

Psicopatologia da vergogna. Esperienze cliniche

Roberto Pani¹

Nel corso delle mie esperienze cliniche ho osservato quanto e come la problematica della vergogna costituisca una componente dinamica assai importante in psicoterapia, sulla base della quale si strutturano meccanismi di difesa che corrispondono anche a sintomi rilevanti. In Italia, grazie agli studi di Battacchi e Codispoti (1992) e Battacchi (2002), ho potuto considerare con attenzione che tali sintomi appaiano spesso atti ripetitivi di stati di angoscia e metafore allusive del senso di umiliazione connesso con la vergogna, secondo quanto aveva sostenuto anche Stoller (1987) e la Lewis (1971).

Ipotizzo che vi siano due modalità di base di conoscere l'atteggiamento di chi si sente umiliato: una modalità, diremmo auto-svalorizzante, che tende a prevenire e ad esorcizzare un'angoscia da umiliazione vissuta nel passato come catastrofica. L'atteggiamento vittimistico, lamentoso di alcuni pazienti, in questo caso, sembra mirare a prevenire o anche esorcizzare eventi psichici catastrofici come se questi pazienti potessero scongiurare una minaccia che destabilizzerebbe la coesione del Sé (Santi).

La *seconda* modalità è riconoscibile dagli atteggiamenti ed atti di sfida che sembrano rivolti ad interlocutori presenti nel mondo affettivo dei soggetti i quali, al posto di sperimentare vergogna, assumono un tono di *negazione* dei loro sentimenti di di-

1 Professore *Psicologia Clinica*, Alma Mater Studiorum Università di Bologna. *Psicoanalista*.

pendenza. I pazienti quindi reagiscono con euforia, eccitazione. La Klein (1921-1958) già aveva descritto i meccanismi riparativi della depressione riferendosi al senso di trionfo, dominio e disprezzo. L'autrice insiste maggiormente sui meccanismi psichici maniacali conseguenti al senso di colpa. Battacchi (2002) distingue l'emozione di vergogna da quella di colpa.

Penso che in certi pazienti, quest'ultima primitiva emozione potrebbe essere causata dagli stessi attacchi invidiosi, maniacali aggressivi che originariamente miravano ad evitare l'angoscia e l'impotenza che il senso d'indegnità aveva fatto loro insorgere. In tale accezione i soggetti vergognosi tentano di padroneggiare l'angoscia generata dall'inadeguatezza, negandola con atti nei quali il pensiero magico-onnipotente s'impone sul senso d'annichilimento. Nei disturbi paranoici della personalità i soggetti, qualora non usassero tali difese maniacali, trascorrerebbero la loro vita in stato di terrore persecutorio; basti pensare al fallimento dei meccanismi di difesa dei paranoici franchi. Alcuni temono di essere smascherati per essersi appropriati indebitamente di una posizione nella quale tentano di essere degni. Tali pazienti sperimentano ugualmente angoscia perché si sentono come se si trovassero in una posizione psicologica nella quale non si sentono degni, come se tale posizione psichica fosse stata da loro rubacchiata; continuano perciò a sperimentare la loro identità come se non fosse realmente propria. Alcune situazioni antiche, quando da piccoli bambini la loro mente non era in grado di elaborare le esperienze, possono aver causato il grave vissuto di indegnità.

Per esempio, all'interno di un contesto affettivo, il bambino a contatto con genitori, parenti, insegnanti, etc., può aver esperito una sorta di invisibilità di Sé. Ciò può essere conseguenza, forse, di un mancato riconoscimento dalle figure accuditive, oppure una svalorizzazione da parte dei caregiver di un proprio atto compiuto in forza di bisogni narcisistici esibiti spontaneamente con urgenza; anche una promessa importante dei genitori disattesa o altro possono alimentare fantasie di indegnità. Un affetto tradito può rinforzare il senso di non essere meritevoli e quindi

di non potersi permettere di essere visibili. Si può, perciò, constatare che la personalità paranoide si appropria virtualmente di una posizione affettiva privilegiata, a dispetto e contro una madre o un padre idealizzati, ma anche scarsamente interiorizzati e vissuti come non affidabili. Per questa ragione tale posizione è continuamente vissuta come non autentica. I soggetti sono diffidenti e cercano di sventare gli attacchi persecutori, tentando di nascondere la sensazione perenne di non valere. Inoltre, si vergognano di vergognarsi poiché il vergognarsi evidenzia la propria invidia verso l'altro e l'inconsistenza di Sé. Per esempio, coloro che appaiono in grado di gioire per ciò che la vita offre loro, possono rappresentare oggetto d'invidia, perché la loro capacità di sperimentare emozioni d'entusiasmo rivela che essi si vanterebbero impunemente di aver ricevuto attenzione e appartenenza.

