

EMOZIONI MORALI E PROCESSI COGNITIVI: VERGOGNA E COLPA NELLE ESPERIENZE QUOTIDIANE E TRAUMATICHE

Guglielmo Bellelli e Anna Gasparre

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bari

Piazza Umberto I, 70122 Bari

g.bellelli@psico.uniba.it, a.gasparre@psico.uniba.it - Telefono: (+39) 0805714255 - Fax: (+39) 0805714886

Riassunto

Il presente contributo esplora le funzioni e le determinanti delle emozioni morali, con particolare riferimento alle emozioni cosiddette self-conscious valutative (vergogna e senso di colpa) e alla loro distinzione in termini di valutazioni cognitive e strategie di regolazione implicate. Più in particolare affronta il ruolo svolto da queste emozioni nel processo di elaborazione cognitiva di un evento traumatico nel Disturbo Post - traumatico da Stress (DPTS). Infine si suggeriscono alcune considerazioni circa le implicazioni cliniche della vergogna e della colpa nell'assessment e nel trattamento del DPTS.

Parole Chiave: emozioni morali, colpa, vergogna, trauma

MORAL EMOTIONS AND COGNITIVE PROCESSES: SHAME AND GUILT IN DAILY LIFE AND TRAUMATIC EXPERIENCES

Abstract

The present paper aims at exploring the functions and the determinants of moral emotions, with particular reference to the so-called evaluative self-conscious emotions (shame and guilt) and to differences between them in terms of cognitive evaluation and regulation strategies. Particularly the article deals with the role of these emotions on the cognitive processing of the traumatic event in the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Finally, considerations for clinical implications of shame and guilt in the assessment and treatment of PTSD are suggested.

Keywords: moral emotions, guilt, shame, trauma

Fino agli anni '80 il termine "morale" era assai raramente associato a "emozioni". Da un lato una antica tradizione, che viene fatta risalire a Platone, considerava le emozioni come componenti antagonistiche al comportamento morale, di cui il controllo degli impulsi irrazionali costituiva una dimensione fondamentale. Dall'altro il paradigma cognitivo, in quegli anni sempre più dominante, era focalizzato piuttosto sul contributo dei processi di elaborazione dell'informazione nelle diverse attività umane. Le emozioni apparivano un costrutto ancora troppo

vago e legato agli aspetti non razionali (quando non addirittura patologici) delle condotte per poter contribuire allo sviluppo delle condotte più elevate e distintive del comportamento umano. Anche le principali teorie psicologiche sullo sviluppo del comportamento morale (ad es. Kohlberg 1969) erano così centrate sul “ragionamento” morale, rappresentato come un processo ascendente verso lo stadio della moralità post-convenzionale, organizzato intorno a idee più astratte e svincolate dalla considerazione delle conseguenze del comportamento stesso. Fu solo a partire dagli anni '80 che la psicologia cognitivista “scopri” le emozioni, fino ad allora lasciate alla psicologia “dinamica” e alla psicopatologia (Neisser 1967). La psicologia quotidiana, alla quale la conoscenza scientifica cominciava a guardare con molta più attenzione per recuperare la sua “ecologicità”, attribuiva alle emozioni e ai cosiddetti aspetti non razionali del comportamento un peso causale di gran lunga maggiore di quello loro attribuito dalla psicologia accademica. Gli scienziati cominciarono così a indagare i modi della rappresentazione mentale dei concetti emozionali, il ruolo delle diverse emozioni nei processi di attribuzione causale, e soprattutto si svilupparono modelli cognitivi delle emozioni, nei quali il contributo dei processi di elaborazione delle informazioni (*appraisals*) era fondamentale. L'enfasi posta sull'analisi dei processi “valutativi” all'origine delle risposte emotive, costituiva la premessa perché fossero considerate anche le valutazioni relative alla conformità agli standard etico-sociali. Il modello “*Stimulus Evaluation Check*” (SEC) di Scherer (1984), infatti introduce, come criterio ultimo di un processo generativo sequenziale, la conformità agli standard sociali e morali. Da una posizione opposta, Zajonc (1984) affermava la “*primacy*” dell'affect e avviava un programma in cui le emozioni venivano totalmente affrancate da qualsiasi ruolo costruttivo della cognizione. L'associazione “emozioni- comportamento morale”, dapprima quasi inesistente, cresce tuttavia rapidamente fino a quasi rovesciare i rapporti di forza con l'interesse per il ruolo dei processi di elaborazione dell'informazione. I contributi sulle emozioni morali erano solo 50, negli anni 1975-1984, contro gli oltre 500 (547) di quelli sul ragionamento morale. Venti anni dopo, nel decennio 1995-2004, erano rispettivamente 505 e 1.005, ma, negli anni 2004-9, gli studi sulle emozioni morali salivano a 603 e quelli sul ragionamento morale superavano di poco i 500 (511).

Ma in quale senso le emozioni sono “moralì”?

In un primo senso generale, la moralità può essere concepita in base alle sue caratteristiche formali, di universalità, prescrittività (o proscrittività), l'andare oltre i criteri di ciò che è opportuno o conveniente. In una seconda accezione, la moralità dipende dalla misura in cui una condotta è collegata (o finalizzata) agli interessi o al benessere degli “altri”, intesi come entità collettiva (il gruppo, la società), o – più semplicemente – come “altre persone”, diverse da colui che espleta o valuta il comportamento (Haidt 2003). In questa seconda accezione, possono essere intese come morali tutte le emozioni che hanno effetti morali, vale a dire promuovono/minacciano, ovvero esprimano valutazioni su comportamenti che promuovono o minacciano gli interessi o il benessere delle persone o dei gruppi con le quali ci rapportiamo. In altri termini, sono morali le emozioni che “motivano” il comportamento morale o “rispondono” alle sue violazioni (Haidt 2003). Più in generale, le emozioni morali moderano il comportamento morale, ovvero i rapporti tra gli standard morali di un gruppo e le decisioni concrete degli individui (Tangney, Stueweg e Mashek 2007).

In questo ambito hanno assunto un ruolo particolare le emozioni cosiddette *self-conscious* (Lewis 2000), ossia quelle emozioni nelle quali sono fondamentali la riflessione sul sé e la valutazione del sé. Essendovi implicate delle abilità complesse, costituiscono delle emozioni più evolute, che emergono più tardi, nello sviluppo umano, successivamente alla comparsa delle emozioni primarie, le quali si manifestano già nei primi sei mesi di vita. Esse si sviluppano solo a partire dalla metà del secondo anno di vita, allorquando emerge nel bambino la coscienza o la

consapevolezza obiettiva di sé. Si tratta dell'imbarazzo, dell'invidia e dell'empatia, anche se quest'ultima non può esser considerata propriamente una emozione, sebbene svolga un ruolo importante nello sviluppo delle valutazioni morali. Ancora più tardi si sviluppano le emozioni *self-conscious* valutative (vergogna, senso di colpa, orgoglio), con le quali il bambino apprende a valutare il proprio stesso comportamento confrontandolo con uno standard esterno o interno. Sono queste ultime (soprattutto il senso di colpa e la vergogna) quelle più frequentemente associate al comportamento morale. Esse hanno effetti morali in quanto danno origine ad un feedback immediato sull'accettabilità morale o sociale di un comportamento e degli effetti, anche anticipati, di esso. Anche altre emozioni, nelle quali vi è un ruolo minore o comunque non "critico" della riflessione sul sé, possono tuttavia assumere lo stesso carattere di emozioni morali (Tracy e Robins 2004). La rabbia, ad esempio, nella sua forma primaria, emerge fondamentalmente da una situazione di blocco degli scopi e dalla frustrazione che ne consegue. In questo senso la rabbia è "amorale". Oatley e Johnson Laird (1987) considerano del resto la rabbia come una emozione, che, in quanto primaria, è priva di contenuto proposizionale. La rabbia può tuttavia assumere connotati morali nella misura in cui essa includa la consapevolezza che la frustrazione è inflitta da un agente esterno ed è "ingiusta". Scherer (2000) descrive infatti la rabbia come una emozione che insorge in situazioni inattese, spiacevoli, che ostacolano il raggiungimento di scopi, causate da altre persone e che possono essere percepite come ingiuste. La rabbia può inoltre adempiere a funzioni morali quando sollecita una riparazione. Essa può essere in un certo senso considerata come una "guardiana della morale", allo stesso modo delle altre emozioni che, secondo Izard (1977), costituiscono la "triade dell'ostilità", il disgusto e il disprezzo. Essendo sensibile alle violazioni dei diritti e della giustizia, la rabbia risponde alle esigenze della "morale dell'autonomia" descritta da Shweder et al. (1997). Il disgusto, la cui funzione originaria è quella della protezione (attraverso il rifiuto) dagli alimenti pericolosi, per preadattamento culturale (Mayr 1960), estende la sua difesa ai comportamenti (scandalosi, ipocriti) e alle idee (autoritarie, razziste, misogine) immorali. Il disgusto sanziona le violazioni della purezza fisica (tabù sessuali), religiosa (eresie, condotte blasfeme) o ideologica (deviazionismi). Come tale appare rispondere maggiormente alle caratteristiche dell' "etica della divinità" (Shweder et al. cit.). Il disprezzo infine ha la funzione di mantenere le distinzioni di rango e di prestigio, e come tale è deputato a controllare e sanzionare coloro che violano l'ordine sociale e morale, infliggendo o marcando la riduzione del loro status, come una forma di degradazione simbolica (etica della comunità).

