

Wstyd, poczucie winy i psychopatologia — podejście transdiagnostyczne

Shame, guilt and psychopathology - transdiagnostic approach

mgr Artur Adamczyk
Artur Adamczyk, Psychology MSc

mgr Artur Adamczyk
Artur Adamczyk, Psychology MSc

Słowa kluczowe: wstyd, poczucie winy, psychopatologia, podejście transdiagnostyczne
Key words: Shame, guilt, psychopathology, transdiagnostic approach

Streszczenie w języku polsku:

Wstyd i poczucie winy należą wspólnie do kategorii emocji samoświadomościowych, posiadają one jednak różny wpływ na dobrostan psychiczny człowieka. Praca ma na celu przeprowadzenie systematycznego przeglądu literatury przedmiotu i przedstawienie wniosków wskazujących na potencjalne transdiagnostyczne właściwości wstydu w odniesieniu do różnych zaburzeń psychicznych występujących w podręcznikach diagnostycznych.

Streszczenie w języku angielskim:

Shame and guilt belong together to the self-conscious emotions, but they have different effects on human psychological well-being. The work aims to present a systematic review of knowledge on the subject and to present conclusions suggesting the potential transdiagnostic properties of shame in relation to various psychiatric disorders present in diagnostic manuals.

Wprowadzenie i definicje

Wstyd i poczucie winy należą wspólnie do kategorii emocji samoświadomościowych i regulacyjnych. Trudności nastręcza jednak odróżnienie tych dwóch emocji od siebie, co potwierdziły badania empiryczne prowadzone przez Tangney (1993b), a także Tangney, Miller i in. (1996). W trakcie przeprowadzania tychże badań okazało się, że pojęcie wstydu i poczucia winy było zbyt abstrakcyjne dla uczestników badania (populacją badaną byli studenci posiadające słabe przygotowanie z psychologii). Dopiero kolejne badania (Niedenthal, Tangney i Gavanski, 1994), w których użyto odniesień do konkretnych sytuacji, zamiast pojęć abstrakcyjnych, dając uczestnikom badania alternatywne wybory (np. "gdybym tylko uczył się więcej" — poczucie winy lub "gdybym tylko był mądrzejszy" — wstyd) potwierdziły omawiane poniżej założenia teorii Lewis (1971). Niniejsza trudność w operacjonalizacji pojęcia wstydu i poczucia winy dotyka również badaczy emocji, którzy w swoich badaniach niejednokrotnie nie uzyskują istotnych wyników ze względu na fakt, iż wpływ dwóch omawianych emocji znosi się, o ile nie zostaną one wyraźnie zoperacjonalizowane i oddzielone — przeciwstawne wektory obu emocji mogą niwelować swoje wpływy w analizach statystycznych. Nierzadkim jest również używanie pojęcia wstydu i poczucia winy we wręcz synonimiczny sposób przez środowisko psychologiczne (np. Damon, 1988; Eisenberg, 1986; Harris, 1989; Schulman i Mekler, 1985). Obie te emocje łączone są także przy rozważaniu możliwych problemów z zakresu psychopatologii (Fossum i Mason, 1986; Potter-Efron, 1989; Rodin, Silberstein i Striegel-Moore, 1985) — badania empiryczne dowodzą jednak, że wpływ wstydu wywiera zgoła inny skutek na tworzenie i utrzymywanie się nieadaptacyjnych zachowań, w porównaniu z wpływem odczuwania poczucia winy (np. Friedman, 1999; Harder, 1995; Harder i in., 1992; Harder i Lewis, 1987; Jones i Kugler, 1993; Meehan i in., 1996; O'Connor, Berry i Weiss, 1999). Celem tej pracy jest przedstawienie empirycznie potwierdzonych teorii dotyczących wstydu i poczucia winy.

Wstyd

Wstyd należy do powszechnych i bolesnych emocji związanych z przekroczeniem własnych lub postawionych przez otoczenie standardów moralnych i etycznych. Na potrzeby tego artykułu przyjęta została zaproponowana przez Helen B. Lewis definicja wstydu, która znalazła się w jej książce „Wstyd i poczucie winy w neurozach” („Shame and guilt in Neurosis”), a która następnie została potwierdzona badaniami empirycznymi prowadzonymi m.in. przez June P. Tangney i Ronde L. Dearing. Wstyd opisywany jest jako silna emocja, ogniskująca uwagę na self i na „innych”, zakładając przy tym odrzucenie self przez „innych”. Jak podkreśla Lewis osoba odczuwająca wstyd jest jednocześnie powodem wzbudzenia emocji, jak również sama dokonuje karzącej dla siebie oceny danej sytuacji. Self staje się jednocześnie uczestnikiem, jak również obserwatorem własnej fantazji — tutaj istotnym staje się fakt, iż do wzbudzenia wstydu niekonieczne jest realne przeżycie sytuacji, w której przekraczane są moralne standardy czy nie udaje się osiągnąć wyznaczonych przez siebie celów, ale już samo wyobrażenie takiej sytuacji, a następnie krytyczna jej ocena z pozycji „innych” przez self, prowadzi do wzbudzenia intensywnego i bolesnego wstydu. Lewis w swojej pracy formułuje teorie, bazując na swojej szerokiej praktyce klinicznej w nurcie psychologii psychodynamicznej, a także na podstawie teorii stylów poznawczych Witkina (zależności — niezależności od pola, Witkin, 1968). Lewis dopatruje się w swojej pracy, popartej badaniami empirycznymi, związku pomiędzy zależnością od pola, a wyższą skłonnością do oceniania swojego zachowania przez pryzmat wstydu.