In questo modo s'innescano un circolo vizioso che cronicizza la patologia persecutoria. Il paranoico puro previene l'angoscia catastrofica attaccando chi potrebbe umiliarlo. Egli ricorre per questo al diniego ed alla proiezione massiccia affinché nel Sé non rimanga riconoscibile alcun sentimento di vergogna. Questa continua attenzione allo sguardo dell'altro rappresenta allora un formidabile ostacolo alla psicoterapia, specialmente psicoanalitica, dato che il paranoico non è quasi mai in grado di ascoltarsi, intento com'è nel suo sforzo di controllo eterocentrato. Questo tipo di paziente è il prototipo del paziente inadatto a mettersi in discussione, proprio perché è in modo delirante convinto che in lui vi sia il *marcio*, cioè *che non ha saputo meritare*. Mentre i narcisisti provano invidia, si deprimono per poi reagire con euforia, i paranoici eliminano l'invidia di cui appunto si vergognano, proiettandola sugli altri: "*Gli altri ce l'hanno con me, perché mi invidiano!*"

I paranoici, però, sono anche profondamente oppressi dal senso di colpa, sentimento che non viene riconosciuto ma è invece, anche questo, proiettato insieme alla vergogna sugli altri.

Il paranoico è sempre in stato di difesa perché teme di essere umiliato. Lo psicoterapeuta viene vissuto come se, invece di aiutare, potesse smascherare la falsità data dall'appropriazione inde-

bita della posizione psicologica non propria. Pertanto, il paranoico è destinato a lottare per evitare ogni forma rintracciabile di umiliazione e di vergogna.

Con il materiale che segue cercherò di dimostrare come più propriamente sia l'emozione della vergogna e meno il senso di colpa responsabile del vissuto di umiliazione rispetto ad un vissuto antico di rifiuto e di perdita della figura materna. Le personalità paranoiche non gravi sul versante narcisistico, i vergognosi dei quali ci occuperemo, vivono se stessi permanentemente sotto il controllo degli altri come se si trovassero sopra ad un palcoscenico di fronte ad un pubblico che li giudica inesorabilmente e di fronte al quale sono costretti a nascondere la loro indegnità. In altre parole, i vergognosi sperimentandosi costantemente sotto riflettori, si percepiscono di fronte al pubblico in stato d'inferiorità come se essi fossero sotto esame, giudicati da quelli che li osservano intrudendo. Di conseguenza, essi si ribellano trasformando la loro diffidenza in atteggiamenti o atti persecutori veri e propri.

• Il caso di Dino

Dino, paziente di 42 anni, frequenta una donna più anziana di lui, Lucia, la prima effettiva esperienza relazionale importante. Il paziente lamenta però di sentirsi da sempre inibito nei rapporti intimi con ragazze, per esempio nel mostrarsi svestito. Aggiunge che anche quando riesce a vincere l'imbarazzo i rapporti sessuali volgono al peggio.

Tale inibizione lo aveva sempre accompagnato sin dall'adolescenza e per questo non aveva mai osato approfondire rapporti con le ragazze, nonostante alcuni approcci fossero apparsi promettenti. Le sue pratiche sessuali erano iniziate timidamente con prostitute, ma da alcuni anni aveva ottenuto maggior successo scoprendo rapporti erotici con coppie sconosciute e incontrate in luoghi equivoci, convenzionali e prestabiliti. In particolare,

durante tali incontri erotici triangolari oppure orgiastici da club di scambisti, incontri divenuti progressivamente sempre più frequenti, egli riusciva a vincere le difficoltà prestandosi passivamente a tutto quanto gli veniva richiesto. Tali partecipazioni erotiche lo portavano a vergognarsi di quello che aveva commesso e a sentirsi intimamente umiliato per il fatto anche di subire dagli altri quello che loro desideravano.