Sono però soprattutto il senso di colpa e la vergogna (le emozioni che Ortony, Clore e Collins definiscono "*self-reproach*") e, sul versante positivo, in misura assai minore, l'orgoglio, le emozioni di gran lunga più studiate nei contesti morali. L'imbarazzo, che pure è descritto per diversi aspetti simile alla vergogna, ad essa associato e talvolta confuso, ha assai minor rilievo, riferendosi a contesti più sociali che direttamente morali (e di fatti il termine *embarrasement* non appare associato a *moral*).

Vergogna e colpa sono emozioni spesso associate e talvolta confuse tra loro nella lingua inglese. È ad esempio interessante notare che, nella loro analisi classica sulla struttura cognitiva delle emozioni, Ortony, Clore e Collins (1988), pur citando la vergogna e il "sentirsi in colpa" come facenti parte delle emozioni cosiddette "*self-reproach*", in effetti considerano solo la vergogna come un'emozione morale, in quanto fa riferimento alla consapevolezza di una violazione "importante", ossia "non scusabile" di uno standard. Diversamente, il senso di colpa è concepito come una sorta di mistura di imbarazzo e rammarico, e non è "morale", in quanto esso non è necessariamente riferita alla violazione di uno standard morale, ma esprime semplicemente la convinzione di essere responsabili, anche solo "tecnicamente", di qualcosa (pp. 142-3).

Anche in molte culture non occidentali collettiviste il senso di colpa è meno elaborato, prevalendo il riferimento alla vergogna o a una mescolanza di vergogna e imbarazzo.

In letteratura vi sono vari tentativi di distinzione tra vergogna e colpa. Una prima è basata sul tipo di evento elicitante: ad es. la distinzione tra trasgressioni di tipo sociale o morale. Secondo Sabini e Silver (1997) il senso di colpa, più della vergogna, sarebbe specificamente associato alle violazioni morali. Tuttavia vi è una evidenza relativamente scarsa della effettiva distinzione degli eventi tipici di insorgenza della vergogna e della colpa, sia nei bambini che negli adulti. Alcuni eventi tipici di trasgressione “morale”, come il mentire, o “sociale”, come il disobbedire, sono infatti considerati capaci di suscitare vergogna o colpa indifferentemente (Tangney et al. 2004; Tracy e Robins 2007). Inoltre la vergogna viene riportata in una molteplicità di contesti di trasgressione sia morali che sociali.

Un secondo tentativo di distinzione si basa sul carattere privato o pubblico della trasgressione. Il primo sarebbe proprio della colpa, mentre la vergogna nascerebbe tipicamente nei contesti pubblici. Ma le esperienze “solitarie”, e quindi private, di vergogna hanno una frequenza del tutto simile a quella del senso di colpa. Per quanto riguarda le situazioni “pubbliche”, Tangney et al. (1994) riferiscono che bambini e adulti provano vergogna o colpa nella stessa misura in presenza di altre persone. Di più, nelle narrazioni relative ad episodi di vergogna, quest’ultima appare suscitata più spesso da eventi privati che pubblici, rispetto alla colpa (Tracy e Robins 2007).

Vergogna e senso di colpa potrebbero essere differenziate in base ad un diverso orientamento: più egocentrico (nella vergogna) e più orientato verso gli altri nel senso di colpa. La vergogna appare più focalizzata sul sé: le persone che provano vergogna sarebbero più preoccupate della valutazione di sé da parte degli altri, in quanto le valutazioni negative degli altri conducono ad una valutazione negativa di sé (*bad self*). Al contrario, la colpa appare più decentrata: un comportamento negativo, commesso dall’individuo, è visto come relativamente separato dal sé (*bad behaviour*) e quindi tale da non comportare automaticamente anche una valutazione negativa del sé. Conseguentemente la persona che si sente in colpa può più facilmente focalizzarsi sulle conseguenze della sua azione sugli altri e “preoccuparsi” per loro, ciò che le permette di assumere una connotazione più direttamente morale.

La distinzione tra *self/behaviour focus* (Lewis 1971) è al centro anche nel modello dell’*appraisal* di Tracy e Robins (2007). Secondo questo modello, imbarazzo, orgoglio, vergogna, senso di colpa, sono tutte emozioni originate da una focalizzazione dell’attenzione sulle rappresentazioni di sé, pubbliche o private. Vergogna, colpa e imbarazzo sono suscitate quando l’evento (l’azione commessa) è rilevante e incongruente con gli scopi identitari dell’individuo, tale da comportare una valutazione negativa, e quando la causalità di esso è attribuita ad un fattore interno (il sé), piuttosto che esterno. La specificità dell’emozione provata è determinata dal grado di controllabilità, stabilità e globalità dell’attribuzione: attribuzioni globali, stabili e incontrollabili sono caratteristiche della vergogna; attribuzioni più specifiche, instabili e controllabili sono caratteristiche del senso di colpa. Simmetricamente, quando l’azione è rilevante, ma congruente con gli scopi identitari dell’individuo (un successo), un’attribuzione interna stabile e globale dà luogo a quella che Tracy e Robins chiamano “*hubris*” (un orgoglio arrogante), mentre un’attribuzione più specifica, instabile e controllabile è caratteristica dell’orgoglio.¹ Vergogna e colpa sono dunque entrambe associate alla consapevolezza di una violazione

¹ In questo modello, anche l’imbarazzo è generato da un’azione incongruente e, secondo gli autori, interna: tuttavia andrebbe osservato che si può provare imbarazzo anche per azioni di altri.

di una norma, indifferentemente sociale o morale. Non sembra possibile distinguerle quindi in base alla natura (sociale o morale) della norma. Esse, tuttavia, non sembrano ugualmente adattive e “moralì”, nel senso del loro riferimento alla prosocialità (Baumeister et al. 1994; Tangney et al. 1996). Se è difficile distinguere vergogna e senso di colpa sulla base dei comportamenti da cui traggono origine, è più facile distinguerle in base alle azioni che esse promuovono. La vergogna è caratterizzata dal tentativo di nascondere, negare, fuggire gli altri (*hiding*). Essa promuove atteggiamenti di difesa, separazione interpersonale, distanza. Al contrario, la colpa sollecita comportamenti direzionati agli altri, riparativi: confessione, scuse, tentativi concreti di correggere le conseguenze negative del comportamento (*amending*). In questo senso esso promuove comportamenti più costruttivi e proattivi.

Questa distinzione appare anche allorquando si considerino vergogna e senso di colpa come caratteristiche disposizionali, ossia come tendenza “cronica” a vergognarsi o a sentirsi in colpa. La propensione alla vergogna appare infatti più egocentrica, focalizzata sulla propria sofferenza. La propensione alla colpa è invece associata maggiormente all’empatia e al *perspective-taking*. Specialmente nel senso di colpa che Mancini (2008) chiama “altruista”, ci si sente in colpa nella misura in cui ci si mette nei panni dell’altro o si prova quello che l’altro ha provato per effetto del nostro comportamento.

Come si è visto, non è possibile distinguere in modo chiaro vergogna e colpa in base ai loro antecedenti: esse insorgono infatti in situazioni ampiamente simili (pubbliche e private, di trasgressioni sociali o morali, ecc.). Inoltre sono frequentemente mescolate tra loro, generando emozioni miste di vergogna e di colpa. Allorquando le emozioni si presentano “pure”, i loro *outcome* appaiono chiaramente differenziati. Quando esse danno luogo a stati misti (la cosiddetta *shameful guilt*), questi diventano assai più confusi e maggiormente simili a quelli della vergogna pura.

Le storie (e le narrazioni) di vergogna pura seguono un modello che McAdams (2001) definirebbe “di contaminazione”. Sono storie nelle quali l’individuo perde la stima di sé e degli altri e la sua innocenza. Esse non lasciano molte vie di uscita. I vissuti intensi, negativi e generalizzati sul sé che li accompagnano, sono insopportabili, e la vergogna diventa facilmente umiliazione. Quando ciò accade, si determina uno slittamento attribuzionale, tramite il quale la responsabilità viene bruscamente esternalizzata, innescando così la rabbia (Lewis 1971). La vergogna è fortemente associata alla rabbia nelle sue forme più distruttive (Tangney 1995), di cui può essere considerata un mediatore. Nelle emozioni quotidiane, la vergogna è l’emozione più fortemente associata alla rabbia. Scheff (1990; 1994) e Retzinger (1991) hanno descritto la *shame rage spiral*, secondo la quale la vergogna innesca sentimenti di rabbia, ai quali seguono comportamenti di ritorsione distruttiva. Alle risposte di rabbia e di risentimento conseguono espressioni di biasimo e vendicatività, da cui il rafforzamento della vergogna.

Depressione, ansia, disturbi alimentari, pensieri suicidari, PTSD sono alcuni degli esiti psicologici associati alla vergogna (Tangney e Dearing 2002). La persona che vive un’esperienza di vergogna cerca rifugio nella distanza interpersonale e nell’isolamento sociale. La mancanza di sostegno e di riconoscimento sociale determina una maggiore vulnerabilità rispetto ai comportamenti a rischio o anti-sociali.

