



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità
e delle Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

**Il senso di colpa interpersonale: implicazioni psicopatologiche
nell'ottica della Control-Mastery Theory**

**Interpersonal guilt: psychopathological implications
according to Control-Mastery Theory**

Relatore

Prof. Diego Rocco

Laureanda: **Ginevra Pierucci**

Matricola: **2012105**

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

1. CAPITOLO PRIMO	5
1.1 Il senso di colpa: evoluzione del costrutto nella prospettiva Psicoanalitica classica	5
1.2 Il ruolo socio-adattivo del senso di colpa	7
1.3 La Control-Mastery Theory	9
1.3.1 Il senso di colpa interpersonale	12
1.4 Contributi della ricerca	14
2. CAPITOLO SECONDO	15
Analisi della più recente ricerca empirica sul senso di colpa interpersonale	
2.1 “Interpersonal guilt, impostor phenomenon, depression, and anxiety”	15
2.2 “Understanding interpersonal guilt: Associations with attachment, altruism, and personality pathology”	18
2.3 “Assessing Burdening Guilt and Its Correlates”	21
3. CAPITOLO TERZO	25
Discussione e conclusioni	
3.1 Il costrutto del senso di colpa in letteratura	25
3.2 Ricerca empirica, implicazioni psicopatologiche e trattamento psicoterapeutico	26
Bibliografia	29

CAPITOLO PRIMO

1.1 Il senso di colpa: evoluzione del costrutto nella prospettiva Psicoanalitica classica

“[...] il tabù è un comandamento della coscienza morale, la sua violazione fa sorgere un tremendo senso di colpa che tanto è ovvio quanto è ignota la sua origine.” (Freud, 1912-1913, p. 75)

In *Totem e Tabù* (1912-1913), Freud introduce al carattere morale del senso di colpa inconscio attraverso una prima analisi del concetto di Tabù, la cui valenza originaria appartiene alla cultura delle popolazioni indigene della Polinesia. Il tabù (Freud, 1912-1913) può essere definito come la trasgressione di un divieto, stabilito originariamente da un'autorità esterna, che permette il realizzarsi di impulsi di desiderio percepiti come riprovevoli dalla coscienza morale del soggetto.

Il tabù è un fenomeno culturalmente appreso, a carattere transgenerazionale, e collettivamente riconosciuto dai membri di una data comunità o società. La voglia di violare il tabù è quanto rimane inconscio nella mente umana, e la sua pericolosità si riconduce alla capacità di indurre le persone in tentazione. Il rispetto della prescrizione del tabù è la rinuncia a qualcosa di desiderabile, e la sua violazione può essere riparata grazie a un'espiazione o penitenza (Freud, 1912-1913).

Da qui, Freud arriva a far luce sulla natura della coscienza morale, di cui la *coscienza tabù* costituisce la sua più antica forma, e il *senso di colpa tabù* si origina a partire dalla trasgressione di quest'ultimo (Freud, 1912-1913). La coscienza morale è la percezione interna della riprovazione per determinati impulsi di desiderio, e il senso di colpa che ne consegue è la condanna interiore, a carattere punitivo, rivolta a quegli atti grazie ai quali si è giunti alla realizzazione dei suddetti impulsi: chiunque posseda una coscienza morale è chiamato a sentire in sé stesso il fondamento della condanna, e il rimprovero per quanto agito. Secondo Freud (1912-1913) “il senso di colpa può essere definito senza esitazioni come angoscia morale” (p. 75), che rinvia a fonti ignote, poiché la motivazione della riprovazione è quanto resta celato alla coscienza.

Proseguendo con la spiegazione psicoanalitica del senso di colpa, risulta essenziale il concetto chiave di “Super-Io” (Battacchi, 2002; Freud, 1922). Erede del complesso di Edipo¹, il Super-Io è l'istanza psichica che detiene in sé gli imperativi morali, gli ordini, i divieti e le punizioni, risultanti dai processi di introiezione e identificazione con le figure genitoriali, operati durante l'infanzia, e coincidenti col tramonto del complesso edipico e l'inizio del periodo di latenza. Dall'introeiezione delle funzioni autoritarie, controllanti e ammonenti, si genera il senso di colpa punitivo; dalla premura, dedizione e cura genitoriale, si viene a costituire il senso di colpa riparativo (Battacchi, 2002).

Il Super-io è il responsabile del senso di colpa e della vergogna (Lis, Stella & Zavattini, 1999), e “tanto più forte è stato il complesso edipico, [...] tanto più severo si farà in seguito il Super-io nell'esercitare

¹ In riferimento alla teoria dello sviluppo psicosessuale di S. Freud (nei “Tre saggi sulla teoria sessuale”, 1905).

il suo dominio sull'Io sottoforma di coscienza morale, o [...] di inconscio senso di colpa.” (Freud, 1922, p. 497). La tensione fra le esigenze della coscienza morale e i comportamenti dell'Io sfocia in conflitto intrapsichico, che viene avvertito come senso di colpa (Freud, 1922), i cui sentimenti dolorosi, spiacevoli e angoscianti sono la punizione per il condannato (Battacchi, 2002).

Secondo questa visione, il senso di colpa ha la funzione di punire gli impulsi considerati inaccettabili, che violano le norme interiorizzate dall'individuo, mantenendo il comportamento in accordo con gli standard morali di cui è portatore (Carnì et al., 2013).

Secondo la teoria psicoanalitica delle relazioni oggettuali di M. Klein (1937, 1948, 1957), il senso di colpa affonda le sue radici in uno stadio ancor più antecedente al complesso edipico, e trae origine dall'ambivalenza che caratterizza il primissimo rapporto oggettuale con la madre (Faccini, 2017).

Il bambino, fin dalla nascita, è preda di forti impulsi distruttivi dovuti alle continue frustrazioni che egli subisce: perdita dell'unità intra-uterina e disagio provocato dal parziale o mancato soddisfacimento dei suoi bisogni fisiologici primari e affettivi. Per questo motivo, si trova immerso in uno stato angoscioso di aggressività che riversa sul mondo esterno, costituito da chi si prende cura di lui (Battacchi, 2002) e, primo fra tutti, dal seno che lo nutre (Klein, 1957).

Secondo l'autrice, il senso di colpa si instaura a partire dall'invidia eccessiva per il seno che nutre, e dalla sensazione di averne deteriorato la bontà con attacchi invidiosi e distruttivi perpetrati in fantasia (Klein, 1957). Il seno è oggetto d'invidia sia quando è percepito come cattivo, perché infligge privazioni (in termini di nutrimento e amore che tiene per sé), sia quando percepito come buono, per il fatto stesso di essere fonte inestinguibile di quanto egli più desidera (ma di cui non è padrone). Quando il bambino giunge a una maturazione percettiva tale da cogliere non solo il seno, ma anche la madre che lo possiede (ed entrambe le figure genitoriali nella loro totalità), comincia a integrare sia la parte buona (il seno che gratifica) che cattiva dell'oggetto (il seno che frustra i suoi bisogni). Accede così alla posizione depressiva: ora l'oggetto è avvertito come suscettibile sia di amore che di odio (Lis et al., 1999). L'angoscia depressiva consiste nel timore di poter distruggere l'oggetto amato con i propri attacchi invidiosi, e poiché dall'oggetto totale dipende la sopravvivenza del bambino, l'angoscia è ulteriormente dettata dalla condizione di precarietà e di potenziale abbandono in cui si trova. Il superamento della posizione depressiva si avvia con l'atto riparativo, che porta al ripristino dell'oggetto precedentemente leso, dove la motivazione alla riparazione è dettata proprio dal senso di colpa (Lis et al., 1999):

“Quando il bambino avverte che i suoi impulsi e le sue fantasie sono diretti contro l'oggetto amato in quanto persona totale, il senso di colpa erompe, e insieme ad esso, il bisogno imperioso di riparare, preservare o far rivivere l'oggetto d'amore leso” (Klein 1952; trad. it. 1978, p. 474).

L'approccio psicoanalitico classico (Freud, 1922, 1924, 1930; Klein 1935, 1946) si concentra principalmente sull'origine intrapsichica del senso di colpa, circoscritto alla sua funzione autopunitiva e governativa, in rapporto ad impulsi perversi e distruttivi (Gazzillo et al., 2018).

I comportamenti attuati in risposta al senso di colpa sono volti a diminuirne la portata, indipendentemente dal fatto che ciò porti a una reale riparazione al danno o sofferenza inferti (Carnì et al., 2013). Secondo questa prospettiva teorica, il senso di colpa rappresenterebbe una potente forza intrapsichica che, se eccessiva e irrazionale, può raggiungere livelli di pervasività tali da compromettere il funzionamento psichico, e indurre patologia (Bush, 1989; O'Connor, 1997; Russo, Santoro, & Schimenti, 2022).

1.2 Il ruolo socio-adattivo del senso di colpa

Nell'ultimo secolo, la letteratura ha orientato il suo interesse sulle funzioni e implicazioni relazionali e interpersonali del senso di colpa (Carnì et al., 2013).

Nell'ambito della psicologia sociale, il senso di colpa è considerato un'emozione a carattere adattivo che, attraverso lo sviluppo di una preoccupazione empatica per il benessere altrui, è in grado di migliorare le relazioni (Carnì et al., 2013). In accordo con questa visione, il senso di colpa ha origine nella relazione interpersonale, qualora si ritenga che un'azione o un'omissione, reale o immaginaria, abbia provocato danno o angoscia nell'altra persona, di cui ci si assume la piena responsabilità; oppure sia in contrasto con i valori morali del soggetto che l'ha compiuta (Carnì et al., 2013; Hoffman, 2000).

Secondo alcuni autori, il senso di colpa è l'emozione centrale della sfera morale (Lamb, 1983), cioè quel tipo di emozione che “risponde alle violazioni morali, e che motiva il comportamento morale” (Haidt, 2003, p. 853), incoraggiando condotte riparative e prosociali (Tangney & Dearing, 2002). Altri autori (Lewis, 1995; Tangney & Fischer, 1995) inseriscono il senso di colpa all'interno delle “emozioni dell'autoconsapevolezza”², le quali implicano capacità di autoriferimento e giudizio di sé, e la conseguente assunzione di responsabilità per il verdetto così ottenuto (Pastore, 2010; Battacchi, 2002). Altri ancora, le definiscono “emozioni sociali” (Barrett, 1995), o “interpersonali” (Battacchi, 2002), in quanto, nel giudizio ad esse associato, è coinvolto anche l'altro (da sé), in termini di confronto normativo, danno arrecato, o norme trasgredite (Battacchi, 2002).

² La maggior parte della ricerca occidentale definisce la vergogna, l'imbarazzo e il senso di colpa come principali emozioni autocoscienze (Lewis, 1993; Tangney & Fischer, 1995). Tuttavia, gli antropologi riferiscono che la maggior parte delle culture asiatiche non presenti distinzione lessicale tra vergogna e imbarazzo, combinate, invece, in un'unica emozione culturalmente riconosciuta; insieme a timidezza, pudore e paura sociale (Abu-Lugbod, 1986; Fessler, 1999; Heider, 1991; Menon & Shweder, 1994). Inoltre, in alcune culture non occidentali sembrerebbe che il senso di colpa non esista nemmeno, o che sia culturalmente non elaborato o "ipocognato" (inesprimibile a parole), al contrario di vergogna/imbarazzo (Benedict, 1946; Levy, 1973; Haidt, 2003).

