

IL RUOLO DELLA VERGOGNA NEL MALFUNZIONAMENTO PSICOLOGICO E NELLE DIFFICOLTÀ INTERPERSONALI

Cristina Salvatori[°], Fabiola Bianco[°], Annamaria Libera Lauriola[°],
Marta Morbidelli[°], Barbara Basile^{°*}

[°] Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

*Fondazione Santa Lucia, Laboratorio di Neuroimmagini, Roma

Corrispondenza

E-mail: cristi.salvatori@gmail.com

Riassunto

Oggetto: La ricerca clinica sulla vergogna ha sottolineato il ruolo di questa emozione nella regolazione del benessere individuale, nel funzionamento interpersonale e nell'esordio e mantenimento di diversi disturbi psicologici. Lo scopo del presente lavoro consiste nello studiare la funzione che la vergogna svolge in relazione ad alcune variabili psicopatologiche e alle abilità interpersonali, considerando anche il possibile ruolo giocato da schemi maladattivi precoci e dai livelli di alessitimia, in un campione di individui sani. L'ipotesi è che la vergogna medi la relazione tra il funzionamento interpersonale e il malessere psicologico, per cui variabili quali la sensibilità interpersonale, il bisogno di approvazione sociale e la mancanza di socievolezza possono, mediate dall'emozione di vergogna, favorire la tendenza a manifestare un disagio psicologico.

Metodo: Centodieci individui (età media=37.8; DS=11.9 anni; 67 femmine, 43 maschi) provenienti dalla popolazione sana hanno compilato strumenti volti a misurare i livelli di vergogna (Experience of Shame Scale, ESS), il malfunzionamento psicologico (Symptoms Check List 90, SCL-90), i livelli di alessitimia (Scala Alessitimica Romana, SAR), le difficoltà interpersonali (Interpersonal Problems Inventory 47, IIP-47) e gli schemi maladattivi precoci (Young Parenting Inventory, YPI). Ai dati sono state applicate analisi di correlazione e di mediazione.

Risultati: I risultati mostrano una forte associazione tra intensità della vergogna e livelli di disagio psicologico (i.e., punteggio totale della SCL-90 e sotto-scale relative ad ansia, depressione, fobia, ideazione paranoide e ostilità), difficoltà interpersonali, alessitimia e alcune sotto-scale del YPI (in particolare in relazione alla figura materna). Dalle analisi di mediazione effettuate si può osservare che la vergogna media totalmente la relazione tra alcune scale dell'IIP-47 (i.e., mancanza di socievolezza) e della SCL-90 (i.e., ansia, ideazione paranoide e ostilità). Una mediazione parziale della vergogna è stata rilevata in relazione ad altre variabili indagate.

Conclusioni: I nostri dati mostrano una associazione positiva tra specifiche difficoltà interpersonali (i.e., approvazione sociale e sensibilità interpersonale) e livelli di malessere psicologico (i.e., ostilità, ansia). Queste associazioni in alcuni casi appaiono mediate totalmente dalla vergogna (i.e. tra mancanza di socievolezza e ideazione paranoide). In particolare le relazioni tra variabili sulle quali la vergogna sembra giocare un ruolo di maggiore rilievo (mediazione completa) sono quelle associate alla mancanza di socievolezza. Mediazioni parziali della vergogna sono state individuate relativamente all'associazione tra alessitimia e malessere

Il ruolo della vergogna nel malfunzionamento psicologico e nelle difficoltà interpersonali

psicologico e difficoltà interpersonali e depressione.

In futuro potrebbe essere interessante estendere lo studio coinvolgendo un campione clinico, in cui il livello di vergogna sia particolarmente rilevante.

Parole chiave: vergogna, psicopatologia, difficoltà interpersonali, Alessitimia

THE ROLE OF SHAME IN PSYCHOLOGICAL DYSFUNCTION AND INTERPERSONAL PROBLEMS

Abstract

Objective: The clinical research on shame has highlighted the role of this emotion on individual well-being, interpersonal functioning, and psychological disorders. The aim of this article is to analyse the role of shame in relation to some psychopathological variables and interpersonal abilities, also considering the potential role of early maladaptive schemas and alexithymia, in a sample of healthy individuals. We hypothesize that shame plays a mediating role in the relationship between interpersonal functioning (i.e., interpersonal sensibility, need for social approval, and lack of sociability) and psychological discomfort.

Method: 110 individuals from the general population (average mean age=37.8, DS=11.9; 67 women, 43 men) completed a series of scales in order to measure for shame levels (Experience of Shame Scale, ESS), psychological dysfunction (Symptoms Check List 90, SCL-90), alexithymia's levels (Scala Alessitimica Romana, SAR), interpersonal problems (Interpersonal Problems Inventory 47, IIP-47) and early maladaptive schemas (Young Parenting Inventory, YPI). Correlation and mediation analysis have been performed.

Results: A positive significant association was detected between shame intensity, psychological distress (i.e., SCL-90 subscales of anxiety, depression, phobia, paranoid ideation and hostility), interpersonal problems, alexithymia and some dysfunctional parental schemas.

Mediation analyses showed that shame fully mediated the effect of interpersonal problems (i.e. lack of sociability) on levels of anxiety, paranoid ideation, phobic anxiety and hostility. Other significant, but partial, mediations have been detected when considering some other investigated variables.

Conclusions: Results showed a positive relation between specific interpersonal difficulties (e.g., social approval and interpersonal sensitivity) and different levels of psychological distress (e.g., hostility, anxiety). Specifically, shame plays a pivotal role in the relationship between variables related to the lack of sociability and several criteria such as anxiety and paranoid ideation. Partial mediation of shame has been found between both alexithymia and psychological distress and interpersonal difficulties and depression. Future researches could extend these study's results involving a clinical sample and controlling for the degree of shame.

Key words: shame, psychopathology, interpersonal problems, alexithymia

Introduzione

La vergogna è un'emozione sociale negativa, la cui manifestazione estrema può avere un impatto significativo sul benessere della persona. È generalmente riconosciuta come un'emozione dolorosa, spesso associata alla percezione di possedere attributi fisici, caratteristiche di personalità o comportamenti che gli altri considerano indesiderabili e a cui rispondono attraverso il rifiuto e la disapprovazione (Kaufman 1989; Tangney e Fischer 1995; Gilbert 1998). Costituisce un'emozione intensa, vissuta nel momento in cui gli individui giudicano sé stessi come imperfetti, brutti o inferiori, favorendo una bassa autostima e un senso di inferiorità ed impotenza (Doran

et al. 2012; Castelfranchi 2005). Costituisce un'emozione fondamentale nel confronto sociale ed è associata al timore di evocare o suscitare una valutazione negativa negli altri, che solitamente vengono considerati superiori. La vergogna rappresenta così una componente psicologica della percezione di sé come appartenente ad un basso rango sociale (Troop et al. 2008).

Castelfranchi (2005) identifica come possibile causa dell'emozione di vergogna il timore o il dispiacere che vengano compromessi gli scopi della buona immagine o dell'autostima. Lo scopo della vergogna è di proteggere l'immagine del Sé (ideale) che si vorrebbe mostrare agli altri (Carni et al. 2013), di conseguenza, essa può insorgere quando si crea un conflitto tra l'immagine di sé ideale e quella reale (Carni et al. 2013; Gilbert e Andrews 1998). Gilbert, invece, suggerisce un modello psicosociale della vergogna (1998, 2002, 2007), secondo il quale questa è influenzata dagli stili d'attaccamento (Bowlby 1972, 1975, 1983; Cassidy e Shaver 1999), dall'appartenenza al gruppo (Baumeister e Leary 1995) e dalla posizione sociale del soggetto (Gilbert 1992, 2000). Con la crescita, inoltre, maturano ulteriori competenze cognitive utili per la comprensione delle interazioni sociali (Teoria della mente, Byrne 1995; Mentalizzazione, Liotti e Gilbert 2011) e dello sviluppo dell'autoconsapevolezza (Lewis 2003), che permettono di monitorare il sé in relazione agli altri e che influenzano i comportamenti sociali e le autovalutazioni (Baldwin 2005; Gilbert 2007). Queste abilità cognitive evolvono fino a rendere le persone altamente sensibili ed attente a come gli altri le considerano e valutano.