U osób przeżywających wstyd, self oceniane jest przez nich samych jako posiadające defekt i dlatego też emocja ta prowokuje potrzebę ukrycia się czy wręcz zniknięcia. We wstydzie źródło negatywnej oceny self zlokalizowane jest „na zewnątrz”, tj. pochodzi od „innych”. Konsekwencją chęci ukrycia, wycofania się, powodowaną przez wstyd, mogą być agresywne reakcje czy obwinianie innych za zaistniałą sytuację. Wstyd będąc emocją utkaną na kanwie wyobrażonej negatywnej oceny przez innych, powoduje jeszcze poważniejsze odsunięcie się od środowiska i w konsekwencji bolesne poczucie separacji. Najważniejszym w teorii Lewis jest podkreślenie ogniska

uwagi na self w trakcie przeżywania wstydu z jednoczesną negatywną jego oceną czy wręcz oceną mówiącą o jego jawnym defekcie, widzianym z pozycji „innych”. Podwójność tego doświadczenia, polegająca na tym, że to osoba przeżywająca wstyd dokonuje samodzielnie negatywnej oceny samego siebie na podstawie własnego wyobrażenia na swój temat, jest szczególnie charakterystyczna dla wstydu (Lewis, 1971). Opis wstydu dokonany przez Lewis swoje źródła i nomenklaturę czerpie z tradycji psychodynamicznej. Inspiracją dla niej były prace Freuda (1926), Ranka (1929), Jonesa (1929), Horney (1937) czy Sullivana (1947). Kontynuatorzy myśli Lewis wzbogacają naszą wiedzę dotyczącą wstydu, a także potwierdzają wysnute przez nią wnioski. Autorzy teorii atrybucji Abramson, Seligman i Teasdale (1978) wprowadzili do dyskusji pojęcia atrybucji przyczynowych, szczególnie przydatnych do uporządkowania rozumienia wstydu. Wyróżnili oni: umiejscowienie atrybucji (locus) — wewnętrzne lub zewnętrzne, powszechność atrybucji (globality) — uogólnioną lub specyficzną, a także stałość atrybucji (stability) — stałą lub zmienną. Wstyd okazuje się być emocją, która pociąga za sobą stosunkowo trwale skupienie uwagi na całościowym obrazie self. Wstyd przyjmuje więc uogólnioną, stałą i wewnętrzną atrybucję. Informacje te okazały się szczególnie istotne przy analizowaniu wpływu wstydu na rozwój psychopatologii. Badania empiryczne, prowadzone pod koniec XX wieku przez wielu badaczy pracujących niezależnie, przyniosły potwierdzenie teorii opublikowanej przez Lewis w 1971 roku, wśród nich warto wymienić analizę treści narracji wstydu i poczucia winy (Ferguson, Stegge i Damhuis, 1990a, 1990b, Tangney, 1992; Tangney i in., 1994); ilościową ocenę doświadczeń osobistego wstydu i poczucia winy przez uczestników badania (Ferguson i in. 1991; Tangney, 1993b; Tangney, Miller, i in., 1996; Wallbott i Scherer, 1995; Wicker i in., 1983), korelacje osobowościowe i emocjonalne (Gilbert, Pehl i Allan, 1994), procedurę dopasowywania prototypów (Lindsay-Hartz i in., 1995) czy analizę alternatywnego myślenia uczestników badania (Leith, 1998; Nidenthal i in., 1994).

Często pojawiającym się postulatem dotyczącym wstydu, jest powiązanie jego występowania z konkretnymi sytuacjami (Gehm i Sherer, 1988). Spotykane są — zwłaszcza wśród zwolenników perspektywy antropologicznej — poglądy mówiące o tym, że to nie różnice indywidualne determinują naszą skłonność do przeżywania wstydu, a specyficzne sytuacje (np. fakt przeżywania danej sytuacji na oczach publicznych lub w osamotnieniu) są szczególnie prowokujące dla wystąpienia wstydu. Okazuje się jednak, że prowadzone badania empiryczne nie potwierdzają tego utartego poglądu (Tangney, Marchall, Rosenber, Barlow i Wagner, 1994; Tangney, Miller, Flicker i Barlow, 1996). Nie udało się zaobserwować istotnych różnic w odczuwaniu wstydu wśród badanych, którzy byli lub nie wystawieni na widok obserwatorów w trakcie wykonywania eksperymentu (Tangney i in., 1994). Okazało się nawet, że wstyd jest emocją częściej występującą (18,2%) niż poczucie winy (10,4%), kiedy nie jest bezpośrednio obserwowany. Również sam kontekst danej sytuacji (treść wydarzenia) okazuje się nie być silnym predyktorem wystąpienia wstydu (Tangney i in., 1994).

Poczucie winy

Poczucie winy jest emocją, której wzbudzenie powoduje skupienie uwagi na systemie wartości osoby, która przekracza swoje standardy moralne czy etyczne. Najważniejszym jest podkreślenie faktu, iż uwaga w przypadku tej emocji ogniskuje się wokół specyficznego wydarzenia, będącego przekroczeniem norm zinternalizowanych przez osobę. Skłonność do przeżywania poczucia winy wiąże się również z niezależnym od pola stylem poznawczym (Lewis, 1971).