Le valutazioni sottese alle emozioni dell'autoconsapevolezza riguardano la qualità della relazione tra gli individui che appartengono al medesimo gruppo sociale, il cui esito concerne la conformità o meno del comportamento individuale alle specifiche norme sociali interiorizzate (Pastore, 2010).

Le situazioni sociali che elicitano il senso di colpa, e le azioni riparative o espiatorie che ne conseguono, suggeriscono che esso nasca dalle relazioni comunitarie, e si verifichi con magnitudine ancor più schiacciante qualora il danno sia stato inflitto ad una persona con la quale si condivide un vincolo affettivo, minacciandone la relazione (Haidt, 2003).

La concezione del senso di colpa come emozione prosociale con forte valore adattivo (Gazzillo et al, 2018, 2019b), è inoltre compatibile con la prospettiva sociobiologica e le più recenti ipotesi evolutive sulla teoria della selezione multilivello³ (Trivers, 1971, 1985; Darwin, 1981; Wilson, 2015, 1978; Wilson & Wilson, 2008), secondo cui un gruppo sociale non potrebbe sopravvivere se i suoi componenti fossero unicamente mossi da tendenze egoistiche. Secondo queste ipotesi, esistono più livelli selettivi che operano in parallelo: genetici, individuali e di gruppo. La selezione di gruppo avrebbe incoraggiato una serie di emozioni, abilità e comportamenti prosociali che favorirebbero la sopravvivenza dei membri di uno specifico gruppo, grazie alla cura e al sostegno reciproco (Gazzillo et al., 2018, 2019b). In questi termini, il senso di colpa e la naturale propensione umana all'altruismo, sono componenti fondamentalmente adattive che permettono a una comunità di cooperare e funzionare nell'interesse del bene collettivo (Battacchi, 2002).

Ad oggi, sussistono pareri contrastanti sul senso di colpa come emozione ben definita, e sull'esistenza di un nucleo comune a tutti i sensi di colpa, a causa della distinzione tra colpa come stato di fatto (colpevolezza effettiva) e colpa come sentimento, dove sentirsi colpevoli non necessariamente coincide con l'esserlo (Rossi et al. 2011).

Castelfranchi et al. (2002) considerano il senso di colpa un'emozione ben definita, distinta in tre tipologie: il senso di colpa del colpevole verso una vittima, il senso di colpa per violazione di norme (senza vittima), e il senso di colpa dell'innocente che sa di esserlo (o del sopravvissuto ad eventi catastrofici). Gli autori riportano poi tre componenti cognitive necessarie a quest'emozione: la valutazione negativa del proprio comportamento o della singola intenzione; l'assunzione di responsabilità (relativa al danno, la volontà a causarlo, e la possibilità di evitarlo); l'abbassamento dell'autostima morale, per effetto dell'identificazione con il carattere amorale di quanto compiuto (Rossi et al., 2011). Mancini (2008), invece, sostiene l'esistenza di due tipi di senso di colpa: il senso di colpa altruistico, evocato in situazioni in cui la vittima ha subito un danno ingiusto, e il senso di colpa deontologico, connesso alla trasgressione di norme morali in assenza di danno oggettivo a

³ Secondo il quadro teorico della selezione multilivello, esiste un'interazione tra la selezione dei tratti che favoriscono i singoli individui, e la selezione dei tratti che favoriscono la sopravvivenza di un gruppo. Sebbene all'interno del medesimo gruppo un individuo egoista possa avere maggior successo di uno altruista, un gruppo composto da individui più altruisti tende ad aumentare di dimensione rispetto ad un gruppo composto da individui più egoisti. In tal modo, si otterrebbe un aumento degli individui altruisti in quella particolare specie (Gazzillo et al., 2018).

qualcuno. Secondo l'autore, le due categorie non sono varianti della medesima emozione, ma due emozioni ben distinte, che vengono normalmente confuse poiché spesso compresenti (Mancini, 2008). Questa duplice natura concernente il senso di colpa (Faccini, 2017; Mancini, 2008) può essere ricondotta ai due orientamenti teorici già abbondantemente analizzati: quello intrapsichico (di stampo psicoanalitico), e quello interpersonale. Come visto in precedenza, la tradizione psicoanalitica ritiene che il senso di colpa nasca come punizione alla trasgressione dei comandamenti dell'autorità morale che costituiscono il Super-io e le funzioni ad esso associate (Mancini, 2008). La prospettiva interpersonale, invece, ritiene che il senso di colpa sia dettato dalla consapevolezza nell'aver danneggiato ingiustificatamente l'altro, o dal non aver agito in termini altruistici. In questo caso, il senso di colpa è un'emozione adattiva che promuove le relazioni sociali, che motiva azioni riparative reali, l'espressione di sentimenti empatici, e di atteggiamenti positivi di cura verso l'altro (Mancini, 2008; Carnì et al., 2013).

Un altro modello teorico che si dimostra del tutto compatibile con le conoscenze finora esposte sulle differenti declinazioni concettuali di moralità e colpa, e che in parte le anticipa (Faccini, 2017; Gazzillo et al., 2019b), è quello della Control-Mastery Theory (CMT; Gazzillo, 2016; Weiss, 1993, Weiss, Sampson, & the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986).

1.3 La Control-Mastery Theory

La CMT è un modello teorico integrativo, di stampo cognitivo-dinamico e relazionale, sul funzionamento della mente, della psicopatologia e del processo psicoterapeutico. La CMT fu introdotta da Joseph Weiss a partire dalla seconda metà del Novecento, e cominciò ad essere sperimentata empiricamente nei decenni successivi, sotto stretta collaborazione di Harold Sampson e del Mount Zion Psychotherapy Research Group⁴.

Secondo la CMT le persone possiedono la capacità sia conscia che inconscia di esercitare un controllo (*control*) sulle loro funzioni mentali, e sarebbero intrinsecamente motivate a fronteggiare problemi personali, e a padroneggiare (*master*) vissuti esperienziali avversi e traumatici (Gazzillo, Dazzi, Kealy, & Cuomo, 2020). La CMT sottolinea la capacità umana di eseguire inconsciamente molte delle stesse complesse funzioni mentali attuate in maniera consapevole. Secondo l'ipotesi del *funzionamento mentale superiore* (Weiss, 1993), l'individuo è in grado, a livello inconscio, di definire e perseguire obiettivi, operare valutazioni sulla realtà, e sviluppare, modificare o abbandonare piani e strategie (Gazzillo et al., 2020).

In accordo con la biologia, l'etologia e le moderne scienze comportamentali, la CMT assume che ogni essere vivente appartenente al regno animale (compresa la specie umana), affinché possa

⁴ Ad oggi conosciuto come il San Francisco Psychotherapy Research Group.

sopravvivere, è guidato da un imperativo comune, ovvero l'adattamento all'ambiente, e la costante ricerca di condizioni di sicurezza (Silberschatz, 2005).

Weiss (2005) sostiene che “la nostra ricerca di un senso di sicurezza è radicata nella biologia ed è in larga misura inconscia” (p. 31), ed è proprio questo *principio di sicurezza* a regolare il funzionamento mentale e il comportamento di ciascun individuo. A tal fine, sin dalla nascita, l'essere umano è intrinsecamente motivato a comprendere la realtà che lo circonda (Weiss, 1990), la quale, nell'infanzia, è costituita principalmente dall'ambiente relazionale primario del bambino (i suoi *caregiver* o genitori). Con la costante e graduale scoperta del mondo, nella mente dell'infante si viene a costituire ciò che Weiss (1990) chiama *sistema di credenze*, che possono essere definite come rappresentazioni interne che riflettono l'insieme di conoscenze e convinzioni possedute circa sé stessi, gli altri, il proprio mondo interpersonale e i presupposti morali ed etici che lo governano (Silberschatz, 2005; Weiss, 1990). Pienamente in linea con la teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969), il bambino sviluppa una serie di strutture cognitivo-affettive interne sulla base delle prime esperienze relazionali e interpersonali (sovrapponibili al costrutto di credenze). Questi modelli di interazione governano il modo in cui il bambino si sente nei confronti di ciascun genitore e di sé stesso, il modo in cui si aspetta di essere trattato, e come pianifica il proprio comportamento in rapporto a loro. Una volta costruiti, arrivano ad operare a livello inconscio e permangono sino all'età adulta, caratterizzando le dinamiche relazionali interne ai rapporti affettivi più significativi (Bowlby, 1988; Gazzillo, Dazzi, De Luca, Rodomonti, & Silberschatz, 2019; O'Connor et al., 1997). Quest'insieme di credenze orienta processi cognitivi come l'attenzione e percezione delle informazioni ambientali, oltre a condizionare il modo in cui crediamo sia più giusto comportarci in ogni circostanza, cosa aspettarci dagli altri, quali emozioni sia più sicuro esprimere, e quali debbano essere invece inibite o evitate. In altre parole, definiscono le fondamenta della nostra personalità (Fiorenza, Santodoro, Dazzi, & Gazzillo, 2023), e poiché soggette al bias di conferma, quest'insieme di convinzioni sulla realtà tendono naturalmente ad auto-alimentarsi (Gazzillo et al., 2020).

Se la motivazione generale dell'essere umano è quella di adattarsi all'ambiente in modo da poter perseguire obiettivi di vita cruciali per il suo sviluppo e crescita personali, è altrettanto vero che fin dalla nascita, ognuno di noi cerca di valutare in che modo sia possibile farlo in condizioni di sicurezza (Gazzillo et al., 2020). A tal fine, si rivela necessario per la nostra specie stabilire legami di attaccamento sufficientemente sicuri e duraturi coi membri del nostro gruppo sociale di riferimento (Gazzillo et al., 2019a). La CMT sostiene che il senso di sicurezza personale è sempre mediato da convinzioni (inconscie) sul livello di benessere e felicità percepito in chi amiamo, al punto in cui le persone sono disposte ad auto-sabotarsi pur di non minacciare le proprie relazioni affettive più importanti (Fiorenza et al., 2023). In questo senso, la CMT si dimostra in linea con l'ipotesi secondo cui la specie umana presenta la naturale e innata propensione all'altruismo (Tomasello, 2009, 2016),

e che, per sentirsi al sicuro, le persone abbiano bisogno di prendersi cura dei propri cari, e di accertarsi che stiano bene (Fiorenza et al., 2023).

Di fronte ad esperienze traumatiche o avverse che minacciano il nostro senso di sicurezza siamo chiamati, a fini adattivi, a voler comprendere il perché di determinati accadimenti, in che modo potessero essere previsti, e come impedire che si ripropongano (Gazzillo et al., 2019a).

A causa dell'egocentrismo infantile e del suo peculiare funzionamento psichico (immaturità cognitivo-emotiva, e mancanza di sufficiente esperienza fenomenica), il bambino è portato a trarre conclusioni e nessi causali errati circa quanto avviene attorno a lui, sovra-generalizzando le norme che inferisce dalle esperienze coi suoi genitori, e arrivando persino a ricondurre a sé stesso la piena responsabilità degli stati d'animo o comportamenti degli stessi (Gazzillo et al., 2019a).