La vergogna non riguarda solo la rappresentazione di sé nella mente dell'altro, ma anche la rappresentazione che l'individuo ha di sé. A tal proposito Gilbert (1997) opera una distinzione tra vergogna interna ed esterna. La vergogna interna riguarda una serie di cognizioni negative circa le proprie caratteristiche e i propri comportamenti (Kaufman 1989; Cook 1996), risultando, pertanto, collegata ad autovalutazioni e sentimenti negativi verso se stessi. La vergogna esterna riguarda gli aspetti che si teme gli altri rifiuteranno o attaccheranno, se resi pubblici: a livello cognitivo si riferisce a come ci si immagina l'altro veda il sé (Allan et al. 1994). Goss e collaboratori (1994) hanno trovato che, in relazione alle caratteristiche negative (come il sentirsi inadeguati, difettosi o non abbastanza buoni), ci sia un'elevata correlazione tra le cognizioni della vergogna interna ed esterna; se si ha un pensiero sul sé come inadeguato, si ha l'aspettativa che l'altro lo vedrà nello stesso modo.

L'aspetto relazionale risulta essere di centrale importanza nella genesi dell'emozione di vergogna. Oltre ad una funzione difensiva dalle minacce interpersonali (Gilbert 1998; Gilbert e McGuire 1998; Gilbert 2002), essa appare strettamente connessa al modo in cui l'individuo crede di esistere nella mente dell'altro (Gilbert 1998, 2000). La vergogna svolge un ruolo importante nel regolare il comportamento sociale e nella valutazione del proprio stato interno. Questa emozione può portare ad inibire i processi di autoconsapevolezza di alcuni stati mentali e ad ostacolarne la comunicazione. Inoltre la vergogna può limitare le funzioni della Teoria della Mente generando un'attribuzione agli altri di pensieri negativi sul sé. Ciò rappresenta un limite per la conoscenza sociale e condiziona lo sviluppo delle competenze sociali, generando errori sia nella comprensione delle intenzioni altrui, che nel valutare le conseguenze dei propri comportamenti sugli altri (Procacci et al. 2011).

Ad oggi, diversi studi hanno indagato il ruolo della vergogna nel funzionamento umano e il suo impatto nell'insorgenza e nel mantenimento di numerosi problemi individuali e interpersonali, nonché nello sviluppo di diversi disturbi psicologici (Birtchnell 2000; Gilbert e Andrews 1998; Harder 1995; per una recente rassegna in italiano, vedi Del Rosso et al. 2014). Nello specifico, la vergogna, evocando un senso di fallimento ed impotenza, rappresenta un nucleo centrale nella depressione finendo per avere addirittura un valore predittivo sullo sviluppo del disturbo (Andrews

et al. 2002). Nell'ambito dei disturbi d'ansia, la vergogna è stata studiata soprattutto in relazione alla fobia sociale, facendo in particolare riferimento al costrutto di meta-vergogna, che gioca un ruolo fondamentale nell'incrementare la frequenza e l'intensità della vergogna primaria (Mancini e Orazi 2011). Essendo legata al rapporto con gli altri, la vergogna può avere un ruolo anche nella paranoia e nel disturbo paranoide di personalità. Matos e collaboratori (2013) hanno osservato che gli aspetti paranoidei sembrano essere associati alla vergogna esterna, essendo questi legati ad un'attribuzione di intenzioni malevole degli altri, percepiti come minacciosi. A fronte di questi studi appare evidente non solo come la vergogna abbia un ruolo nell'incrementare il rischio di sviluppi psicopatologici, ma anche come problematiche legate alle modalità relazionali possano favorire sviluppi di disagi psicologici.

In un'altra serie di studi (Franzoni et al. 2013; Suslow et al. 2000) la vergogna è stata associata all'alessitimia, la difficoltà nell'identificare le proprie emozioni e a distinguerle dalle sensazioni corporee, e alla difficoltà nella comunicazione dei propri sentimenti (Baiocco et al. 2005). Alti livelli di alessitimia sono risultati correlati alla tendenza a sperimentare l'emozione della vergogna (Codispoti et al. 1994) e alla difficoltà nella *self-disclosure* (Loiselle e Dawson 1988). Dall'analisi della letteratura è emerso inoltre, come sia le difficoltà nelle relazioni interpersonali che il malessere psicologico, risultino altamente correlati al costrutto dell'alessitimia. Sia la vergogna che l'alessitimia sono state associate a difficoltà relazionali e alla compromissione del funzionamento sociale (Vanheule et al. 2007). Tale compromissione nei soggetti alessitimici si manifesta nell'evitamento delle relazioni, che vengono instaurate solamente a livello superficiale (Carcione et al. 2011). Alcuni studi mostrano che gli individui con livelli elevati di alessitimia manifestano specifiche difficoltà interpersonali, riportando elevata ostilità, maggiore evitamento sociale (Spitzer et al. 2005), mancanza di assertività e uno stile distanziante (Vanheule et al. 2007). Le difficoltà nella regolazione e nella gestione delle emozioni possono essere presenti in una grande varietà di disturbi (Baiocco et al. 2005). Non mancano evidenze che mostrino come a elevati livelli di alessitimia corrisponda un maggiore livello di disagio psichico, come depressione, somatizzazioni e disturbi somatoformi (Luminet et al. 2001; Pedrosa et al. 2008).

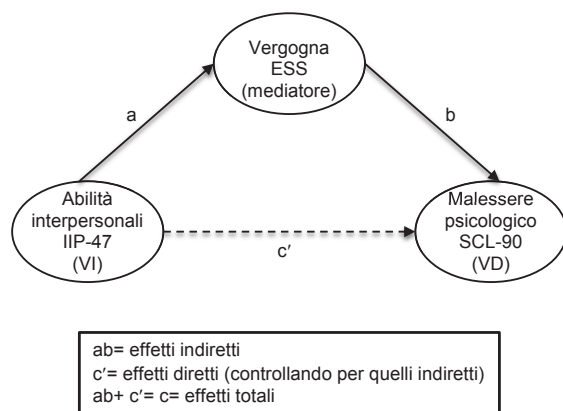
Sulla base di queste osservazioni abbiamo ritenuto interessante inserire all'interno della nostra ricerca anche la misurazione dell'alessitimia, con la finalità di valutarne l'associazione con le difficoltà interpersonali e il malessere psicologico, evidenziando l'eventuale ruolo di mediazione della vergogna.

Una delle variabili che probabilmente contribuisce maggiormente allo sviluppo di una elevata sensibilità alla vergogna è rappresentata dalle prime interazioni sociali all'interno dell'ambiente familiare. Infatti, è il gruppo sociale di appartenenza, e prima tra tutti la famiglia, che definisce cosa è percepito come attraente, appartenente e accettabile o, al contrario, come non-attrattivo o rifiutato. Esperienze precoci con i *caregiver* connotate da vergogna come, per esempio, situazioni caratterizzate da umiliazioni, trascuratezza (Claesson e Sohlberg 2002), critiche, rifiuti (Gilbert et al. 1996; Tangney e Dearing 2002), atteggiamenti degradanti o di sottomissione (Gilbert et al. 2003), hanno un impatto significativo sullo sviluppo dell'identità e sulle rappresentazioni di sé e risultano elevare la vulnerabilità alla psicopatologia (Matos et al. 2011). Young (1999) usa il concetto di Schemi Maladattivi Precoci (EMSs) per indicare delle strutture disfunzionali che si sviluppano durante l'infanzia, derivate da esperienze relazionali negative con altri significativi. Alcuni studi mostrano come diversi stili educativi genitoriali caratterizzati da alti livelli di critica o dalla tendenza ad indurre vergogna e isolare socialmente possono essere implicati nello sviluppo di preoccupazioni riguardanti la sfera sociale (Hudson e Rapee 2000; Neal e Edelman 2003). Da ciò si può intuire come questi stili parentali possano generare nel bambino la credenza della propria

inadeguatezza ed incompetenza e la percezione degli altri come critici e, probabilmente, causa di umiliazione (Pinto-Gouveia et al. 2006). Questo potrebbe tradursi in una maggiore sensibilità a sperimentare l'emozione della vergogna, predisponendo la persona a sviluppare possibili disagi emotivi. Gli EMSs, in quanto strutture cognitive che organizzano le esperienze e il comportamento, esercitano un effetto disfunzionale sull'elaborazione delle informazioni ambientali, influenzando la percezione di sé, l'autostima e le relazioni interpersonali (Williams et al. 1997; Young 1999). Esperienze infantili caratterizzate da scarsa responsabilità ai bisogni da parte dei genitori possono portare alla formazione di schemi maladattivi precoci, che generano e mantengono modalità di funzionamento relazionale disfunzionali in età adulta (Young et al. 2007) e risultano associati a quadri psicopatologici caratterizzati da ansia e depressione (Schmidt et al. 1995; Welburn et al. 2002). Considerato che gli EMSs possono essere associati sia alle difficoltà relazionali che a maggiori livelli di patologia, abbiamo deciso di considerare anche questa variabile all'interno del nostro lavoro.