Ai primi colloqui, Dino, figlio unico e orfano di padre, racconta di vivere ancora in famiglia con la madre. La sua vita familiare sembra povera, ricavo quindi un'impressione d'assenza e di scarsa consistenza della personalità del paziente. Per quanto riguarda la madre, Dino ne ricorda i tratti ansiosi e d'ossessività verso di lui. Mi accenna ad una donna iperprotettiva che non facilitava per niente l'autonomia del figlio, forse perché temeva di rimanere sola e di perdere lo scopo principale della sua vita: proteggere il figlio.

Dino, all'età di sedici anni, aveva fatto parte di un gruppo cattolico guidato spiritualmente da una signora che per undici anni era stata protagonista del campo psichico del paziente. Tale figura, vissuta da Dino come madre idealizzata, condannava la sessualità ed incoraggiava l'astinenza come generale regola di vita.

Quel gruppo avrebbe dunque funzionato, per Dino, come una sorta di famiglia alternativa fino a che egli avrebbe deciso di uscirne, dopo il conseguimento della laurea ed un lavoro presso un'amministrazione statale che lo avrebbe allontanato dalle cadenze periodiche d'incontro del gruppo. Si poteva ben comprendere che Lucia, di 52 anni, in precedenza sposata e poi separata da un noto medico della cittadina nella quale viveva anche Dino, rappresentasse per il paziente l'unica opportunità per costruire una famiglia ufficiale e consacrata, nel senso di ufficiale e visibile a tutti. Dino tentava di dimostrare a se stesso di non essere impotente sessualmente e, al tempo stesso, di riuscire a mantenere un rapporto affettivo costante con una donna. Il paziente cercava di mettersi al posto di quel padre inesistente per lui ed anche di saper stare al fianco di una madre esigente.

Fino a quel momento, i tentativi erano appunto falliti a causa dell'indegnità che Dino provava nell'essere in una posizione che in passato non era mai stata veramente guadagnata.

Il paziente, infatti, sperimentava nei confronti di Lucia un rapporto molto diffidente ed ambivalente. Dino che a quel punto tentava di vivere con Lucia e di lasciare la madre, avvertiva un senso d'oppressione quando trascorrevva un tempo lungo e continuato con la fidanzata e per questo tentava una fuga verso l'indipendenza. Egli cercava di dimostrare di essere capace di prendere iniziative autonome, quali quella di uscire la sera lasciando Lucia da sola, ed andare al cinema con amici, però senza nell'apparenza farle torto, per paura di perderla.

La madre di Dino, inoltre, complicava la vita del figlio osteggiando il loro rapporto e colpevolizzando il figlio di dormire a casa di un'altra donna più anziana di lui. Spesso accadeva che il paziente, nel caso si trovasse a casa di Lucia durante la notte, si destasse improvvisamente per precipitarsi dalla madre e viceversa, quando dormiva a casa della madre, che si angosciava per la mancanza di Lucia.

Uno stato di dipendenza ed al tempo stesso di controllo insostenibile di fronte a queste due figure femminili per certi versi vissute in modo equivalente, evidenziava la difficoltà di Dino nel gestire l'autonomia.

Durante i primi tempi d'analisi, il paziente si vergognava per via dei suoi incontri di perversioni erotiche che aumentavano nella loro frequenza.

Si arrivò alla consapevolezza che il paziente si viveva indegno della mia attenzione, si considerava una persona ignobile perché sentiva di ingannarmi in quanto non poteva seguire *la fiducia che io riponevo verso di lui.*

Il senso di disprezzo per se stesso lo conduceva, dopo alcuni mesi di lavoro, a cercare una sorta di umiliazione trasgredendo e compiendo i soliti rituali con le coppie equivoche. Dino temeva che io avrei potuto disinvestire la fiducia su di lui, dal momento che egli non sentiva di meritarsela.