Emocja ta prowokuje potrzebę przyznania się do swojego niepowodzenia innym, przeprosin i w konsekwencji zadośćuczynienia. Poczucie winy okazuje się być emocją mniej bolesną dla przeżywającej je osoby w porównaniu ze wstydem, ponieważ ocenie podlega zachowanie i jego konsekwencje, które ocenione zostają za niewłaściwe, a nie jak to dzieje się w przypadku odczuwania wstydu, podważana jest adekwatność całego self. Osoby, odczuwające poczucie winy, skupiają się na swoim niewłaściwym zachowaniu, żałując przy tym, że nie zachowały się w danej sytuacji w inny, bardziej adaptacyjny sposób (Tangney, Dearing, 2004). Poczucie winy jest emocją, wywołującą w osobie ją przeżywającej, empatię i skupienie się na odczuciu osób, których dotknęło

źle ocenione zachowanie. Skłania to do poszukiwania możliwych sposobów naprawienia swojego błędu — jest to zatem emocja prowokująca prospołeczne, naprawcze zachowania. O ile na poziomie emocjonalnym przeżywanie poczucia winy może być bolesnym doświadczeniem (nie tak intensywnym wszakże, jak dzieje się to w przypadku odczuwania wstydu), o tyle na poziomie poznawczym analizowane są możliwe akcje naprawcze i wyciągane są wnioski, mające na celu uchronienie osoby odczuwającej poczucie winy przed popełnieniem podobnego występku w przyszłości. Tym, co łączy natomiast wstyd i poczucie winy, jest brak specyficznych sytuacji, mogących wywołać tę emocję — jest to szczególnie wyraźne w przypadku przekraczania wspomnianych już standardów moralnych i etycznych. Niemniej jednak porażki życia codziennego, takie jak niepowodzenia związane z aktywnościami zawodowymi czy szkolnymi, niepowodzenia na niwie sportowej czy przekraczanie konwencji społecznych częściej związane są z odczuwaniem poczucia winy (Tangney i in., 1994). To, co charakterystyczne dla poczucia winy — definiując tę emocję z perspektywy teorii atrybucji, to przyjmowanie przez nią niestałej, specyficznej i wewnętrznej atrybucji. Dzięki jej specyficzności i niestałości, emocja ta pozwala się kontrolować i pozwala osobie ją przeżywającej powrócić do stanu równowagi psychicznej znacznie szybciej niż dzieje się to w przypadku wstydu (Tangney, Dearing, 2004).

Podsumowanie

Pomimo trudności, jakie mogą się pojawiać w potocznym definiowaniu wstydu i poczucia winy, badania naukowe dowodzą, iż są to dwa oddzielne konstrukty. Podstawową różnicą pomiędzy tymi emocjami jest rola self zaangażowanego w przeżywanie sytuacji będącej przekroczeniem wewnętrznych norm. O ile w przypadku wstydu dochodzi do negatywnej oceny całego self („jestem złym człowiekiem”), o tyle, kiedy doświadczenie przeżywane jest z poziomu poczucia winy, negatywnej ocenie podlega konkretne zachowanie („to, co zrobiłem, było złe”). Różnice między wstydem a poczuciem winy dają się więc zaobserwować przede wszystkim w kontekście funkcji self, a nie jak to się wcześniej wydawało na poziomie treści wydarzenia, czy faktu jego publicznego przeżywania. Ta drobna na pierwszy rzut oka różnica, ma jednak w konsekwencji poważny wpływ na motywacje i zachowanie następujące po przeżyciu jednej z dwóch omawianych emocji. W perspektywie teorii Lewis wymiar wstydu i poczucie winy należy rozumieć jako kontinuum — i tak, dla przykładu, osoby charakteryzujące się niezależnym od pola stylem poznawczym będą na tym kontinuum bliżej tendencji do przeżywania poczucia winy w sytuacji przekroczenia wewnętrznych standardów, a osoby z zależnym od pola stylem poznawczym bardziej predystynowane będą do reagowania wstydem w podobnych sytuacjach. Wstyd, poczucie winy i psychopatologia — podejście transdiagnostyczne

Wstyd, poczucie winy i psychopatologia — podejście transdiagnostyczne

Korelacje pomiędzy przeżywaniem wstydu i poczucia winy nie ograniczają się do występowania w pojedynczych jednostkach osi I czy II DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), a szeroki wpływ, zwłaszcza wstydu, na moderowanie czy przebieg rozwoju psychopatologii pozwala uznać tę emocję za potencjalny czynnik transdiagnostyczny. Podejście transdiagnostyczne staje się coraz bardziej popularną ideą wśród badaczy zajmujących się psychopatologią i analizą skuteczności prowadzonych terapii. Pomimo iż początki podejścia transdiagnostycznego sięgają końcówki lat '70 ubiegłego stulecia (Achenbach i Edelbrock, 1978, 1984; Woolf i in., 1988), to wciąż nie doczekało się ono szerokiej popularności wśród autorów podręczników diagnostycznych. Podejście transdiagnostyczne zakłada, iż wspólne, latentne czynniki są odpowiedzialne za powstawanie i utrzymywanie się psychopatologii. Transdiagnostyczność zakłada poszukiwanie funkcjonalnego rdzenia psychopatologii (core pathology), nie odrzucając przy tym istniejących kryteriów diagnostycznych, a jedynie proponując dodatkową oś ich analizowania. Podejście transdiagnostyczne zakłada odwoływanie się do heurystyk, które w najprostszy i najbardziej efektywny sposób pozwalają identyfikować procesy odpowiedzialne za powstawanie i nasilenie objawów jak najszerszego wachlarza psychopatologii, co w konsekwencji pozwala na tworzenie

podejść terapeutycznych, ukierunkowanych właśnie na te, osiowe procesy, będące źródłem psychopatologii. Jednym z takich dobrze opisanych w literaturze czynników, jest „powtarzające się negatywne myślenie” (Ehring, Watkins, 2008; Harvey, Watkins, Mansell, Shafran, 2008). Wyniki badań empirycznych dowodzą, iż występuje ono w niemalże wszystkich zaburzeniach psychicznych i stanowi istotny predyktor nasilenia objawów m.in. w depresji, fobii społecznej, zespole lęku uogólnionego i zespole stresu pourazowego (Gilbert, Irons, 2004; Malicki, Ostaszewski, 2014). Argumentem przemawiającym za podejściem transdiagnostycznym jest również fakt, iż szereg psychopatologii współwystępuje ze sobą. Często w takich przypadkach prosta próba diagnozowania zaburzenie-po-zaburzeniu (disorder-by-disorder) okazuje się nie oddawać pełnego obrazu stanu osoby poddawanej procesowi diagnostycznemu (Eaton, South i Krueger, 2010; Trull i Durret, 2005; Watson, 2005), a prawie połowa diagnozowanych osób w przeciągu 12 miesięcy spełnia kryteria diagnostyczne co najmniej jednego, kolejnego zaburzenia psychicznego (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas i Walters, 2005).