Pertanto, il bambino è tipicamente predisposto a sviluppare teorie irrealistiche sulla sua presunta colpevolezza nell'aver contribuito alle esperienze traumatiche di cui egli stesso è stato vittima (Bush, 1989). Queste teorie, nonostante vengano rimosse dalla consapevolezza nel corso dello sviluppo, danno inconsciamente vita a concezioni distorte e altamente disfunzionali (Bush, 1989), che prendono il nome di *credenze patogene* (Weiss, 1997). Le credenze patogene si formano a partire da esperienze traumatiche (traumi da shock acuto o da stress cronico⁵), e sono definite tali poiché associano il raggiungimento di un obiettivo piacevole e sano ad una sensazione di percepito o potenziale pericolo: sia esso interno (avvertito come senso di colpa, vergogna, o ansia) oppure esterno (che si esprime nella paura di perdere l'amore dei propri significativi, e di rifiuto o abbandono da parte degli stessi). Weiss (1986, 1993) ipotizzò che la psicopatologia derivasse proprio da questo tipo di credenze (Gazzillo et al., 2019a; Silberschatz, 2005), che hanno lo scopo di preservare le relazioni primarie (O'Connor et al., 1997), lasciando inalterata la percezione idealizzata delle figure di attaccamento (Gazzillo et al., 2019a). Essendo interamente dipendente dai suoi genitori, il bambino non può permettersi di metterne in discussione bontà, autorità e saggezza, in quanto, per sentirsi protetto e al sicuro, ha bisogno di saperli tali (Gazzillo et al., 2020). Ne conviene che anche le credenze patogene siano il frutto di un iniziale tentativo di adattamento alla realtà circostante (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993), e costituiscano rappresentazioni cognitivo-affettive internalizzate delle esperienze traumatiche che le hanno originate (Silberschatz, 2008; Gazzillo et al., 2019a).

Secondo Weiss (1986) il bambino può sviluppare una coscienza morale a partire dalle peculiari esperienze avute coi suoi genitori e dalle specifiche reazioni che manifestano in risposta ai suoi affetti o comportamenti. A causa della necessità primaria a mantenere il legame di attaccamento con loro, il bambino può arrivare a sentire come immorale ogni desiderio, emozione, idea, o azione che sente essere di offesa a un membro della sua famiglia (Bush, 1989).

⁵ Con trauma da shock acuto si fa riferimento agli sforzi del bambino volti a fronteggiare singoli eventi drammatici o catastrofici (ad esempio, la perdita di un genitore o un abuso). La seconda tipologia di trauma deriva dallo stress continuo (cronico) a cui il bambino è esposto, a causa di dinamiche familiari e relazionali scorrette e disfunzionali.

Ogni qualvolta i suoi comportamenti e sentimenti sembrano indurre sofferenza nei propri cari, o siano di minaccia alla relazione con loro, è attraversato da profondi vissuti di colpa (Bush, 1989), ed è proprio il senso di colpa a costituire l'impalcatura affettiva delle credenze patogene, che a loro volta, ne inducono l'origine e ne supportano il mantenimento (Gazzillo et al., 2019a).

1.3.1 Il senso di colpa interpersonale

La CMT distingue il senso di colpa conscio da quello inconscio (Weiss & Sampson, 1986). Il primo, essendo accessibile a livello consapevole, può essere pensato, contestualizzato e mitigato dall'esperienza, promuovendo l'identificazione di soluzioni riparative al danno arrecato.

Il senso di colpa inconscio, invece, è la reazione primaria al timore di aver danneggiato qualcuno, che funge anche da segnale anticipatorio e preventivo (Kris, 1976) qualora si percepisca inconsciamente la possibilità che ciò avvenga (Bush, 1989).

Secondo Weiss (1983, 1986, 1993) il senso di colpa inconscio è derivato dall'altruismo, dall'empatia e dalla preoccupazione per gli altri, dove la persona che avverte il senso di colpa, molto spesso, soffre per la paura di ferire l'altro, non perché lo voglia, ma perché crede che tentando di promuovere i propri obiettivi e desideri, causerà danno a chi ama (O'Connor, 1997).

Il senso di colpa inconscio può quindi rappresentare un "verdetto senza appello", dato dall'impossibilità a riconoscerne la causa originaria, che è sempre a carattere interpersonale, e riconducibile ad un'esperienza traumatica pregressa (Gazzillo, 2016; Russo et al., 2022; O'Connor, 1997). Quando le persone sono particolarmente inclini al senso di colpa inconscio, e non possiedono strategie di autoregolazione emotiva efficaci, il senso di colpa può diventare un'esperienza interna spaventosa e disregolante (Russo et al., 2022), talmente opprimente e pervasiva da favorire comportamenti autopunitivi (Carnì et al., 2013), e altri problemi psicopatologici (Bush, 2005; O'Connor et al., 1997; Russo et al., 2022).

La CMT ha approfondito il costrutto del senso di colpa inconscio, dimostrando l'esistenza di cinque categorie di senso di colpa interpersonale, supportate dalle rispettive credenze patogene (Gazzillo et al., 2017, 2018; Gazzillo et al., 2020; Fiorenza et al., 2023): il senso di colpa da separazione/slealtà, del sopravvissuto, da responsabilità onnipotente, da odio di sé (Gazzillo, 2016), ed infine, il senso di colpa da *burdening* (Gazzillo & Leonardi, 2023).

- 1) Il senso di colpa da separazione/slealtà si sviluppa a partire dalla credenza patogena secondo cui la separazione fisica o la differenziazione psicologica (in termini di valori o forme di pensiero) rispetto ai propri cari, non farà che danneggiarli, e che desiderando e acquisendo maggior indipendenza dalle proprie figure genitoriali, queste ne saranno ferite. Ciò comporta

difficoltà nei processi di separazione-individuazione, e conduce alla sensazione di essere impossibilitati a svincolarsi da relazioni intime insoddisfacenti e svilenti (Gazzillo, 2016; Russo et al., 2022). Le persone che soffrono il senso di colpa da separazione/slealtà si sentono sleali quando tentano di affermare la propria differenza e autonomia, o desiderano allontanarsi dal gruppo di appartenenza per perseguire i propri obiettivi personali (Faccini, 2017).

- 2) In origine, il senso di colpa del sopravvissuto faceva riferimento alla colpa sofferta da una persona che fosse stata testimone della morte dei propri genitori o altri significativi; o fosse scampata all'evento che l'ha provocata (Niederland, 1961; Weiss, 1986). Tuttavia, il suo significato è stato ampliato sino ad includere la colpa vissuta da quegli individui che credano di aver sperimentato maggior fortuna o vantaggi rispetto ai propri genitori o familiari (Battacchi, 2002; Modell, 1971; Weiss, 1986). Il senso di colpa del sopravvissuto trae forza dalla credenza patogena secondo cui aver maggior successo, gratificazione, opportunità, o possedere altre qualità positive, nuoce alle persone a cui si vuol bene (Fiorenza et al., 2023; Gazzillo et al., 2020) ed è moralmente ingiusto (Fimiami, Gazzillo, Dazzi, & Bush, 2021b). Secondo Modell (1971) il vissuto di colpa è dettato dalla percezione distorta e ingiustificata secondo cui il guadagno o vantaggio ottenuto è stato raggiunto a spese dell'altro, che risulta nella sensazione immotivata di essere colpevoli di un'iniqua distribuzione della bontà; come se questa fosse una risorsa accessibile in quantità limitate e saturabili. Pertanto, il senso di colpa del sopravvissuto può rilevarsi attraverso condotte auto-distruttive o di auto-deprivazione volta a ribilanciare la disparità percepita tra il proprio status e quello di chi si ama (Fimiami et al., 2021b; Modell, 1971; Weiss, 1986).
- 3) Il senso di colpa da responsabilità onnipotente deriva dalla credenza patogena secondo cui si ha il dovere, e il potere, di rendere felici e in salute i propri cari (Gazzillo et al. 2023). Di conseguenza, il soddisfacimento dei bisogni e richieste altrui è avvertito come prioritario e imperativo, a discapito delle proprie esigenze. Inoltre, questo tipo di senso di colpa interpersonale è associato al fenomeno del "figlio-genitore" (o parentificazione), in riferimento a quelle dinamiche per cui il bambino diventa (più o meno implicitamente) il responsabile del benessere del proprio gruppo familiare, assumendo il ruolo che tipicamente appartiene alle sue figure genitoriali (Russo et al., 2022).
- 4) Il senso di colpa da odio di sé si fonda su convinzioni profondamente auto-svalutanti, che veicolano idee distorte circa la propria inadeguatezza, presunta cattiveria, mancanza di valore, meschinità e difettosità. A differenza delle altre categorie, l'odio di sé corrisponde ad un'auto-

accusa diretta a ciò che si è, e non a quanto si è compiuto o si potrebbe potenzialmente compiere a danno dei propri cari (Gazzillo et al., 2023). L'odio di sé trae origine e fondamento da esperienze altamente traumatiche, inerenti a maltrattamenti, trascuratezza, o abusi subiti da parte dei propri genitori, familiari o altri significativi. La vittima è condizionata a credere di aver meritato quanto di profondamente doloroso ha vissuto, e di essere meritevole del disamore che quotidianamente vive nel rapporto coi propri cari. Le persone che soffrono questo particolare senso di colpa sono portate a percepirsi come sporche, contaminate, degradate e indegne d'amore e felicità, poiché questo è il modo in cui si sono sentite viste e trattate durante la crescita, e all'interno della relazione col genitore disfunzionale (Gazzillo et al., 2023; Gazzillo et al., 2019a).

- 5) Il senso di colpa da *burdening* deriva dalla credenza patogena secondo cui manifestare le proprie emozioni, bisogni, desideri, inclinazioni, tratti caratteriali e temperamentali, nonché preoccupazioni e fragilità, comporterebbe l'essere di peso per le persone amate. Di conseguenza, esprimere sé stessi in maniera autentica e spontanea, secondo le proprie naturali complessità e inclinazioni, significa gravare e ferire chi si ama (De Gabrielis, 2021; Gazzillo et al., 2023), nonché mettere a repentaglio il rapporto affettivo coi propri cari.

1.4 Contributi della ricerca

A partire dagli anni Settanta, la ricerca ha indagato l'effettivo legame tra il senso di colpa interpersonale e un vasto insieme di sintomi, inibizioni, e tratti caratteriali tra i più disfunzionali, disadattivi e invalidanti, avvalorando l'ipotesi secondo cui, tra i molteplici fattori che possono contribuire all'instaurarsi di modelli comportamentali patologici, il senso di colpa inconscio si rivela spesso il più significativo (Bush, 2005). Nel prossimo capitolo saranno illustrati alcuni tra i più recenti lavori di ricerca sulla relazione tra il costrutto del senso di colpa interpersonale e alcune delle implicazioni psicopatologiche ad esso riconducibili.

CAPITOLO SECONDO

Analisi della più recente ricerca empirica sul senso di colpa interpersonale

In questo capitolo saranno illustrati tre articoli di ricerca che più recentemente hanno indagato le implicazioni psicopatologiche associabili al costrutto del senso di colpa interpersonale.

La ricerca bibliografica è stata svolta utilizzando le parole chiave di “Control-Mastery Theory OR CMT”, “interpersonal guilt OR guilt”, “psychopathology” e “pathological behaviour”. Sono state privilegiate le riviste con *Impact Factor* più elevato, quali *Scandinavian Journal of Psychology* [Q1], *Psychology Hub* [Q3], e *Psychodynamic Psychiatry* [Q3], in modo da poter consultare pubblicazioni con maggior impatto sulla comunità scientifica. Gli anni di pubblicazione presi in considerazione vanno dal 2021 al 2023. Per ciascun lavoro di ricerca saranno illustrati i presupposti teorici ed empirici che hanno portato alla formulazione dei rispettivi obiettivi e ipotesi, la metodologia implementata, i risultati ottenuti e le conclusioni esposte dai ricercatori.