In seguito a tale interpretazione, il paziente associò che in preadolescenza la madre cattolica aveva scoperto le sue pratiche auto-erotiche, ma che per lungo tempo aveva taciuto sino a che un giorno si decise di manifestare delusione e rimprovero per un figlio che ricorreva a tali bassezze. Dino si era sentito molto umiliato ed inadeguato di fronte alle attese che egli presumeva la madre avesse nei suoi confronti. Ciò aveva contribuito a creare una posizione di indegnità che lo aveva situato al di fuori di certe situazioni sociali ed affettive. Si era convinto di non poter appartenere alla schiera di quelli che avevano il privilegio di amare ed essere amati, traducendo i loro sentimenti in atti sessuali. L'erotismo era stato scisso dal mondo dei sentimenti. Per questa ragione, la trasgressione con le coppie miste offriva un carattere di separatezza maggiore. Ad esemplificazione di ciò, egli citava come la masturbazione collettiva servisse allo scopo di nascondersi ed affermare che si potevano avere rapporti erotici senza conoscersi e quindi senza provare sentimenti. Gli organi sessuali dovevano funzionare separatamente e costituire parti autonome dal resto del corpo.

Fare erotismo sembrava significare una sorta di attestato che confermava a Dino l'essere degno di appartenere alla schiera degli uomini virili e potenti. Non poteva però intaccare la relazione che egli aveva mantenuto con la madre arcaica con la quale si sentiva psicologicamente fuso.

Ciononostante Dino non poteva essere messo di fronte a fantasie incestuose ed intollerabili. Egli cercava di dimostrare che l'erotismo era lecito separatamente dall'amore ed agito, in questo caso, con prostitute o coppie equivoche le quali fungevano da contenitore salvifico, mentre consentivano la trasgressione e la fuga.

Dal momento in cui Dino si accorse che lo stavo aiutando sul serio e che ero dalla sua parte cominciò anche a ridurre la diffidenza e la vergogna.

• Il caso di Raffaele

Raffaele, 28 anni, un paziente che è stato inviato da un collega, si presenta al primo contatto telefonico chiedendomi innanzitutto come preconditione la certezza di essere accettato in trattamento.

La sua richiesta non mi appare strana, e così lo rassicuro solo sulla mia potenziale disponibilità di tempo e lo invito a raccontarmi il suo problema per verificare insieme a lui se sarei stato in grado di aiutarlo professionalmente.

A parte un'evidente inibizione e diffidenza, il paziente, nonostante i miei incoraggiamenti, non è in grado di comunicare altro.

In sostanza mi trasmette che sarebbe stato troppo presto per confidarsi, al tempo stesso egli immagina che io abbia già capito tutto scrutandolo con i miei occhi esperti. Lo stato di ansia ed imbarazzo è tale che mi sembra opportuno rinviare l'incontro per un altro colloquio.

Alla seconda intervista, la situazione non risulta molto migliorata. Tuttavia, Raffaele riesce faticosamente a dirmi che ha bisogno di aiuto per tentare di risolvere gravi problemi di socializzazione e di angosciosa solitudine.

Raffaele offre qualche cenno su una sua attività di lavoro all'interno di un Tribunale in una città del nord Italia nella quale si era trasferito dal meridione dopo aver vinto un concorso, e qualche altro ragguaglio sulla famiglia di origine.

Il suo disperato bisogno di aiuto e una certa introspezione che riesco a ricavare da qualche particolare della sua narrazione, mi persuadono sull'opportunità di tentare di aiutarlo. Per iniziare decidiamo di incontrarci una volta alla settimana.

L'inizio della psicoterapia avviene con l'uso del lettino accettato con un visibile sollievo da Raffaele che visibilmente mi indica di non poter sopportare il mio sguardo.

Durante le prime settimane di sedute il paziente mi confida con la consueta difficoltà di aver subito un'esperienza traumatica omosessuale durante la preadolescenza da un cugino di qual-

che anno più anziano di lui. Soltanto la cameriera era venuta a conoscenza di questa vicenda.

Emerge, durante la narrazione, anche un'ingenua, ma non per questo meno angosciata vicenda circa l'evento secondo il quale una volta viaggiando in treno aveva notato nello stesso compartimento un collega del padre medico. L'uomo, noto professionista al pari del padre in quella città dove abitavano, si era trovato tra le mani, non si sa come, un diario di Raffaele, nel quale erano riportati pensieri aggressivi di Raffaele riguardo al padre. Il paziente si era sentito da quel momento, assai in colpa, temendo di aver danneggiato irreparabilmente la reputazione del padre e da allora, poiché di tale evento mai si sarebbe parlato, Raffaele non si sarebbe dato più pace, coltivando fantasie persecutorie.

