPPH= Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help (Fischer & Turner 1970), FSCRS= Forms Of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (Gilbert et al. 2004), FSCS= Function of Self-Criticizing/Attacking Scale (Gilbert et al. 2004), SI= Shame Inventory (Rizvi 2010), EAT= Eating Attitudes Test (Garner and Garfinkel, 1979), PSE= Present State Examination (Wing et al. 1974), OBC= Objectified Body Consciousness Scale (McKinley & Hyde 1996), VEX-R= Violence Exposure Scale for

Children-Revised (Fox & Leavitt 1996), CDI-S= Children's Depression Inventory-Short Form (Kovacs 1992), IES-R= Impact of Event Scale-Revised (Weiss & Marmar 1997), IES-R= Impact of Event Scale-Revised (Weiss & Marmar 1997), DES-II= Dissociative Experiences Scale-Revised (Carlos & Putnam 1993), ESS=Experience of Shame Scale (Andrews et al. 2002), MCMI-II= Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (Millon 1987), BULIT= Bulimia Test (Smith & Thelen 1984), ISS= Internalized Shame Scale (Cook 1987), EDE-Q= Eating Disorder Examination-Questionnaire (Fairburn & Beglin 1994), BSQ=Body Shape Questionnaire (Cooper et al. 1987), EDDS= Eating Disorder Diagnostic Scale (Stice et al. 2000), YSQ= Social Isolation Subscale of the Young Schema Questionnaire (Young & Brown 1994), PBI= Parental Bonding Instrument (Parker et al. 1979), HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith 1983), EMFACS= Emotion Facial Affect Coding System (Ekman & Friesen 1975), SEI= Shame Experiences Interview (Matos & Gouveia 2006), RRQ-10= Rumination Responses Questionnaire (Trenor et al. 2003), SIPAAS= Social anxiety Social Interaction and Performance (Gouveia et al. 2003), GPS= General Paranoia Scale (Fenigstein & Vanable 1992), TSOQ= Trait Self-Objectification Questionnaire (Noll & Fredrickson 1998; reprinted in Fredrickson et al. 1998), OBCS= Objectified Body Consciousness Scale (McKinley & Hyde 1996), EPQ= Eysenck Personality Questionnaire (Eysenck & Eysenck 1975), PRF= the dominance scale of the Personality Research Form (Jackson 1965), RAS= Rathus Assertiveness Scale (Rathus 1973), BIG 5= Big Five scale (Goldberg 1992), BIA= Body Image Assessment (Williamson et al. 1985), BES= Body Esteem Scale (Franzoi & Shields 1984), ASGS= Adapted Shame and Guilt Scale (Hoblitzele 1987; 1990), SCAAI= Self-Conscious Affect and Attribution Inventory (Tangney 1990), SHARQ= Shame-Aversive Reactions Questionnaire (Schoenleber & Berenbaum 2010), OCI-R= Obsessive compulsive Inventory Revised (Foa et al. 2002), PAS= Panic and Agoraphobia Scale (Bandelow 1999), PSWQ= Penn State Worry Questionnaire (Meyer et al. 1990).

3. Strumenti per misurare la vergogna

A oggi sono stati creati diversi strumenti per misurare la vergogna. Molti di questi possono essere classificati in misure di “tratto”, intese come propensione disizionale a sperimentare vergogna, e di “stato”, volte a misurare il livello e l'intensità della vergogna.

I test per misurare la vergogna di “tratto” includono: il *Test of Self-Conscious Affect* (TOSCA-3; Tangney et al. 2000), il *Personal Feelings Questionnaire-2* (PFQ-2; Harder e Zalma 1990), l'*Internalized Shame Scale* (ISS; Cook 1987), l'*Experience of Shame Scale* (ESS; Andrews et al. 1997, 2002), e la *Revised Shame-Guilt Scale* (RSGS; Hoblitzele 1987). Le scale per misurare l'intensità dell'esperienza della vergogna di “stato” sono: l'*Experiential Shame Scale* (ExpSS; Turner 1998), la *State Shame and Guilt Scale* (SSGS; Marschall et al. 1994), la *Differential Emotions Scale* (DES; Izard 1977) e la *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson et al. 1988). Alcuni di questi questionari, come il PANAS (Watson et al. 1988) e la DES (Izard 1977), non discriminano la vergogna da altri costrutti, come l'imbarazzo o il senso di colpa.

Segue un elenco in cui vengono brevemente descritte le caratteristiche delle misure create per indagare la vergogna. Inizialmente vengono descritte le misure di “tratto”, e in seguito vengono elencati i test che valutano la vergogna di “stato”. Gli strumenti individuati indicano una varietà di fenomeni e in molti casi l'emozione di vergogna viene misurata in associazione ad altri stati emotivi, tra i quali soprattutto il senso di colpa.

- Il *Test of Self-Conscious Affect-3* (TOSCA-3; Tangney et al. 2000) è composto da 16 item e ha lo scopo di determinare la propensione generale alla vergogna e la predisposizione al senso di colpa. Ogni item comprende uno scenario in corrispondenza del quale il soggetto deve indicare la probabilità con cui proverebbe ciascuna delle due emozioni. Le proprietà psicometriche del TOSCA-3 sembrano essere soddisfacenti (Tangney e Dearing 2002).

- Il *Personal Feelings Questionnaire-2* (PFQ-2; Harder e Zalma 1990) è costituito da una sottoscala per il senso di colpa e una per la vergogna. La scala include 16 item ed i punteggi vanno da 0 a 40 sulla sottoscala della vergogna, e da 0 a 24 sulla sottoscala del senso di

colpa. All'aumentare del punteggio corrisponde una maggiore tendenza a provare le emozioni corrispondenti. Un limite dello strumento consiste nell'attribuzione soggettiva e arbitraria del compilatore a parole come "imbarazzo", "coscienza di sé" e "umiliazione". Il PFQ-2 ha una adeguata affidabilità e validità (Harder et al. 1993).

- L'*Internalized Shame Scale* (ISS; Cook 1987) è composta da 24 item. Alcune frasi sono formulate in chiave negativa (ad esempio: "confrontato con altre persone, mi sento in qualche modo inferiore") e valutano la frequenza con cui le persone provano vergogna, mentre altri item sono in chiave positiva (ad esempio: "tutto sommato sento che ho successo") e hanno lo scopo di misurare l'autostima.

- L'*Experience of Shame Scale* (ESS; Andrews et al. 1997, 2002) è un questionario composto da 25 item a cui i soggetti sono invitati a rispondere su una scala a quattro punti (da "per niente" a "molto") sulla base di come si sono sentiti nell'ultimo anno. Il questionario valuta quattro aree della vergogna caratteriale in relazione a: 1) le abitudini personali, 2) gli stili relazionali, 3) lo stile di personalità e 4) le abilità personali. L'ESS valuta inoltre tre specifiche aree della vergogna comportamentale relative a: 1) fare qualcosa di sbagliato, 2) dire qualcosa di stupido, e 3) fallimenti in situazioni competitive. Infine, il questionario indaga la vergogna corporea, ovvero la tendenza a provare vergogna rispetto al proprio corpo o a parti di esso. Per ciascuna delle otto componenti indagate vi sono tre item rivolti a componenti esperienziali (domanda diretta sul sentire la vergogna), componenti cognitive (domanda concernente l'opinione degli altri) e comportamentali (domanda su dissimulazioni ed evitamenti). La vergogna corporea è indagata con un item extra che approfondisce l'evitamento dello specchio o l'occultamento di parti del corpo.

- La *Revised Shame-Guilt Scale* (RSGS; Hoblitzelle 1987) è composta da 36 aggettivi e ha lo scopo di misurare le capacità dell'individuo di descrivere in modo differenziato l'emozione di vergogna e di colpa.

- L'*Experiential Shame Scale* (ESS; Turner 1998) è composto da 11 item che misurano gli aspetti fisici, emotivi e sociali di vergogna momentanea nell'individuo.

- La *State Shame and Guilt Scale* (SSGS; Marschall et al. 1994) è composto da 15 item, suddivisi in tre sottoscale che misurano la vergogna, la colpa e l'orgoglio. Il test usa una scala Likert a cinque punti, dove il punteggio totale della sottoscala vergogna varia da 5 a 25, in cui un punteggio più alto indica una maggiore presenza di emozioni di vergogna.