Celem tego rozdziału jest przedstawienie wybranych badań wskazujących na istotne znaczenie wstępuwania wstydu czy, w mniejszym stopniu lub zupełnie odwrotnie, poczucia winy w rozwoju i utrzymywaniu się psychopatologii. W ich świetle wstyd staje się potencjalnym pretendencem do miana czynnika transdiagnostycznego, wspólnego dla wielu zaburzeń psychicznych.

Jednym z najbardziej przekrojowych badań dotyczących wstydu i poczucia winy są badania J. P. Tangney, P. Wagner i R. Gramzow. Autorzy przebadali populację 479 studentów, używając kwestionariusza TOSCA (Tangney, Wagner i Gramzow, 1989) i SCAAI (Tangney, Burggraf, Hamme i Domingos, 1988), mierzącego emocjonalne, poznawcze i behawioralne reakcje związane ze wstydem, poczuciem winy, eksternalizacją winy, odcinaniem się (detachment) i poczuciem dumy. Do mierzenia symptomów psychopatologii użyty został kwestionariusz The Symptom Checklist 90 (SCL-90, Derogatis, Lipmani Covi, 1973), Inwentarz Depresji Becka (BDI, Beck, 1972) oraz Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI (Spilberger, Gorsuch i Lushene, 1970). Wszystkie z 12 analizowanych aspektów związanych z występowaniem psychopatologii (zaburzenia somatoformiczne, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia paranoiczne, wrogość-złość, wrażliwość interpersonalna, zaburzenia lękowe, fobie, depresja (mierzona przy użyciu kwestionariusza SCL-90 oraz BDI) oraz lęk jako cecha i stan, były wyraźnie i istotnie statystycznie skorelowane ze wstydem mierzonym przy użyciu kwestionariusza TOSCA-3 oraz SCAAI. Poczucie winy było natomiast jedynie umiarkowanie skorelowane z występowaniem psychopatologii, a korelacja cząstkowa ujawniła, iż zależność ta wynikała całkowicie i jedynie ze wspólnej wariancji wstydu i poczucia winy (Tangney, Wagner i Gramzow, 1992). Podobne badania prowadzone w roku 2009 przez Stimmel, Link, Daugherty i Raffeld potwierdziły wcześniejsze wyniki, dowiodły nawet, iż poczucie winy odwrotnie koreluje z występowaniem zaburzeń psychicznych.

Zaburzenia osi I DSM IV-TR

Zaburzenia nastroju

Jednym z najczęściej wymienianych obszarów psychopatologii przy omawianiu emocji wstydu są zaburzenia nastroju, w tym przede wszystkim depresja. Badania potwierdzają wcześniej omawiane korelacje pomiędzy wstydem a przeżywaniem depresji i to w przypadku pomiaru wstydu różnymi narzędziami, nie tylko kwestionariuszem TOSCA (Harder, Cutler i Rockart, 1992). Badania wykazały również, iż wczesne, traumatyzujące doświadczenia wstydu, będące centralnymi wspomnieniami stanowią istotny predyktor wystąpienia depresji. W badaniach Matos, Pinto-Gouveia oraz Durate (2012) aż 24% wariancji występowania symptomów depresji wyjaśniane były przez traumatyzujące doświadczenia wstydu i były one jedynym istotnym statystycznie ogólnym predyktorem wystąpienia depresji. Inne badania porównywały występowanie wstydu wśród osób cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe i na depresję jednobiegunową (Highfield, Dominic, Skinner i Neal, 2009). Wyniki wykazały, iż wyższe wyniki na skali wstydu i niższe wyniki na skali poczucia winy notowane były wśród pacjentów z zaburzeniami dwubiegunowymi, a wysokie wyniki na skali wstydu, w porównaniu z wynikami badanych z zaburzeniami

dwubiegunowymi i grupą kontrolną, notowane były wśród badanych cierpiących na depresję jednobiegunową.

Meta-analiza 108 badań, w których łącznie udział brało 22411 uczestników wykazała istotnie silniejszą korelację pomiędzy wstydem i depresją ($r=0,43$) niż ma to miejsce w przypadku korelacji poczucia winy i depresji ($r=0,28$). Niemniej jednak związek wstydu i poczucia winy był statystycznie niemożliwy do oddzielenia od wpływu nieadaptacyjnego poczucia winy i symptomów depresyjnych — zwłaszcza biorąc pod uwagę używanie przed badaczy różnych narzędzi psychometrycznego pomiaru wstydu i poczucia winy (Kim, Jorgensen, Thibodeau, 2011).

Zaburzenia lękowe

Fobia społeczna będąca zaburzeniem ze spektrum zaburzeń lękowych okazała się również istotnie skorelowana z notowaniem wyższych wyników na skali wstydu wśród osób badanych w porównaniu z grupą kontrolną. Co ważne, w tych samych badaniach, wykazano, iż różnice w wynikach na skali poczucia winy nie wykazywały istotnych różnic pomiędzy uczestnikami badania cierpiącymi na fobię społeczną i grupą kontrolną (Hedman, Ström, Stünkel, Mörtberg, 2012). Inne badania prowadzone na grupie studentów, również wykazały istotną korelację wstydu z fobią społeczną na poziomie $r=0,49$, $p<0,001$ (Harder, Cutler i Rockart, 1992).