Per quanto una abbondante letteratura classica e specialmente psicoanalitica abbia illustrato i pericoli dei sensi di colpa non adattivi (autobiasimo cronico e ruminazione ossessiva sulla trasgressione, Ellis 1962; Freud 1924; Weiss 1993), gli esiti degli episodi di colpa sono generalmente rappresentati come più positivi (Tangney et al. 2007). La colpa, infatti, facilita lo sviluppo di empatia, e quindi minor rischio di esternalizzazione e di rabbia. Essa implica la consapevolezza delle proprie trasgressioni e un riconoscimento appropriato delle proprie responsabilità.

Il senso di colpa è maggiormente associato con la *disclosure* e l'autoconfessione, e come tale sembra svolgere una funzione inibitoria dei comportamenti anti-sociali e a rischio. Il senso di colpa motiva inoltre la scelta di percorsi "moralì" a lungo termine, spingendo all'accettazione della responsabilità, alla riparazione e alla protezione da future trasgressioni. Quando è pura, non mescolata alla vergogna, la colpa dischiude molti *path* di redenzione (Tangney et al. 2997): la possibilità di correggere un comportamento sbagliato, o di riparare ai suoi effetti negativi, o, quanto meno, la possibilità di un sincero pentimento, accompagnato da scuse e dalla richiesta di perdono. Essa diventa però simile alla vergogna quando le responsabilità dell'azione sono ambigue e l'emozione è mista.

Ma pur essendo così strettamente intrecciate tra loro, vergogna e colpa appartengono davvero alla stessa famiglia di emozioni? Diversi autori propendono infatti separare piuttosto nettamente la loro origine. Secondo Oatley e Johnson-Laird (1987; 1996), vergogna e colpa sono emozioni "complesse", che, diversamente dalle emozioni di base, che ne sono prive, dipendono da un contenuto preposizionale specifico. Il senso di colpa, è, per essi, una emozione complessa che esprime valutazioni in relazione al modello di sé, con un particolare riferimento ad uno stato passato (similmente alla nostalgia e al rimpianto). Come tutte le emozioni complesse, esso poggia su una emozione fondamentale, che, nel caso del senso di colpa, è la tristezza. Diversamente, la vergogna, è un'emozione complessa, che esprime valutazioni di sé in relazione ad altri, e l'emozione di base a cui è collegata è la paura. Il riferimento, rispettivamente alla tristezza e alla paura, comporta una differenza fondamentale. Per Oatley e Johnson-Laird, la tristezza è infatti legata al sistema di attaccamento; la paura, invece, è associata a una separazione (isolamento sociale), a una minaccia da parte di un predatore o di un conspecifico dominante, o a un pericolo fisico. Questa differenza ha spinto anche altri autori, come Gilbert (1989; 2002; 2003), a sostenere che vergogna e senso di colpa hanno differenti origini evolutive. La vergogna apparterrebbe infatti al sistema delle difese dalle minacce, e in particolare dalle minacce sociali: essa emerge dal contesto dei rapporti competitivi con gli altri membri del gruppo e dalla necessità di essere apprezzati o ritenuti desiderabili dal gruppo stesso. Il senso di colpa, invece, apparterrebbe ad una diversa linea evolutiva, quella di un sistema orientato alla cura degli altri e ad evitare di danneggiare gli altri. La vergogna risponde soprattutto alle minacce sociali: essa assegna una speciale attenzione ai possibili competitori e alle persone del gruppo, che possono farci del male, genera ansia sociale e ha le sue principali difese nella fuga o nella sottomissione. Il senso di colpa invece esprime un *concern* più eterocentrato, volto alla promozione del benessere degli altri e soprattutto ad evitare le esperienze di sofferenza degli altri. È all'origine dell'empatia e del "prendersi cura".

Keltner e Haidt, con il loro modello sociale-funzionale (2001), hanno proposto una ipotesi diversa, che comunque distingue nettamente vergogna e colpa, in quanto implicate in diversi sistemi funzionali. L'una e l'altra sono emozioni "primordiali", ossia emozioni fondamentali modellate, nel corso dell'evoluzione, per rispondere ai problemi della convivenza sociale. Esse hanno a che fare in particolare con le funzioni connesse al governo del gruppo. Il senso di colpa è inteso come un'emozione deputata alla promozione della cooperazione e alla disincentivazione delle defezioni (altruismo reciproco), attraverso la riparazione delle trasgressioni della reciprocità. Con il senso di colpa vanno comprese la rabbia morale (che motiva gli altri a riparare alle trasgressioni), la gratitudine (che segnala e compensa i legami cooperativi) e l'invidia (volta a ridurre le differenze ingiuste tra i membri del gruppo). La vergogna (e l'imbarazzo), invece, fanno parte di un diverso sistema emozionale, che ha piuttosto la funzione di preservare l'organizzazione del gruppo attraverso la dominanza e la sottomissione, ossia attraverso la gerarchia. La vergogna fa parte quindi dello stesso gruppo di emozioni, di cui fa parte il disprezzo, col

quale viene ridimensionato lo status di chi tradisce le attese dell'autorità, e la reverenza (*awe*).

Queste ipotesi teoriche trovano un parziale riscontro in indagini condotte a livello individuale sulla struttura dell'appraisal delle emozioni quotidiane (Scherer, Schorr e Johnstone 2001).

In uno studio condotto con un campione di 158 studenti universitari (Bellelli e Gasparre 2009), ai quali erano stati proposti 34 diversi eventi di vita negativi, che potevano essere considerati come antecedenti di tre diverse emozioni negative (paura, rabbia e tristezza), una variante della DES (Izard et al. 1977), in base alla quale i rispondenti erano richiesti di valutare le loro risposte rispetto a 12 diverse emozioni, e il GAQ (Scherer et al. 2000) per indagare gli appraisals, è emersa una correlazione positiva (parzializzando per la vergogna) tra colpa e tristezza ($r = 0,22$; $p < 0,05$) e una correlazione positiva (parzializzando per il senso di colpa) tra vergogna, rabbia ($r = 0,16$; $p < 0,05$) e paura ($r = 0,14$; $p < 0,05$). Inoltre, l'appraisal relativo alla compatibilità morale, parzializzando per le altre emozioni, correla positivamente con il senso di colpa ($r = 0,20$; $p < 0,05$) e negativamente con la vergogna ($r = -0,14$; $p < 0,05$).

Emozioni Morali in Contesti Traumatici: Vergogna, Colpa e DPTS

Le emozioni morali svolgono un ruolo fondamentale nell'*assessment* e nel trattamento delle persone che hanno vissuto esperienze traumatiche. L'evento traumatico è definito come un "fatto violento estremo, fuori dai limiti dell'esperienza umana usuale, che implica l'esperienza diretta, l'essere testimoni o l'aver fronteggiato eventi che comportano minaccia reale o temuta di morte o danno grave per sé o per gli altri" (*Criterio A1*; DSM-IV-TR 2000). In letteratura sono riportati numerosi studi che valutano le conseguenze psichiche in seguito a diverse tipologie di disastri: naturali, tecnologici e provocati volontariamente dall'uomo (es. attacchi terroristici, genocidi ecc.). Differenti tipologie di eventi traumatici sembrano avere un impatto dissimile sulla salute mentale (Norris et al. 1996). Le reazioni suscitate da tali eventi possono includere il disturbo post-traumatico da stress (DPTS), il disturbo depressivo maggiore (MDD), l'abuso d'alcol, i disturbi d'ansia e di somatizzazione, problemi comportamentali (es. violenze domestiche), disturbi della *performance* e della reattività psicologica. Tuttavia, il disturbo più frequentemente riportato dalle vittime di eventi estremi è il DPTS. La maggior parte delle teorie cognitive del DPTS concorda nel ritenere che alla base di tale disturbo vi sia un persistente fallimento del sistema cognitivo di risolvere la discrepanza tra la nuova informazione traumatica e i contenuti degli schemi pre-esistenti al trauma (Horowitz 1986; Janoff-Bulman 1992; Foa e Kozak 1986). Questa discrepanza percepita e gli sforzi cognitivi fatti per risolverla determinano i sintomi classici del DPTS. Accanto alla "paura intensa, impotenza e orrore (*Criterio A2*)", le vittime di eventi traumatici frequentemente esperiscono sintomi quali la riesperienza (continuo rivivere l'evento traumatico; *Criterio B*), l'evitamento/ottundimento (evitamento persistente di stimoli associati con il trauma; *Criterio C*), l'iperattivazione (aumento dell'*arousal*; *Criterio D*). Tuttavia, sebbene la paura e l'orrore siano le emozioni dominanti associate al DPTS, non sono le uniche. Ad esempio Power e Dalgleish (2004) hanno sottolineato la presenza di altre emozioni nel DPTS, quali la colpa e la vergogna, i cui sintomi sembrano esprimere non tanto la distruzione di una sicurezza esterna (è il caso della paura), quanto la frammentazione di un senso interno di sicurezza.