Alla luce di quanto esposto finora, lo scopo del presente studio consiste nello studiare il ruolo della vergogna in relazione ad alcune variabili psicopatologiche e alle abilità interpersonali, considerando anche il possibile ruolo giocato dai livelli di alessitimia e da schemi maladattivi precoci, in un campione di individui sani. In particolare, si ipotizza che la vergogna medi la relazione tra funzionamento interpersonale e malessere psicologico, per cui variabili quali la sensibilità interpersonale, il bisogno di approvazione sociale e la mancanza di socievolezza, mediate dalla vergogna, possano spiegare, o predire, la tendenza a manifestare disagio psicologico (vedi **figura 1** per una rappresentazione grafica del modello da testare).

Figura 1. Modello di mediazione



Metodo

Partecipanti e procedura

La ricerca è stata condotta avvalendosi di un campionamento a cascata reclutando soggetti tra i conoscenti degli autori. Il campione esaminato è composto da 110 soggetti (67 donne, 43 uomini) di età compresa tra i 18 e i 61 anni ($M= 37.8$; $DS= 11.9$). Di questi il 46% era coniugato, il 42.7% single, l'11% convivente, il 4% separato e il 2% vedovo, con un livello di scolarità media di 16.2

(DS= 3.7) anni.

La ricerca è stata effettuata con l'ausilio di alcuni questionari che i partecipanti hanno compilato in un'unica sessione, in forma anonima. Trattandosi di un campione tratto dalla popolazione normale, il livello di malessere psicologico è stato considerato seguendo una prospettiva dimensionale, in assenza di una franca psicopatologia.

Strumenti di misura

In seguito sono elencati i questionari utilizzati per misurare le variabili considerate.

L'*Experience of Shame Scale* (ESS, Andrews et al. 2002) è stato utilizzato per valutare la variabile *vergogna*. L'ESS è un questionario autosomministrato che valuta l'esperienza della vergogna. È composto da 25 item su scala Likert a quattro punti da 1 ("per niente") a 4 ("moltissimo") in relazione ai livelli di vergogna provati nell'ultimo anno. Il questionario valuta quattro aree della vergogna caratteriale (i.e., la vergogna inerente le abitudini personali, gli stili relazionali con gli altri, lo stile di personalità e le abilità personali), tre aree della vergogna comportamentale (i.e., vergogna di fare qualcosa di sbagliato, dire qualcosa di stupido, fallimenti in situazioni competitive) e aspetti relativi alla vergogna corporea, intesa come la tendenza a provare vergogna rispetto al proprio corpo o parte di esso. Vengono quindi identificati quattro punteggi relativi alla vergogna totale, alla vergogna del carattere, del comportamento e del corpo. All'interno del presente lavoro sono stati considerati gli score relativi al punteggio totale, alla vergogna del carattere e a quella del comportamento. L'ESS non prevede *cut-off* per discriminare tra livelli di vergogna normali e patologici. L'attendibilità del test misurata ci indica una buona coerenza interna con α di Cronbach = 0.93.

Il *Symptom Check List* (SCL-90, Derogatis 1994) è stata usata per misurare il livello di *malessere psicologico*. Il test SCL-90 è un questionario autosomministrato designato a misurare i disturbi sintomatici psichici di pazienti psichiatrici e non. È composta da 90 item su una scala Likert da 0 ("per niente") a 4 ("moltissimo") in relazione ai sintomi eventualmente provati nell'ultima settimana. La SCL-90 misura nove dimensioni patologiche (i.e., Somatizzazione, Ossessione-Compulsione, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo e Disturbi del sonno) e permette di ottenere un indice di psicopatologia totale. Considerando le finalità del lavoro e gli indici di correlazione con i livelli di vergogna statisticamente significativi, all'interno di questo studio, sono stati presi in considerazione i seguenti fattori: *Depressione*: il contenuto di questa scala indicherebbe una reazione depressiva, con pensieri negativi su sé, sugli altri e sul proprio ambiente, caratterizzati da elevato pessimismo, mancanza di speranza, pensieri di morte, rallentamento, perdita di interessi, autocritica; *Ansia*: gli item di questa scala descrivono manifestazioni di ansia intesa come agitazione, nervosismo, paura generica ed improvvisa, senso di perenne apprensione; *Ostilità*: questa scala è composta di item che esprimono la difficoltà del soggetto nelle relazioni interpersonali e nel fronteggiamento di ostacoli nelle attività che intraprende; *Ansia fobica*: persistente risposta di paura irrazionale e non proporzionata nei confronti di persone, luoghi e occasioni specifici, che viene riconosciuta come irrazionale e sproporzionata conducendo a comportamenti di evitamento/fuga; *Ideazione paranoidea*: la scala descrive la tendenza del soggetto verso la diffidenza ed il sospetto nei confronti degli altri ed evidenzia la presenza o la spiccata tendenza verso problemi relazionali. Il grado di coerenza interna, calcolato sui punteggi totali delle sotto-scale della SCL-90 indica che α corrisponde a 0.93 mostrando un'ottima attendibilità del test.

La **Scala Alessitimica Romana** (SAR, Baiocco et al. 2005) è uno strumento self-report per misurare i livelli di *alessitimia*. La SAR valuta l'alessitimia, ovvero l'incapacità o l'impossibilità di percepire le proprie o le altrui emozioni. È un questionario autosomministrato composto da 27 item a cui il soggetto deve rispondere su una scala Likert che va da 1 ("mai") a 4 ("sempre"). Il punteggio totale di scala evidenzia la tendenza ad esprimere le proprie emozioni, specie quelle di natura negativa attraverso il corpo; difficoltà dell'individuo nell'identificare le proprie emozioni e nel comprendere i motivi per i quali prova certe emozioni; difficoltà a comunicare agli altri le proprie emozioni; stile cognitivo caratterizzato da un pensiero concreto; difficoltà di empatia. L'indice di attendibilità di questo test valutato sul punteggio totale delle sotto-scale non è molto elevato ($\alpha=0.67$), quindi il test non risulta molto attendibile, pur mantenendo un valore accettabile.

L'**Inventory of Interpersonal Problems** (IIP-47, Pilkonis et al. 1996) misura il livello di funzionamento *interpersonale*. L'IIP-47 è un questionario autosomministrato utilizzato per valutare sensibilità interpersonale, ambivalenza interpersonale, aggressività, bisogno di approvazione sociale, mancanza di socievolezza. È costituito da 47 item su una scala Likert da 0 ("per niente") a 4 ("estremamente"). All'interno di questo studio sono state prese in considerazione tre sotto-scale delle cinque totali: *Sensibilità Interpersonale*: confini interpersonali fragili, sensibilità a critiche e rifiuti, ansia quando coinvolto con altre persone, difficoltà nel fidarsi degli altri, sentimenti di invidia o gelosia, difficoltà a separarsi da una persona significativa, eccessiva tendenza a confidarsi; *Bisogno dell'Approvazione Sociale*: suscettibilità, ansia e paura legate alla possibilità di essere giudicati o criticati dagli altri, accondiscendenza, scarsa assertività; *Mancanza di Socievolezza*: difficoltà nel socializzare, la presenza degli altri causa stress, imbarazzo e disagio, timore delle persone, difficoltà ad unirsi al gruppo. Il grado di attendibilità del test calcolato sui punteggi totali delle sotto-scale indica un valore α di 0.84.