Podobnie jak w przypadku badań nad fobią społeczną, wstyd korelował z nasileniem symptomów zespołu stresu pourazowego (PTSD), podczas gdy nie zanotowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy PTSD i poczuciem winy. W omawianych badaniach nad PTSD wstyd i poczucie winy mierzono przy użyciu kwestionariusza TOSCA, należy więc ich wyniki interpretować w odniesieniu do uogólnionych tendencji do przeżywania wstydu i poczucia winy (wstyd i poczucie winy jako cecha). Wstyd korelował z PTSD na poziomie $r=0,48$ (Leskela, Dieperinki i Thuras, 2002).

Zaburzenia jedzenia

Zaburzenia jedzenia, zaraz po zaburzeniach nastroju, są zaburzeniami psychicznymi najczęściej omawianymi w literaturze w kontekście korelacji ze wstydem i poczuciem winy. Szereg badań wskazuje na wspólne dla różnych typów zaburzeń jedzenia występowanie korelacji z wynikami uzyskiwanymi przez badanych na skalach wstydu i poczucia winy. W jednym z badań z tego zakresu wykazano, iż inaczej korelacje te przebiegają w przypadku bulimii psychicznej i anoreksji psychicznej. W przypadku anoreksji psychicznej istotna statystycznie okazała się korelacja wstydu rozumianego jako „odczuwanie mimowolnego podporządkowanie”, związanego ze wstydem-zewnętrznym. Bulimia psychiczna natomiast, korelowała istotnie jedynie z „poczuciem” wstydu, rozumianego jako wstyd-wewnętrzny (Troop, Allan, Serpell i Treasure, 2008). Badania prowadzone kwestionariuszem TOSCA, również potwierdziły występowanie korelacji pomiędzy wstydem, a bulimią psychiczną ($r=0,50$, $p<0,001$), w dodatku w analizie regresji istotna statystycznie część wariancji związanej z symptomami bulimii psychicznej przypisana została wstydu, przy kontrolowaniu wpływu czynników takich jak wiek, waga, poczucie winy i depresyjny nastrój (Hayaki, Friedman, Brownell, 2002). Na uwagę zasługują również badania, które wykazały nie tylko współwystępowanie wstydu w zaburzeniach jedzenia, ale również, iż terapia behawioralno-poznawcza, której celem jest obniżenie poziomu odczuwanego wstydu, prowadzi do zmniejszenia nasilenia objawów związanych z zaburzeniami jedzenia (Kelly, Carter i Borairi, 2014). Co istotne w perspektywie tworzenia skutecznych protokołów terapii zaburzeń jedzenia, wstyd okazuje się być lepszym predyktorem nasilenia symptomów zaburzeń jedzenia niż nawet, powszechnie uważany za istotny czynnik transdiagnostyczny, negatywny afekt (Gupta, Rosenthal, Mancini, Chavens i Lynch, 2008).

Inne zaburzenia osi I DSM-IV-TR

Wstyd okazuje się być również istotnym predyktorem podejmowania zachowań związanych z samookaleczaniem się wśród populacji osób cierpiących na pograniczne zaburzenia osobowości (borderline personality disorder — BPD). Osoby notujące w trakcie badań najwyższe wyniki na

skali wstydu miały prawie dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia kolejnego samookaleczenia w porównaniu z uczestnikami badania, u których notowano najniższe wyniki na skali wstydu. Po stu dniach od pierwszego pomiaru 76% uczestników z najwyższymi wynikami wstydu poinformowało o samookaleczeniu, podczas gdy w grupie osób z najniższymi wynikami wstydu, odsetek ten wyniósł 50% (Brown, Linehan, Comtois, Murray i Chapman, 2009).

Inne badania dowiodły, iż traumatyzujące doświadczenia wstydu będące centralnymi wspomnieniami badanych są istotnymi predyktorami zaburzeń dyssociacyjnych (Matos, Pinto—Gouveia i Durate, 2012).

Zaburzenia osi II DSM IV-TR

Klaster A

Grupa zaburzeń osobowości klastra A w najmniejszym stopniu wiązana jest ze współwystępowaniem wstydu. Niemniej jednak wykazano, iż traumatyzujące doświadczenia wstydu będące centralnymi wspomnieniami badanych są istotnym predyktorem występowania myśli paranoicznych związanych z zaburzeniem paranoidalnym osobowości (PPD; Matos, Pinto—Gouveia i Durate, 2012).

Klaster B

Zaburzeniem osobowości, które omawiane jest najczęściej w kontekście korelacji ze wstydem jest pograniczne zaburzenia osobowości (BPD). Badania wskazują na występowanie pozytywnej korelacji uogólnionej tendencji do przeżywania wstydu z BPD (Peters, i in. 2014; Scheel i in. 2013; Hawes i in. 2013). Badania wykazały również, iż wstyd jest, jak wspomniano wcześniej, istotnym predyktorem występowania samookaleczeń wśród populacji osób z BPD (Brown, Linehan, Comtois, Murray i Chapman, 2009).

Korelacje zaburzenia osobowości ze wstydem stwierdzono również wśród osób cierpiących na narcystyczne zaburzenie osobowości (NPD). W porównaniu z grupą kontrolą oraz z osobami cierpiącymi na BPD, osoby z NPD osiągały najwyższe wyniki na skali wstydu mierzonego kwestionariuszem TOSCA-3 (Ritter, i in. 2014).