2.1 “Interpersonal guilt, impostor phenomenon, depression, and anxiety” (Fimiani et al., 2021a)

Descrizione e presupposti. Il primo studio preso in considerazione è stato pubblicato da Fimiani, Leonardi, Gorman e Gazzillo sulla rivista *Psychology Hub*, nell’anno 2021. Gli autori si sono posti l’obiettivo di indagare la relazione tra il fenomeno dell’impostore e il senso di colpa interpersonale, così come concepito dalla CMT, nonché la loro rispettiva associazione con l’ansia e la depressione (Fimiani, Leonardi, Gorman, & Gazzillo, 2021a). Il fenomeno dell’impostore (o sindrome dell’impostore; Clance, 1985), fa riferimento all’esperienza psicologica caratterizzata dalla percezione interna di sé come falsari delle proprie competenze e capacità intellettive, e non meritevoli del successo personale così ottenuto. Questo fenomeno psicologico è accompagnato dal timore costante di essere esposti per ciò che si crede di essere veramente, ovvero degli impostori intellettuali (Fimiani et al., 2021a). La relazione tra fenomeno dell’impostore e affettività negativa è già stata stabilita in studi che ne hanno evidenziato le correlazioni positive con l’ansia (Leonhardt et al., 2017) e la depressione (Bernard et al., 2002). Secondo la CMT, gli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali associati al fenomeno dell’impostore sarebbero espressione di credenze patogene. I sentimenti di inadeguatezza, bassa autostima, perfezionismo, paura del fallimento e paura del successo sono prerequisiti ed elementi costituenti il fenomeno dell’impostore, così come, nella CMT, si trovano spesso associati al senso di colpa del sopravvissuto e da odio di sé. Di fatto, l’odio di sé è il senso di colpa interpersonale più fortemente associato a sentimenti cronici di vergogna, inadeguatezza, inferiorità e mancanza di valore personale. Allo stesso modo, chi soffre della sindrome dell’impostore vive nel timore di vedere esposta la propria mediocrità, che provoca vissuti eccessivi di ansia ogni qualvolta l’individuo sia soggetto a valutazione esterna. Quando fallisce o commette un

errore, l'autostima crolla, e diviene particolarmente vulnerabile a vissuti depressivi, di vergogna, e umiliazione. Il senso di colpa del sopravvissuto e i sentimenti dell'impostore si associano entrambi alla sensazione di non essere in diritto di godere delle qualità positive di cui si è dotati, e dei risultati conseguiti grazie ad esse. I vissuti di colpa per il successo raggiunto, e il timore di ripercussioni sociali negative, portano a condotte autodistruttive e punitive, con lo scopo di ribilanciare la disparità percepita tra sé e gli altri, in termini di iniqua distribuzione di fortuna e benessere. Gli autori hanno inoltre ipotizzato che anche il senso di colpa da responsabilità onnipotente potesse giocare un ruolo fondamentale nella genesi del fenomeno dell'impostore. Chi soffre questo particolare senso di colpa, infatti, tende ad attribuire a sé un potere sovraumano nel determinare il benessere o la sofferenza altrui, aumentando la percezione che il successo personale possa essere fonte di dolore per i propri cari, e che perseguirlo significhi essere egoisti, tanto da associarlo a qualcosa di sbagliato, immorale e immeritato (Fimiani et al., 2021).

Obiettivi e ipotesi della ricerca. A partire da tali considerazioni, gli autori hanno ipotizzato che vi sarebbero state correlazioni positive significative tra sindrome dell'impostore e senso di colpa interpersonale, e tra sindrome dell'impostore, ansia, e depressione (Fimiani et al., 2021).

Metodo. Il campione dello studio comprendeva 343 partecipanti, di cui 211 donne (61.5%) e 132 uomini (38.5%). I soggetti reclutati erano sia studenti universitari che individui provenienti dalla popolazione generale, di età compresa tra i 18 e 68 anni (età media: 32.22 anni).

Per la misurazione delle differenti variabili sono stati utilizzati i seguenti strumenti.

Il *Clance Impostor Phenomenon Scale* (CIPS; Clance, 1985), strumento self-report per la valutazione della sindrome dell'impostore, è composto da 20 item su scala Likert a 5 punti, da valutare in base a quanto la persona si rispecchia nelle affermazioni proposte: da 1 (per niente vero) a 5 (molto vero).

L'*Interpersonal Guilt Rating Scale-15* (IGRS-15; Faccini et al., 2020; Gazzillo et al., 2018), uno strumento self-report⁶ per la valutazione dei sensi di colpa interpersonali composto da 15 item su scala Likert a 5 punti: da 1 (per niente rappresentativo) a 5 (pienamente rappresentativo). L'IGRS-15 è costituito da tre sottoscale volte a misurare il senso di colpa del sopravvissuto, il senso di colpa onnipotente, e il senso di colpa da odio di sé. Il *Revised socio-demographic schedule* (Gazzillo & Faccini, 2019), strumento self-report per la valutazione degli aspetti sociodemografici, è composto da 11 domande a risposta chiusa per la raccolta dei dati inerenti a età, genere, educazione, status socioeconomico, e presenza di traumi nella prima infanzia. Lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger et al., 1983) per la misurazione dell'ansia di stato e l'ansia di tratto, è costituito da due rispettive scale self-report di 20 item ciascuna. La sottoscala dell'ansia di stato richiede di valutare su

⁶ L'IGRS-15 si propone di misurare quattro sensi di colpa interpersonali: del sopravvissuto, da responsabilità onnipotente, da separazione/slealtà, e da odio di sé. La versione self-report, a differenza della clinician-report, unisce il senso di colpa da responsabilità onnipotente e da separazione/slealtà sotto un'unica scala, detta "dell'onnipotenza", da cui il "senso di colpa onnipotente". Questo perché precedenti analisi fattoriali multiple, condotte su campioni italiani, hanno identificato una soluzione a tre fattori (Gazzillo et al., 2018).

una scala da 1 (per niente) a 4 (molto), come ci si senta "al momento presente", in risposta a una serie di affermazioni autodescrittive. La sottoscala dell'ansia di tratto richiede di valutare come ci si senta "abituamente", su una scala da 1 (quasi mai) a 4 (quasi sempre). Il *Beck Depression Inventory II* (BDI II; Beck et al., 1996) è uno strumento self-report che consente di valutare la gravità del disturbo depressivo in adulti e adolescenti. Il BDI II è composto da 21 item volti a misurare i sintomi corrispondenti ai criteri per la diagnosi dei disturbi depressivi, secondo il *DSM-4* (quarta ed.; APA, 1994). Ogni item invita a scegliere l'affermazione che meglio riflette la gravità del sintomo sperimentato nelle due settimane precedenti, da valutare su una scala a 4 punti (da 0 a 3), dove punteggi più alti indicano una sintomatologia depressiva più grave.

Risultati. Le analisi delle correlazioni hanno rivelato associazioni significative tra tutte le variabili esplorate. In particolare, il fenomeno dell'impostore ha mostrato correlazioni positive significative con il senso di colpa del sopravvissuto, il senso di colpa onnipotente, l'odio di sé, la depressione, l'ansia di stato e l'ansia di tratto. Allo stesso modo, il senso di colpa del sopravvissuto, onnipotente, da odio di sé, non solo correlavano con la sindrome dell'impostore, ma hanno anch'esse rivelato correlazioni positive significative con l'ansia di stato, l'ansia di tratto e la depressione.

Discussione e conclusioni. In linea con le ipotesi avanzate dagli autori, lo studio ha osservato che il punteggio totale del CIPS era positivamente e significativamente correlato al senso di colpa interpersonale (per i tre domini indagati), alla depressione, e all'ansia. Pertanto, si conferma l'ipotesi di un'effettiva relazione significativa tra senso di colpa interpersonale e fenomeno dell'impostore. La correlazione tra odio di sé e sindrome dell'impostore può essere compresa in virtù delle credenze patogene che stanno a fondamento del primo, le quali veicolano percezioni distorte e fortemente svalutanti circa sé stessi e le proprie qualità. Queste credenze patogene alimentano la paura costante di essere smascherati, mantenendo attivi i livelli di ansia, che portano all'implementazione di strategie disadattive come la procrastinazione o la preparazione eccessiva per far fronte al costante timore di fallire, poiché vissuto come l'evidenza della propria reale natura d'impostore. Dall'altra parte, il senso di colpa del sopravvissuto porta l'individuo a temere il successo o il raggiungimento di quanto più desidera, perché associato alla credenza patogena di poter ferire gli altri e di essere oggetto di invidia o risentimento, col rischio di perdere il sostegno sociale e l'amore dei propri cari. Questo specifico senso di colpa, insieme alla comparazione sociale con gli insuccessi altrui, può compromettere la capacità di provare soddisfazione per gli obiettivi conseguiti, incentivare strategie auto-sabotanti, e alimentare i sentimenti spiacevoli dell'impostore, impattando negativamente sull'umore. Per quanto riguarda la correlazione tra senso di colpa onnipotente e fenomeno dell'impostore, si suppone che le persone soggette a questo tipo di senso di colpa ritengano che concentrarsi sul proprio successo significhi trascurare i propri cari, in linea con la credenza patogena secondo cui si ha l'obbligo morale di rendere felici gli altri, a costo di sacrificare sé stessi. Poiché i dati ottenuti dal presente studio sono

stati raccolti in modo trasversale, non è ancora possibile delineare una formulazione causale più esaustiva per ciò che concerne la relazione tra i costrutti misurati. Gli autori ipotizzano che ulteriori ricerche longitudinali potrebbero determinare la tipologia di relazioni che intercorrono tra le variabili indagate nel presente studio. In conclusione, i risultati ottenuti dalla presente ricerca fanno luce sulle correlazioni tra il fenomeno dell'impostore e le condizioni sintomatologiche e cliniche ad esso associate, sottolineando l'importanza del lavoro psicoterapico nell'aiutare i pazienti a comprendere meglio la natura delle difficoltà e sofferenze sperimentate a causa delle convinzioni patogene di cui sono portatori, dei sentimenti di colpa interpersonale ad esse associate, e degli aspetti auto-sabotanti che da queste possono aver avuto origine (Fimiani et al., 2021).

2.2 “Understanding interpersonal guilt: Associations with attachment, altruism, and personality pathology” (Leonardi et al., 2022)

Descrizione e presupposti. La ricerca in analisi è stata pubblicata da Leonardi, Gazzillo, Gorman, e Kealy sulla rivista *Scandinavian Journal of Psychology*, nell'anno 2022. Lo scopo di questo articolo è stato quello di indagare empiricamente la relazione tra il senso di colpa interpersonale e l'attaccamento, l'altruismo, e il disturbo di personalità. La CMT ha evidenziato come le differenti tipologie di senso di colpa interpersonale operino in funzione dei sistemi emotivi primari di attaccamento (Gazzillo et al., 2020) e cura (Fimiani et al., 2021). In linea con ciò, la presente ricerca sostiene che vi sia una connessione tra senso di colpa interpersonale e le tendenze ansiose ed evitanti da attaccamento insicuro, che rappresentano uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di psicopatologia (Leonardi, Gazzillo, Gorman, & Kealy, 2022). Per quanto concerne i disturbi di personalità, sebbene essi rimangano classificabili per categorie, la concettualizzazione contemporanea evidenzia la natura dimensionale del funzionamento della personalità. Di fatto, per fare diagnosi di disturbo di personalità, il Criterio A del Modello Alternativo dei Disturbi di Personalità nel *DSM-5* (APA, 2013) enfatizza la compromissione significativa del funzionamento di sé (identità o auto-direzionalità), e del funzionamento interpersonale (capacità di intimità ed empatia), dove il grado di disfunzione di personalità è pensato lungo un continuum, che va dall'assenza di deficit, o disfunzione minima, fino a una compromissione severa o estrema. Per quanto riguarda l'altruismo patologico, ricerche passate (O'Connor, Berry, & Weiss, 1999, 2002) hanno evidenziato come vari problemi di natura psicologica possano esserne considerati l'espressione, riconoscendo il legame tra eccessiva attivazione empatica e disturbi mentali. Al netto di ciò, l'indagine empirica deve ancora esaminare i legami tra senso di colpa interpersonale, attaccamento ansioso ed evitante, tendenze altruistiche, e disfunzione di personalità. Secondo gli autori, comprendere le relazioni tra queste variabili è importante per affinare la concettualizzazione dei diversi domini del senso di colpa interpersonale, e il loro ruolo nel disturbo di personalità (Leonardi et al., 2022).