Lo **Young Parenting Inventory** (YPI, Young e Rygh 2003) misura la presenza e la gravità di eventuali *schemi maladattivi precoci*, in relazione alle due figure genitoriali, separatamente. Lo YPI è un questionario autosomministrato utilizzato per risalire all'origine degli schemi maladattivi precoci. È composto da 72 item, che richiedono a chi risponde una valutazione separata del padre e della madre riguardo ad una serie di comportamenti, che contribuiscono all'instaurarsi degli schemi nell'infanzia e dei mode. Utilizza una scala Likert da 1 ("completamente falso") a 6 ("lo descrive alla perfezione"). Lo YPI permette di individuare diciotto schemi: Abbandono/Instabilità, Sfiducia/Abuso, Deprivazione emotiva, Inadeguatezza/Vergogna, Esclusione sociale/Alienazione, Dipendenza/Incompetenza, Vulnerabilità al pericolo o alle malattie, Invischiamento/Sè poco sviluppato, Fallimento, Pretese/Grandiosità, Autocontrollo o autodisciplina insufficienti, Sottomissione, Autosacrificio, Ricerca di approvazione o riconoscimento, Negatività/Pessimismo, Inibizione emotiva, Standard elevati/Ipercriticismo, Punizione. Clinicamente, la presenza di uno schema disadattivo è indicata da un punteggio $>$ di 5 o 6, ma per motivi di ricerca, il calcolo del punteggio è stato effettuato sommando i punteggi per ogni sotto-scala sono stati considerati come "significativamente presenti" gli schemi in cui è stato ottenuto un punteggio $>$ 33.33. Il grado di coerenza interna calcolato sui punteggi totali delle sotto-scale è di $\alpha = 0.80$ nello YPI versione madre e di $\alpha = 0.81$ nello YPI versione padre.

Risultati

Statistiche descrittive

Le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando il software statistico SPSS versione 20.0

Il ruolo della vergogna nel malfunzionamento psicologico e nelle difficoltà interpersonali

per Mac. Le caratteristiche del campione e i punteggi medi ottenuti nei diversi questionari sono rappresentati nella **tabella 1**. Il punteggio medio ottenuto nella ESS corrisponde a quello della popolazione italiana (M=45.72, DS=13), così come i punteggi ottenuti nella SAR (M= 56.19 DS=8,54). Trattandosi di una popolazione sana, come atteso, il valore medio delle sotto-scale considerate nella SCL-90 si trova al di sotto del *cut-off* di 1.5, indicativo di una condizione psicopatologica. I punteggi relativi all'IIP-47 si posizionano in un *range* di normalità, facendo riferimento al *cut-off* di 1.1 (Stern et al. 2000). I punteggi del YPI indicano la presenza di schemi parentali nella norma, in **tabella 1** sono stati riportati gli schemi con i punteggi più elevati (i.e., Vulnerabilità al pericolo, Inibizione e Deprivazione Emotiva, Standard elevati, Pretese/Grandiosità, Punizione e Ricerca di approvazione, per entrambi i genitori).

Tabella 1. Descrizione delle variabili indagate, con le relative medie e deviazioni standard

Misure self.report	Media	Deviazione Standard
ESS Vergogna	42.66	12.84
SCL-90 Depressione	.74	.60
SCL-90 Ansia	.65	.59
SCL-90 Ostilità	.58	.66
SCL-90 Ansia Fobica	.20	.46
SCL-90 Ideazione Paranoidea	.71	.70
SAR Alessitimia	6.51	1.64
IIP-47 Totale	1.19	.49
IIP-47 Sensibilità Interpersonale	1.39	.60
IIP-47 Bisogno Approvazione Sociale	1.54	.75
IIP-47 Mancanza Socievolezza	.99	.75
YPI_M/P Deprivazione emotiva	13.21/15.00	25.99/27.90
YPI_M/P Inibizione Emotiva	22.68/27.73	24.00/25.11
YPI_M/P Vulnerabilità al pericolo	23.17/12.5	32.03/25.00
YPI_M/P Inadeguatezza/Vergogna	5.50/3.03	17.13/14.45
YPI_M/P Fallimento	2.54/4.43	11.81/13.65
YPI_M/P Standard elevati	19.91/22.75	23.78/26.23
YPI_M/P Pretese/Grandiosità	16.97/15.09	19.80/20.60
YPI_M/P Sottomissione	6.42/4.67	17.48/17.21
YPI_M/P Punizione	15.50/11.08	25.28/21.56
YPI_M/P Ricerca di approvazione	13.49/9.85	23.62/22.51

Abbreviazioni: ESS= Experience of Shame Scale; SCL-90=Symptom Check List; SAR= Scala Alessitimica Romana; IIP-47=Inventory of Interpersonal Problems; YPI= Young Parenting Inventory; M= madre; P= padre.

Analisi di correlazione

Sono state condotte una serie di analisi di correlazione tra le variabili oggetto di studio, usando la correlazione di Pearson, considerando la soglia $p < 0.05$, con distribuzione a due code (vedi

tabella 2). Le sotto-scale della ESS (i.e., vergogna del carattere, del comportamento e del corpo) mostrano una forte associazione interna (con una correlazione superiore a .85), per cui nelle analisi successive abbiamo considerato unicamente il punteggio totale della scala. Il punteggio totale della ESS è significativamente correlato con alcune sotto-scale della SCL-90, quali quella della depressione, dell'ansia, dell'ostilità, dell'ansia fobica e della ideazione paranoidea. Analogamente, associazioni significative positive sono state rilevate tra i punteggi della IIP-47 (in particolare con le sotto-scale della Sensibilità Interpersonale, del Bisogno dell'approvazione sociale e della Mancanza di socievolezza), la ESS e alcune sotto-scale della SCL-90. Infine, un'associazione positiva significativa è stata osservata tra la vergogna e l'alessitimia e alcune scale dello YPI, in particolare con gli schemi di vulnerabilità al pericolo e alle malattie, della dipendenza, dell'inadeguatezza/vergogna, del fallimento, della sottomissione (nella versione madre), e con lo schema della deprivazione emotiva, rispetto alla figura paterna (vedi **tabella 2**).

Tabella 2. Indici di correlazioni significative tra le variabili esplorate

	SCL-90 Depres- sione	SCL-90 Ansia	SCL-90 Ostilità	SCL-90 Ansia Fobica	SCL-90 Ideazione Paranoidea	SAR Ales- sitimia	IIP 47 Totale
ESS Vergogna	.55	.47	.38	.34	.41	.38	.40
SCL-90 Depressione	-	-	-	-	-	.50	.48
SCL-90 Ansia	-	-	-	-	-	.54	.43
SCL-90 Ostilità	-	-	-	-	-	.40	.47
SCL-90 Ansia Fobica	-	-	-	-	-	.33	.26
SCL-90 Ideazione Paranoidea	-	-	-	-	-	.34	.45
SAR Alessitimia	-	-	-	-	-	-	.43

Abbreviazioni: ESS= Experience of Shame Scale; SCL-90=Symptom Check List; SAR= Scala Alessitimica Romana; IIP-47=Inventory of Interpersonal Problems;
YPI= Young Parenting Inventory; M= madre; P= padre.

Analisi di mediazione

A partire dai dati di correlazione statisticamente significativi ottenuti nelle analisi precedenti e con l'obiettivo di testare la nostra ipotesi, sono state condotte delle analisi di mediazione, utilizzando la procedura di *bootstrapping* proposta da Hayes (2009). Per effettuare le analisi di

Il ruolo della vergogna nel malfunzionamento psicologico e nelle difficoltà interpersonali

mediazione è stata utilizzata la macro per Mediazioni Multiple per SPSS, proposta da Hayes e Preacher (2008).