Vergogna e Trauma

Una distinzione utile nel contesto del DPTS è quella tra: i) vergogna esterna *versus* interna;

ii) vergogna secondaria *versus* primaria; iii) vergogna (esterna/interna, primaria/secondaria) *versus* umiliazione.

La *vergogna esterna*, ovvero la credenza di non essere “attraente” agli occhi degli altri (“Come mi vedono gli altri?”), fa riferimento al concetto di “presentazione sociale”, alla credenza che gli altri ci considerano inferiori, inadeguati e deboli. Questa concezione di vergogna è fortemente legata al modello dell’Ansia Sociale di Clark e Wells (1995). La *vergogna interna* riguarda, invece, il “*sé vergognoso*”, e nasce da una considerazione di sé come fundamentalmente inadeguato. La distinzione tra vergogna interna ed esterna è particolarmente importante quando si vuole comprendere il modo in cui le persone percepiscono l’evento traumatico. Le rappresentazioni schematiche del “*sé vergognoso*” (vergogna interna) o del “Come mi vedono gli altri” (vergogna esterna) possono essere attivate attraverso i processi attribuzionali che seguono un evento traumatico. Ad esempio, una persona che ha subito un’aggressione può vedere la propria esperienza come un’ evidenza che conferma la credenza di sé come persona debole e inadeguata, e questo a sua volta può essere associato con la *vergogna interna*. Al contrario, la stessa persona può vedere la sua esperienza come non sufficiente a compromettere la propria idea di sé ma può credere che gli altri la considereranno “inadeguata” per non essere stata in grado di difendere se stessa. Questo *appraisal* può provocare la percezione di inadeguatezza agli occhi degli altri, e quindi alla *vergogna esterna*.

La maggior parte delle ricerche empiriche relative alla vergogna in contesti traumatici ha fatto riferimento alla vergogna come emozione secondaria elicitata attraverso processi attribuzionali. Tuttavia può essere considerata un’ulteriore distinzione tra la vergogna intesa come emozione secondaria e la vergogna come emozione primaria. La *vergogna secondaria* emerge in seguito ad un evento traumatico quando la vittima cerca di comprendere il significato e le cause dell’evento attraverso processi di valutazione cognitiva (Brewin et al. 1996; Weiner 1986). Così la vergogna secondaria può essere associata con i sintomi classici del DPTS (infatti i pensieri e le immagini intrusive stesse forniscono un significato idiosincratico); i quali talvolta possono risultare vergognosi perché valutati come indici di debolezza o difficili da fronteggiare. La vergogna secondaria può essere associata anche con le gli schemi sottostanti della vergogna (*sé vergognoso vs. sé inadeguato agli occhi degli altri*), il cui sviluppo è influenzato dalle esperienze infantili all’interno dei contesti sociali, familiari e culturali (Beck 1976; Padesky 1994). Tali schemi possono essere attivati da un evento traumatico, possono essere associati ad intensi sentimenti di vergogna (vergogna secondaria) e possono diventare problematici durante il trattamento se interferiscono con le abilità individuali di processare i ricordi traumatici. Questo fornisce un’importante *insight* sul perché alcuni eventi traumatici evocano emozioni intense di vergogna, anche quando l’evento non è un evento “ovvio” di vergogna. Per esempio la vittima di un incidente stradale può provare vergogna come risultato dell’essere restato intrappolato all’interno di un rottame ed essersi sentito vulnerabile ed impotente in quella situazione: essa può fare esperienza di una invalidazione del sé a causa dei suoi stessi comportamenti quali urlare, piangere, perdere il controllo ecc. Questi comportamenti vengono codificati all’interno di rappresentazioni schematiche del sé percepito come “debole” e “vergognoso” e connesse alle esperienze infantili. Così, cosa è vergognoso varia a seconda di cosa l’individuo ha imparato a sentire come vergognoso nella propria cultura, sottocultura e famiglia; questo verrà poi rappresentato negli schemi del sé, del mondo e degli altri. Si può però considerare la vergogna anche come un’ *emozione primaria*, a base innata, che si origina al momento dell’esperienza traumatica stessa (peri-traumatica) (Nathanson 1992). L’idea della vergogna come un’emozione primaria implica l’assunzione che l’esperienza della vergogna possa essere simile in tutte le persone. Alcuni comportamenti o eventi potrebbero così essere intesi come biologicamente programmati

per innescare la vergogna. Ad esempio, alcuni eventi sono associati con il *disempowerment* e violano le barriere intime, quali ad esempio una violenza interpersonale.

In definitiva la vergogna può essere sperimentata al momento dell'evento (come una risposta innata) e/o in seguito all'evento, come associata al significato dell'evento e/o può essere a sua volta collegata con i sintomi di DPTS.

Un'altra distinzione da compiere nell'analisi dei contesti traumatici è quella tra vergogna (interna vs. esterna, primaria vs. secondaria) ed umiliazione.

Se l'individuo interiorizza la credenza "gli altri mi considerano una persona inadeguata" (vergogna esterna), è più probabile che sperimenterà vergogna interna, se invece, lo stesso individuo crede che "gli altri sbagliano a considerarlo inadeguato", allora potrà sentirsi insultato, ingiustamente minacciato e quindi umiliato. Gilbert (1997; 1998), Klein (1991) e Miller (1988) hanno sostenuto che l'umiliazione emerge da esperienze nelle quali l'individuo è stato posto in una posizione di impotenza o è stato ridicolizzato o abusato in vario modo, ma non si sente personalmente in colpa per queste azioni, in quanto commesse dagli altri (es. spesso parliamo delle torture come esperienze umilianti e non vergognose). Le persone umiliate sentono di essere state offese ingiustamente e credono che gli altri siano colpevoli dei danni al loro sé. Questa esperienza dovrebbe provocare anche rabbia diretta verso gli altri, un'esternalizzazione della colpa (Lewis 1971; Scheff 1987) e forti desideri di vendetta.

Colpa e Trauma

Colpa e vergogna si basano su differenti appraisal dell'evento e conducono a pattern comportamentali differenti. Mentre la vergogna emerge a seguito di una valutazione negativa dell'intero sé, la colpa può essere definita come un sentimento spiacevole, accompagnato dalla credenza che si sarebbe potuto agire, pensare e sentire in modo differente sulla base di un set di standard e modalità di condotte interiorizzate (Kubany 1994). Per esempio un militare veterano può rimpiangere di non essere tornato indietro in un combattimento e salvare un compagno ferito. Oppure un sopravvissuto ad un rapimento può provare senso di colpa per non essersi battuto al tempo dell'evento traumatico. Sebbene l'esperienza di colpa possa riguardare momentaneamente il pensiero di sé come persona cattiva, il focus rimane comunque sul comportamento specifico e l'idea di sé rimane intatta (Tagney 1990). Così la colpa può essere meno dannosa della vergogna e spesso condurre un individuo a rivolgersi agli altri, ad ammettere le proprie colpe e cercare di riparare al danno causato (Barrett 1995; Gilbert 1997; Gramzow e Tagney 1992).

Se nell'umiliazione tendiamo ad essere ruminativi e vendicativi, quando proviamo colpa invece sentiamo il bisogno di confessare la malefatta (reale o immaginata) nel tentativo di ottenere perdono. Tuttavia in alcune circostanze (es. senso di colpa legato ad un combattimento) la restituzione non è possibile perché l'evento all'origine del trauma, spesso, conduce alla morte. Quando la restituzione è bloccata, vi sono i presupposti per una cronicizzazione del senso di colpa, e il ricordo del trauma diventa così emotivamente doloroso che le reazioni più probabili sono un'intensa tendenza all'evitamento, all'isolamento sociale o a diverse condotte disfunzionali (bere, uso di sostanze stupefacenti ecc.) (Kubany 1998).

Un'altra conseguenza tipica nella vittima è la "colpa del sopravvissuto", ossia un senso di colpa paralizzante: a) per il fatto di vivere una situazione di privilegio a spese di altri o nel confronto con altri che appaiono maggiormente danneggiati (Kubany 1994), b) "per le azioni o inazioni che hanno aumentato il senso di minaccia alla propria sopravvivenza", ossia la perce-