- La *Differential Emotions Scale* (DES; Izard 1977) è uno strumento composto da 30 item, suddivisi in 10 sottoscale, ciascuna volta a misurare le emozioni di interesse, contentezza, sorpresa, tristezza, rabbia, disgusto, disprezzo, paura, vergogna/timidezza e colpa. Si tratta di uno strumento puramente descrittivo, che richiede di valutare il proprio stato emotivo in un certo momento (DES originale) o in uno specifico lasso di tempo (DES II; Kotsch et al. 1982).

- La *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson et al. 1988) è composta da 20 item che misurano due dimensioni principali: umore-affetto positivo e affetti negativi. Ai partecipanti viene chiesto di valutare queste dimensioni riferendosi a come si sentono in generale. Poiché facilmente adattabile in diversi contesti di ricerca e dotata di una buona affidabilità e validità (Mackinnon et al. 1999; Watson et al. 1988), la PANAS è stata ampiamente usata in letteratura.

Ulteriori strumenti che sono stati utilizzati nello studio della vergogna, e che non rientrano nella distinzione tra vergogna di stato e di tratto, includono:

- Lo *Shame Inventory* (SI; Rizvi et al. 2010) è un questionario che misura la propensione dell'individuo a provare vergogna sia a livello globale, che in risposta a specifici eventi della vita. Lo strumento si compone di una parte iniziale, in cui si fornisce una definizione di vergogna e di

una seconda parte che indaga i segnali di vergogna individuali. Nello studio di validazione della scala, ai partecipanti viene chiesto di esprimere su una scala Likert a cinque punti, la frequenza, l'intensità e gli effetti negativi della vergogna. Questi tre elementi sono seguiti da un elenco di 50 stimoli volti a suscitare vergogna (ad esempio eventi, comportamenti, caratteristiche personali) ed i partecipanti sono invitati a valutare, su una scala da 0 a 4, ogni situazione al fine di indicare l'intensità dei livelli di vergogna. Il test ha un'elevata consistenza interna, affidabilità test-retest, validità di costrutto, e validità predittiva.

-La *Compass of Shame Scale*, (COSS; Elison et al. 2006; Nathanson 1992) misura quattro diversi stili di coping, ovvero, l'attacco al sé, l'evitamento, il ritiro e l'attacco verso gli altri. Il test si avvale di 48 diversi scenari in grado di evocare vergogna richiedendo al soggetto di indicare in che modo reagirebbe in ciascuna situazione, in base ai quattro possibili stili di fronteggiamento.

-La *Adapted Shame and Guilt Scale* (ASGS; Hoblitzelle 1987, 1990) si compone di 10 parole collegate alla vergogna e di altre 11 legate all'emozione di colpa. Nella scala il soggetto ha il compito di indicare, su una scala Likert da 0 a 7, quanto le parole indicate siano adatte a descrivere la sua personalità.

-Il *Self-Conscious Affect and Attribution Inventory* (SCAAI; Tangney 1990) presenta una serie di scenari a valenza positiva e negativa. In questo strumento, diversamente dal precedente ASGS, gli episodi riportati provengono direttamente dai soggetti che partecipano alla ricerca.

Esistono infine, alcuni strumenti volti a misurare aspetti della vergogna relativi a contesti o temi specifici. La maggior parte di questi sono stati sviluppati nell'ambito dei DCA con lo scopo di misurare la vergogna relativa all'immagine corporea. Tra questi sono stati identificati i seguenti:

- La *Shame & Guilt Eating Scale* (SGES; Frank 1991) permette di misurare le emozioni di colpa e vergogna legate alle condotte alimentari.

- La *Bodily Shame Scale* (BSS; Troop et al. 2006) è costituita da 11 item che indagano i pensieri, le emozioni ed i comportamenti legati al senso di vergogna verso il proprio corpo.

- L'*Objectified Body Consciousness Scale* (OBC; McKinley e Hyde 1996) è composta da 24 item ed è suddivisa in 3 sottoscale, una delle quali è relativa alla vergogna verso il proprio corpo.

- Lo *Shame Posture Measure* (SPM; Feiring e Taska 2005) si compone di sette disegni, cinque dei quali rappresentano degli esempi di posture caratteristiche dell'emozione di vergogna, e due neutrali. Compito del soggetto è indicare, su una scala a 5 punti, quanto si identifica con ciascuna postura rappresentata nel disegno.

- La *Other as Shamer Scale* (OAS; Goss et al. 1994) è un questionario costituito da 18 item, misura la vergogna percepita dal soggetto di fronte ad un audience reale o immaginario. Tale strumento sembra essere particolarmente indicato per la misurazione della vergogna nei pazienti con ansia sociale.

Uno dei principali limiti degli strumenti indicati consiste nell'essere di tipo *self-report*, di conseguenza è necessario considerare i *bias* e il ruolo della percezione soggettiva del compilatore (Pediton 2005). Inoltre, molti test volti a misurare l'emozione della vergogna non sono specifici per questo costrutto, ma includono anche altri stati emotivi, tra i quali il senso di colpa. Questo aspetto può risultare confondente sia nella compilazione del test che nell'analisi dei punteggi.

Alcuni ricercatori (Andrews e Hunter 1997; Matos e Gouveia 2010; Matos et al. 2011; Skarderud 2007 vedi in tabella) si sono avvalsi di interviste semi-strutturate per misurare i livelli di vergogna. Andrews e Hunter (1997) hanno creato un'intervista semi-strutturata all'interno della quale pongono ai pazienti domande sulla eventuale presenza di esperienze sessuali indesiderate precedenti ai 17 anni, sulla vergogna corporea, su quella caratteriale e

comportamentale. Attraverso la *Shame Experiences Interview*, Matos e Gouveia (2006), hanno valutato la fenomenologia delle esperienze di vergogna avvenute nell'infanzia o adolescenza. L'intervista misura l'aspetto emotivo, cognitivo, comportamentale del soggetto in relazione all'esperienza di vergogna riportata. Infine, nell'intervista utilizzata all'interno dello studio di Skarderud (2007), ai partecipanti sono state somministrate domande relative alla comprensione del concetto di vergogna, a ciò che i soggetti consideravano "vergognoso" in sé e negli altri, a esperienza di vergogna relative al passato e al presente, e infine, ad aspetti legati alla vergogna verso il cibo e il proprio corpo. Un vantaggio delle interviste semi-strutturate riguarda una maggiore possibilità di scelta per il soggetto intervistato, tuttavia, d'altra parte, questa modalità di raccolta dei dati presenta una certa criticità nella quantificazione e nella misurazione di variabili di tipo qualitativo.

4. Sviluppo e mantenimento della vergogna

Il tipo di attaccamento, le esperienze infantili all'interno dei contesti familiari o scolastici, le esperienze traumatiche o gli episodi di umiliazione/critica/derisione possono contribuire allo sviluppo di una specifica sensibilità alla vergogna. Tali esperienze diventano il fondamento per lo sviluppo di credenze personali il cui nucleo è fondato sulla vergogna e su un senso di sé percepito come inadeguato, difettoso ed imperfetto. Simili caratteristiche attribuite al sé finiscono per diventare parte integrante dell'identità e delle memorie autobiografiche dell'individuo. Lee et al. nel 2001 hanno considerato queste esperienze all'origine dello sviluppo di una vergogna di tipo primario, ipotizzando che in tempi successivi si possano sviluppare immagini di sé incentrate su credenze disfunzionali legate alla vergogna, quali ad esempio senso di debolezza, indegnità, inferiorità. Gli autori hanno ipotizzato l'esistenza di uno "schema di congruenza", ovvero di uno schema che può diventare dominante nella modalità di pensare e filtrare le informazioni dall'ambiente esterno, con lo scopo di confermare la propria idea di sé. Pertanto, se il soggetto ha sviluppato delle credenze sul proprio sé come "difettoso e malato", nel momento in cui avrà la percezione della perdita di *status*, utilizzerà le informazioni provenienti dall'ambiente esterno per confermare il proprio schema. Così un individuo che nel corso dello sviluppo ha maturato credenze di sé come "inadeguato o inferiore" tenderà a costruire schemi fondati sull'emozione di vergogna, che si consolideranno nel tempo e spingeranno ad interpretare le informazioni in base a queste convinzioni. In uno studio condotto da Mills e collaboratori (2008) sono stati riscontrati livelli di cortisolo maggiori in bambini che riportavano vissuti di vergogna più frequenti, indicando, quindi, che questa emozione è associata a un maggiore livello di stress e, spesso, a limitate strategie di coping.