Obiettivi e ipotesi. In linea con quanto riportato, gli autori hanno ipotizzato che il senso di colpa del sopravvissuto e da responsabilità onnipotente avrebbero presentato correlazioni positive sia con le tendenze ansiose che evitanti da attaccamento, e con l'altruismo, a differenza del senso di colpa da separazione/slealtà, che non sarebbe risultato correlato con le tendenze evitanti, e l'odio di sé, che non avrebbe manifestato la correlazione con l'altruismo. In aggiunta, hanno ipotizzato che tutti i tipi di senso di colpa interpersonale sarebbero stati correlati con il disturbo severo di personalità, tra cui l'odio di sé, che si sarebbe rivelata la variabile maggiormente correlata, anche rispetto alle tendenze ansiose ed evitanti da attaccamento insicuro.

Metodo. Un totale di 401 partecipanti ha completato lo studio, per lo più residenti nel Regno Unito (80%), e la restante minoranza proveniente da Stati Uniti, Canada, e Irlanda. Lo screening dei dati è stato eseguito per rimuovere i *responder* disattenti, lasciando un campione finale composto da 393 partecipanti, di età compresa tra i 18 e i 75 anni, di cui il 69.6% femmine, il 29.0% maschi, e lo 0.2% con identità non binaria. Per la misurazione delle differenti variabili sono stati utilizzati i seguenti strumenti. L'*Interpersonal Guilt Rating Scale-15* nella sua versione self-report, per la valutazione dei sensi di colpa interpersonali. L'*Experience in Close Relationship Scale-Short Form* (ECR-SF; Wei, Russell, Mallinckrodt, & Vogel, 2007), strumento self-report composto da 12 item, per la valutazione dell'attaccamento nelle relazioni significative di soggetti adulti. L'ECR-SF misura il grado in cui le persone manifestano tendenze ansiose o evitanti da attaccamento insicuro. Ansia ed evitamento sono rappresentati da due sottoscale, di 6 item ciascuna. Punteggi elevati su una o entrambe le dimensioni indicano un orientamento dell'attaccamento adulto insicuro. Inoltre, punteggi elevati nelle due dimensioni sono positivamente correlati a depressione, ansia, disagio interpersonale o solitudine.

Il *Self-Report Altruism Scale* (SRA; Rushton, Chrisjohn, & Fekken, 1981) è stato implementato per la valutazione delle tendenze altruiste, che richiede di fornire la frequenza con cui il soggetto si è impegnato in ciascuno dei 20 comportamenti descritti nella scala, da "Mai", "Una volta", "Più di una volta", "Spesso", "Molto spesso". Ogni item prevede un punteggio da 0 a 4.

Il *Levels of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0* (LPFS-BF 2.0; Weekers, Hutsebaut, & Kamphuis, 2019) è una scala self-report composta da 12 item che valutano i livelli di funzionamento della personalità, in linea con la Sezione III (Disturbi di Personalità) del *DSM-5*. Gli item sono raggruppati in due domini di ordine superiore: funzionamento autonomo e funzionamento interpersonale, e valutati su una scala da 1 (completamente falso) a 4 (completamente vero).

Risultati. Dalle analisi delle correlazioni è emerso che il senso di colpa del sopravvissuto, da responsabilità onnipotente e da odio di sé hanno mostrato associazioni positive alle tendenze ansiose ed evitanti da attaccamento insicuro. Il senso di colpa da separazione/slealtà, invece, ha mostrato associazioni positive con le tendenze ansiose, ma non con le evitanti. Tutti i tipi di senso di colpa interpersonale sono risultati correlati all'altruismo, ad eccezione dell'odio di sé. Per quanto riguarda

le associazioni con la disfunzione di personalità, è stato osservato un livello di correlazione da moderato ad alto tra la suddetta variabile e i differenti domini del senso di colpa interpersonale, con associazioni più forti per l'odio di sé. Al fine di stimare i complessi pattern di relazioni emerse dalle analisi, gli autori hanno eseguito un'analisi di rete, che ha evidenziato chiaramente le relazioni significative tra odio di sé, tendenze ansiose ed evitanti da attaccamento, e disfunzione di personalità, che mostrava invece associazioni modeste o non significative alle altre misure di senso di colpa, e all'altruismo. Quando esaminate in questo modo, le altre tipologie di senso di colpa interpersonale non risultavano significativamente associate in maniera univoca alla disfunzione di personalità, e all'altruismo. L'unica eccezione è emersa per il senso di colpa da responsabilità onnipotente, che presentava un'associazione all'altruismo leggermente più forte, oltre ad una modesta associazione con l'ansia da attaccamento.

Discussione e conclusioni. In linea con le ipotesi formulate dagli autori, tutti i tipi di senso di colpa valutati dall'IGRS-15 sono stati associati all'ansia ed evitamento da attaccamento insicuro, in accordo ai risultati di ricerche precedenti che suggerivano che i differenti tipi di senso di colpa interpersonali fossero funzioni del sistema di attaccamento (Gazzillo et al., 2020). Poiché il senso di colpa da separazione/slealtà dà priorità alla vicinanza ai propri significativi, l'assenza di correlazione con le tendenze evitanti si dimostra in linea con le ipotesi della CMT. Come evinto dalle analisi di correlazione parziale, il senso di colpa da responsabilità onnipotente correla più fortemente con l'ansia da attaccamento, rispetto alle tendenze evitanti; in linea con la rispettiva credenza patogena secondo cui si ha come obbligo morale la cura e il benessere altrui. L'odio di sé correla invece con entrambe le variabili, ma più fortemente con le tendenze evitanti, se posto a confronto con il senso di colpa da responsabilità onnipotente. Di fatto, l'odio di sé origina da relazioni di attaccamento disfunzionali in età evolutiva, che porta il bambino ad attribuire a sé stesso la colpa dei fallimenti genitoriali, cosicché mantenere le distanze dal *caregiver* risulta un modo per preservare la relazione con lui (Weiss, 1993). Anche l'ipotesi secondo cui tutti i sensi di colpa, ad esclusione dell'odio di sé, sono correlati al comportamento altruistico, è stata avvalorata. La rinuncia a obiettivi di vita sani, al benessere e successo personale, e all'indipendenza (che le credenze patogene sottese al senso di colpa del sopravvissuto, da responsabilità onnipotente, e da separazione/slealtà promuovono e legittimano) è considerato un tentativo altruistico volto a rendere gli altri più felici, a discapito di sé. L'odio di sé nasce, invece, dall'assunzione di responsabilità per il male subito durante la crescita, nel tentativo di salvare la bontà delle figure di attaccamento che l'hanno agito. Dall'analisi delle correlazioni parziali solo il senso di colpa da responsabilità onnipotente ha portato a una correlazione statisticamente significativa con l'altruismo; di fatto, la credenza patogena ad esso sotteso è la massima espressione dell'altruismo patologico, per cui i bisogni altrui sono prioritari rispetto ai propri. Inoltre, come previsto, tutti i domini di colpa interpersonale sono stati positivamente associati al disturbo severo di

personalità, tra cui l'odio di sé come variabile più robustamente associata, anche rispetto all'attaccamento insicuro. La profonda frattura nel senso di sé, che caratterizza l'odio di sé, ha effetti particolarmente estesi e duraturi. In quanto conseguenza pervasiva di un passato spesso traumatico, l'odio di sé favorisce la compromissione psicologica e necessita di esperienze emotive correttive profonde e ripetute nel tempo, per avere margine di miglioramento. I risultati del presente studio hanno lo scopo di incoraggiare i clinici a considerare il senso di colpa interpersonale, con particolare enfasi sull'odio di sé, quando sviluppano la formulazione dei casi clinici e tentano di comprendere le difficoltà circa il funzionamento della personalità dei loro pazienti (Leonardi et al., 2022).

2.3 “Assessing Burdening Guilt and Its Correlates” (Leonardi et al., 2023)

Descrizione e presupposti. Il presente articolo è stato pubblicato da Leonardi, Gazzillo, Gorman, e Bush sulla rivista *Psychodynamic Psychiatry*, nell'anno 2023. A differenza dei precedenti studi, la presente ricerca prende in considerazione il senso di colpa da *burdening*. Mentre gli altri tipi di senso di colpa interpersonale hanno strumenti di misurazione specifici formulati in linea con la CMT (di cui l'IGRS-15), il senso di colpa da *burdening* ne è stato finora sprovvisto. A tale scopo, l'obiettivo generale della presente ricerca è stato quello di sviluppare e convalidare due nuovi strumenti clinici per la valutazione del senso di colpa da *burdening*: nello Studio 1, è stata presentata la *Burdening Guilt Rating Scale* (BGRS), una scala di valutazione del senso di colpa da *burdening* di nuova concezione. Nello sviluppo del BGRS, gli autori si sono basati su esperienze cliniche e dati in letteratura, arrivando a costruire un pool di 12 item, di cui: 4 valutavano le convinzioni secondo cui esprimere i propri bisogni e desideri implica gravare sugli altri, 4 le convinzioni secondo cui la spontaneità appesantisce gli altri, e i restanti 4 valutavano le convinzioni secondo cui le proprie emozioni e sentimenti sopraffanno gli altri. Della scala BGRS sono state verificate le proprietà statistiche, e le correlazioni con le seguenti variabili: la percezione di sé come un peso (per gli altri), l'autostima, la vergogna, l'ansia, la depressione, la salute mentale, le tendenze ansiose ed evitanti da attaccamento, e le esperienze infantili avverse. Inoltre, gli autori hanno somministrato ai partecipanti l'IGRS-15 nella sua versione self-report, per testare l'ipotesi secondo cui il senso di colpa da *burdening* sarebbe positivamente e significativamente correlato con gli altri tipi di senso di colpa interpersonale, in particolar modo, con l'odio di sé e il senso di colpa onnipotente. Infine, è stata valutata la misura in cui il senso di colpa da *burdening* sarebbe correlato con la desiderabilità sociale, l'empatia e l'ideazione suicidaria. Nello Studio 2, l'obiettivo è stato quello di verificare l'ipotesi secondo cui una versione più breve del BGRS, costruita a partire da 5 item desunti dalla versione originale, potesse essere aggiunta all'IGRS-15, così da arrivare a convalidare l'IGRS-20: un nuovo strumento per la valutazione di tutti e cinque i sensi di colpa interpersonali (Leonardi et al., 2023).

Negli interessi del presente elaborato, sarà illustrato solo il primo dei due studi che compongono la ricerca in analisi.