zione di non aver fatto abbastanza per prevenire la catastrofe e le sue conseguenze (Parson 1986). La tendenza a sentirsi in colpa come conseguenza di un evento traumatico può essere considerata un'esternalizzazione dei sentimenti di paura ed è ancorata ai sentimenti di impotenza e di perdita di controllo al momento della catastrofe (Hendin e Haas 1984). Janoff-Bulman e Wortman (1977) hanno mostrato che tanto più le persone credevano che avrebbero potuto agire diversamente per prevenire l'incidente, tanto più accusavano se stesse per l'accaduto, e che, quanto più tempo passava dall'evento traumatico, tanto più tendevano a proiettare l'accusa sui fattori ambientali. Essi hanno distinto due diversi tipi di autoaccusa: *caratterologica* e *comportamentale*. L'autoaccusa caratterologica è focalizzata sul carattere dell'individuo: questi usa il tempo presente per descrivere se stesso nel presente, e tende a dare una valutazione globale e generale di sé ("io sono cattivo", "io sono stupido", "io sono troppo buono" ecc.). La forma comportamentale è invece legata alla percezione di controllo, e si focalizza sul proprio comportamento specifico, su quelle azioni od omissioni che hanno provocato l'evento, ciò per cui l'individuo ripete spesso a se stesso "se avessi fatto", "se non avessi fatto" ecc. Quelli con tratti autoaccusanti caratterologici tendono a provare colpa globale, quelli con autoaccusa comportamentale si sentono colpevoli come risultato della specifica esperienza. In termini attribuzionali, l'individuo può attribuire il fallimento ad un'assenza di abilità (caratterologica) o di sforzi (comportamentale). Le implicazioni per il controllo percepito sono differenti: l'attribuzione delle cause dell'evento alle proprie abilità è associata con la credenza che nulla possa essere fatto per cambiare la situazione, l'attribuzione agli sforzi è associata con la credenza che, se si lavora duramente, il cambiamento sia possibile. Tale strategia cognitiva riflette gli sforzi dei sopravvissuti di dare un significato al loro essere vittima, e capire "perché è accaduto" e "perché proprio a loro", di trovare il significato profondo che l'evento ha per la loro vita e per quella di tutte le persone coinvolte. Diverse osservazioni hanno mostrato come l'utilizzo di una strategia di autoaccusa comportamentale sia associata con risposte di coping più positive rispetto a quelle dell'accusa caratterologica. Inoltre l'effetto adattivo dell'autoaccusa comportamentale è ancora più evidente in assenza di autoaccusa caratterologica. Infatti, se è possibile credere di aver fatto cose cattive senza essere necessariamente cattivi, non è possibile percepirsi come persone cattive senza credere di essersi comportati in modo cattivo: conseguentemente coloro che manifestano un'autoaccusa caratterologica devono necessariamente manifestare anche una autoaccusa comportamentale.

Distorsioni Cognitive alla Base della Colpa in Popolazioni Traumatizzate

Kubany e Manke (1995) hanno identificato quattro distorsioni cognitive o determinanti della colpa frequentemente identificate nelle popolazioni traumatizzate:

- Errori di pensiero che contribuiscono alle conclusioni erranee sul grado di responsabilità*
- a) Mancanza di consapevolezza della totalità delle forze che hanno causato l'evento. Spesso le vittime non sono consapevoli delle molteplici determinanti dell'evento traumatico e non fanno alcuno sforzo per valutare il reale contributo dei fattori causali.
 - b) Valutare la credenza che si sarebbe potuto agire diversamente per prevenire l'evento come equivalente alla credenza di aver causato l'evento. Ma il fatto che l'individuo avrebbe potuto prevenire l'evento non è la stessa cosa di averla realmente causata.
 - c) Confusione tra responsabilità come obbligo, ruolo o posizione sociale e responsabilità come potere di controllare o causare qualcosa. È frequente nei genitori che hanno perso un figlio per omicidio, suicidio, incidente o malattia grave.

Errori di pensiero che contribuiscono alle conclusioni erranee sulla giustificazione delle azioni intraprese

- a) Fallimento nel riconoscere che i diversi sistemi di *decision-making* si applicano in situazioni di crisi piuttosto che in situazioni che richiedono una valutazione estesa delle opzioni o alternative disponibili. Durante molti eventi traumatici non vi è tempo per il *brainstorming* o per un'attenta valutazione delle possibili alternative, e spesso le decisioni vengono prese in modo automatico e veloce.
- b) Valutare allo stesso modo un'azione intrapresa in situazioni di crisi e le opzioni che potevano venire in mente solo dopo una lunga ruminazione, o le opzioni ideali o fantastiche (ad es. un comportamento tipo superman). Spesso le vittime, dopo una lunga e attenta riflessione post-trauma pensano a qualcosa che avrebbe potuto prevenire l'evento tragico se solo ci avessero pensato. L'*hindsight bias* (falsa credenza circa la propria capacità di prevedere un evento correttamente una volta che l'evento è ormai noto; Fischhoff 1975) è uno dei meccanismi alla base di questo errore di pensiero.
- c) La sottostima dei benefici derivanti dalla condotta intrapresa, o la sovrastima dei benefici derivanti da possibili azioni alternative, senza una valutazione dei costi ad esse associati. Ad es. le vittime di incesto accusano talvolta se stesse per non aver svelato l'abuso, in modo tale da bloccare il perpetrante, e non pensano, invece, che smascherare il perpetrante avrebbe potuto avere conseguenze ancora più dannose sulla loro vita (ad es. suscitare nel perpetrante forte desiderio di vendetta).
- d) Confusione nella valutazione della qualità delle decisioni intraprese con le conseguenze da esse prodotte. Le vittime, piuttosto che giudicare le ragioni delle azioni intraprese sulla base della qualità o attendibilità del loro *decision-making* (effettuato prima di conoscere le conseguenze dell'evento), giudicano le loro azioni solo sulla base delle conseguenze, trascurando il fatto che anche le buone decisioni possono avere conseguenze negative per effetto delle leggi della probabilità.
- e) Fallimento nel comprendere che l'azione basata su intuizioni speculative, premonizioni ecc. paga raramente.

Errori di pensiero che contribuiscono a conclusioni erranee sulla percezione di aver compiuto una cattiva azione

- a) Tendenza a concludere di aver compiuto una cattiva azione sulla base dell'esito piuttosto che delle intenzioni.
- b) Fallimento nel realizzare che le reazioni emozionali intense non sono sotto il controllo volontario, non sono una decisione intellettuale o una scelta morale. Ad esempio veterani militari si sentono in colpa per aver avuto paura durante una battaglia, anche se nessuno di loro di fatto può scegliere di avere paura o può decidere di non avere più paura.
- c) Fallimento nel riconoscere che quando tutte le opzioni disponibili hanno conseguenze negative, la scelta meno cattiva è la scelta più morale che uno possa fare.
- d) Credenza che una reazione emozionale ad un'idea fornisca una prova della validità dell'idea stessa. Ad esempio una donna picchiata più volte dal partner può dire di volersi riconciliare perché è dispiaciuta per lui. In realtà, l'essere dispiaciuta non significa necessariamente che è nel suo migliore interesse riconciliarsi con il partner.

Ruolo degli schemi pre-trauma nel DPTS e prospettiva della congruenza / incongruenza con gli schemi di Lee, Scragg e Turner (2001)

Le emozioni di colpa e di vergogna sono strettamente connesse alle rappresentazioni schematiche del sé, degli altri e del mondo. Diversi autori hanno ampiamente documentato il ruolo degli schemi nello sviluppo e nel mantenimento del DPTS (Horowitz 1986; Janoff-Bulman 1992 ecc.). Queste teorie condividono un unico tema: le nuove informazioni traumatiche devono essere integrate all'interno degli schemi preesistenti dell'individuo su di sé, sugli altri e sul mondo. L'informazione incongruente è infatti la base per la formazione dei pensieri intrusivi, sintomi tipici del DPTS (Horowitz 1986; Rachman 1980).

Il contenuto dell'attività intrusiva può fornire ai terapeuti un'utile occasione per valutare gli stati emozionali dominanti, il livello di discrepanza con gli schemi ed il significato ascrivito ad essi. La "Ricostruzione del Significato" è un aspetto centrale per il recupero terapeutico degli individui traumatizzati (Horowitz 1990; Janoff-Bulman 1992; Janoff-Bulman e Frantz 1997) ed è individuabile nelle rappresentazioni degli altri, del mondo e del sé della vittima. Sebbene il significato possa non essere immediatamente accessibile alla vittima, egli ne diverrà consapevole quando comincerà ad esperire le emozioni dolorose quali senso di colpa e vergogna, le quali sono tipicamente associate con le immagini intrusive. Le immagini intrusive sono solitamente connesse con i momenti peggiori dell'evento traumatico, ovvero le parti dell'evento che l'individuo non può processare immediatamente. Di per sé non causano dolore, ma è l'affect ad esse associato che causa *distress* psicologico, ed è il significato ascrivito all'immagine che dà origine a quell'affect. Gli schemi sottostanti riattivati dall'evento traumatico diventano il modo dominante di filtrare le informazioni del mondo esterno. Quindi l'analisi delle immagini intrusive legate alle emozioni di vergogna e di colpa offrono interessanti spunti nella valutazione del significato degli schemi su di sé, sugli altri e sul mondo.

Lee, Scragg e Turner (2001) propongono due *path* per lo sviluppo del DPTS basato sulla vergogna o sulla colpa: *via schema congruence vs. schema incongruence*. Nel primo il significato dell'evento traumatico conferma ed è congruente con lo schema sottostante, che incorpora un significato profondo circa il sé, gli altri e il mondo, riattivato dall'evento traumatico. Nel secondo l'evento traumatico fornisce informazioni discrepanti con gli schemi preesistenti. Da una prospettiva clinica e di trattamento è importante differenziare il DPTS basato sulla vergogna ed umiliazione da quello sulla colpa.