4.1 Ruolo dell'attaccamento e delle esperienze infantili precoci nello sviluppo di rappresentazioni del sé basate sulla vergogna

La formazione di schemi e di rappresentazione del sé fondati sull'emozione di vergogna è influenzata dalle esperienze infantili, sociali, familiari e culturali (Beck 1976; Padesky 1994). Analogamente, specifici stili di attaccamento possono avere un ruolo determinante nello sviluppo di vissuti disfunzionali di vergogna.

Cole e collaboratori (2008) hanno mostrato che bambini con esperienze di abbandono e trascuratezza presentano un rischio maggiore di sviluppare schemi di sé caratterizzati da elevati vissuti di vergogna, rispetto a bambini che non hanno avuto questo tipo di esperienze. In alcuni

studi (Alessandri e Lewis 1996; Bennett et al. 2010) è emerso che bambini maltrattati, siano essi trascurati o vittime di abuso, mostrano intensi livelli di vergogna. Similmente, bambini con genitori rifiutanti o autoritari presentano un rischio maggiore, rispetto a bambini con altri tipi di esperienze, di sviluppare credenze sul sé fondate sulla vergogna (Alessandri e Lewis 1996; Kelley et al. 2000; Mills 2003; Stuewig e McCloskey 2005). Lo stesso tipo di credenze e schemi è stata osservata in bambini che ricevono pochi feedback positivi dai genitori (Alessandri e Lewis 1996; Kelley et al. 2000; Mills 2003; Stuewig e McCloskey 2005). Se da un lato scarse cure genitoriali predicono lo sviluppo di emozioni negative, tra cui la vergogna, dall'altro anche un eccessivo controllo da parte dei genitori, che percepiscono il bambino come debole ed incapace (svalutazione), può facilitare lo sviluppo di schemi vergogna.

Secondo Schore (1994, 1996, 1997) la vergogna è legata ad una mancata “connessione emotiva”, che deriva dal tentativo del bambino di raggiungere uno stato di sintonizzazione affettiva con il genitore che, però, non vi risponde. Interazioni che inducono emozioni di vergogna e che non sono seguite da riparazioni nella comunicazione genitore-figlio, o che sono accompagnate da manifestazioni di rabbia da parte dell'adulto, portano all'instaurarsi di stati di umiliazione (Schore 1994) che impediscono una adeguata validazione emotiva. Alcuni comportamenti adottati dai *caregiver*, come ascoltare il bambino, empatizzare con lui, mostrare piacere nello stare insieme o gratificarlo, permettono al bambino di sentirsi amabile ed accettabile (Gilbert 1992, 1993). Attraverso l'approvazione e la condivisione di emozioni di gioia il genitore permette al bambino di sviluppare un senso di sicurezza interpersonale, favorendo lo sviluppo di una percezione di sé come di una persona valida e competente (Gilbert 1992). Il senso di inferiorità può derivare dal sentirsi trattato come debole ed incapace, messaggio che può arrivare da segnali svalutanti che fanno sentire il bambino non attraente, e che, nel futuro, potrebbero influenzare le sue modalità di gestione dei conflitti. I bambini che ricevono poche attenzioni, poco calore affettivo e poche risposte positive dai *caregiver*, o che subiscono dei maltrattamenti, possono sviluppare credenze negative su di sé (Toth et al. 1997). Sulla base di questi dati, in cui viene mostrato che genitori ipercritici, trascuranti o maltrattanti tendono ad avere poche interazioni positive con i figli, (Wilson et al. 2008), si può concludere che bambini con questo tipo di genitori hanno un rischio maggiore di sviluppare vissuti di sé filtrati dall'emozione di vergogna (Bennett et al. 2010).

Anche altri membri della famiglia assumono un ruolo nello sviluppo di schemi di vergogna. Ad esempio, la sensazione da parte del bambino che i suoi fratelli possano essere percepiti come preferiti, rispetto a lui/lei, può essere interpretato come un messaggio negativo sul proprio senso di desiderabilità e attrattività sociale, predisponendolo a sviluppare un senso di inferiorità ed una bassa autostima (Gilbert 1989).

A conclusione di una serie di ricerche, Matos e Gouveia (2010) hanno mostrato che precoci ricordi di esperienze di vergogna possono avere lo stesso peso degli eventi traumatici, essendo caratterizzati da intrusività, presenza di *flashback*, risposte di evitamento e stati di dissociazione. Ricordi o esperienze traumatiche possono predisporre ad una vulnerabilità ai sintomi depressivi e alla ruminazione. In un recente articolo, Matos e collaboratori (2012) hanno sostenuto che gli episodi di vergogna possono diventare una parte centrale nell'identità del soggetto, arrivando ad essere il perno delle inferenze quotidiane su se stessi - e su se stessi nella mente dell'altro - percepito come inferiore, difettoso e indesiderabile. Ciò costituirebbe un importante fattore di vulnerabilità storica, da tenere in giusta considerazione in ambito terapeutico.

Infine, un ulteriore fattore che sembra avere un ruolo nella formazione delle credenze su di sé legate alla vergogna, riguarda le relazioni con i pari. È stato più volte suggerito, infatti,

che le esperienze di bullismo o di derisione per il proprio aspetto fisico (per esempio il peso), possono contribuire allo sviluppo di credenze disfunzionali legate alla vergogna sul sé o sul proprio aspetto fisico (Goss e Allan 2009; Keith et al. 2009).

4.2 Ruolo delle credenze sul sé nel mantenimento di vissuti disfunzionali di vergogna

L'insieme delle credenze e convinzioni disfunzionali sulla propria immagine di sé divengono via via sempre più stabili nel tempo, rafforzando lo schema dell'individuo. In linea con esso, l'individuo tende a interpretare gli eventi di vita sulla base delle proprie credenze patologiche e, tramite dei meccanismi di distorsione (i *bias* cognitivi), tenderà a cercare conferma delle proprie credenze di base atte a rafforzare le rappresentazioni di sé, in questo caso, imperniate sul sé vergognoso.

Uno studio condotto (Platt e Freyd 2012) su un campione di 306 studenti ha dimostrato che convinzioni negative estreme, caratterizzate da vissuti vergognosi, predicono emozioni di vergogna come reazione a *feedback* negativi. La combinazione di alti livelli di vergogna e l'aver sperimentato almeno un'esperienza traumatica caratterizzata da questa emozione sembrano predire una maggiore vulnerabilità alla vergogna, aumentando la sensibilità al giudizio sociale, interpretato come minaccioso. L'autocritica tende ad attivarsi in situazioni in cui il soggetto si percepisce come indesiderabile e fallito e, in questi casi, il senso di minaccia alimenta l'emergere di emozioni di vergogna.

Il ruolo delle credenze nel mantenimento dell'immagine di sé come vergognosa, viene supportato anche da Gilbert (2004) il quale ha individuato tre differenti modalità attraverso cui l'individuo si giudica: l'*inadequate self*, una forma di autocritica in cui prevale il senso di inadeguatezza, l'*hated self*, dove l'autocritica è caratterizzata da un desiderio di ferirsi e un sentimento di disgusto verso se stessi e la *self reassurance*, una modalità di auto-rassicurazione che permette all'individuo di mantenere un atteggiamento benevolo nei riguardi del sé. Negli individui in cui prevale la modalità dell'*inadequate self* le credenze di inadeguatezza non solo impediscono che vengano prese in considerazione ipotesi alternative, ma rafforzano uno stato di allerta rispetto alle minacce ostacolando i processi di auto-rassicurazione.

Gilbert (2000a) ha affermato che il sé critico evoca, in chi lo possiede, dei sentimenti di sottomissione e fallimento che possono predisporre e facilitare l'emergere di emozioni di vergogna. Coerentemente con quanto affermato dall'autore, uno studio condotto da Harman e Lee (2010) ha evidenziato una correlazione positiva tra autocritica e vergogna e un'associazione inversa tra auto-rassicurazione e vergogna. La vergogna, dunque, sembra accrescere i livelli di autocritica dell'individuo consolidando ulteriormente un'immagine di sé vergognosa.