Klaster C

Przekrojowy artykuł pod redakcją M. Schoenleberga i H. Berenbauma (2010) prezentuje występowaniu istotnej korelacji wstydu we wszystkich zaburzeniach klastra C DSM-IV-TR i to przy kontrolowaniu wpływu pozytywnego i negatywnego afektu. Wyniki tychże badań wykazały również, iż wstyd jest istotnym predyktorem wystąpienia zaburzeń osobowości unikowej (APD) oraz zaburzeń osobowości zależnej (DPD), nie jest natomiast predyktorem zaburzeń osobowości obsesyjno-kompulsywnej (OCPD).

Badania Wetterneck, Singha i Harta (2014) wskazują na występowanie istotnych korelacji z jedynie niektórymi wymiarami zaburzeń osobowości obsesyjno—kompulsywnej (OCPD). W badaniach tych zanotowano występowanie istotnej pozytywnej korelacji wstydu mierzonego kwestionariuszem TOSCA-3 z dwoma wymiarami OCPD, tj. z potrzebą skrzywdzenia drugiej osoby (harm) oraz potrzebą kompulsywnego dążenia do symetrii (symmetry). Nie wykazano natomiast korelacji z innymi wymiarami OCPD mierzonego kwestionariuszem DOCS (Dimensional Obsessive—Compulsive Scale, Abramowitz i in., 2010).

Dyskusja wokół konstruktów

Od czasu wydania książki Helen Lewis "Wstyd i poczucie winy w neurozach" minęły ponad trzy dekady, przez ten czas poza głosami poparcia dla jej teorii i licznych kontynuatorów jej myśli, jak choćby Tangney, Dearing, Wagner i Gramzow, pojawiły się również głosy krytyki jej teorii. Przede wszystkim zarzuca się jej zbyt redukcjonizm i zbyt powierzchowne traktowanie różnic pomiędzy wstydem, a innymi konstruktami emocji. Rozdział ten oparty jest przede wszystkim na przekrojowej pracy pod redakcją Paula Gilberta i Berenice Andrews (Shame, Gilbert, Andrews, 1998) którzy podczas kilku lat pracy w stworzonej w Wielkiej Brytanii międzyuczelnianej grupie

zajmującej się tematyka wstydu analizowali konstrukt z różnych perspektyw — emocjonalnej: czy wstyd należy traktować jako jedną z głównych emocji, czy może jest to jedynie emocja dodatkowa, występująca przy okazji innych emocji? Z perspektywy przekonań o sobie, zachowania i reakcji jakie wywołuje wstyd, z perspektywy mechanizmów ewolucyjnych i źródeł wstydu, a także z perspektywy wpływu jaki ma wstyd na dynamikę relacji interpersonalnych. Najważniejsze konkluzje ich pracy przytoczone są poniżej.

Wstyd i negatywny afekt

Lęk

Lęk wydaje się być główną emocją występującą wraz ze wstydem. Wstyd często określany jest jako nagłe pobudzenie lub lęk przed byciem wystawionym na negatywną ocenę przez innych (Fisher i Tangney, 1995; Gilbert i Trower, 1990). Wstyd definiowany w ten sposób przypomina jednak to co inni badacze emocji nazywają nieśmiałością — Cheek i Melchior definiują nieśmiałość jako „ogólne poczucie napięcia połączone ze specyficznymi reakcjami fizjologicznymi, którym towarzyszy bolesne doświadczenie samoświadomości, zmartwienia będącego skutkiem negatywnej oceny przez innych” (Cheek i Melchior, 1990). Podobieństw można doszukać się również w definicji fobii społecznej proponowanej przez Leary i Kowalski (1995): „Osiołą charakterystyką fobii społecznej jest fakt, iż w przeciwieństwie do innego typu lęków, fobia ta występuje w przypadku potencjalnej lub realnej interpersonalnej oceny w rzeczywistym lub wyobrażeniowym kontekście społecznym [...]. W gruncie rzeczy fobia społeczna mogłaby zostać najprościej zdefiniowana jako „lęk przed oceną”.

Najważniejszym jest podkreślenie, iż w świetle istniejących teorii, próba różnicowania wstydu z uwagi na występowanie negatywnej oceny self przez samego siebie, nie różnicuje tej emocji od istniejących definicji fobii społecznej.

Gniew

Lewis podkreślała, że „złość z upokorzenia” (humiliated fury) jest częścią doświadczenia wstydu. Badacze zajmujący się wstydem zwracają również uwagę na fakt, iż gniew może być tak szybko aktywowany przez wstyd, iż osoba przeżywająca gniew nie będzie w stanie zauważyć jego źródła we wstydzie, mówi się wtedy o wystąpieniu pominiętego wstydu (by-passed shame) (Lewis, 1971; Retzinger, 1991, 1995; Scheff, 1987). Tangney i Grazmow (1992) podają, iż odczuwanie wstydu pociąga za sobą zwiększoną skłonność do przeżywania gniewu, w przeciwieństwie do poczucia winy. Kaufman (1989) przekonuje, że wstyd jest powodem zerwania więzi w relacjach interpersonalnych i to właśnie wystąpienie gniewu jest jedną z jego głównych przyczyn. Lewis zwraca również uwagę na fakt, iż gniew pojawiający się w trakcie przeżywania wstydu ma być wyrazem protestu przed zerwaniem więzi. Kontrowersyjną wydaje się jednak być próba różnicowania wstydu od innych emocji przez wystąpienie gniewu w przebiegu przeżywania wstydu.

Gilbert poddaje pod wątpliwość ten sposób rozumowania podając jako przykład sytuację, w której płaczące niemowlę wyraża swój gniew z powodu separacji od opiekuna — trudno w takim przypadku mówić o występowaniu wstydu czy furii z upokorzenia, pomimo faktu, iż reakcja gniewu związana jest z realną separacją od znaczącej osoby.