Formulazione clinica del DPTS basato sulla vergogna e sulla colpa

Via schema congruence, la vergogna può emergere quando il significato dell'evento traumatico conferma ed è congruente con lo schema del *sé vergognoso*, che ingloba significati di un sé difettoso, debole, inadeguato, abusato, distruttivo, incompetente, noioso, maldestro o soggiogato (Young 1994). Gli schemi della vergogna sono attivati quando un individuo percepisce la sua esperienza traumatica come una perdita di status agli occhi degli altri, come un attacco al proprio sé o come una perdita dell'attrattività sociale (Gilbert 1997). Ad esempio una persona coinvolta in un incidente stradale potrebbe interpretare l'incidente come un segno di incompetenza personale soprattutto se la persona attribuisce la causa dell'incidente a se stesso. Quando l'evento traumatico conferma la credenza di base di sé come debole, gli individui tipicamente fanno esperienza di immagini intrusive vergognose relative all'evento traumatico. L'attivazione dello schema serve per perpetuare gli stati emozionali generati dalle immagini traumatiche. Inoltre

l'individuo cerca ripetutamente di comprendere e valutare l'evento traumatico attraverso il filtro dello schema disadattivo attivato. Di conseguenza, quando l'individuo cerca di elaborare l'informazione traumatica, viene costantemente assalito da livelli elevati di vergogna. Questa emozione tende a sua volta ad evocare livelli elevati di evitamento e il desiderio di fuggire o nascondere l'identità vergognosa, sottraendosi a ulteriori episodi di vergogna. L'effetto risultante è l'evitamento del pensiero, di comportamenti e stimoli legati all'evento traumatico ed un arresto nell'elaborazione emozionale di quell'evento (Joseph et al. 1997).

Quando il significato dell'evento traumatico non è congruente con il significato più profondo del sé, emerge piuttosto un quadro clinico di umiliazione (*Via schema incongruence*). L'evento traumatico è ancora associato con un senso del sé minacciato o con la perdita di status, ma in questo caso l'individuo colpevolizza gli altri per l'evento. Così il senso del sé è attaccato, ma non indebolito dall'evento. Ad esempio, un individuo che è stato torturato può sentirsi umiliato, terrorizzato e danneggiato dal perpetrante, ma può non percepire necessariamente la sua identità come danneggiata o indebolita dall'esperienza. Questo è in contrasto con l'esempio clinico della vergogna, che è pervasiva e diffusa e non circoscritta all'evento traumatico. In un *setting* clinico si potrebbero osservare intrusioni legate all'esperienza di umiliazione, associate con un'attività ruminativa: l'individuo tende a rivivere l'evento ripetutamente non appena percepisce una minaccia al proprio sé. La collera e le idee di vendetta sono l'emozione e la risposta più comuni che emergono come tentativo da parte dell'individuo di riacquistare dignità e status sociale, di salvaguardare la faccia, cercando a sua volta di umiliare il perpetrante. I pazienti con vergogna posttraumatica tendono a descrivere in misura inferiore fenomeni di intrusione e di riesperienza associata con DPTS, invece, esperiscono più frequentemente ruminazione sulle cose che avrebbero o non avrebbero dovuto fare, sul loro fallimento, sul loro senso di impotenza ecc.

Per quanto riguarda la colpa, nel contesto del DPTS, *Via schema congruence*, i sentimenti diffusi di colpa possono emergere quando il significato dell'evento traumatico è congruente con la violazione degli standard di condotta e/o i sentimenti di responsabilità per aver causato danno agli altri, e con l'assenza di una giustificazione per l'azione intrapresa. La violazione percepita di queste regole condizionali, nel contesto di un evento traumatico, può condurre all'attivazione o alla conferma di credenze di base sul sé, che, a loro volta, possono essere associate con la vergogna. Gli schemi comunemente osservati in questo contesto sono gli standard disattesi e l'eccessivo senso di responsabilità (Young 1994). Così l'evento traumatico attiva questi schemi di sé, che diventano le modalità dominanti di filtro dell'informazione ricevuta dal mondo. Come per la vergogna, secondo questa prospettiva, l'individuo tenterà ripetutamente di comprendere la sua esperienza attraverso questi schemi disadattivi. Sul piano clinico, quindi, si rilevano, come già per la vergogna, ricordi ed immagini intrusive legate all'esperienza di colpa e un misto di evitamento e ruminazione. Nel caso in cui il significato veicolato dall'evento traumatico non sia congruente con il significato più profondo del sé (*Via schema incongruence*), emerge un quadro clinico di colpa circoscritta. Il significato dell'evento traumatico veicola ancora un senso di violazione degli standard e di responsabilità per aver causato il danno, ma in questo caso è esperito nel contesto di un sé robusto e non minacciato. Il senso di colpa rimane circoscritto esclusivamente all'evento traumatico. Ad esempio, un individuo può sentirsi in colpa perché si è salvato per primo da un disastro, ma questo senso di colpa non necessariamente lo conduce a credere di essere una persona cattiva e priva di valore: il suo senso di sé rimane intatto. Sul piano clinico, tipicamente si osserva un quadro di intrusioni legate all'esperienza della colpa, associate con un'attività ruminativa sull'accaduto e su cosa si sarebbe potuto fare per evitare la situazione. Inoltre, quando la colpa è esperita senza che vi sia l'attivazione dello schema, l'individuo

è spesso motivato a confessare e a riparare al danno causato. Questo è in contrasto con i casi in cui vi è colpa e anche l'attivazione dello schema vergognoso. In questo caso l'individuo è invece motivato a nascondere i propri malfatti.

Colpa e Vergogna in Contesti Traumatici: Osservazioni provenienti da studi condotti su differenti popolazioni traumatizzate

La colpa e la vergogna sono state indagate in tre differenti popolazioni che avevano subito un evento traumatico (Bellelli e Gasparre 2009): pazienti oncologici (N = 52) e vittime dei genocidi in Guatemala (N = 59) e nel Rwanda (N = 78 vittime), nel quale sono stati inoltre interrogati 36 perpetranti. Nei tre studi ai partecipanti sono state somministrate diverse misure, volte ad indagare il livello di intensità emozionale esperita, l'impatto traumatico dell'evento, le strategie di coping utilizzate e la crescita postraumatica (si veda Gasparre, Bosco, Bellelli e Paez, in stampa; Gasparre, Sezibera, e Bellelli 2009, per ulteriori approfondimenti sugli strumenti di misura utilizzati). I risultati di analisi volte a confrontare le tre differenti popolazioni sui diversi *outcomes* di funzionamento, hanno mostrato come l'intensità media delle emozioni fosse maggiore nel campione ruandese, seguita da quelle del campione oncologico e di quello guatemalteco ($p < 0,001$). In Guatemala l'emozione maggiormente esperita era la collera, in Rwanda la paura e, nel campione oncologico, la tristezza. Ciò appare legato al fatto che, nel campione oncologico, l'*appraisal* dominante è quello di perdita, rispetto agli altri, nei quali le percezioni di minaccia e/o di ingiustizia da parte di agenti esterni sono più marcate. In generale, dal confronto effettuato tra i tre diversi studi, emerge come la vergogna sia positivamente associata ai sintomi della DPTS (impatto traumatico, intrusioni ed inibizione) e con strategie di coping meno adattive. La colpa mostra un pattern di associazione più instabile (assente, positiva o negativa nei vari contesti di ricerca considerati) con i sintomi della DPTS. Nella ricerca sui pazienti oncologici il senso di colpa risulta negativamente associato all'intensità dell'impatto traumatico, all'evitamento e alle intrusioni e positivamente associato con la crescita post-traumatica, confermando una maggiore probabilità di recupero. Nel campione ruandese (nel quale disponibili anche i dati relativi ai perpetranti) le vittime e perpetranti differiscono tra loro relativamente al senso di colpa, maggiore nelle vittime, confermando un dato presente in letteratura e mostrando come le persone cerchino spiegazioni plausibili sulle cause dell'evento e al contempo sui motivi del loro – sia pur relativo- privilegio. Per la colpa, tuttavia, gli esiti appaiono più instabili, perché essa dà luogo a diversi scenari (es. senso di colpa cronico, circoscritto, diffuso o del sopravvissuto ecc.), e ciascuno di essi è associato ad esiti e a processi di elaborazione cognitiva differenti. Ad esempio, Janoff-Bulman (1992) distingue tra colpa caratterologica e comportamentale, e sostiene che quella comportamentale è associata ad esiti maggiormente positivi sulla recovery. Va comunque osservato che, nell'ambito degli studi ai quali si è fatto qui cenno, è stata indagata soltanto l'intensità della colpa esperita, ma non è stato possibile compiere distinzioni più fini tra le diverse cognizioni di colpa.

Implicazioni per il trattamento

La vergogna, la colpa e l'umiliazione sono emozioni importanti da considerare in un contesto terapeutico, ed in particolar modo sia per l'*assessment* che per il trattamento del DPTS.