Obiettivi e ipotesi. Nel costruire il *Burdening Guilt Rating Scale* (BGRS), gli autori hanno esplorato la relazione tra il senso di colpa da *burdening* e le differenti variabili sopra menzionate. Le ipotesi dei ricercatori prevedevano correlazioni positive e significative del senso di colpa da *burdening* con la sensazione di essere un peso (per gli altri), la vergogna, l'ansia, la depressione, e l'ideazione suicidaria. E che, al contrario, avrebbe correlato negativamente con l'autostima, la salute mentale e la desiderabilità sociale. Inoltre, ritenevano che il senso di colpa da *burdening* avrebbe manifestato correlazioni positive con l'empatia, le tendenze ansiose ed evitanti da attaccamento insicuro, e tutte le tipologie di stili genitoriali disadattivi, in particolar modo, con l'indifferenza. Infine, si aspettavano di trovare correlazioni positive tra senso di colpa da *burdening* e tutte le altre tipologie di senso di colpa interpersonale, in special modo, con l'odio di sé e il senso di colpa onnipotente.

Metodo. Il campione era composto da 200 partecipanti, di età compresa tra i 19 e i 77 anni (età media: 39,41 anni); di cui 143 (71.5%) femmine e 57 (28.5%) maschi. Un totale di 25 soggetti (12,5%) aveva una malattia fisica invalidante, e 73 soggetti (36,5%) erano in psicoterapia.

Per la misurazione delle differenti variabili sono stati utilizzati i seguenti strumenti.

Il *Burdening Guilt Rating Scale* (Gazzillo & Leonardi, 2023), strumento che gli autori hanno voluto validare, è composto da una scala self-report di 12 item, che valuta il costrutto del senso di colpa da *burdening*, così come concepito secondo la CMT. Il soggetto deve rispondere a ciascun item con un punteggio su una scala da 1 = *per niente rappresentativo*, a 5 = *completamente rappresentativo*.

L'*Interpersonal Guilt Rating Scale-15* (IGRS-15), nella sua versione self-report, è stato invece utilizzato per la valutazione dei sensi di colpa interpersonali. La *Self-Perceived Burden Scale* (SPB; Cousineau et al., 2003), una scala self-report composta da 25 item, valutati su una scala Likert a 5 punti, che va da 1 (nessuna volta) a 5 (sempre), per indicare il grado di autopercezione rispetto al sentirsi un peso per i propri significativi. Punteggi elevati indicano un maggior percezione di sé relativa all'essere un peso per gli altri. L'*Experience in Close Relationship Scale—Short Form* (ECR-S; Wei et al., 2007), nella sua versione italiana (Brugnera et al., 2019), è stato utilizzato per la valutazione dell'attaccamento nelle relazioni significative in soggetti adulti, in particolar modo, per le tendenze ansiose ed evitanti da attaccamento insicuro. La *Marlowe Crowne Social Desirability Scale* (MCSDS; Crowne & Marlowe, 1960), nella sua versione italiana a 9 item (SDS; Manganelli Rattazzi et al., 2000), è una scala per la misurazione della desiderabilità sociale. Ciascun item è valutato su una scala Likert a 6 punti, da 1 (assolutamente falso) a 6 (assolutamente vero). Punteggi più alti indicano livelli più elevati di desiderabilità sociale. La *Other As Shamer Scale* (OAS; Goss et al., 1994) nella sua versione italiana (Balsamo et al., 2015), è una scala di autovalutazione a 18 item che ha l'obiettivo di valutare i giudizi globali di sé rispetto a come (secondo il soggetto che compila)

viene valutato dagli altri. Il soggetto testato valuta ciascun item su una scala Likert a 5 punti, che va da 0 (mai) a 4 (quasi sempre), con punteggi più alti che denotano una maggiore vergogna. Tre sono i fattori principali della scala: inferiorità (7 item, “essere visti come inferiori”), vacuità (4 item, “essere visti come vuoti”), e l'errore (6 item, si riferisce al modo in cui gli altri sono percepiti come “attenti agli errori che si commettono”; Goss et al., 1994). La *Rosenberg Self-Esteem Scale* (SES; Rosenberg, 1965) nella sua versione italiana (Prezza et al., 1997), è una scala self-report a 10 item, valutati su una scala Likert a 4 punti, che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 4 (fortemente d'accordo). Ha lo scopo di fornire una misura dell'autostima del soggetto testato. Punteggi più alti indicano livelli più elevati di autostima. La *Basic Empathy Scale* (BES; Jolliffe & Farrington, 2006), nella sua versione italiana (Albiero et al., 2009) è una scala self-report a 20 item, valutati su una scala Likert a 5 punti, che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo). È composta da due sottoscale: dell'Empatia Affettiva (11 item), che misura la congruenza emotiva con le emozioni altrui, e dell'Empatia Cognitiva (9 item), che misura la capacità di comprendere le emozioni altrui. Il punteggio totale è calcolato combinando le due sottoscale. La *Short Form-12 Health Survey* (SF12; Ware et al., 1996), nella sua versione italiana (Apolone et al., 2015), è una scala self-report a 12 item, che valuta i seguenti aspetti della salute soggettiva: funzionamento fisico, limitazioni di ruolo dovute a problemi di salute fisica ed emotiva, libertà dal dolore corporeo, percezione generale della salute, vitalità, funzionamento sociale e salute mentale. Più basso è il punteggio risultante, minore è il funzionamento soggettivo della salute fisica riferita dal soggetto. Lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, 1983), nella sua versione italiana (Lazzaro & Pancheri, 1980), è stato implementato per la valutazione dell'ansia di stato e di tratto. Il *Beck Depression Inventory II* (BDI II; Beck et al., 1961), nella sua versione italiana (Ghisi et al., 2006) è stato utilizzato per la valutazione dei sintomi depressivi. La *Measure of Parental Style* (MOPS; Parker et al., 1997), nella sua versione italiana (Picardi et al., 2013), è una scala self-report volta a misurare la percezione adulta dei comportamenti e atteggiamenti genitoriali disfunzionali durante lo sviluppo (prima dei 16 anni di età). Lo strumento è composto da tre sottoscale (indifferenza, abuso e ipercontrollo), da 15 item l'una, valutati ciascuno su una scala a 4 punti (da 0 a 3). Punteggi elevati corrispondono alla percezione di essere stati cresciuti da genitori con stile genitoriale disfunzionale. Il *Revised socio-demographic schedule* (Gazzillo & Faccini, 2019), per la raccolta delle informazioni sociodemografiche. Per rappresentare e valutare anche l'ideazione suicidaria, è stato aggiunto il seguente item: "Nelle ultime due settimane, quante volte sei stato infastidito da: pensieri secondo i quali saresti stato meglio se fossi morto o se ti fossi fatto del male in qualche modo". L'item è apparso predittivo sia dei tentativi di suicidio, che dei decessi (Simon et al., 2013).

Risultati. Dalle analisi delle correlazioni, il BGRS si è dimostrato positivamente e significativamente correlato con le scale che valutavano la sensazione di essere un peso, l'ideazione suicidaria, l'ansia di

tratto, l'ansia di stato, la vergogna, l'empatia, l'ansia da attaccamento, le tendenze evitanti da attaccamento, e l'indifferenza, l'abuso e l'ipercontrollo da parte dei genitori. È stata poi riscontrata una piccola correlazione positiva con la desiderabilità sociale, e una negativa e significativa correlazione con l'autostima, e la salute fisica e mentale. Il senso di colpa da *burdening* è risultato positivamente e significativamente correlato con l'odio di sé, il senso di colpa onnipotente, e del sopravvissuto. Inoltre, il senso di colpa da *burdening* era emerso più forte nei soggetti che, durante l'infanzia, avevano riferito di: essere stati trascurati, aver sentito il bisogno di prendersi cura dei loro genitori, che i genitori avevano avuto più problemi del soggetto durante la loro infanzia, che i genitori avevano manifestato sofferenza ogni qualvolta il soggetto dimostrava autonomia da bambino, o per i quali era stato difficile prendersi cura di lui. Tuttavia, quando sono stati controllati gli altri tipi di senso di colpa (sopravvissuto, onnipotente, e odio di sé) con correlazioni parziali, il BGRS correlava negativamente solo con l'autostima e la salute mentale, e positivamente con la percezione di essere un peso per gli altri, con l'ansia di stato e di tratto, la vergogna, l'ansia da attaccamento, e la depressione (come inoltre evidenziato dall'IGRS-20 nello Studio 2).

Discussione e conclusioni. In linea con le ipotesi avanzate dagli autori, il senso di colpa da *burdening* è risultato essere correlato positivamente con il sentirsi un peso (per gli altri significativi) a causa dei propri problemi, con l'ansia di stato e di tratto, la depressione, la vergogna, e le tendenze ansiose da attaccamento insicuro; presentando, invece, correlazioni negative con l'autostima e la salute mentale. Inoltre, il senso di colpa da *burdening* è risultato essere positivamente correlato con tutti gli altri sensi di colpa valutati dall'IGRS-15. Tuttavia, risulta ancora non chiaro quale tipo di esperienze traumatiche passate possano contribuire, nello specifico, allo sviluppo di questo tipo di senso di colpa interpersonale, dato che le correlazioni parziali mostrano una relazione sistematica solo tra odio di sé e i traumi indagati in questa ricerca (abuso, indifferenza, e ipercontrollo). Ad ogni modo, è possibile che i modelli relazionali che contribuiscono allo sviluppo di un attaccamento ansioso possano rientrare nei fattori all'origine di questo tipo di senso di colpa, che rendono difficile per la persona saper distinguere tra bisogni di attaccamento sani, e dipendenza disfunzionale (si veda, Bornstein, 1998, 2011). Inoltre, chi soffre del senso di colpa da *burdening* tende a minimizzare i suoi bisogni e inibire la sua spontaneità ed emotività, anche all'interno della relazione terapeutica, nel timore di poter appesantire e gravare sul terapeuta stesso. Secondo gli autori, i due strumenti validati all'interno del presente studio (BGRS e IGRS-20) non solo permettono al clinico di valutare la presenza del senso di colpa da *burdening* per la formulazione del caso, ma possono aiutare i pazienti a prendere coscienza delle credenze patogene che sostengono i loro vissuti di colpa, e che possono essere di impedimento alla terapia stessa; in modo che queste convinzioni, e la loro disconferma, entrino a far parte degli obiettivi terapeutici del paziente (Leonardi et al., 2023).

CAPITOLO TERZO

3. Discussione e conclusioni

Nel presente elaborato è stato preso in considerazione il costrutto del senso di colpa interpersonale, prima da un punto di vista storico e teorico, e, successivamente, attraverso l'analisi delle differenti implicazioni psicopatologiche riconducibili al costrutto, secondo alcune tra le più recenti evidenze empiriche della ricerca attuale.

3.1 Il costrutto del senso di colpa in letteratura

Dalla revisione della letteratura sul senso di colpa emergono due approcci principali, quello psicoanalitico, e quello interpersonale e socio-adattivo (Carni et al., 2013).

La prospettiva psicoanalitica classica descrive il senso di colpa inconscio come un processo autopunitivo, che si svolge a livello intraindividuale. Provocato dalla violazione dei divieti morali di cui il soggetto-agente è portatore, il senso di colpa porta alla punizione, sanzione e censura degli impulsi di desiderio considerati inaccettabili dall'autorità morale introiettata durante l'infanzia (Carni et al., 2013). Secondo questo punto di vista, il senso di colpa innesca un'aspettativa di punizione che mortifica l'individuo, motivandolo ad evitare di trasgredire in futuro norme etiche e morali (Carni et al., 2013). L'approccio interpersonale enfatizza invece il ruolo sociale del senso di colpa, riconoscendone l'origine interpersonale e definendola un'emozione morale (Lamb, 1983), autocosciente (Lewis, 1992; Tangney, Fischer, 1995) e profondamente adattiva (Trivers, 1971, 1985), che nasce in virtù della preoccupazione empatica per il benessere altrui, e che promuove condotte prosociali e riparative reali (Tangney & Dearing, 2002)

In linea con le concezioni teoriche soprariportate, la Control-Mastery Theory sostiene anch'essa che l'origine del senso di colpa sia interpersonale e adattiva, e afferma che per essere esperito è sufficiente credere di aver danneggiato o ferito un'altra persona cara perseguendo obiettivi di vita personali sani e positivi (Gazzillo et al., 2018).