5. Trattamento della vergogna in terapia

5.1 Implicazioni terapeutiche

Come evidenziato dagli studi riportati in questo articolo, vissuti di vergogna particolarmente intensi possono interferire con il benessere dell'individuo, contribuendo all'esordio e allo sviluppo di diverse manifestazioni psicopatologiche. È dunque di fondamentale importanza affrontare tali aspetti all'interno del trattamento terapeutico. Ciò che emerge da uno studio pilota (Rizvi e Linehan 2005) in cui sono stati utilizzati diversi approcci terapeutici, è che, nonostante la scarsità del campione, la variabilità dei livelli di vergogna durante i diversi trattamenti è

alta, ma è possibile diminuire i livelli di vergogna con specifici interventi terapeutici in brevi periodi di tempo. All'interno del trattamento psicoterapeutico è, dunque, fondamentale tenere in considerazione la possibile presenza e influenza dei vissuti di vergogna sulle problematiche presentate dal paziente. Di conseguenza, è opportuno valutare in modo appropriato gli specifici interventi terapeutici da utilizzare nel corso del trattamento.

A fianco della terapia cognitivo-comportamentale standard (TCC), nell'ultimo ventennio si è assistito ad un crescente aumento di modelli e di interventi terapeutici specificamente diretti alla riduzione di vissuti e delle emozioni di vergogna. All'interno degli approcci di TCC di "terza generazione" sono stati sviluppati modelli come la Terapia Focalizzata sulla Compassione (Gilbert 2000), la Schema Therapy (Young et al. 2003) e l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes et al. 1999, 2005). Inoltre, come riportato nel paragrafo successivo, la vergogna può avere un ruolo fondamentale nelle fasi iniziali della terapia, dove può ostacolare l'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica (Hook e Andrews 2005; Dearing e Tagney 2011).

5.2 Vergogna e alleanza terapeutica

Emozioni di vergogna particolarmente intense possono, in diversi modi, ostacolare la realizzazione dell'alleanza terapeutica, interferendo con il processo di guarigione (Hook e Andrews 2005; Dearing e Tagney 2011). Alcuni pazienti tendono a nascondere aspetti di sé legati a vissuti depressivi o traumatici, proprio a causa della vergogna legata a tali esperienze. In alcuni casi, l'essere bisognosi di cure può equivalere all'idea di "essere deboli" e può promuovere comportamenti volti a ricercare l'approvazione del terapeuta, evitando di mostrare le proprie difficoltà e celando vissuti particolarmente problematici (per il paziente). In questi casi occorre incoraggiare e promuovere la *disclosure*, sottolineando il ruolo chiave di questa esperienza nel processo di guarigione. La condivisione di vissuti vergognosi permette al terapeuta di mettere in atto interventi mirati, aiutando il paziente ad accettare esperienze legate a questa emozione, a promuovere un maggior senso di sicurezza rispetto alle proprie capacità (Gilbert e Procter 2006) e a incrementare la fiducia verso il terapeuta.

Kazdin e Wassell (2000) hanno suggerito che un ulteriore fattore che interferisce con il trattamento e con l'instaurarsi di una salda alleanza terapeutica è costituito dalla convinzione del paziente che la psicoterapia rappresenti intrinsecamente un'esperienza di vergogna. In uno studio longitudinale (Kazdin e Wassell 2000) gli autori hanno mostrato che questo tipo di credenza è negativamente associato all'efficacia del trattamento.

5.3 Trattamenti psicoterapici specifici della vergogna

Verranno sinteticamente riportati di seguito alcuni dei principali modelli terapeutici proposti nell'ultimo ventennio per il trattamento specifico dell'emozione di vergogna.

5.3.1 La terapia focalizzata sulla compassione

Tra i vari modelli di TCC di terza generazione, il modello della Terapia Focalizzata sulla Compassione (*Compassion Focused Therapy*, CFT) di Gilbert (2000b) è probabilmente quello che maggiormente si è focalizzato sul ruolo della vergogna in psicopatologia, mirando alla creazione di interventi terapeutici *ad hoc*. Il lavoro di Gilbert è nato da una serie di osservazioni cliniche raccolte durante il lavoro svolto su pazienti con intensi vissuti di vergogna e una spiccata tendenza all'autocritica. Questi individui mostravano grandi difficoltà a provare affetto

e compassione verso se stessi, a regolare le proprie emozioni e ad auto-rassicurarsi. L'autore ha osservato che i pazienti con queste caratteristiche non traggono alcun vantaggio dalle classiche tecniche della TCC.

Avvalendosi di opportune tecniche, invece, la CFT si propone di ovviare alle difficoltà e alle resistenze del paziente nel provare compassione (o empatia) verso se stesso. Lo scopo principale è quello di incrementare le "abilità di compassione" nel paziente, favorendo lo sviluppo di atteggiamenti di affetto, calore, gentilezza e supporto verso se stessi, mediante l'utilizzo di esercizi sulle immagini e sui pensieri personali. In questo modo il paziente diviene via via sempre più capace di accettare e perdonare certi aspetti negativi del sé, riducendo i livelli di percepita ostilità interna. Analogamente, Matos e Gouveia (2010) hanno suggerito che all'interno della CFT, i pazienti poco compassionevoli (verso se stessi o nel ricevere compassione dagli altri), possono riattivare esperienze emozionali legate alle figure di attaccamento, innescando in essi reazioni di attacco o fuga (Gilbert 2007, 2010). Diviene, quindi, necessario lavorare sui significati autobiografici dell'individuo, al fine di renderne meno traumatico l'impatto, in modo da modificare gli schemi relazionali disfunzionali e i modelli operativi interni di sé e degli altri. Oltre alle più note tecniche della TCC, il terapeuta lavora sulla relazione con il paziente anche attraverso la comunicazione non-verbale.

Infine, nell'affrontare vissuti di vergogna patologica in terapia è fondamentale, oltre all'intervento sui vissuti autobiografici, focalizzare ed incrementare qualità e punti di forza del paziente. In particolare, questo permette al paziente di sviluppare un maggiore senso di sicurezza, diminuendo l'autocritica e aumentando le capacità di auto-rassicurazione (Gilbert 2000).

5.3.2 La Schema Therapy

La *Schema Therapy* (ST) di Jeffrey Young (Young et al. 2003) è un trattamento che integra alcuni aspetti della TCC con quelli della Teoria dell'Attaccamento (Ainsworth e Bowlby 1991) e con tecniche derivate dai modelli della Gestalt e della *Emotion Focused Therapy* (Greenberg 1979; Greenberg e Elliott 1993; Perls 1969, 1973, 1975). Il focus del modello è incentrato sulla modifica degli schemi disfunzionali, fonte di sofferenza emotiva nel paziente.

Tra i 18 schemi maladattivi identificati da Young, all'interno del dominio di "Distacco e Rifiuto", viene identificato lo "Schema di Inadeguatezza e Vergogna". Le persone che attivano questo schema hanno la sensazione di essere difettose, indegne, sbagliate, inferiori, non amabili e non desiderate. Solitamente esse si vergognano dei difetti che sono convinte di avere, siano essi nascosti (come desideri sessuali inaccettabili o impulsi aggressivi) o manifesti (aspetto fisico poco attraente o difficoltà interpersonali). Lo "Schema di Inadeguatezza e Vergogna", inoltre, rende l'individuo ipersensibile alle critiche e ai rifiuti, facendolo sentire insicuro ed incapace di affrontare anche banali eventi quotidiani. L'origine di questo schema può risiedere in famiglie troppo esigenti e critiche, poco abituate a rinforzare, incoraggiare ed accettare il bambino nel corso del suo sviluppo. Come avviene per la maggior parte degli schemi identificati dalla ST, l'individuo non è consapevole del suo schema, che, piuttosto, viene gestito attraverso meccanismi di evitamento o iper-compensazione, in modo da non entrare in contatto con la sofferenza a cui è associato.

All'interno del trattamento, uno dei primi obiettivi della ST consiste nell'identificare i bisogni emotivi fondamentali non soddisfatti del paziente e, quindi, gli schemi maladattivi a essi associati. In seguito, attraverso opportune tecniche relazionali (come il *limited reparenting* o la confrontazione empatica), cognitive (ABC, *flash-card*, identificare i pro e contro ecc.), comportamentali (*skill training*, *home-work* ecc.) ed esperienziali (*role playing*, *imagery with*

rescripting, tecnica delle sedie ecc.) è possibile aiutare il paziente a soddisfare i bisogni emotivi frustrati e a modificare gli schemi disadattivi.