La procedura prevede tre analisi di regressione per ogni variabile dipendente (vedi **figura 1**): la prima (c') stima l'effetto della variabile indipendente (IIP-47 totale e sotto-scale Sensibilità Interpersonale, Bisogno dell'approvazione sociale e Mancanza di socievolezza) sulla variabile dipendente (sotto-scale della SCL-90 di depressione, ansia, ansia fobica, ostilità e ideazione paranoidea); la seconda (a) stima gli effetti della variabile indipendente (IIP-47 totale e sotto-scale Sensibilità Interpersonale, Bisogno dell'approvazione sociale e Mancanza di socievolezza) sul mediatore (vergogna); infine, la terza (c) stima gli effetti combinati del mediatore (vergogna) e della variabile indipendente (IIP-47 totale e sotto-scale Sensibilità Interpersonale, Bisogno dell'approvazione sociale e Mancanza di socievolezza) sulla variabile dipendente (depressione, ansia, ansia fobica, ostilità e ideazione paranoidea della SCL-90). Tutte le regressioni sono state effettuate su 5.000 campioni generati in modo casuale, utilizzando il campionamento casuale con sostituzione. Per valutare la significatività del modello, sono stati considerati gli intervalli

IIP-47 Sensibilità Interper- sonale	IIP-47 Bisogno Approvaz. Sociale	IIP-47 Mancanza Socievo- lezza	YPI_M Vulne- rabilità al pericolo	YPI_M Ina- deguatezza/ Vergogna	YPI_M Falli-mento	YPI_M Sottomis- sione	YPI_P Deprivazio- ne emotiva
.56	.52	.57	.19	.23	.22	.20	.22
.58	.54	.45	-	-	-	-	-
.53	.55	.30	-	-	-	-	-
.37	.36	.33	-	-	-	-	-
.27	.32	.30	-	-	-	-	-
.50	.42	.28	-	-	-	-	-
.46	.52	.41	-	-	-	-	-

di confidenza (95%). Se lo zero non è compreso tra il limite inferiore e quello superiore degli intervalli di confidenza, allora l'effetto indiretto viene considerato statisticamente significativo. Le analisi di mediazione sono state ripetute per ogni sotto-scala della SCL-90 presa in esame (i.e., depressione, ansia, ansia fobica, ostilità e ideazione paranoidea) considerando tre modelli separati che prevedevano come mediatore il punteggio totale della ESS (vergogna).

I risultati delle analisi di mediazione hanno mostrato che la vergogna media totalmente la relazione tra alcune scale della IIP-47 e quelle dell'SCL-90. In particolare, osservando le analisi effettuate emergono i seguenti risultati. L'ansia appare associata alla mancanza di socievolezza

($\beta = 0.24$; $p < 0.001$) e la vergogna sembra mediare totalmente questa relazione ($\beta = 0.04$; $p = \text{n.s.}$). L'ostilità è associata alla mancanza di socievolezza ($\beta = 0.29$; $p < 0.001$) e la vergogna media totalmente la relazione ($\beta = 0.15$; $p = \text{n.s.}$). L'associazione tra ideazione paranoidea e mancanza di socievolezza ($\beta = 0.26$; $p < 0.05$) appare anche essa mediata totalmente dalla vergogna ($\beta = 0.67$; $p = \text{n.s.}$). Si evidenzia che l'ansia fobica risulta associata al punteggio totale della IIP-47 ($\beta = 0.24$; $p < 0.05$) e a diverse sotto-scale, tra cui la mancanza di socievolezza ($\beta = 0.18$; $p < 0.05$), la sensibilità interpersonale ($\beta = 0.21$; $p < 0.05$) e il bisogno di approvazione sociale ($\beta = 0.20$; $p < 0.05$). Per quanto riguarda la mediazione della vergogna tra queste variabili essa appare essere piena sia per il punteggio della IIP-47 totale ($\beta = 0.13$; $p = \text{n.s.}$), che per la mancanza di socievolezza ($\beta = 0.09$; $p = \text{n.s.}$), la sensibilità interpersonale ($\beta = 0.09$; $p = \text{n.s.}$) e il bisogno di approvazione sociale ($\beta = 0.12$; $p = \text{n.s.}$).

Diverso il ruolo di mediatore della vergogna rispetto alla depressione. Questa infatti è significativamente associata al punteggio totale dell'IIP-47 ($\beta = 0.59$; $p < 0.05$), e alle sotto-scale sensibilità interpersonale ($\beta = 0.58$; $p < 0.05$), mancanza di socievolezza ($\beta = 0.36$; $p < 0.05$) e bisogno di approvazione sociale ($\beta = 0.43$; $p < 0.05$), ma la relazione tra queste variabili e la depressione viene mediata solo parzialmente dalla vergogna. Analogamente, l'alesitimia è associata a diverse variabili quali, l'ansia ($\beta = 0.19$; $p < 0.05$), l'ansia fobica ($\beta = 0.9$; $p < 0.05$), l'ostilità ($\beta = 0.15$; $p < 0.05$), la paranoia ($\beta = 0.14$; $p < 0.05$) e la depressione ($\beta = 0.18$; $p < 0.05$), ma anche in questo caso la vergogna media solo parzialmente la relazione tra queste variabili. Infine, poiché le sotto-scale del YPI-M/P non mostravano correlazioni significative con le scale dell'IIP-47, non è stato possibile studiare il ruolo degli schemi maladattivi precoci nei modelli di mediazione.

Discussione

Lo scopo principale di questo studio è stato quello di valutare il ruolo della vergogna nel mediare tra specifici aspetti del funzionamento interpersonale e il disagio psicologico, in un campione di individui italiani, provenienti dalla popolazione sana.

Il risultato di maggiore interesse riguarda il ruolo che la vergogna ha nel mediare totalmente la relazione tra mancanza di socievolezza e ansia, ideazione paranoidea, ostilità ed ansia fobica.

Un altro dato rilevante riguarda la mediazione totale della vergogna tra le difficoltà interpersonali legate alla mancanza di socievolezza, al bisogno di approvazione sociale e alla sensibilità interpersonale e l'ansia fobica, espressione di paura esagerata verso persone/luoghi. La mancanza di socievolezza si riferisce alla difficoltà nel socializzare, perchè la presenza degli altri causa imbarazzo e disagio, con conseguente difficoltà ad unirsi al gruppo e condividere le esperienze. La presenza di vergogna associata a questa difficoltà sembrerebbe predire la manifestazione di malessere psicologico, e in particolare di sintomi ansiosi, di ostilità e di sfiducia rispetto agli altri.

I sintomi di ideazione paranoidea fanno riferimento ad atteggiamenti da parte dell'individuo di sospettosità e mancanza di fiducia negli altri e la convinzione che gli altri lo guardino o ne parlino con malevolenza secondo una logica di "better safe than sorry" (Gilbert 1998; Gilbert et al. 2005). Nessuna minaccia può essere esclusa con assoluta sicurezza, per cui è preferibile assumere un atteggiamento di allerta. In letteratura si riporta che individui con sintomi paranoidei sono caratterizzati da una rappresentazione di sé come inferiore, debole, sottomesso e vulnerabile e dell'altro come potente, dominante e minaccioso (Salvatore et al. 2012; Freeman et al. 2008). Matos e collaboratori (2013) evidenziano come i soggetti con ideazione paranoidea, percependosi come inferiori agli altri potrebbero sentirsi più vulnerabili al rifiuto e all'esclusione.