Anticipando i più recenti sviluppi sulla psicologia morale ed evolutiva (Gazzillo et al., 2020; Haidt, 2012; Zahn-Waxler et al. 1990), e in linea con le ipotesi di diversi autori psicoanalitici (Asch, 1976; Leowald, 1979; Modell, 1965; Niederland, 1981), la CMT ha approfondito il costrutto del senso di colpa, dimostrando l'esistenza di cinque categorie di senso di colpa interpersonale, supportate dalle rispettive credenze patogene: il senso di colpa del sopravvissuto, da separazione/slealtà, da responsabilità onnipotente, da odio di sé, e da *burdening* (Gazzillo et al., 2020).

Secondo la Control-Mastery Theory, la psicopatologia può essere intesa come l'espressione delle credenze patogene sviluppate nel tentativo di adattarsi a un ambiente traumatico, i cui sintomi e

inibizioni rappresentano la conformità o non conformità, identificazione o contro-identificazione, con quei membri della famiglia verso i quali ci si sente inconsciamente in colpa (Bush, 1989; Weiss, 1993). In estrema istanza, il senso di colpa inconscio può portare a livelli talmente severi di sottomissione, conformità e accondiscendenza all'altro, da indurre le persone a sacrificare la propria individualità, sino a perdere il senso della realtà e del proprio sé, e in alcuni casi, a commettere suicidio (Bush, 1989).

3.2 Ricerca empirica, implicazioni psicopatologiche e trattamento psicoterapeutico

Ad oggi, numerose ricerche hanno evidenziato il legame tra senso di colpa interpersonale inconscio, psicopatologia e comportamenti autolesionistici (Berghold & Locke, 2002; Giammarco & Vernon, 2015; Bruno, Lutwak, & Agin, 2009; Tilghman-Osborne, Cole, & Felton, 2010), contribuendo a dimostrarne le correlazioni positive con bassi livelli di salute mentale, autostima e benessere psicologico (Fimiani et al., 2021; Gazzillo et al., 2018; Leonardi et al., 2020; Leonardi, et al., 2022). Il primo studio di ricerca preso in considerazione (Fimiani et al., 2021) ha dimostrato l'effettiva relazione tra sindrome dell'impostore e senso di colpa interpersonale, in particolar modo, per quanto concerne l'odio di sé, il senso di colpa onnipotente, e del sopravvissuto. Inoltre, ha evidenziato come queste categorie di senso di colpa interpersonale, insieme al fenomeno dell'impostore, fossero positivamente e significativamente associate alle forme psicopatologiche di ansia e depressione.

Il suddetto studio ha dimostrato che le persone che sperimentano sentimenti d'impostore lottano quotidianamente con vissuti di colpa disadattivi e invalidanti che sono legati a convinzioni patogene su sé stessi e sui loro significativi, favorendo l'esacerbarsi di disturbi depressivi e ansiosi.

Il secondo studio di ricerca analizzato (Leonardi et al., 2022) ha confermato le ipotesi secondo cui il senso di colpa interpersonale, l'attaccamento insicuro, l'altruismo, e il disturbo di personalità sarebbero variabili interrelate tra loro, seppur con notevoli differenze. I risultati hanno fornito una base empirica per ulteriori ricerche riguardanti il senso di colpa interpersonale, la personalità e il funzionamento relazionale, con importanti implicazioni per le future concettualizzazioni cliniche sul ruolo esercitato dal senso di colpa nella psicopatologia (Leonardi et al., 2022).

Infine, l'ultimo studio di ricerca (Leonardi et al., 2023) non solo ha permesso di convalidare due nuovi strumenti clinici (BGRS e IGRS-20) volti alla misurazione del senso di colpa da *burdening*, ma ne ha verificato empiricamente la relazione ad una moltitudine di variabili che fino a quel momento non aveva avuto modo di essere indagata. I risultati hanno fatto emergere correlazioni positive tra senso di colpa da *burdening* e la percezione di essere un peso per gli altri, ansia di stato e di tratto, depressione, vergogna, e tendenze ansiose da attaccamento insicuro; oltre a dimostrarne la correlazione negativa con autostima e salute mentale (Leonardi et al., 2023).

I risultati dei tre studi di ricerca illustrati nel presente elaborato rappresentano solo alcune delle evidenze empiriche a sostegno dell'idea secondo cui il senso di colpa interpersonale, in combinazione ad altre variabili, è promotore dello sviluppo e mantenimento di alcune delle differenti forme che la psicopatologia e il malessere psicologico possono assumere.

Gli autori sostengono che nella pianificazione di studi futuri potrebbe essere utile non solo identificare scale che misurino questi stessi costrutti in modo ancor più solido ed esaustivo, ma considerare l'uso della valutazione clinica effettuata da un osservatore esterno, e di campioni maggiormente diversificati (compresi campioni clinici) per approfondire la comprensione del senso di colpa interpersonale. Inoltre, la ricerca longitudinale è necessaria per esplorare ipotesi riguardanti le associazioni tra traumi precoci, esperienze avverse, attaccamento, credenze patogene e psicopatologia nell'adulto. Sebbene la ricerca abbia dimostrato che le credenze patogene mediano la relazione tra esperienza infantile avversa e psicopatologia (tra cui le credenze patogene sottese all'odio di sé in maniera significativa), sono necessarie ulteriori indagini per esaminare i potenziali ruoli di mediazione e moderazione dei diversi tipi di senso di colpa interpersonale (Leonardi et al., 2023).

Nell'ambito del trattamento psicoterapeutico, una concettualizzazione sempre più accurata e dettagliata del senso di colpa interpersonale, e delle sue differenti declinazioni, permette di comprendere la vastità di sfumature con la quale essi si manifestano e condizionano la quotidianità interpersonale del paziente, compresa la relazione terapeutica. In tal modo, non solo il terapeuta è in grado di constatarne la presenza (anche attraverso l'utilizzo di strumenti clinici come l'IGRS-15, l'IGRS-20 e il BGRS), ma anche di risalire allo spettro di credenze patogene sottese ai vissuti di colpa interpersonale di cui il paziente è portatore. Secondo la CMT, e in accordo con la visione di Weiss circa il processo terapeutico, comprendere l'origine e la tipologia delle credenze patogene del paziente, aiutarlo a prenderne coscienza, intercettare le modalità con le quali sono agite o espresse all'interno della relazione terapeutica, e rispondervi con atteggiamento non conforme a quelle stesse interazioni che le hanno provocate, è necessario per giungere alla disconferma delle stesse, e ridurre l'impatto negativo che i vissuti di colpa interpersonale esercitano sul benessere psicologico del paziente (Bush, 1989; Gazzillo et al., 2020).

BIBLIOGRAFIA

- Abu-Lughod, L. (1986). *Veiled sentiments*. Berkeley: University of California Press.
- Albiero, P., Matricardi, G., Speltri, D., Toso, D. (2009). The assessment of empathy in adolescence: A contribution to the Italian validation of the “Basic Empathy Scale.” *Journal of Adolescence*, 32(2), 393–408.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Apolone, G., Mosconi, P., Quattrocioni, L., Gianicolo, E., Groth, N. (2015). *Questionario sullo stato di salute sf-12: Versione Italiana* [Computer Software manual]. Retrieved from <http://www.rstudio.com/>
- Asch, S. S. (1976). Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(2), 383–407.
- Balsamo, M., Macchia, A., Carlucci, L., Picconi, L., Tommasi, M., Gilbert, P., Saggino, A. (2015). Measurement of external shame: An inside view. *Journal of Personality Assessment*, 97(1), 81–89.
- Battacchi, M. W. (2002). *Vergogna e senso di colpa*. In *psicologia e nella letteratura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Barrett, K. C. (1995). *A functionalist approach to shame and guilt*. In Tangney J.P. & Fischer K. W. (a cura di) *Self-conscious emotions*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Benedict, R. (1946). *The chrysanthemum and the sword*. Boston: Houghton Mifflin.
- Berghold, K. M., Lock, J. (2002). Assessing guilt in adolescents with anorexia nervosa. *American Journal of Psychotherapy*, 56(3), 378-390.
- Bernard, N., S., Dollinger, S., J., Ramaniah, N., V. (2002). Applying the Big Five Personality Factors to the Impostor Phenomenon. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 321–333. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7802_07
- Bornstein, R. F. (1998). Depathologizing dependency. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(2), 67–73.
- Bornstein, R. F. (2011). An interactionist perspective on interpersonal dependency. *Current Directions in Psychological Science*, 20(2), 124–128.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. New York: Routledge.

- Brugnera, A., Zarbo, B., Farina, B., Picardi, A., Greco, A., Lo Coco, G., Tasca, G. A., Carlucci, S., Auteri, A., Greco, F., Compare, A. (2019). Psychometric properties of the Italian version of the Experience in Close Relationship Scale 12 (ECR-12): An exploratory structural equation modeling study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(3), 392.
- Bruno, S., Lutwak, N., Agin, M. A. (2009). Conceptualizations of guilt and the corresponding relationships to emotional ambivalence, self-disclosure, loneliness and alienation. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 487-491. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.023>
- Bush, M. (1989). The role of unconscious guilt in psychopathology and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(2), 97-107.
- Carnì, 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(4), 333-346.
- Castelfranchi, C., Mancini, F., Miceli, M. (2002). *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Clance, P. R. (1985). *The impostor phenomenon: Overcoming the fear that haunts your success*. Atlanta: Peachtree Pub Ltd.
- Cousineau, N., McDowell, I., Hotz, S., Hébert, P. (2003). Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: Development and preliminary validation of a scale. *Medical Care*, 41(1), 110–118.
- Crowne, D., P., Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349.
- Curtis, J.T., Ransohoff, P., Sampson, F., Brumer, S., & Bronstein, A. (1986). Expressing warded-off contents in behavior. In J. Weiss, H. Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical testing* (pp. 187–205). New York: Guilford Press.
- Darwin, C. (1871). *The descent of man*. London, UK: Gibson Square.
- De Gabriellis, G. (2021). *Riflessioni sulla tipologia dei sensi di colpa e sugli intrecci tra senso di colpa da Burdening e odio di sé*.
- Faccini, F. (2019). *Sensi di colpa interpersonali e transfert: una ricerca empirica*.
- Fessler, D. T. (1999). Toward an understanding of the universality of second order emotions. In A. Hinton (Ed.) *Beyond nature or nurture: Biocultural approaches to the emotions* (pp. 75-116). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Fiorenza, E., Santodoro, M., Dazzi, N., Gazzillo, F. (2023). Safety in control-mastery theory, *International Forum of Psychoanalysis*, 32(2), 93-104.
- Fimiani, R., Leonardi, J., Gorman, B., & Gazzillo, F. (2021a). Interpersonal guilt, impostor phenomenon, depression, and anxiety. *Psychology Hub*, 38(2), 31-40.