Nell'affrontare i pazienti con lo "Schema di Inadeguatezza/Vergogna", il terapeuta può avvalersi di diversi interventi, con lo scopo di aiutare il paziente a identificare, e, gradualmente, sostituire o costruire la parte di sé percepita come inadeguata e indegna, con una parte di sé più sana e funzionale, caratterizzata da una maggiore autostima. Inoltre, poiché i pazienti con questo schema spesso hanno avuto figure genitoriali poco comprensive e critiche, all'interno della terapia è importante favorire delle esperienze correttive, volte a soddisfare i bisogni di accettazione, lode e incoraggiamento, spesso frustrati in passato. In questi casi si rivela particolarmente utile la tecnica dell'*'imagery with rescripting* in cui, attraverso il recupero di precisi episodi passati, si aiuta il paziente a esplicitare emozioni (come la rabbia) o bisogni (ad esempio, lode o attenzione) provati nei confronti dei genitori. Nella fase di *rescripting* il paziente-adulto (eventualmente con l'aiuto del terapeuta) interviene nella scena con lo scopo di soddisfare in modo adeguato tutti i bisogni di sé-bambino, in modo da permettergli di esperire, tramite immaginazione, una esperienza emotiva correttiva di validazione, accettazione, lode e amore. Lo scopo delle tecniche utilizzate dalla ST consiste nel soddisfare tutti i bisogni emotivi primari frustrati del paziente, in modo da modificare gradualmente gli schemi disadattivi, permettendo, infine, di sviluppare una sana autonomia, promuovendo abilità interpersonali e di regolazione delle emozioni appropriate.

5.3.3 L'Acceptance Commitment Therapy

L'*Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes et al. 1999, 2005), meglio nota come ACT, è un modello terapeutico che ha come obiettivo quello di incrementare la flessibilità psicologica dell'individuo. Accettazione e *commitment* (impegno) rappresentano i due processi terapeutici centrali dell'ACT, dove la prima viene intesa come l'addestramento a stare dentro la sofferenza, piuttosto che contrastarla, mentre l'impegno si riferisce alla capacità di pianificare e mettere in atto azioni guidate dai propri valori. All'interno dei due processi si collocano sei sotto-processi di cambiamenti che includono defusione, accettazione, contatto con il momento presente, sé come contesto, scelta dei valori e azione impegnata.

Il modello dell'ACT non identifica tecniche specifiche per ciascun disturbo, ma viene utilizzato in modo generico su diversi tipi di esperienze psicologiche, tra cui quelle caratterizzate da elevati livelli di vergogna. Recentemente, uno studio condotto da Luoma e collaboratori (2012), ha esaminato il ruolo della vergogna nei disturbi da abuso di sostanze, verificando l'efficacia di un trattamento basato sull'ACT. Lo studio è stato condotto nell'arco di 28 giorni, coinvolgendo 133 pazienti (di cui il 61% erano donne), all'interno di un programma residenziale di trattamento per dipendenze. I risultati hanno mostrato che l'ACT risulta essere un trattamento meno efficace nell'immediato, rispetto al trattamento usuale (TAU), ma mostra maggiori riduzioni nell'intensità delle emozioni di vergogna a 4 mesi di follow-up. Coloro che avevano frequentato il gruppo ACT evidenziavano maggiore adesione al trattamento ed un minor numero di ricadute, rispetto al TAU. Questi dati sembrano indicare che, così come altri modelli, anche l'approccio ACT applicato a pazienti con intensi vissuti di vergogna, può rappresentare una modalità efficace di trattamento e risoluzione di problematiche legate alla vergogna psicopatologica.

6. Conclusioni

Da questa rassegna bibliografica emerge come la vergogna rappresenti un'emozione sociale complessa e multi-sfaccettata. In letteratura, il costrutto è stato definito, o suddiviso, in più modi

(i.e., vergogna interna, esterna, primaria, secondaria, implicita, esplicita, meta-vergogna ecc.) e associato, o confuso, con altri stati emotivi quali timidezza, imbarazzo o senso di colpa. I dati a oggi raccolti sembrano indicare che questa emozione si declina in modi diversi nella manifestazione e nel ruolo assunto, in base al contesto e a eventuali patologie specifiche, all'interno delle quali emerge la vergogna. La vergogna interna ad esempio, sembra essere maggiormente associata agli stati depressivi e alla sintomatologia bulimica, mentre quella esterna è prevalente nell'anoressia e, insieme alla meta-vergogna, sembra assumere un ruolo chiave nel mantenimento della fobia sociale. Inoltre, la vergogna corporea sembra riguardare soprattutto i disturbi alimentari *in toto* e le patologie associate a traumi sessuali, così come la vergogna secondaria sembra coinvolta in alcuni aspetti del DPTS.

Queste considerazioni ci guidano verso una rivalutazione della vergogna, intesa come un'emozione ad ampio spettro, che deve essere esplorata accuratamente in ambito psicopatologico, proprio in virtù dei suoi legami preferenziali con alcune problematiche psicologiche. Riteniamo che essa potrebbe rappresentare un'emozione-spia, da considerare con attenzione anche nelle fasi iniziali di *assessment*.

Risulta interessante il modo in cui la vergogna sembra creare, in alcuni disturbi, dei circoli viziosi di mantenimento, come accade nella depressione e nelle condotte autolesive del disturbo borderline di personalità: nel primo caso la vergogna, evocando un senso di impotenza e fallimento, rinforza i vissuti depressivi, nel secondo comporta un tentativo di coping che ha come esito l'aumento del senso di indegnità.

A concorrere allo sviluppo di vissuti, credenze e schemi interni basati su livelli eccessivi di vergogna, ci sono anche le esperienze negative infantili, legate sia all'ambiente familiare che al contesto sociale di appartenenza. Ad esempio, esperienze traumatiche precoci di vario genere (i.e., abusi sessuali, bullismo e stili educativi disfunzionali) possono favorire una predisposizione alla vergogna associata allo sviluppo successivo di un disturbo alimentare. Molte pazienti con BN riportano di aver subito abusi sessuali in età infantile e i dati in letteratura mostrano che, in questi casi, esperienze emotive come la paura dell'abbandono, la sfiducia negli altri e il bisogno di inibire le risposte emotive conseguenti all'abuso sembrano proprio scatenare le abbuffate e le condotte di compenso. Analogamente, nell'ambito dei disturbi di personalità la presenza di schemi generatisi da esperienze di inadeguatezza, non-accettazione, critica e abuso, sembrano fondamentali nello sviluppo di un sé percepito come difettoso, indegno e non-amabile che, nello specifico caso del DBP, è alla base dei comportamenti autolesivi e della bassa autostima.

Vi sono, poi, alcuni disturbi, come il disturbo narcisistico di personalità o l'ansia sociale, in cui il ruolo della vergogna, soprattutto quella di tipo esterno nella fobia sociale, sembra ricoprire un ruolo chiave, ma senza che, ad oggi, vi siano dati a sufficienza per spiegarne i meccanismi.

È interessante, infine, osservare come, nonostante la frequente confusione e sovrapposizione di vergogna e colpa, quasi tutti i dati in letteratura vadano a favore di una netta distinzione tra le due emozioni, soprattutto considerando il diverso ruolo che queste assumono in patologie come i disturbi d'ansia (Hedman et al. 2013), e nella predisposizione all'uso di sostanze (Dearing et al. 2005).

Alla luce di quanto emerso, sembra fondamentale il contributo emergente fornito dai nuovi modelli della TCC, che evidenziano l'importanza di indagare e, quindi, di intervenire sulle emozioni e sui vissuti di vergogna del paziente all'interno del processo psicoterapico.

La natura della vergogna, come emozione che sottende contenuti che il paziente non riesce a svelare, potrebbe suggerire ai clinici di esplorare con attenzione ed una particolare sensibilità le tematiche da essa connotate, nel tentativo di favorirne un'espressione utile sia sul piano della formulazione, sia della creazione dell'alleanza terapeutica.

Riflessioni per sviluppi futuri

Da una accurata riflessione sui punti salienti emersi da questa rassegna sulla vergogna, emergono punti focali su cui potersi soffermare come proposte di studio futuro al fine di approfondire il ruolo che questa emozione assume in termini di predisposizione e mantenimento all'interno di specifici disturbi psichici in modo da arricchire le modalità di trattamento terapeutico attraverso una maggiore conoscenza dei relativi cicli cognitivo-emozionali che possono rivelarsi.