Il padre è descritto come un uomo severo ed integerrimo con il quale era molto difficile stabilire un rapporto di affetto esplicito.

Negli anni successivi a tal evento i contatti con lui erano diminuiti, come se si fossero create reciproche diffidenze e si fosse rafforzata un'inibizione cronica nella comunicazione. Solo una volta Raffaele si era rivolto al genitore costretto a confidargli un'evidente malformazione già esistente ai testicoli che sarebbe stata in futuro operata chirurgicamente. Tale intervento medico avrebbe ulteriormente congelato i rapporti tra figlio e padre.

Nel rapporto psicoterapeutico, l'equivalenza tra l'esperienza omosessuale subita, l'attacco diffamante al padre e la correzione chirurgica ai genitali, convergevano nel trattamento psicoterapeutico come parti di un unico atto simbolicamente castrante ed invasivo. Raffaele sperimentava contemporaneamente un rapporto più fiducioso, che gli consentiva la possibilità di elaborare una sua posizione psicologica meno persecutoria.

In un secondo tempo, la figura della madre andava occupando uno spazio psichico più rilevante. Egli la rappresentava come una donna che si era ammalata poco dopo la nascita di Raffaele e che non aveva potuto occuparsi di lui con la stessa intensità di affetto e di premura che, invece il paziente, supponeva che la madre avesse dedicato ai fratelli.

Raffaele percepiva come la madre si sentisse in colpa per aver sottratto al figlio minore l'affetto necessario, lasciandolo senza protezione.

Il bisogno di riparazione della madre si traduceva in realtà in una richiesta al figlio di mostrarle di saper essere autosufficiente e di sapersela cavare. I fratelli maggiori erano stati allevati durante un periodo nel quale la madre e il padre di Raffaele avevano un buon rapporto e così il paziente aveva sperimentato che loro erano cresciuti all'interno di una famiglia legittima, mentre lui ne era stato cresciuto al di fuori.

Inoltre, il paziente sentiva che la madre molto si attendeva da lui perché doveva compensare una mancanza di attenzione da parte del padre. Raffaele, però, non si sentiva all'altezza delle aspettative della madre.

Con lo svolgersi delle sedute si attivava il timore di essere invaso e il terrore di castrazione. Raffaele si poneva masochisticamente al centro degli attacchi del padre che ostentava ogni suo potere, ma il senso di sconfitta conduceva Raffaele nelle braccia della madre che, nell'intento di salvare il figlio e compensare le antiche lacune, si rivelava avida ed iperprotettiva.

Il paziente si svelava sempre più fragile, inconsistente ed il senso di vergogna aumentava visibilmente. Raffaele percepiva come se gli altri si accorgessero e scoprissero la sua indegnità. Il paziente si sentiva di non aver il diritto di far parte di situazione affettive in realtà desiderate. Sembrava che gli altri non si accorgessero di lui. Quando Raffaele non poteva evitare di svelare il suo disprezzo verso se stesso, diventava difensivamente provocatorio, ma per ottenere di essere svergognato a causa dei suoi tentativi parassiti di imboscarsi illecitamente negli spazi altrui.

Raffaele conduceva in quei tempi una vita solitaria, come segregato nel suo appartamento, incapace di comunicare con chiunque. Al lavoro parlava il minimo necessario con notevole ansia e mai guardando negli occhi l'altro come per timore di specchiare il suo senso d'indegnità. Il paziente durante il weekend non rispondeva al telefono per vergogna di farsi scoprire in casa in solitudine.

Mi raccontò, al ritorno dalle vacanze, dopo la sospensione estiva della psicoterapia avvenuta sei mesi dopo l'inizio, di essere stato a visitare la famiglia residente in una cittadina marittima. Durante l'intero periodo non si era mai spogliato anche perché cercava di nascondere una scura macchia cutanea (neo) assai estesa nella cute di una spalla e della quale si vergognava profondamente.

• Il ruolo della vergogna

All'importanza dello sguardo è collegata una tematica fondamentale: quella della vergogna.