- Fimiani, R., Gazzillo, F., Dazzi, N., Bush, M. (2021b). Survivor guilt: Theoretical, empirical, and clinical features. *International Forum of Psychoanalysis*, 31(3), 176-190. Routledge.
- Freud, S. (1912-1913). Totem e Tabù: alcune concordanze nella vita psichica dei selvaggi e dei nevrotici. In C. L. Musatti (a cura di), *Totem e tabù e altri scritti 1917-1923* (pp. 3-164). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 1-64). London: Hogarth.
- Freud, S. (1922). L'Io e l'Es. In C. L. Musatti (a cura di), *L'Io e l'Es e altri scritti* (pp. 471-520). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1924). Il tramonto del complesso edipico. In C. L. Musatti (a cura di), *Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti 1924-1929* (pp. 168-175), Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1930). *Civilization and its discontents*. New York: Norton.
- Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla [Control-Mastery Theory/Trusting patients. Introduction to control-mastery theory]*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gazzillo, F., Gorman, B., Bush, M., Silberschatz, G., Mazza, C., Faccini, F., De Luca, E. (2017). Reliability and validity of the Interpersonal Guilt Rating Scale-15: A new clinician-reporting tool for assessing interpersonal guilt according to control-mastery theory. *Psychodynamic Psychiatry*, 45(3), 362–384. <http://dx.doi.org/10.1521/pdps.2017.45.3.362>
- Gazzillo, F., Gorman, B., De Luca, E., Faccini, F., Bush, M., Silberschatz, G., Dazzi, N. (2018). Preliminary data about the validation of a self-report for the assessment of interpersonal guilt: the interpersonal guilt rating scale-15s (IGRS-15S). *Psychodynamic psychiatry* 46(1), 23-48.
- Gazzillo, F., Dazzi, N., De Luca, E., Rodomonti, M., & Silberschatz, G. (2019a). Attachment disorganization and severe psychopathology: A possible dialogue between attachment theory and control-mastery theory. *Psychoanalytic Psychology*, 37(3), 173–184.
- Gazzillo, F., Faccini, F. (2019) Socio-demographic schedule. *Unpublished manuscript. Department of Dynamic and Clinical Psychology, "Sapienza" University of Rome.*
- Gazzillo, F., Fimiani, R., De Luca, E., Dazzi, N., Curtis, J. T., Bush, M. (2019b). New developments in understanding morality: Between evolutionary psychology, developmental psychology and control-mastery theory. *Psychoanalytic Psychology*, 37, 37– 49.
- Gazzillo, F., Leonardi, J., Bush, M. (2020). Pathological worry and rumination according to control-mastery theory. *Psychoanalytic Psychology*, 38(4), 254-265.
- Gazzillo, F., Leonardi, J. (2023). Burdening guilt: Theoretical and clinical features. *International Forum of Psychoanalysis*, 33(1), 39-50. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2023.2236343>
- Giammarco E. A., Vernon, P. A. (2015) Interpersonal Guilt and the Dark Triad. *Personality and Individual Differences*, 81, 96-101.
- Ghisi, M., Flebus, G. B., Montano, A., Sanavio, E., Sica, C. (2006). Adattamento italiano di Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck Depression Inventory—II*. Organizzazioni Speciali.

- Goss, K., Gilbert, P., Allan, S. (1994). An exploration of shame measures–I: The Other As Shamer Scale. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 713–717.
- Haidt, J. (2003). The moral emotions. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 852–870). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Haidt, J. (2012). *The righteous mind. Why good people are divided by politics and religion*. New York, NY: Vintage Books.
- Heider, K. G. (1991). *Landscapes of emotion: Mapping three cultures of emotion in Indonesia*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (2000). Empathy and moral development: Implications for caring and justice. *Cambridge University Press*. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511805851>
- Jolliffe, D., & Farrington, D., P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29(4), 589–611.
- Lamb, R. E. (1983). Guilt, shame, and morality. *Philosophy and Phenomenological Research*, 43(3), 329-346.
- Lazzaro, R., Pancheri, P. (1980). *STAI Self-report measures of state and trait anxiety*. Organizzazioni Speciali.
- Loewald, H. W. (1979). The waning of Oedipus complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27(4), 751–775. <http://dx.doi.org/10.1177/000306517902700401>
- Leonardi, J., Gazzillo, F., Gorman, B. S., Kealy, D. (2022). Understanding interpersonal guilt: Associations with attachment, altruism, and personality pathology. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(6), 573–580. <https://doi.org/10.1111/sjop.12854>
- Leonardi, J., Gazzillo, F., Gorman, B., Bush, M. (2023). Assessing Burdening Guilt and Its Correlates. *Psychodynamic Psychiatry*, 51(4), 479–499.
- Levy, R. I. (1973). *Tahitians*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lewis, M. (1993). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In M. Lewis & J. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 563-573). New York: Guilford Press.
- Lewis, M. (1995). *Shame: The exposed self*. New York: Free Press.
- Leonhardt, M., Bechtoldt, M. N., Rohrman, S. (2017). All Impostors Aren't Alike – Differentiating the Impostor Phenomenon. *Frontiers in Psychology*, 8.
- Lis, A., Stella, S., Zavattini G. C. (1999). *Manuale di Psicologia Dinamica*. Bologna: Il Mulino.
- Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo Clinico*, 5(2), 123-144.
- Manganelli Rattazzi, A. M., Canova, L., Marcorin, R. (2000). Social desirability. An analysis of the brief forms of the Marlowe and Crowe Scale. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology (TPM)*, 7(1), 5–17.
- Menon, U., Shweder, R. A. (1994). Kali's tongue: Cultural psychology, cultural consensus and the meaning of "shame" in Orissa, India. In H. Markus, S. Kitayama (Eds.), *Emotion and culture:*

- Empirical studies of mutual influence* (pp. 241-284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Modell, A. H. (1965). On having the right to a life: An aspect of the superego's development. *The International Journal of Psychoanalysis*, 46, 323–331.
- Modell, A. H. (1971). The origin of certain forms of pre-oedipal guilt and the implications for a psychoanalytic theory of affects. *International Journal of Psycho-Analysis*, 52, 337–346.
- Niederland, W., G. (1961). The problem of the survivor. *Journal of the Hillside Hospital*, 10(3-4), 233–247.
- Niederland, W. G. (1981). The survivor syndrome: Further observations and dimensions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29(2), 413–425.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29(4), 589–611.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145–174.
- Klein, M. (1937). Amore, colpa e riparazione. Tr. it. In, Klein, M., Rivière, J. (a cura di), *Amore, odio e riparazione*. Astrolabio, Roma 1969.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-111.
- Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *International Journal of Psychoanalysis*, 29, 114–123.
- Klein, M. (1952). Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant, In J. Riviere (a cura di), *Developments in Psychoanalysis*, Hogarth Press. (Tr. it. Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia, In *Scritti 1921-1958*, Torino: Bollati Boringhieri, 1978).
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude: A study of unconscious sources*. London: Tavistock.
- Kris, A. O. (1976). On wanting too much: The 'exceptions' revisited. *International Journal of Psycho-Analysis*, 57, 85-95.
- Oakley, B., Knafo, A., Madhavan, G., Wilson, D. S. (2012). *Pathological Altruism*. New York: Oxford University Press.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Bush, M., Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: the development of a new measure. *Journal of clinical psychology*, 53(1), 73-89.
- O'Connor, L.E., Berry, J.W., Weiss, J. (1999). Interpersonal guilt, shame, and psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 181–203.
- O'Connor, L.E., Berry, J.W., Weiss, J., Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 19–27.

- Parker, G., Roussos, J., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P., Wilhelm, K., Austin, M.-P. (1997). The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychological Medicine*, 27(5), 1193–1203.
- Pastore, T. (2010). *Colpa, vendetta, perdono. Educazione Affettiva e Formazione dell'uomo*. Roma: Armando Editore.
- Picardi, A., Tarsitani, L., Toni, A., Maraone, A., Roselli, V., Fabi, E., De Michele, F., Gaviano, I., Biondi, M. (2013). Validity and reliability of the Italian version of the Measure of Parental Style (MOPS). *Journal of Psychopathology*, 19, 54–59.
- Prezza, M., Trombaccia, F. R., Armento, L. (1997). *La scala dell'autostima di Rosenberg: Traduzione e validazione Italiana*. Giunti Organizzazioni Speciali.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale (SES). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rossi, A., Danielski, V., Pertile, R., Bisceglie, A. R., Bontempi, S., Lessio, L., Minelli, A. (2011). Costituenti cognitive di invidia, vergogna e senso di colpa associate alla gravità della psicopatologia. *Cognitivismo clinico*, 8(2), 95-115.
- Rushton, J. P., Chrisjohn, R. D., Fekken, G. C. (1981). The altruistic personality and the self-report altruism scale. *Personality and Individual Differences*, 2(4), 293–302.
- Russo, A., Santoro, G., Schimmenti, A. (2022). Interpersonal guilt and problematic online behaviors: the mediating role of emotion dysregulation. *Clinical Neuropsychiatry*, 19(4), 236-247.
- Silberschatz, G., Sampson, H. (1991). Affects in psychopathology and psychotherapy. In J. D. Safran & L. S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy, and change* (pp. 113–129). New York, NY: Guilford Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships. The control-mastery theory of psychotherapy*. Routledge: New York.
- Silberschatz, G. (2008). How patients work on their plans and test their therapists in psychotherapy. *Smith College Studies in Social Work*, 78(2-3), 275-286.
- Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operskalski, B., Ludman, E. J. (2013). Does response on the PHQ-9 depression questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? *Psychiatric Services*, 64(12), 1195–1202.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P. E., Fischer, K. W. (1995). *Self-conscious emotions. The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*. New York: Guilford press.
- Tilghman-Osborne, C., Cole, D., A., Felton, J., W. (2010). Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 536–546. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.007>

- Trivers, R. L. (1971). The evolution of reciprocal altruism. *The Quarterly Review of Biology*, 46, 35–57. <http://dx.doi.org/10.1086/406755>
- Trivers, R. L. (1985). *Social Evolution*. Menlo Park: Benjamin Cummings Pub. Co.
- Tomasello, M. (2009). *Why we cooperate*. Cambridge: MIT Press.
- Tomasello, M. (2016). *A natural history of human morality*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ware, J. E., Jr., Kosinski, M., Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220–233.
- Weekers, L. C., Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H. (2019). The level of personality functioning scale-brief form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personality and Mental Health*, 13(1), 3–14.
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B. Vogel, D. L. (2007). The experiences in close relationship scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 187–204.
- Weiss, J. (1986). Unconscious guilt. In J. Weiss, H. Sampson, and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research* (pp. 43–67). New York: Guilford Press.
- Weiss, J., Sampson, H., the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (1990). The centrality of adaptation. *Contemporary Psychoanalysis*, 26(4), 660–676.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York, NY: Guilford Press.
- Weiss, J. (1994). The analyst's task: To help the patient carry out his goals. *Contemporary Psychoanalysis*, 30, 236–253. <http://dx.doi.org/10.1080/00107530.1994.10746853>
- Weiss, J. (1997). The role of pathogenic beliefs in psychic reality. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 427–434. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079734>
- Weiss, J. (2005). Safety. In G. Silberschatz (ed.), *Transformative relationships: The control mastery theory of psychotherapy* (pp. 31-42). New York: Routledge.
- Wilson, E. O. (1978). *On human nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wilson, D. S., Wilson, E., O. (2008). Evolution for the good of the group. *American Scientist*, 96, 380-389. <http://www.jstor.org/stable/27859205>
- Wilson, D. S. (2015). *Does altruism exist? Culture, genes, and the welfare of others*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M. (1990). The origins of empathic concern. *Motivation and Emotion*, 14, 107–130. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00991639>