Come accennato nel corso dell'articolo, alcune ricerche suggeriscono degli utili spunti di intervento per il trattamento della vergogna (in particolar modo per i problemi di uso di sostanze), suggerendo, in alcuni casi, la necessità di rafforzare il senso di propensione alla colpa, in alcune patologie, ma diminuendo il senso di vergogna. Alcuni studi (Hoglund e Nicholas 1995; Leith e Baumeister 1998; Tangney et al. 1996), coerentemente tra loro, individuano nella colpa uno stile di risposta emotiva più adattivo rispetto alla vergogna. Queste emozioni sembrano mostrare differenti abilità adattive alla pro socialità (Baumeister et al. 1994; Tangney et al. 1996).

Sembrerebbe che la tendenza a sperimentare vergogna possa predisporre all'uso di alcol o droghe, la cui assunzione viene utilizzata come strategia di coping per vissuti emotivi negativi, tra cui la stessa vergogna. Potrebbe, su questa linea, in alcuni casi, essere utile indirizzare le tecniche della TCC in modo da spostare le reazioni di vergogna disadattive verso risposte di colpa più adattive. Tali suggerimenti, però, avrebbero bisogno di beneficiare di una più solida convalida empirica.

Inoltre, si è visto come esperienze infantili negative, quali abusi sessuali, maltrattamenti e esperienze di bullismo, memorizzate come esperienze traumatiche di contenuto vergognoso, possano divenire fattori predisponenti per diverse patologie (DCA, DPTS, DBP e depressione). A tal riguardo, riuscire a riconoscere preventivamente alcuni ruoli e funzioni giocati dalla vergogna all'interno di quadri di personalità complessa, potrebbe essere utile per intraprendere percorsi terapeutici prima che riabilitativi, di supporto, tesi a rafforzare le risorse dell'individuo e a indebolire il consolidamento di schemi cognitivi e comportamentali disfunzionali. Tutto ciò renderebbe possibile l'intervento in fase preventiva, ovvero prima dell'insorgenza di un vero e proprio disturbo clinico. Dagli studi di Skarderud (2007) e Burney e Harvey (2000) è emerso che la vergogna interna, probabilmente strutturata intorno ad esperienze infantili di abusi e/o rifiuti, possa predisporre allo sviluppo di DCA. Nello specifico la vergogna corporea aumenta i sintomi anoressici (Troop e Redshaw 2012), mentre la vergogna di tipo interno è associata alla sintomatologia bulimica (Goss e Allan 2009). Questi dati meriterebbero un ulteriore approfondimento, con l'obiettivo di comprendere meglio i cicli cognitivo-emozionali in cui la vergogna fungerebbe da *trigger* sia nell'evitamento del cibo, che nell'abbuffata. Sempre ai fini terapeutici sarebbe utile, inoltre, approfondire il modo in cui il ciclo vergogna-orgoglio alimenta e mantiene il DCA, in linea con quanto emerso dallo studio di Goss e Allan (2009).

Infine, abbiamo rilevato come soggetti che sperimentano elevati livelli di vergogna (caratterizzati da riservatezza, timidezza, insicurezza, senso di inadeguatezza o inferiorità) in situazioni sociali di confronto o di difficile gestione emotiva, tendano a mettere in atto un repertorio di risposte emotive e/o comportamentali opposte al loro *cliché*, manifestandosi, a volte, come esagerate o sotto forma di rabbia esplosiva (verbale o comportamentale). Queste reazioni sono particolarmente osservabili nell'ambito dei disturbi di personalità, e, soprattutto, nei pazienti con disturbo borderline di personalità. Tale dinamica, apparentemente paradossale, può essere compresa alla luce delle osservazioni di Potter-Efron e Potter-Efron (1998) e di Rossi et al. (2011), i quali ipotizzano l'esistenza di comportamenti di compensazione che emergono,

pur restando la vergogna celata, sotto forma di reazioni di biasimo, critica verso gli altri, rabbia e attacco o di perfezionismo (derivante dalla convinzione che solo se si è perfetti non si è suscettibili al giudizio negativo altrui). Tali comportamenti di compensazione nascerebbero, secondo la teoria dei ranghi (Price & Sloman 1987; Gilbert 1992), come strategia difensiva per il soggetto vergognoso al fine di preservare un certo status gerarchico nel confronto sociale, ai suoi occhi gravemente minato dalle proprie scarse potenzialità. Analogamente, nell'ottica della *Schema Therapy* i meccanismi di iper-compensazione deriverebbero dal tentativo dell'individuo di reagire al suo schema di vergogna in modo da mantenerlo, sebbene sia esso disfunzionale. In futuro, potrebbe essere interessante, dunque, approfondire i processi cognitivi e il ruolo di esperienze precoci sottostanti tali dinamiche, in modo da capire in che modo elevati livelli di vergogna attivino credenze e comportamenti secondari di rabbia, apparentemente opposti e dissonanti con le caratteristiche di personalità del soggetto "vergognoso".

Bibliografia

- Ainsworth M & Bowlby J (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist* 46, 333-341.
- Alessandri S M & Lewis M (1996). Differences in pride and shame in maltreated and non-maltreated preschoolers. *Child Development* 67, 1857-1869.
- Allan S & Gilbert P (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology* 36, 467-488.
- Amstader A B & Vernon L L (2008). Emotional reactions during and after trauma: A comparison of trauma types. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 16, 391-408.
- Andrews B (1995). Bodily Shame as a Mediator Between Abusive Experiences and Depression. *Journal of Abnormal Psychology* 2, 277-285.
- Andrews B & Hunter E (1997). Shame, Early Abuse, and Course of Depression in a Clinical Sample: A Preliminary Study. *Cognition and Emotion* 1, 373-381.
- Andrews B, Qian M, Valentine J D (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal Clinical Psychology* 41, 29-42.
- Anolli L (2000). *La vergogna*. Il Mulino, Bologna.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision) Washington.
- Baumeister R F (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review* 97, 90-113.
- Baumeister R F, Stillwell A M, Heatherton T F (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin* 115, 243-267.
- Beck A T (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. International University, New York.
- Behary W (2008). *Disarming the narcissist: Surviving and Thriving with the Self-Absorbed*. New Harbinger, Oakland.
- Bellesi G & Gasparre A (2009). Emozioni morali e processi cognitivi: vergogna e colpa nelle esperienze quotidiane e traumatiche. *Cognitivismo Clinico* 6, 2, 144-146.
- Bennett D S, Sullivan, M W Lewis, M (2010). Neglected Children, Shame-Proneness, and Depressive Symptoms. *Child Maltreatment* 15, 305-314.
- Birtchnell J (2000). Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture. *British Journal of Medical Psychology* 73, 431-435.
- Bratton K (2010). Shame, guilt, anger and seeking psychological treatment among a trauma exposed population. *Clinical Psychology*.
- Breed W (1972). Five components of a basic suicide syndrome. *Life-Threatening Behavior* 2, 4-18.
- Broucek J (1991). *Shame and the self*. Guilford Press, New York.
- Brown M Z, Linehan M M, Comtois K A, Murray A, Chapman A L (2009). Shame as