La tecnica dell'esposizione rappresenta forse il metodo più tradizionale di trattamento del

DPTS. Tuttavia la sua maggiore efficacia è stata dimostrata con pazienti che in terapia presentano una paura intensa piuttosto che colpa, vergogna o umiliazione. La tecnica dell'esposizione funziona infatti con maggiori difficoltà in presenza di quest'ultime emozioni per alcune ragioni. Innanzitutto è opportuno tener presente, quando si lavora con pazienti traumatizzati, che l'elaborazione cognitiva (Horowitz 1986, Janoff-bulman 1992 ecc.) ed emozionale (Rachman 1980) di un evento traumatico differisce a seconda delle emozioni implicate. Ad esempio, i pazienti con reazioni posttraumatiche di paura hanno bisogno di padroneggiare la paura e l'ansia. I pazienti con reazioni posttraumatiche di vergogna, colpa ed umiliazione necessitano di terapie che si focalizzano sulle rappresentazioni cognitive del sé, degli altri e del mondo (Adshead 2000). Inoltre, è necessario anche considerare la prospettiva temporale delle differenti emozioni legate all'evento traumatico e le implicazioni che questo ha per il processo di elaborazione cognitiva ed emozionale dell'evento. Ad esempio la paura è un'emozione essenzialmente prospettica poiché riguarda qualcosa che potrebbe accadere nel futuro (minaccia futura). L'esposizione ripetuta ai ricordi traumatici che suscitano paura rivelerà al paziente l'assenza di minacce future che riguardano l'evento stesso (dal momento che l'evento è accaduto in passato), determinando una dissipazione del senso di paura. Al contrario le emozioni di colpa, vergogna o umiliazione sono generalmente retrospettive. Esse riguardano infatti eventi negativi che sono già accaduti. In questo caso l'esposizione ripetuta ai ricordi traumatici implicanti queste emozioni potrebbe esacerbare il ricordo di cosa nell'esperienza traumatica ha condotto alla vergogna, alla colpa o al disgusto (Lee et al. 2001), piuttosto che ridurlo. Tenere sotto controllo queste emozioni durante l'esposizione immaginativa è un'opera estremamente importante sul piano dell'efficacia terapeutica. Per esempio, mentre il paziente rivive l'evento traumatico in un contesto terapeutico, può provare vergogna per il suo comportamento e per le reazioni avute al momento dell'evento traumatico, oppure vergogna per le emozioni che prova in terapia (ad esempio, intensa paura o senso di impotenza). Queste emozioni, non diminuendo per l'effetto terapeutico dell'esposizione, potrebbero costituire un impedimento al processo di elaborazione emozionale della paura esperita al momento dell'evento (Ehlers e Steil 1995; Foa, Steketee e Rothbaum 1989; Joseph et al. 1997; Riggs et al. 1992). L'esposizione potrebbe risultare, invece, un intervento efficace anche in presenza della vergogna, colpa e umiliazione, se queste sono circoscritte all'evento e non pervasive. In questo caso potrebbe, comunque, essere più efficace combinare la tecnica dell'esposizione con la ristrutturazione cognitiva (sia durante che immediatamente dopo l'esposizione) delle cognizioni legate all'evento traumatico, soprattutto se la ristrutturazione è compiuta mentre l'individuo sta realmente rivivendo l'evento. Nel caso di vissuti di umiliazione, è utile che tecniche finalizzate a gestire la rabbia e i desideri di vendetta siano *step* preliminari all'esposizione.

Quando si lavora con il DPTS, è utile, distinguere tra vergogna interna ed esterna, poiché l'esperienza dell'una o dell'altra tipologia di vergogna necessita di differenti strategie di intervento cognitivo. Nel caso del "sé vergognoso" occorrono un'attenta valutazione e una ristrutturazione delle credenze di base relative al sé, al fine di ottenere un cambiamento. Nel caso della vergogna esterna, dovrebbe essere necessaria una ristrutturazione delle credenze di base sugli altri e sul mondo. È utile anche separare la vergogna (interna ed esterna) dalla colpa e dall'umiliazione. Come si è visto, esse emergono da valutazioni cognitive o appraisal dell'evento differenti, e sono associate con sistemi di credenze differenti, richiedendo processi di elaborazione cognitiva diversi. Ad esempio, una donna che sia stata vittima di un rapimento può trovare la propria esperienza personalmente umiliante, ma può non accusarsi o sentirsi in colpa per questo. Tuttavia quando cerca di confidare agli altri la propria esperienza e i sentimenti ad essa legati, può provare un senso di vergogna esterna, poiché può credere che ora il suo sé perda

di valore agli occhi degli altri. Per questo potrebbe anche tendere a sviluppare un senso di vergogna interna (Gilbert 1998). Così, sebbene l'umiliazione e la vergogna siano spesso presenti contemporaneamente e a volte sovrapposti, esse emergono da processi attribuzionali differenti. Questo richiede un'attenta valutazione affinché si possano fornire interventi terapeutici efficaci.

Nel caso specifico della vergogna, un primo obiettivo terapeutico, specialmente nel caso di un DPTS complicato, è quello di lavorare con gli schemi di base di sé e degli altri, e di costruire nuovi schemi più adattivi attraverso un *schema-focused work* (Padesky 1994; Young 1994). Senza sfidare e poi ricostruire gli schemi non adattivi, il paziente non ha infatti modo di comprendere e di ascrivere un nuovo significato all'evento. Così l'esposizione, senza un iniziale lavoro sugli schemi, fa sì che il paziente continui a interpretare ripetutamente le cause ed il significato dell'evento facendo riferimento solo agli schemi di vergogna disadattivi esistenti, che provocano sentimenti ancora più intensi e schiacciati di vergogna. Questi ultimi, a loro volta, sono causa di un precoce *drop-out* o addirittura le ragioni per cui alcuni individui non intraprendono alcun percorso terapeutico, nonostante soffrano di sintomi debilitanti di DPTS. Un ulteriore obiettivo terapeutico è quello di generare insieme al paziente un ambiente nel quale i sentimenti di vergogna (accompagnata a volte da collera, nel caso dell'umiliazione) possono essere esplorati in un contesto sicuro. Sebbene quello del contesto sicuro sia un aspetto importante, sia nelle terapie basate sulla paura, sia in quelle sulla vergogna, questo aspetto deve essere maggiormente pronunciato per i pazienti con DPTS, complicato a causa della loro assenza di capacità di auto-rassicurazione almeno iniziale. Il terapeuta dovrà aiutare il paziente ad apprendere le tecniche di rassicurazione e a contenere l'arousal. Nella terapia basata sulla vergogna la relazione tra paziente e terapeuta è la parte principale del processo terapeutico. Un modo potente per ridurre la vergogna è quello di ridurre il senso di alienazione e di rifiuto sociale che essa porta con sé. Le terapie di gruppo sono state ampiamente utilizzate nel DPTS, soprattutto quando si è in presenza di un trauma collettivo, o quando i membri del gruppo condividono lo stesso compito. Un esempio è costituito dal *debriefing* psicologico descritto da Mitchell (1983), a breve o a lungo termine, focalizzato esclusivamente sull'evento traumatico o no. I gruppi di *self-help* sono stati considerati da molti pazienti come efficaci non solo nel ridurre la vergogna, ma anche i sentimenti di dipendenza, impotenza, passività.

Nel caso specifico del senso di colpa legato all'evento traumatico, la tecnica di elezione è la terapia cognitivo-comportamentale, poiché la colpa è originata essenzialmente dal modo in cui una persona valuta ed interpreta l'evento traumatico. Ad esempio un sopravvissuto ad un rapimento può accusare se stesso di non esser stato in grado di prevedere l'aggressione, nonostante sia abbastanza improbabile che potesse davvero prevederlo; oppure un veterano militare può pensare che avrebbe potuto fare qualcosa di diverso per prevenire la morte di un compagno, anche se l'evento era oggettivamente fuori dal suo controllo. La terapia cognitivo-comportamentale per la colpa legata al trauma comprende (a) l'assessment, (b) esercizi di esposizione immaginativa, (c) correzione degli errori di ragionamento che conducono a conclusioni erronee associate alla colpa (rivalutazione della percezione di giustificazione, responsabilità e azioni commesse). Il terapeuta dovrebbe aiutare il paziente a distinguere tra cosa era in passato e cosa è ora, a diventare maggiormente consapevole dei pensieri e delle credenze sottostanti i sensi di colpa, ad esempio attraverso il *self-monitoring*. Egli dovrebbe condurre il paziente a formulare interpretazioni più realistiche della situazione: ad esempio aiutandolo a comprendere che l'evento traumatico era completamente al di fuori del suo controllo, e che egli ha fatto del suo meglio in quella situazione. Riducendo la colpa, la terapia cognitivo-comportamentale può anche favorire un incremento della *self-compassion* e dell'accettazione (Gilbert e Procter 2006). Il paziente può imparare ad essere più gentile, compassionevole e non giudicante nei confronti

di se stesso, a percepire la propria esperienza come parte dell'esperienza umana più ampia, piuttosto che percepirsi come isolato e separato dal resto, ed infine a sviluppare un atteggiamento *mindfulness*, ovvero una maggiore abilità nel controllare i propri pensieri e sentimenti, piuttosto che identificarsi eccessivamente con essi. La self-compassion è un'attitudine emotivamente positiva e funzionale che dovrebbe proteggere l'individuo dalle conseguenze negative del giudizio verso se stessi, dall'isolamento e dalla ruminazione.

In definitiva il trauma si inserisce come un evento cruciale nella vita della persona e coinvolge quindi la storia personale della propria vita. La costruzione attiva del trauma innesca una riflessione conscia circa la propria esistenza e aspetti del sé mai considerati prima, che può avere come risultato lo sviluppo di una nuova identità. L'elaborazione dell'identità fornisce un nuovo progetto di vita, con nuovi obiettivi di vita che ristabiliscono la gerarchia delle priorità.