Tabella 3. Tabelle con i coefficienti β di mediazione e i livelli di significatività. La variabile della vergogna rappresenta la variabile di mediazione, la variabile indipendente (VI) corrisponde alle abilità interpersonali (IIP-47) e la variabile dipendente (VD) agli indici di malessere psicologico (SCL-90)

VD=ansia fobica SCL-90		
VI=sensibilità interpersonale IIP-47		
	β	p
path a	11.935	.0000
path b	.009	.0149
path c	.215	.0034
path c'	.097	.2556
VI=bisogno di approvazione sociale IIP-47		
	β	p
path a	8.841	.0000
path b	.008	.0279
path c	.201	.0005
path c'	.125	.0555
VI=mancanza di socievolezza IIP-47		
	β	p
path a	9.663	.0000
path b	.009	.0244
path c	.187	.0014
path c'	.098	.1497
VI= IIP-47 totale		
	β	p
path a	10.497	.0000
path b	.010	.0050
path c	.247	.0062
path c'	.138	.1413
VD=ansia SCL-90		
VI=mancanza di socievolezza IIP-47		
	β	p
path a	9.663	.0000
path b	.020	.0000
path c	.224	.0009
pathc'	.048	.5535
VD=ostilità SCL-90		
VI=mancanza di socievolezza IIP-47		
	β	p
path a	9.663	.0000
path b	.014	.0097
path c	.294	.0004
pathc'	.152	.1115
VD=ideazione paranoidea SCL-90		
VI=mancanza di socievolezza IIP-47		
	β	p
path a	9.663	.0000
path b	.020	.0008
path c	.265	.0028
path c'	.067	.5029

Il ruolo della vergogna nell'ideazione paranoidea è stato fortemente sottolineato dalla letteratura (Colby 1981; Colby et al. 1979; Nicolò e Nobile 2003). In particolare, sembrerebbe che la paranoia possa minimizzare o neutralizzare l'attivazione della vergogna – emozione difficilmente tollerata da queste persone – attraverso l'attribuzione all'altro di malevolenza e ostilità. Le modalità con cui il soggetto con ideazione paranoide potrebbe impedire alla vergogna di emergere sarebbero sia la messa in atto di reazioni rabbiose, che l'evitamento del contatto sociale. Potremmo ipotizzare che la relazione tra la mancanza di socievolezza e l'ideazione paranoidea possa essere spiegata dalla presenza di vergogna (probabilmente di tipo esterno) nei termini in cui l'individuo, che riduce i contatti sociali, cerca di difendersi dall'esposizione di un sé vulnerabile, e quindi dalla sperimentazione della vergogna associata, attraverso l'attribuzione all'altro di malevolenza. Questo potrebbe a sua volta metterlo nella condizione di evitare ulteriormente gli altri. Come sottolineato da Freeman e collaboratori (2005) esperienze paranoidee sono molto comuni, al pari dell'ansia e della depressione. Questo potrebbe spiegare come anche nel nostro campione non clinico la sintomatologia paranoidea possa esprimersi, pur non raggiungendo livelli di psicopatologia conclamati.

La vergogna risulta mediare totalmente anche la relazione tra mancanza di socievolezza e i livelli di ostilità. Safran e Muran (2003) sottolineano come sia possibile che un soggetto, temendo un attacco da parte dell'altro, agisca anticipatamente con rabbia elicitando in questo modo rabbia nell'altro che conferma così l'aspettativa iniziale di minaccia. È quindi possibile mettere in atto atteggiamenti apertamente ostili, per il timore di essere danneggiato. Potremmo immaginare che la rappresentazione di sé come difettoso e giudicabile renda l'individuo incline alla vergogna, e molto sensibile alla percezione di rifiuto, esclusione, distacco dagli altri e non appartenenza. Questo potrebbe tradursi in un atteggiamento apertamente ostile rispetto agli altri.

Se osserviamo quanto avviene in gravi pazienti schizofrenici in cui questo meccanismo è, a livelli estremi, ben consolidato, possiamo notare che sia caratteristico delle situazioni in cui vi è un grave ritiro dalle relazioni dove l'isolamento mantiene questo ciclo interpersonale aggressivo (Nicolò e Nobile 2003). La mancanza di socievolezza potrebbe, quindi, inibire la disconferma della credenza secondo la quale l'altro giudica negativamente e portare il soggetto ad attendersi un attacco, durante il quale potrebbe sentire minata la sua autostima e sperimentare vergogna, e a rispondere difensivamente con un atteggiamento ostile e aggressivo, per evitare di subire la dominanza dell'altro. Questo meccanismo, in cui la vergogna sembra giocare un ruolo determinante, richiama quello precedentemente descritto rispetto all'ideazione paranoidea. La percezione del sé come vulnerabile indurrebbe una reazione rabbiosa e aversiva verso l'altro, rappresentato come minaccioso. Questo avrebbe la funzione di proteggere l'individuo da stati di vergogna che sarebbero difficilmente tollerati.

Mentre nelle condizioni sopra descritte il sé manchevole apparrebbe minacciato dalle relazioni interpersonali, percepite come pericolose per il sé, nel caso dell'ansia il sé vulnerabile potrebbe avere più bisogno della presenza dell'altro per percepire un senso di maggiore sicurezza. Le relazioni interpersonali potrebbero essere percepite minacciose in un caso e protettive nell'altro. Come sostenuto da Lorenzini e Sassaroli (1987) *“le condizioni di insicurezza e solitudine sarebbero patognomiche delle nevrosi d'ansia fobica”* (p.45). Questo può essere spiegato dal fatto che l'individuo, percependosi come debole, incapace o manchevole (e quindi sperimentando un sentimento di vergogna interna) ritiene di non essere in grado di affrontare eventuali difficoltà che potrebbero presentarsi e mantiene l'intenzione di essere attraente agli occhi dell'altro per poter ricevere adozione (Castelfranchi 2005). La sintomatologia dell'ansia fobica, secondo la descrizione della SCL-90, sembra essere sovrapponibile a quella agorafobica.

Ciò che l'agorafobico immagina come catastrofico coincide con la perdita di controllo percepita come dissolvimento del senso di sé e perdita della percezione di sé come agente e questo potrebbe spiegare il perché vengano particolarmente temute le condizioni di solitudine (Gagnani e Mancini 2004, 2008).

In accordo con i nostri dati si potrebbe dedurre, quindi, che nel soggetto con un forte timore di solitudine, il bisogno degli altri si possa tradurre in una maggiore sensibilità interpersonale e in un più elevato bisogno di approvazione sociale. L'individuo sensibile alle relazioni interpersonali potrebbe ad esempio risentire maggiormente di critiche e rifiuti e a sviluppare un'attenzione selettiva ai segnali dell'altro. La persona che, invece, avverte maggiormente il bisogno di approvazione sociale potrebbe, per il timore di perdere la relazione, sviluppare un atteggiamento anassertivo (descritto dalla sotto-scala dell'IIP-47 di *bisogno di approvazione sociale*). Uno stile relazionale assertivo permette di creare rapporti interpersonali positivi e di affrontare le situazioni problematiche con una buona fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità, attivando le proprie risorse per esercitare un controllo sulla propria vita. Il senso di autoefficacia percepito influenza infatti le aspettative rispetto ad una situazione problematica: una persona con un basso livello di efficacia personale e maggiormente propensa a sperimentare vergogna potrebbe essere portata ad avere maggiori timori rispetto ad eventi potenzialmente pericolosi.

Anche nell'associazione tra mancanza di socievolezza e ansia e tra mancanza di socievolezza e ansia fobica, la vergogna sembra giocare un ruolo di rilievo mediando totalmente questa relazione. Generalmente potremmo ipotizzare che una valutazione di sé come difettoso nel confronto con gli altri, possa inibire la richiesta di vicinanza, riducendo la possibilità di far riferimento alle relazioni interpersonali per ricevere sostegno. Secondo la formula cognitiva dell'ansia (probabilità x gravità della minaccia percepita/capacità percepita di fronteggiarla + disponibilità percepita di aiuto esterno) è possibile intuire che una persona che ritenga di non possedere le risorse individuali per fronteggiare il pericolo e che abbia a disposizione ridotte risorse interpersonali, possa sperimentare un maggiore senso di minaccia che potrebbe manifestarsi con una sintomatologia ansiosa.

Pur trovando che la depressione correli con alcuni stili relazionali, disfunzionali, questa relazione è spiegata solo parzialmente dalla intensità dell'emozione di vergogna, suggerendo che sia la sintomatologia depressiva di per sé, oppure ovviamente altre variabili non considerate in questo lavoro, a compromettere il funzionamento relazionale, piuttosto che la vergogna *in toto*. Potremmo supporre che le funzioni interpersonali, ed in particolare la sensibilità interpersonale e il bisogno di approvazione, siano presenti come conseguenza di un senso di perdita nella relazione con l'altro o come una difficoltà rispetto alle relazioni, che portano l'individuo a sperimentare, ad esempio, una maggiore sensibilità a critiche e rifiuti interpretabili come conferma del proprio scarso valore.