Współwystępowanie emocji

Studiowanie czystych emocji wśród dorosłych jest zadaniem niezwykle skomplikowanym, a najczęściej wręcz niemożliwym. Dlatego właśnie dopiero dalsze badania nad wstydem i jego relacjami z innymi negatywnymi emocjami mogą przynieść jasne konkluzje co do kierunku bardziej precyzyjnej definicji wstydu. Zdaniem Gilberta, dzisiejszy stan wiedzy nie pozwala na postawienie wyraźnej granicy między wstydem, a innymi emocjami ze spektrum negatywnego afektu.

Współwystępowanie emocji staje się również ważnym zagadnieniem przy analizowaniu pominiętego wstydu — Gilbert zwraca uwagę, iż w gruncie rzeczy pojęcie to niewiele tłumaczy, bo analogicznie moglibyśmy mówić o pominiętej złości, smutku czy poczuciu winy. Nie znany jest

poziom emocji, który powodowałby takie pominięcie i pomimo, iż wielu badaczy (np. Lewis, 1992) podkreśla, iż wstyd może pozostawać nieuświadomiony to nie przekłada się to na praktyczne wskazówki dla terapeutów, co w rezultacie czyni to pojęcie mało praktycznym.

Wstyd i podejście poznawcze

Samoocena

Gilbert wprowadza do dyskusji o wstydzie podział na jego dwa rodzaje — wstyd zewnętrzny i wstyd wewnętrzny (Allan, Gilbert i Goss, 1994; Goss, Gilbert i Allan, 1994; Mollon, 1984, Retzinger, 1991; Scheff, 1988). Definiuje on wstyd zewnętrzny jako emocję uruchamianą w wyniku negatywnej oceny przez innych. Wstyd wewnętrzny odnosi się natomiast do emocji wywoływanych przez negatywną samoocenę dokonaną przez osobę, która sama odczuwa wstyd.

Gilbert wskazuje jednak na istotne podobieństwo wstydu zewnętrznego z wcześniej opisywanym w literaturze psychologicznej pojęciem Lęku przed Negatywną Oceną (Fear od Negative Evaluation — FNE; Friend i Gilbert, 1973; Watson i Friend, 1969). W toku prowadzonych przez niego badań, wykazano, iż Lęk przed Negatywną Oceną wysoko koreluje ze wstydem, natomiast nie notuje się jego korelacji z poczuciem winy (Gilbert i in., 1994). Lęk przed Negatywną Oceną uważany jest również za rdzeń fobii społecznej. Pomimo tych podobieństw i istnienia szerokiej literatury na temat Lęku przed Negatywną Oceną (Leary i Kowalski, 1990; Leary, 1995; Trower i in., 1990) koncept ten nie wywarł znaczącego wpływu na prace poświęcone wstydomi.

Ekspozycja społeczna

Brak jednoznacznego stanowiska czy ekspozycja społeczna jest istotna dla pojawienia się wstydu. Z jednej strony Fisher i Tangney (1995) podkreślają, iż wstyd należy jednoznacznie do emocji związanych z samoświadomością, z drugiej zaś strony Lewis (1992) podkreśla, iż sam fakt samoświadomości swojej wady prowadzi co najwyżej do lekkiego niepokoju, przynajmniej tak długo jak długo nie ma zagrożenia, że wada ta zostanie publicznie ujawniona. Badania empiryczne starające się eksplorować to zagadnienie nie wykazały istotnych korelacji pomiędzy występowaniem wstydu, a przeżywaniem samoświadomości w warunkach prywatnych i wykazano jedynie niskie, niemniej to istotne, korelacje pomiędzy przeżywaniem samoświadomości w sytuacji ekspozycji publicznej (Harder, 1995). Wyniki te mogą wydawać się zaskakujące biorąc pod uwagę, iż znaczenie samoświadomości tak wyraźnie podkreślane jest przez twórców teorii związanych ze wstydem (np. M. Lewis, 1995; Tangney i Fisher, 1995). Możliwe jest przy tym, że to użyte narzędzia wpłynęły na ostateczne wyniki omawianych badań, gdyż już w badaniach Gilberta (1994) udało się wykazać wysoką korelację pomiędzy wstydem a samoświadomością.

Niespełnienie oczekiwań

Osiowym pojęciem pojawiającym się w definicjach wstydu proponowanym przez wielu badaczy tego zagadnienia (m. in. Hence, Tangney, Mascolo i Fisher, Miller, Reimer) jest niespełnienie oczekiwań — własnych lub otoczenia. Negatywna ocena swojego zachowania, właśnie przez pryzmat niespełnionych oczekiwań pociągać ma za sobą wywołanie wstydu. Jednakże w trakcie prowadzonych badań jakościowych (Lindsay-Hartz, de Rivera i Mascolo, 1995) osoby badane nie zgadzały się z taką definicją podkreślając, iż powodem wstydu nie jest samo niespełnienie oczekiwań własnych czy innych, ale zachowanie, postawy czy cechy będące ich zaprzeczeniem. Badani ze stanowczością podkreślali, iż wstyd wywołują przekonania takie jak np. „jestem złym człowiekiem”, a nie przekonania mówiące o niespełnieniu oczekiwań, takie jak np.: „nie udało mi się być dobrym człowiekiem”. To „bycie brzydkim” wywołuje wstyd, nie natomiast fakt, że nie udaje nam się być ładnym. Okazuje się więc, że do wywołania wstydu konieczne jest, aby osoba posiadała jakąś wyraźnie nieatrakcyjną cechę — nie jedynie nie spełniała stawianych oczekiwań (Gilbert, 1992, 1997a,b).