Note conclusive

Colpa e vergogna sono emozioni che esercitano un rilevante impatto in molteplici situazioni della vita quotidiana e in seguito alla esposizione ad eventi estremi. Esse sono a buon diritto ritenute le “emozioni morali” per eccellenza, in quanto si mostrano capaci di segnalare e sanzionare con grande intensità e immediatezza i comportamenti interpersonali e sociali che violano forti aspettative etiche o di reciprocità. Pur avendo probabilmente, come è stato sottolineato, differenti origini evolutive ed esiti psicologici talvolta molto differenti, esse si presentano spesso intrecciate tra di loro e relativamente indistinguibili, dando luogo a diverse fenomenologie, di colpa e vergogna “pure”, oppure *blended*. Anche si vi è un generale consenso che i vissuti di colpa dischiudano scenari ed esiti relativamente più aperti e “prosociali”, non è tuttavia completamente chiaro quando questo accada, essendo le fenomenologie di questa emozione molto varie e complesse, ed essendo spesso le strategie di coping adottate per fronteggiarla più rilevanti dell'emozione provata. D'altra parte, anche se è stato più volte sottolineata la maggiore pericolosità delle forme *blended* di colpa e vergogna, questo non è sempre vero in tutte le occasioni. Paradossalmente, una colpa del tutto priva di vergogna, specie anticipata, non necessariamente ha la forza di motivare i comportamenti riparativi e a evitare le trasgressioni future.

Bibliografia

- Adshea G (2000). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 144-148.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th text revised ed.). Washington, DC: Author.
- Baumeister RF, Stillwell AM, Heatherton TF (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115, 243-267.
- Beck AT (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bellelli G e Gasparre A (2009). *L'influenza delle emozioni morali sui processi cognitivi*. Comunicazione Orale alla Giornata di studio sul tema “Morale, emozione e cognizione”, Bari.
- Brewin CR, Dalgleish T, e Joseph S (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Clark DM e Wells A (1995). A cognitive model of social phobia. In R Heimberg, M Liebowitz, DA Hope e FR Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*, pp. 69-93. New York:

Guilford Press.

- Ehlers A e Steil R (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- Ellis A (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Fischhoff B (1975). Hindsight = Foresight: the effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 1, 288-299.
- Foa EB e Kozak M (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa EB, Steketee G, e Rothbaum BO (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Freud S (1921). *Introduction lectures on psycho-analysis*. London: Allen e Irwin.
- Gasparre A, Bosco S, Bellelli G, e Paez D (2008). Cognitive and social consequences of participations in social rites: collective coping, social support and posttraumatic growth in Guatemala GenocidÈ s victims. *Revista de Psicologia Social*. Manuscript submitted for publication.
- Gasparre A, Sezibera V, e Bellelli B (2008). Genocidio In Rwanda: *Effetto delle Emozioni sul Benessere e sulle Strategie di Coping delle Vittime e dei Perpetranti*. Comunicazione Orale al Convegno Nazionale di Psicologia Giuridica, Bari.
- Gilbert P (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Erlbaum.
- 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 e B Andrews (Ed.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture*, pp. 3-38. New York: Oxford University Press.
- Gilbert P (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. In P Gilbert e JNV Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research e treatment*, pp. 3-54. London. Brunner-Routledge.
- Gilbert P (2003). Evolution, social roles, and differences in shame and guilt. *Social Research*, 70, 1205-1230.
- Gilbert P e Procter S (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Hendin H e Haas AP (1984). *Wounds of War: The Psychological Aftermath of Combat in Vietnam*. New York: Basic Books.
- Horowitz MJ (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Aronson.
- Horowitz MJ (1990). A model of mourning: Change in schemes of self and other. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 297-324.
- Janoff-Bulman R (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Janoff-Bulman R e Frantz CM (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In MJ Power e CR Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice*, pp. 91-106. Chichester, England: Wiley.
- Janoff-Bulman R e Wortman CB (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-63.
- Joseph S, Williams R, e Yule W (1997). *Understanding post-traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester, England: Wiley.
- Keltner D, Haidt J (2001). Social functions of emotions. In T Mayne e GA Bonanno (Eds.), *Emotions: Current issues and future directions*, pp. 192-213. New York: Guilford Press.

- Klein DC (1991). The humiliation dynamic: An overview. *The Journal Primary Prevention*, 12, 93-121.
- Kohlberg L (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In DA Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*, pp. 347-480. Chicago: Rand McNally.
- Kubany ES (1998). Cognitive therapy for trauma-related guilt. In VM Follette, JI Ruzek, e FR Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, pp. 124-161. New York: Guilford Press.
- Kubany ES e Manke FP (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 23-61.
- Haidt J (2003). The moral emotions. In RJ Davidson, K R Scherer e HH Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences*, pp. 852-870. Oxford: Oxford University Press.
- Izard CE (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Lee D, Scragg P, e Turner S (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: a clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451-66.
- Lewis HB (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Mancini F (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo Clinico*, 5, 123-144.
- Mayr E (1960). The emergence of evolutionary novelties. In S Tax (Ed.), *Evolution after Darwin: Vol. 1, The evolution of life*, pp. 349-80. Chicago: University of Chicago Press.
- McAdams DP (2001). The psychology of life stories. *Review of general psychology*, 5, 100-122.
- Miller SB (1988). Humiliation and Shame: Comparing Two Affect States as Indicators of Narcissistic Stress. *Bulletin of the Menninger Clinic* 52, 40-51.
- Mitchell J (1983). When disaster strikes - the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-38.
- Nathanson DL (1992). *Shame and pride: Affect, sex and the birth of the self*. New York: Norton.
- Neisser U (1967). *Cognitive psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Norris J, Nurius PS, e Dimeff LA (1996). Through her eyes: Factors affecting women's perception of and resistance to acquaintance sexual aggression threat. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 123-145.
- Oatley K e Johnson-Laird PN (1987). Toward a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.
- Oatley K e Johnson-Laird PN (1996). The communicative theory of emotions: Empirical tests, mental models, and implications for social interaction. In LL Martin e A Tesser (Eds.), *Striving and feeling: Interactions among goals, affect, and self-regulation*, pp. 363-393. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ortony A, Clore GL, e Collins A. (1988). *The Cognitive Structure of Emotions*. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press.
- Padesky CA (1994). Schema Change Processes in Cognitive Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.
- Power MJ e Dalgleish T (2004). Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic Stress Disorder (PTSD): implications for a taxonomy of related psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1069-1088.
- Rachman S (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Retzinger S (1991). *Violent Emotions*. Newbury Park: Sage.
- Riggs DS, Dancu CV, Gershuny BS, Greenberg D, e Foa EB. (1992). Anger and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 613-625.
- Sabini J e Silver M (1997). In defense of shame: Shame in the context of guilt and embarrassment. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 27, 1-15.
- Scheff TJ (1987). The Shame Rage Spiral: Case Study of An Interminable Quarrel. In HB Lewis (Ed.), *The Role of Shame in Symptom Formulation*, pp. 109-149. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Scheff T (1990). *Microsociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Scheff T (1994). *Bloody Revenge*. Boulder: Westview Press.

- Scherer KR (1984). On the Nature and Function of Emotion: A Component Process Approach. In K R Scherer e P Ekman (Eds.), *Approaches to Emotion*, pp. 293-317. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Scherer KR (2000). Psychological Models of Emotion. In J. Borod (Ed.), *The Neuropsychology of Emotion*, pp. 137-62. New York: Oxford University Press.
- Scherer KR, Schorr A, e Johnstone T (2001). *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research*. New York: Oxford University Press.
- Shweder RA, Much NC, Mahapatra M, e Park L (1997). The “Big Three” of morality (autonomy, community, divinity) and the “Big Three” explanation of suffering. In A Brandt e P Rozin (Ed.), *Morality and Health*, pp. 119-69. New York: Routledge.
- Tangney J P (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J P Tangney e KW Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride*, pp. 114-142. New York: Guilford Press.
- Tangney J P e Dearing R L (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford.
- Tangney JP e Marschall DE, Rosenberg K, Barlow DH, Wagner PE (1994). *Children's and Adults' Autobiographical Accounts of Shame, Guilt and Pride Experiences: An Analysis of Situational Determinants and Interpersonal Concerns*. Unpublished manuscript, George Mason University, Fairfax, VA.
- Tangney JP, Stuewig J e Mashek D (2007). Moral Emotions and Moral Behaviour. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372.
- Tangney J P, Wagner P E, Barlow DH, 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.
- Tracy JL e Robins RW (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103-125.
- Tracy JL e Robins RW (2007). Self-conscious emotions: Where self and emotion meet. In C Sedikides e S Spence (Eds.), *The self in social psychology: Frontiers of social psychology*, pp.187–209. New York: Psychology Press.
- Weiner B (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer.
- Weiss J (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford.
- Young JE (1994). *Cognitive therapy for personality disorder: A schema focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Zajonc RB (1984). On the Primacy of Affect. *American Psychologist* 39, 117- 23.