L'alessitimia, inserita anch'essa nei modelli di mediazione (assieme alle disabilità interpersonali), è frequentemente associata al malfunzionamento psicologico (Parker et al. 2008) e a elevati livelli di vergogna (Franzoni et al. 2013). I nostri dati confermano un'associazione positiva significativa tra la difficoltà nell'identificare e comunicare i propri, e gli altrui, stati emotivi e maggiori livelli di vergogna, maggiori difficoltà interpersonali e più intensi livelli di ansia, depressione e ostilità. Dai nostri dati non sembra, tuttavia, che l'alessitimia ricopra un ruolo centrale (rispetto alla vergogna) nel predire l'intensità del malessere psichico. Rispetto alla correlazione positiva tra l'alessitimia e il malfunzionamento psicologico (in particolare ansia, depressione ed ostilità) infatti, questa sembra essere spiegata solo parzialmente dal ruolo della vergogna. Così come la correlazione tra alessitimia e alcune disabilità interpersonali non

sembra essere spiegata totalmente dalla vergogna. Ipotizziamo che maggiori livelli di alessitimia potrebbero mettere l'individuo nella condizione di sperimentare più emozioni negative, come la stessa vergogna, favorendo un maggiore disagio psicologico. Inoltre, come sottolineato da Spitzer et al. (2005) la capacità di far ricorso alla regolazione emotiva attraverso l'interazione sociale è carente nei soggetti alessitimici per quanto questo non sia attribuibile alla presenza di vergogna. Si può immaginare quindi che maggiori livelli di alessitimia potrebbero, come la stessa vergogna, favorire un maggiore disagio psicologico, spiegandone anche il valore in ambito interpersonale.

Infine, contrariamente alle nostre ipotesi, non è stato rilevato alcun ruolo di particolare rilievo degli schemi parentali disfunzionali nel predire il malessere psichico. Alcune correlazioni significative, seppur deboli, sono state rilevate tra vergogna e alcuni schemi parentali disfunzionali. In particolare, la vergogna sembra associata agli schemi di inadeguatezza/vergogna, fallimento, vulnerabilità al pericolo/alle malattie, dipendenza/incompetenza, sottomissione e deprivazione emotiva. Questi indicano la presenza di un ambiente familiare (soprattutto rispetto alla figura materna) critico/sprezzante o assente/abusante, in cui si trasmette la sensazione di essere inadeguati, incapaci o non amabili e di non essere in grado di sopravvivere senza il supporto degli altri, favorendo un livello di autonomia e indipendenza inadeguati. A oggi, solo uno studio ha messo in relazione gli schemi disadattivi precoci con la vergogna, coinvolgendo un campione di pazienti con fobia sociale (Pinto et al. 2006). In questo lavoro gli autori hanno identificato negli schemi di inadeguatezza/vergogna, sfiducia/abuso, deprivazione emotiva e standard elevati/ipercriticismo un ruolo predittivo dei livelli di ansia sociale, confermando, in parte, i risultati qui ottenuti. Va inoltre ricordato che gli strumenti messi a punto dagli autori della Schema Therapy vengono utilizzati prettamente a scopo clinico/diagnostico, mancando di quelle caratteristiche di validità e attendibilità statistica che li renderebbe adatti ad applicazioni di ricerca.

Limiti e direzioni future

Il presente studio non manca di limiti che possono influire sull'attendibilità dei dati e sulla loro interpretazione e generalizzabilità. *In primis*, l'uso di strumenti *self-report*, sebbene per la maggior parte attendibili e ampiamente utilizzati, non permette di escludere che alcuni punteggi possano essere stati sottostimati o sovrastimati. In particolare, la valutazione dell'alessitimia attraverso uno strumento *self-report*, presenta in sé dei limiti che si potrebbero ovviare attraverso una valutazione multi-metodo (i.e., auto-somministrazione e valutazione implicita). Inoltre, è necessario interpretare con cautela sia i dati di correlazione che quelli di mediazione, poiché non è possibile rilevare un nesso causa-effetto tra le variabili oggetto di studio. Pur ipotizzando e testando un modello in cui la vergogna media la relazione tra abilità interpersonali e livello di malessere psicologico, sarebbe necessario uno studio longitudinale. Infine, non avendo utilizzato un campione clinico, il livello di psicopatologia misurato fa riferimento a livelli di malessere sub-clinici, indicando una direzione di disagio psicologico, piuttosto che una franca condizione psicopatologica.

Partendo dai dati e dalle considerazioni effettuate, in futuro sarebbe interessante approfondire il ruolo di mediatore della vergogna all'interno di un campione clinico che sia caratterizzato da una presenza significativa di questa emozione. Oltre a ciò, basandoci sulla concettualizzazione di Castelfranchi (2005), secondo la quale nella genesi dell'emozione di vergogna è implicato lo scopo del mantenimento della buona immagine e dell'autostima (autoimmagine), sarebbe interessante valutare quest'ultima variabile per rilevare in che misura risulti correlata a maggiori

livelli di sintomatologia e come questa relazione possa essere mediata dalla vergogna. Si potrebbe, infine, valutare l'impatto che l'autostima ha nell'orientare gli stili relazionali, a loro volta coinvolti nel preservare lo scopo della buona immagine (Castelfranchi 2005) e che, come confermato dai nostri dati, potrebbero favorire lo sviluppo di un malfunzionamento psicologico.

Bibliografia

- Allan S, Gilbert P, Goss K (1994). An exploration of shame measures: II: Psychopathology. *Personality and Individual Differences* 17, 719-722.
- Andrews B, Qian M, Valentine JD (2002). Predictive depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal Clinical Psychology* 41, 29-42.
- Baiocco R, Giannini AM, Laghi F (2005). *SAR. Scala Alessitimica Romana. Valutazione delle capacità di riconoscere, esprimere e verbalizzare le emozioni. Manuale e protocolli*. Centro Studi Erickson, Trento.
- Baldwin MW (2005). *Interpersonal cognition*. Guilford Press, New York.
- Baumeister RF, Leary MR (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin* 117, 497-529.
- Birtchnell J (2000). Shame: Interpersonal Behaviour, psychopathology and culture. *British Journal of Medical Psychology* 73, 432-435.
- Bowlby J (1969). *Attachment and loss, Vol.I: Attachment*. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e Perdita. Vol.I: L'attaccamento alla madre*. Bollati Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby J (1973). *Attachment and loss, Vol.II: Separation*. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e Perdita. Vol. 2: La Separazione dalla Madre*. Bollati Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J (1980). *Attachment and loss, Vol.III: Loss*. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e Perdita. Vol. 2: La Perdita della Madre*. Bollati Boringhieri, Torino 1983.
- Byrne RW (1995). *The thinking ape*. Oxford University Press, Oxford.
- Carcione A, Semerari A, Lysaker PH, DiMaggio G, Conti L, Procacci M, Popolo R, Riccardi I, Nicolò G (2011). Correlazioni dell'alessitimia con i sintomi e il funzionamento interpersonale nei disturbi di personalità: uno studio preliminare. *Nòos* 1, 33-43.
- 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.
- Cassidy J, Shaver PR (1999). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. Guilford Press, New York.
- Castelfranchi C (2005). *Che figura*. Il Mulino, Bologna.
- Clackson K, Sohlberg S (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 9, 277-284.
- Codispoti M, Pani R, Ghellini M, Errante M, Bertocchi A (1994). Ambivalenza rispetto all'espressione delle emozioni e alessitimia. Paper presentato al VI Congresso Internazionale di Psicometria. Bologna.
- Colby KM (1981). Modeling paranoid mind. *The Behavioral and Brain Sciences* 4, 515-560.
- Colby KM, Faughut WS, Parkinson RC (1979). Cognitive therapy of paranoid condition: heuristic suggestions based on a computer simulation model. *Cognitive Therapy and Research* 3, 5-60.
- Cook DR (1996). Empirical studies of shame and guilt: The internalized shame scale. In Nathanson DL (a cura di) *Knowing Feeling: Affect, Script and Psychotherapy*. Norton, New York.
- Del Rosso A, Beber S, Bianco F, Di Gregorio D, Di Paolo M, Lauriola AM, Morbidelli M, Salvatori C, Silvestri L, Basile B (2014). La vergogna in psicopatologia. *Cognitivismo Clinico* 11, 27-61.
- Derogatis LR (1994). *Symptom Checklist 90-R: Administration, scoring, and procedures manual* (3rded.). National Computer Systems, Minneapolis.
- Doran J, Lewis CA (2012). Components of Shame and Eating Disturbance among Clinical and Non-Clinical Populations. *European Eating Disorders Review* 20, 365-270.
- Franzoni E, Gualandi S, Caretti V, Schimmenti A, Di Pietro E, Pellegrini G, Craparo G, Franchi A, Verrotti A, Pellicciari A (2013). The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders:

- investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9, 185-193.
- Freeman D, Garety PA, Bebbington PE, Smith B, Rollinson R, Fowler D, Kuipers E, Ray K, Dunn G (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *The British Journal of Psychiatry* 186, 427-435.
- Freeman D, Bentall RP, Garety P (a cura di) (2008). *Persecutory delusions: Assessment, theory and treatment*. University Press, Oxford.
- Gilbert P (1992). *Depression: the Evolution of Powerlessness*. Lawrence Erlbaum Associates, New York.
- Gilbert P (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *The British Journal of Medical Psychology* 70, 113-147.
- Gilbert P (1998). The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *The British Journal of Medical Psychology* 71, 447-463.
- Gilbert P (2000). 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 (2002). Body Shame: A Biopsychosocial Conceptualization and Overview, with Treatment Implications. In Gilbert P e Miles J (a cura di) *Body Shame: Conceptualization, Research and Treatment*. Routledge, London.
- Gilbert P (2007). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. In Gilbert P e Leahi R (a cura di) *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Brunner-Routledge USA.
- Gilbert P, Allan S, Goss K (1996). Parental representations, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3, 23-34.
- Gilbert P, Andrews B (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In Gilbert P e Andrews B (a cura di) *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*. Oxford University Press, New York.
- Gilbert P, McGuire M (1998). Shame, social roles and status: The psychobiological continuum from monkey to human. In Gilbert P e Andrews B (a cura di) *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*. Oxford University Press, New York.
- Gilbert P, Cheung M, Grandfield T, Campey F, Irons C (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, 108-115.
- Gilbert P, Boxall M, Cheung M, Irons C (2005). The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 12, 124-133.
- Goss K, Gilbert P, Allan S (1994). An Exploration of shame measures. The others as shamer scale. *Personality and Individual Differences* 17, 713-717.
- Gragani A, Mancini F (2004). *L'indebolimento del senso di sé e la sindrome Agorafobica*. XII Congresso Nazionale SITCC "L'evoluzione del cognitivismo clinico: I modelli, i metodi, la ricerca". Verona
- Gragani A, Mancini F (2008). *Il Disturbo di Panico e l'Agorafobia*, in Mancini F, Perdighe C (a cura di) *Elementi di Psicoterapia Cognitiva*. Fioriti, Roma.
- Harder DW (1995). Shame and guilt assessment and relationship of shame-guilt-proneness to psychopathology. In Tangney J. e Fischer K (a cura di) *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. Guilford Press, New York.
- Hayes AF (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs* 76, 408-420.
- Hudson J L, Rapee RM (2000). The origins of social phobia. *Behaviour Modification* 24, 102-129.
- Kaufman G (1989). *The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-based Syndromes*. Springer, New York.
- Lewis M (2003). The role of the self in shame Social Research. *An International Quarterly of the Social Sciences* 70, 1181-1204.
- Liotti G, Gilbert P (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 84, 9-25.
- Loiselle CG, Dawson C (1988). Toronto Alexithymia Scale: Relationship with measures of patient self-disclosure and private self-consciousness. *Psychotherapy and Psychosomatics* 53, 214-219.

Il ruolo della vergogna nel malfunzionamento psicologico e nelle difficoltà interpersonali

- Lorenzini R, Sassaroli S (1987). *La paura della paura, un modello clinico della mediazione*. Carocci Editore, Roma.
- Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy Psychosomatic* 70, 254-60.
- Mancini F, Orazi F (2011). Processi cognitivi e meccanismi di mantenimento. In Procacci M, Popolo R, Marsigli N (a cura di) *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Matos M, Pinto-Gouveia J, Costa V (2011). Understanding the Importance of Attachment in Shame Traumatic Memory Relation to Depression: The Impact of Emotion Regulation Processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 20, 149-165.
- Matos M, Pinto-Gouveia J, Gilbert P (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 20, 334-349.
- Neal JA, Edelmann RJ (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review* 23, 761-786.
- Nicolò G, Nobile MS (2003). *Il modello del disturbo paranoide di personalità*. In Di Maggio G, Semerari A (a cura di) *I disturbi di personalità modelli e trattamento*. Editori Laterza, Roma-Bari.
- Parker JA, Keefer KV, Taylor GJ, Bagby RM (2008). Latent structure of the alexithymia construct: a taxometric investigation. *Psychological Assessment* 20, 385-396.
- Pedrosa GF, Ridout N, Kessler H, Neuffer M, Schoechlin C, Traue HC, Nickel M (2008). Facial emotion recognition and alexithymia in adult with somatoform disorders. *Depression and Anxiety* 25, 133-41.
- Pilkonis PA, Kim Y, Proietti JM, Barkham M (1996). Scales for personality disorders developed from the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Disorders* 10, 355-369.
- Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research* 30, 571-584.
- Preacher KJ, Hayes AF (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods* 40, 879-891.
- Procacci M, Catania D, Popolo R (2011). *I disturbi di ansia sociale*. In Procacci M, Popolo R, Marsigli N (a cura di) *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Safran JD, Muran JC (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A relational treatment guide*. Guilford, New York. Tr. it. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Editori Laterza, Roma-Bari.
- Salvatore G, Lysaker PH, Popolo R, Procacci M, Carcione A, Dimaggio G (2012). Vulnerable Self, Poor Understanding of Others' Minds, Threat Anticipation and Cognitive Biases as Triggers for Delusional Experience in Schizophrenia: A Theoretical Model. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 19, 247-259.
- Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research* 19, 295-321.
- Spitzer C, Siebel-Jürges U, Barnow S, Grabe HJ, Freyberger HJ (2005). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics* 74, 240-246.
- Stern BL, Kim Y, Trull TJ, Scarpa A, Pilkonis P (2000). Inventory of Interpersonal Problems personality disorder scales: Operating characteristics and confirmatory factor analysis in nonclinical samples. *Journal of Personality Assessment* 74, 459-471.
- Suslow T, Donges U, Kersting A, Arolt V (2000). 20 item Toronto Alexithymia Scale: do difficulties describing feelings assess proneness to shame instead of difficulties symbolizing emotions? *Scandinavian Journal of psychology* 41, 329-334.
- Tangney JP, Fischer KW (1995). *The Self-Conscious Emotions: Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*. Guilford Press, New York.
- Tangney JP, Dearing RL (2002). *Shame and Guilt*. Guilford Press, New York.
- Troop NA, Allan S, Serpell L, Treasure JL (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorder Review* 16, 480-8.
- Vanheule S, Desmet M, Meganck R, Bogaerts S (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology* 63, 109-117.
- Williams JM, Watts FN, Macleod C, Mathews A (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders*, 2nd

- ed. Chichester, Wiley.
- Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S (2002). The schema questionnaire short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research* 26, 519-530.
- Young J (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, 3rd ed. Professional Resource Exchange Sarasota, FL.
- Young J, Rygh J (2003). *Young Parenting Inventory*. Cognitive Therapy Centre of New York, New York.
- Young J, Klosko JS, Weishaar ME (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford Press, New York.
- Tr. it. *Schema therapy. La terapia cognitivo comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Eclipsi, Firenze 2007.