Tralasciamo per un momento i problemi di definizione riguardanti questa polisemica emozione. Esiste un accordo pressoché unanime su di una condizione che si deve realizzare nel campo fenomenico del soggetto perché questi provi vergogna: la consapevolezza di sé esposto allo sguardo dell'altro.

Nella vergogna si ha la consapevolezza di sé e dell'altro che vede e giudica. Ci si vede con gli occhi dell'altro, si fa esperienza di una fonte ostile verso di noi, oggetti passivi dell'ostilità dell'altro, verso cui si prova anche ammirazione o fascino e al cui modo di trattarci si è particolarmente sensibili.

La struttura fenomenologica della vergogna è, costitutivamente, intersoggettiva e comporta una divisione del sé. Invero, il soggetto è contemporaneamente in due posti: al posto che è suo, vorrebbe allontanarsi, sparire dalla vista dell'altro, e al posto dell'altro da cui si vede guardato (un altro da cui è fascinato e in cui rischia di perdersi, preso fra il desiderio fusionale di diventare l'altro e il bisogno di separarsi e preservare la propria identità (ancora una volta la contraddizione tra nascondimento e svelamento).

Secondo la Lewis (1971), procedendo nell'analisi della vergogna, possiamo ancora distinguere fra consapevolezza riflessa o focale e irriflessa od obliqua. Il primo momento dell'esperienza della vergogna è dato dalla consapevolezza obliqua di sé in fondo allo sguardo dell'altro e la risposta emotiva rivela al soggetto

indirettamente che è lui l'oggetto dello sguardo altrui; solo in un secondo momento il soggetto prende su di sé il punto di vista dell'altro e si fa oggetto a sé. La continua consapevolezza focale di sé sottoposti al giudizio altrui è una difesa generalizzata dalle esperienze di umiliazione, con possibili sviluppi apertamente patologici (Battacchi, Codispoti, 1990).

La visione è predisposta per una relazione asimmetrica osservatore-osservato: nessuno può vedersi come gli altri ci vedono, vale a dire che nessuno può vedersi di faccia e nemmeno di dietro, cioè come un oggetto al pari di altri oggetti.

Molto spesso non ci si vergogna per l'azione in sé, ma per ciò che essa rivela o può far intendere agli altri su di noi come persone, e non solo per il momento dato ma per sempre (non *"hai avuto paura"*, ma *"sei un vigliacco"*). L'azione, insomma, è presa come una nostra proprietà predisposizionale.

Di che cosa ci si vergogna? La persona si costruisce un modello di sé (o immagine) di cui, non necessariamente ma spesso, è riflessivamente consapevole e a cui vuole dimostrare, agli altri e/o a sé, di corrispondere.

La vergogna nella relazione terapeutica è inevitabile. Di fondamentale importanza in una relazione psicoterapeutica duale, è una delle principali determinanti delle dinamiche di gruppo in una situazione psicoterapeutica di gruppo. Le relazioni di gruppo comportano, infatti, l'esposizione agli altri, un inevitabile confronto; si vede così la natura, non solo sociale ed intersoggettiva della vergogna, ma specificatamente gruppale.

La vergogna costituisce una componente dinamica della resistenza (Lewis, 1971; Lewis, 1992; Wurmster, 1981). La diffidenza per il terapeuta e la resistenza a collaborare con lui (ovvero ad accettare l'alleanza terapeutica), così come la diffidenza verso gli altri partecipanti al gruppo in una situazione di psicoterapia di gruppo fino al sabotaggio della propria psicoterapia e alla fuga da essa, possono ben essere motivati dalla vergogna. Per Stoller (1987), la cosiddetta resistenza è in gran parte la paura (consocia o inconscia) di sentirsi umiliato.

Per la Lewis (1971) molti casi di pazienti che interrompono una terapia o che chiedono di riprendere un'analisi apparentemente riuscita sono dovuti, almeno in parte, ad una mancata analisi della vergogna nella relazione terapeutica.

Non occorre avere alcunché di particolarmente umiliante per vergognarsi; basta il pensiero di essere psicologicamente disturbato, il pensiero di essere debole e bisognoso di cure. Della vergogna relativa alle dinamiche gruppali abbiamo già accennato, vediamo ora come si esprime nei confronti del terapeuta.