- a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: a multi-modal analysis. *Behaviors Research Therapy* 47, 815-22.
- Budden A (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: a proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social Science Medicine* 69, 1032-9.
- Burney J & Harvey J I, (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Clinical Psychology* 56, 51-61.
- Carni S, Petrocchi N, Del Miglio C, Mancini F, Couyoumdjian A (2013). Intrapsychic and interpersonal guilt: a critical review of the recent literature. *Cognitive Processing* 14, 333-46.
- Castelfranchi C (2005). *Che figura*. Il Mulino, Bologna.
- Cheung M, Gilbert P, Irons C (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences* 36, 1143-1153.
- Clark D M & Wells A (1995). A cognitive model of social phobia. In Heimberg RG, Leibowitz M, Hope DA, Schneider FR (a cura di) *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York.
- Cole P M, Luby J, Sullivan M W (2008). Emotions and the development of childhood depression: Bridging the gap. *Child Development Perspectives* 2, 141-148.
- Cook D R (1987). *Measuring shame: The Internalized Shame Scale*. *Alcoholism Treatment Quarterly*, Vol 4, 197-215.
- Dearing R L, Stuewig J, Tangney J P, (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: relation to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors* 30, 1392-404.
- Dearing R L & Tangey J P, (2011). *Shame in the therapy hour*. American Psychological Association. Washington.
- Doran J & Lewis C A (2011). Components of shame and eating disturbance among clinical and non-clinical populations. *European Eating Disorder Review* 20, 265-70.
- Elison, J, Pulos S, Lennon R (2006). Shame-focused coping: An empirical study of the Compass of Shame. *Social Behavior & Personality* 34, 161-168.
- Elsworthy M (2006). *Shame and pride in eating disorders: A qualitative investigation*. Unpublished doctoral thesis, Leicester University, UK.
- Feiring C & Taska L S (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment* 10, 337-349.
- Fergus T A, Valentiner D P, McGrath P B, Jencius Simon (2010). Shame and guilt-proneness: relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders* 24, 811-815.
- Frank E S (1991). Shame and guilt in eating disorder. *American Journal Orthopsychiatry* 61, 303-6.
- Friedman F A (1999). *Correlations of shame and guilt to personality styles*. Union Institute.
- Gilbert P (1989). *Human Nature and Suffering*. Lawrence Erlbaum Associates, New York.
- Gilbert P (1992). *Depression: the Evolution of Powerlessness*. Lawrence Erlbaum Associates, New York.
- Gilbert P (1993). Defence and Safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology* 32, 131-153.
- Gilbert P (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology* 70, 113-147.
- Gilbert P (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (a cura di) *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology, and culture* 39-54. Lawrence Erlbaum Associates, New York.
- Gilbert P (2000a). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilbert P (2000b). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K G Bailey (a cura di) *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Brunner-Routledge, USA.
- Gilbert P (2007). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. In Gilbert N P & Leahy R (a cura di) *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies*. Brunner-Routledge, USA.
- Gilbert P (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. Routledge, East Sussex.

- Gilbert P & Andrews B (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*. Oxford University Press, New York.
- Gilbert P, Andrews B Oxford, England (1998). What is shame? some core issues and controversies, in *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture* 3-38.
- Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles J N V, Irons C (2004). Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology* 43, 31-50.
- Gilbert P & Procter S (2006). Compassion mind training for people with high shame and self criticism: Overview and pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 13, 353-379.
- Goss K, Gilbert P, Allan S (1994). An exploration of shame measures: The other as shamer scale. *Personality and Individual Differences* 17, 713-717.
- Goss K & Allan S (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology Psychotherapy* 16, 303-16.
- Gramzow R, Tangney I (1992). Proneness to shame and the narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Bulletin* 18, 369-376.
- Greenberg L S (1979). Resolving splits: Use of the two chair technique. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16, 316-324.
- Greenberg L S, Rice L N, Elliott R (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. Guilford Press, New York.
- Greenberg Leslie S, Paivio Sandra C (2000). *Lavorare con le Emozioni in Psicoterapia Integrata*. Sovera Edizioni, Roma.
- Harder D W & Lewis S (1987). The assessment of shame and guilt. In J Butcher & C Spielberg (a cura di), *Advances in personality assessment* 89-114.
- Harder D H & Zalma A (1990). Two promising shame and guilt scales: a construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment* 55, 729-45.
- Harder D W, Cutler L, Rockart L (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of Personality Assessment* 59, 584-604.
- Harder D W, Rockart L, Cutler L (1993). Additional validity evidence for the Harder Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ2): a measure of shame and guilt proneness. *Journal of Clinical Psychology* 49, 345-8.
- Harder D W (1995). Shame and guilt assessment and relationships of shame- guilt- proneness to psychopathology. In Tangney J & Fischer K, (a cura di) *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York.
- Harman R & Lee D (2010). The role of Shame and Self- Critical Thinking in the Development and Maintenance of Current Threat in Post- Traumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 13-24.
- Harper J M & Hoopes M H (1990). *Uncovering shame: An approach integrating individuals with their family systems*. Norton & company incorporated, New York.
- Hartling, L M, Rosen W, Walker M, Jordan J (2000). *Shame and humiliation: from isolation to relation transformation*. Work in progress, Wellesley.
- Hastings M E, Northman L M, Tangney J P (2002). Shame, guilt, and suicide. In Joiner T, Rudd M D (a cura di) *Suicide science: Expanding the boundaries*. Kluwer Academic Publishers, USA.
- Hayaki J, Friedman MA, Brownell K D (2002). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors* 3, 73-83
- Hayes S C, Strosahl K, Wilson K G (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York.
- Hayes S C & Strosahl K D (2005). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer, New York.
- Hedman E, Ström P, Stünkel A, Mörtberg E (2013). Shame and guilt in social anxiety disorder: effects of cognitive behavior therapy and association with social anxiety and depressive symptoms. *Plos One* 19, 8-4.
- Hibbard S (1992). Narcissism, Shame, Masochism, and Object Relations: An Exploratory Correlational

- Study. *Psychoanalytic Psychology* 9, 489-508.
- Hoblitzelle W (1987). Differentiating and measuring shame and guilt: the relation between shame and depression. In H B Lewis (a cura di) *the role of shame in symptom formation* 207-235.
- Hoblitzelle W (1990). The measurement of shame and guilt and the role of shame in depression. *Dissertation Abstracts International* 51 (2-B) 987.
- Hook A & Andrews B (2005). The relationship of non-disclosure in therapy to shame and depression. *British Journal of Clinical Psychology* 44, 425-438.
- Hoglund C L & Nicholas K B (1995). Shame, guilt, and anger in college students exposed to abusive family environments. *Journal of Family Violence* 10, 141-157.
- Izard C E (1977). *Human Emotions*. Springer, New York.
- Jambekar S A, Masheb R M, Grilo C M, (2003). Gender differences in shame in patients with binge-eating disorder. *Obesity Research* 11, 571-7.
- Kaplan H B & Pokorny A D (1976). Self-derogation and suicide. Self-derogation as an antecedent of suicidal responses. *Social Science & Medicine* 10, 113-118.
- Kazdin A E & Wassel G (2000). Therapeutic changes in children, parents and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal American Academy Child Adolescents Psychiatry* 39, 414-420.
- Kelley S A, Brownell C A, Campbell S B (2000). Mastery motivation and self-evaluative affect in toddlers: Longitudinal relations with maternal behaviour. *Child Development* 71, 1061-1071.
- Kim S, Thibodeau R, Jorgensen RS (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta analytic review. *Psychological Bulletin* 137, 68-96.
- Keith L, Gillanders D, Simpson S (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical Psychology* 16, 317-327.
- Klein D C (1991). The Humiliation dynamic: An overview. *The Journal of Primary Prevention* 12, 93-121.
- Kleindienst N, Bohus M, Ludaescher P, Limberger M F, Kuenkele K, Ebner-Priemer U, Chapman A, Reicherzer M, Stieglitz R-D, Schmahl C (2008). Motives for non-suicidal self-injury among women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 196, 230-236.
- Kotsch, William E, David W, Gerbing and Lynne E, Schwartz (1982). The Construct Validity of the Differential Emotions Scale as Adapted for Children and Adolescents. In Carroll E & Izard (a cura di) *Measuring Emotions in Infants and Children*. Cambridge University Press, USA.
- Lansky M R (1989). Shame in the family relationships of borderline patients. In Grotstein J S, Solomon M F, Lang J A. Hillsdale N J (a cura di) *The Borderline Patient*, vol 2. 187-199.
- Lee, Scragg P, Turner S (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-bases PTSD. *British Journal of Medical Psychology* 74, 451-467.
- Leidner B, Sheikh H, Ginges J (2012). Affective Dimensions of Intergroup Humiliation. *Plos One* 7, 46375.
- Leith K P & Baumeister R F (1998). Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: Guilt-prone people are better at perspective taking. *Journal of Personality* 66, 1-37.
- Lester D & Yang B (1997). *The economy and suicide: economic perspectives on suicide*. Nova Science publishers, New York.
- Lester D (1998). The association of shame and guilt with suicidality. *Journal of Social Psychology* 138, 535-536.
- Luoma J B, Kohlenberg B S, Hayes S C, Fletcher L (2012). Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 80, 43-53.
- Lewis H B (1971). *Shame and guilt in neurosis*. Guilford Press, New York.
- Lewis M (1992). *Shame: The exposed self*. Free press, New York.
- McKinley N M & Hyde J S (1996). The objectified body consciousness scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly* 20, 181-215.
- Mackinnon A, Jorm A F, Christensen H, Korten A E, Jacomb P A, Rodgers B (1999). A short form of the positive and negative affect schedule: evaluation of factorial validity and invariance across demographic variables in a community sample. *Personality and Individual Differences* 27, 405-416.