Osserva ancora la Lewis (1971) che, per una riattivazione transferale dei sentimenti edipici, il paziente desidera l'approvazione del terapeuta e teme di mostrare quanto, come paziente, è indegno e quindi di essere rifiutato, poiché la vergogna è il destino dell'amore non ricambiato. Infine, gli stessi commenti e le stesse interpretazioni del terapeuta sono una fonte inevitabile di vergogna perché svelano motivazioni profonde diverse da quelle che il paziente credeva o pretendeva, lo spiazzano, lo smascherano, lo mettono a nudo, cioè lo pongono in una situazione di vergogna (Wurmster, 1981, 1987). Particolarmente minacciose in questo senso sarebbero le interpretazioni di transfert, in cui quanto viene detto dal paziente è riportato all'hic et nunc della situazione terapeutica (ad esempio ad intenzioni deduttive nei confronti del terapeuta) e non a ciò di cui il paziente sta di fatto parlando. Queste condizioni del setting suscitatrici di vergogna possono essere potenziate dalla differenza sessuale fra terapeuta e paziente (Wright, O'Leary, Balkin, 1989).

La vergogna in psicoterapia va analizzata soprattutto quando non è riconosciuta, perché non avvertita o perché indifferenziata, cioè non compresa nelle sue motivazioni (Scheff, 1987).

La vergogna può intervenire anche dal versante del terapeuta, contribuendo a determinare l'atteggiamento controtransferale (Hultberg, 1988). Confrontato con una persona dominata da problemi di vergogna, il terapeuta deve fare i conti anche con la propria vergogna, i propri fallimenti, la propria invidia (Fisher, 1985; Morrison, 1987). Altre possibili fonti di vergogna del

terapeuta possono essere le seguenti: quando si sente così spaurito o deprivato da insistere con molte domande, o mostra di essere in una situazione di stallo; se lo psicoterapeuta non riconosce la vergogna, può ritorcerla verso il paziente (Kaufman, 1989).

Bibliografia

- Battacchi M.W. Codispoti O. (1992), *La vergogna. Saggio di psicologia dinamica e clinica*, Il Mulino, Bologna.
- Battacchi M.W. (2002), *Vergogna e senso di colpa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Battacchi M.W. (2006), *La conoscenza psicologica. Il metodo, l'oggetto, la ricerca*, Carocci, Roma
- Fisher S.F. (1985), *Identity of two: The phenomenology of shame in borderline development and treatment*, *Psychotherapy*, 22, pp. 101-109.
- Hultberg P. (1988), *Shame: A hidden emotion*, *Journal of Analytical Psychology*, 33, pp. 109-126.
- Kaufman G. (1989), *The psychology of shame*, Springer, New York.
- Klein M. (1921-1958), *Scritti*, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Lewis H.B. (1971), *Shame and Guilt in Neurosis*, International Universities Press, New York.
- Lewis M. (1992), *Shame and exposed Self*, Free Press, New York
- Morrison A.P. (1987), *The Eye Turned Inward: Shame and the Self*, in Nathanson D.L. (Ed.), *The many faces of shame*, Guilford, New York.
- Pani R. Biolcati R. (2006), *Le dipendenze senza droghe: shopping compulsivo, gioco d'azzardo e internet*, Utet, Torino
- Scheff T.J. (1987), *The shame-rage spiral: A case study of an interminable quarrel*, in Lewis H.B. (Ed.), *The role of shame in symptom formation*, Erlbaum. Hillsdale, NJ.
- Stoller R.J. (1987), *Pornography: Day-dreams to cure humiliation*, in Nathanson D.L. (Ed.), *The many faces of shame*, Guilford, New York.
- Wright F., O'Leary J., Balkin J. (1989), *Shame, guilt, narcissism, and depression: Correlates and sex differences*, *Psychoanalytic Psychology*, 6, 2, pp. 217-230.
- Wurmster L. (1981), *The mask of shame*, Johns Hopkins, Baltimore, MD.
- Wurmster L. (1987), *Shame: The veiled companion of narcissism*, in Nathanson D.L. (Ed), *The many faces of shame*, Guilford, New York.