- Marschall D E, Sanftner J L, Tangney J P (1994). *The State Shame and Guilt Scale (SSGS)*. George Mason University, Fairfax.
- Matos M & Gouveia J P (2006). *SEI: Shame Experiences Interview*. Unpublished manuscript.
- Matos M & Gouveia J P (2010). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical psychology and Psychotherapy*, 17, 299-312.
- Matos M, Gouveia J P, Costa V (2011). Understanding the importance of attachment in shame traumatic memory relation to depression: the impact of emotion regulation processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 20, 149-65.
- Matos M, Gouveia J P, Duarte C (2012). Above and beyond emotional valence: the unique contribution of central and traumatic shame memories to psychopathology vulnerability. *Memory* 1, 1-17.
- Matos M, Gouveia J P, Gilbert P (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 20, 334-49.
- Miller R S (1995). Embarrassment and social behavior. In Tangney J P, Fischer K W (a cura di) *Self-conscious emotions* 322-339.
- Mills R S L (2003). Possible antecedents and developmental implications of shame in young girls. *Infant and Child Development*, 12, 329-349.
- Miller R S (2007). Is embarrassment a blessing or a curse? In Tracy JL, Robins RW, Tangney JP (a cura di) *The self-conscious emotions: theory and research* 245-262.
- Mills R L, Imm G P, Walling B R, Weiler H A (2008). Cortisol reactivity and regulation associated with shame responding in early childhood. *Developmental Psychology* 44, 1369-1380.
- Miner-Rubino K, Twenge J M, Fredrickson B C (2002). Trait self-objectification in women: Affective and personality correlates. *Journal of Research in Personality* 36, 147-172.
- Mollon P, (1984). Shame in relation to narcissistic disturbance. *The British Journal Medical Psycholog* 57, 207-14.
- Mokros H B (1995). Suicide and shame. *American Behavioral Scientist* 38, 1091-1103.
- Montebarocci O, Surcinelli P, Baldaro B, Trombini E, Rossi N (2004). Narcissism versus proneness to shame and guilt. *Psychological Reports* 94, 883-887.
- Moscarello R (1992). Victims of violence: Aspect of the “victim-to-patient” process in women. *Canadian Journal of Psychiatry* 37, 497-502.
- Nathanson D L (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the Self*. Norton, New York.
- Okano K (1994). Shame And Social Phobia: A Transcultural viewpoint. *Bulletin of the Menninger Clinic* 58, 323-338.
- Orazi F & Mancini F (2011). Processi Cognitivi e Meccanismi di Mantenimento. In Procacci M., Popolo R., Marsigli N. (a cura di), *Ansia e ritiro sociale*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Padesky C A, (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical psychology and psycoterapy* 5, 267-268.
- Parks E S (2002). *The relationship between shame, anger, and narcissism: Exploratory path analysis of the shame-rage dynamic*. Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering 64, 2972.
- Pedon A (2005). *Elementi introduttivi ai test psicologici*. Borla, Milano.
- Perls F S (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Real People Press, Lafayette.
- Perls F S (1973). *The Gestalt approach and eyewitness to therapy*. Science and Behavior Books, Palo Alto.
- Perls F S (1975). *Legacy from Fritz*. Science and Behavior Books, Palo Alto.
- Platt M & Freyd J (2012). Trauma and Negative Underlying Assumptions in Feelings of Shame: An Exploratory Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy* 4, 370-378.
- Potter-Efron R & Potter-Efron P (1998). *Vincere la vergogna. Come superare timidezza, imbarazzo, rossori e senso di colpa*. Franco Angeli.
- Price J S & Sloman L (1987). Depression as yielding behaviour: an animal model based on Schjelderup-Ebb's pecking order. *Ethology and Sociobiology* 8 (suppl.) 85-98.
- Rapee R M & Heimberg R G (1997) A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Reserch Therapy* 35, 741-756.
- Rizvi S L (2010). Development and Preliminary Validation of a New Measure to Assess Shame: The Shame

- Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 32, 438-44.
- Rizvi S L & Lenehan, (2005). The Treatment of Maladaptive Shame in Borderline Personality Disorder: A Pilot Study of "Opposite Action". *Cognitive and Behavioral Practice* 12, 437-447.
- Rosenthal M, Cukrowicz K, Cheavens J, Lynch T (2006). Self-punishment as a regulation strategy in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 20, 232-246.
- Rossi A, Danielski V, Pertile R, Bisceglie A R, Bontempi S, Lessio L, Rosini S, Russo E C, Minelli A (2011). Costituenti cognitive di invidia, vergogna e senso di colpa associate alla gravità della psicopatologia. *Cognitivismo clinico* 8, 95-115.
- Rüsch N, Lieb K, Göttler I, Hermann C, Schramm E, Richter H, Jacob G A, Corrigan P W, Bohus M (2007a). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 164, 500-508.
- Rüsch N, Corrigan P W, Bohus M, Kühler , Jacob G A, Bruech R, Lieb K (2007b). Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *American Journal of Psychiatry* 150, 313-325.
- Scheff T J (1990). *Microsociology*. University of Chicago Press, London.
- Scheff T J & Retzinger S M (1991). *Violent emotions: shame and rage in destructive conflicts*. Authors guild, USA.
- Schoenleber M & Berenbaum H (2010). Shame aversion and shame-proneness in cluster c personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 119, 197-20
- Schore A N (1994). Effect of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant health. *Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences University of California at Los Angeles School of Medicine*.
- Schore A N (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 8, 59-87.
- Schore A N (1997). A century after Freud's Project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand? *Journal of the American Psychoanalytic Association* 45, 841-867.
- Skarderud F (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review* 15, 81-97.
- Silvestrini C & Pancheri P (2000). *La fobia sociale*. Mediserve, Firenze.
- Smith R (1987). *Unemployment and health*. Oxford University Press, Oxford.
- Stone A M (1992). The role of shame in post traumatic stress disorder. *American Journal of Orthopsychiatry* 62, 131-136.
- Stuewig J & McCloskey L A (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment* 10, 324-336.
- Tangney J P (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the self-conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality & Social Psychology* 59, 201-211.
- Tangney J P, Wagner P E, Hill B D, Marschall D E, Gramzow R (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology* 70, 797-809.
- Tangney J P, Dearing R L, Wagner P E, Gramzow R (2000). *The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)*. George Mason University, Fairfax VA.
- Tangney J P & Dearing R L (2002). *Shame and Guilt*. Guilford, New York.
- Tangney J P, Stuewig J, Mashek D J (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology* 58, 345-372.
- Thompson R & Berenbaum H (2006). Shame reactions to everyday dilemmas are associated with depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research* 30, 415-425.
- Toth S L, Cicchetti D, Macfie J, Emde R N (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and Psychopathology* 9, 781-796.
- Tracy J L & Robins R W (2007). *The self-conscious emotions: where self and emotion meet*. Psychology Press, New York.

La vergogna in psicopatologia

- Troop N A, Sottrilli S, Serpell L, Treasure J L (2006). Establishing a useful distinction between current and anticipated bodily shame in eating disorders. *Eating Weight Disorders* 11, 83-90.
- Troop N A, Allan S, Serpell L, Treasure J L (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorder Review* 16, 480-8.
- Troop N A & Redshaw C (2012). General shame and bodily shame in eating disorders: A 2.5 year longitudinal study. *European Eating Disorder Review*.
- Turner J E (1998). *An investigation of shame reactions, motivation, and achievement in a difficult college course*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas..
- Watson D, Clark L A, Tellegen A (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 54, 1063–1070.
- Wilson M (1981). Suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 11, 131-140.
- Wilson S R, Rack J J, Shi X, Norris A M (2008). Comparing physically abusive, neglectful, and non-maltreating parents during interactions with their children : A meta-analysis of observational studies. *Child Abuse & Neglect* 32, 897-911.
- Wink I (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology* 61, 590- 597.
- Wong M R & Cook D (1992). Shame and its contribution to PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 5, 557-562.
- Wright F, O’Leary J, Balkin J (1989). Shame, guilt, narcissism and depression: correlates and sex differences. *Psychoanalytic Psychology* 6, 217-230.
- Young J E (1999). *Cognitive therapy for personalità disorders: A schema-focused approach* (3rded.). Professional Resource Press, Sarasota.
- Young J E, Klosko J S, Weishaar M E (2003). *Schema therapy: A practitioner’s guide*. Guilford Publications, New York.