Samoobwinianie

Wielu badaczy podkreśla, iż obwinianie całego self związane jest z odczuwaniem wstydu, natomiast poczucie winy powiązane jest z obwinianiem siebie za konkretne zachowanie czy sytuację (Tangney, 1996). Tangney, Wagner i Grazmow (1992) znaleźli istotne korelacje pomiędzy wstydem i wewnętrznym, stałym stylem atrybucji wśród studentów, jako potwierdzenie tego poglądu. Należy jednakże podkreślić, że ten styl atrybucji nie jest specyficzny dla wstydu i powszechnie wiązany jest z występowaniem zaburzeń neurotycznych i depresyjnych (Andrew, 1998).

Wstyd wewnętrzny i wstyd zewnętrzny

Wstyd wewnętrzny definiowany jest jako emocja wynikająca z negatywnej samooceny osoby go odczuwającej, natomiast wstyd zewnętrzny wynika z negatywnej oceny pochodzącej ze środowiska. Oba typy wstydu silnie ze sobą korelują, jednak nie wykluczonym jest przeżywanie tylko jednego typu tej emocji. Istnieją dowody, iż możliwym jest odczuwanie jedynie zewnętrznego wstydu w związku z posiadaniem społecznie stygmatyzujących cech (np. otyłości) — wykazały to badania Crockera i Majora (1989). Przykładem ilustrującym wstyd zewnętrzny przytaczanym przez Gilberta jest sytuacja osoby korzystającej z usług prostytutki. Osoba taka może nie odczuwać wstydu do momentu, kiedy jej zachowanie nie zostanie publicznie ujawnione, ale nawet wtedy odczuwać może jedynie wstyd zewnętrzny, który jest wynikiem społecznego napiętnowania. Wstyd wewnętrzny natomiast może nie pojawić się w ogóle w związku z osobistymi poglądami tej osoby mówiącymi o tym, że prostytutka powinna być zalegalizowana i że nie niesie ona z sobą nic złego czy złego. Gilbert stawia zatem pytanie czy możliwym jest, aby wstyd wywołany został u osoby, która nie przeżywa negatywnej samooceny? Pojawia się zatem rozróżnienie na „bycie zawstydzonym” i „odczuwaniem wstydu”. Gilbert stawia pytanie — co zatem powoduje, że akt zawstydzienia sprawia, iż osoba odczuwa wstyd? Dyskusja na ten temat posiada długą tradycję, a jej konkluzja zamyka się w poglądach Mollona (1993) mówiących, że to „wzrok innych” jest kluczowy dla odczuwania wstydu.

Pojawia się zatem istotne pytanie jak narzędzia mierzące wstyd mierzą omawiane przez niego aspekty. Dla przykładu skala Other as Shamers — OAS (Inni Jako Zawstydzający, Goss i in., 1994) jest narzędziem mierzącym specyficznym poczucie jak osoba badana myśli, że jest odbierana przez innych — bez kontekstu sytuacyjnego. Natomiast, Internalized Shame Scale - ISS (Skala Zinternalizowanego Wstydu - ISS, Cook, 1988) w całości odnosi się tylko do samooceny, a kwestionariusz TOSCA odnosi się do samooceny na tle proponowanych przez narzędzie sytuacji (Tangney, 1996).

Poza kwestionariuszem OAS, zdecydowana większość narzędzi mierzących wstyd odnosi się jedynie do wewnętrznej samooceny badanego, pomijając aspekty związane z tym jak inne osoby postrzegają osobę badaną i jak oceniają jego zachowanie. Gilbert podkreśla, iż jest to poważnym problemem, ponieważ wpływ negatywnej oceny przez innych może prowadzić do występowania zaburzeń lękowych i wycofywania się z życia społecznego (Gilbert, 1998).

Podsumowując Gilbert skłania się w stronę poglądu, iż wstyd może być w przypadku niektórych osób całkowicie wewnętrznym (jak na przykład w przypadku osób przeżywających depresję, odczuwających wstyd pomimo faktu, iż otrzymują one z otoczenia pozytywne oceny), a w przypadku innych może być całkowicie zewnętrznym (jak w omawianym przykładzie klienta prostytutki). Zatem samoobwinianie, samoświadomość, niespełnianie oczekiwań czy negatywne społeczne porównanie, pomimo, że są częstymi korelatami wstydu, nie są jego centralnymi wyznacznikami. To na co natomiast zwraca uwagę Gilbert definiując wstyd, to wewnętrzne przeżywanie self jako nieatrakcyjnego społecznie, które pod presją uniknięcia możliwego cierpienia wycofuje się z interakcji przez ucieczkę lub zaspokojenie potrzeb zewnętrznego otoczenia. Wstyd jest niemożliwą do skontrolowania emocją wywołaną przez świadomość, iż osoba go przeżywająca utraciła swój status i jest zdewaluowana — Gilbert podkreśla jednak, iż są to jedynie jego spekulacje wymagające dalszych eksploracji.

Podsumowanie

Występowanie istotnych, choć nie zawsze silnych, korelacji pomiędzy wstydem i psychopatologią wydaje się bezsprzeczne w świetle przytoczonych badań. Na zainteresowanie zasługuje również kwestia korelacji poczucia winy z ochronnym dla psychiki wpływem - ten aspekt jednak nie jest już tak jednoznaczny i konieczne są dalsze badania przy użyciu modeli badających wstyd i poczucie winy różnymi narzędziami psychometrycznymi. Zaprezentowane wyniki badań są niejako podkreśleniem ważności wstydu i poczucia winy w aktualnym dyskursie na temat możliwych przyczyn powstawania i utrzymywania się psychopatologii.

Bibliografia

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22, 180–198.

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. i Teasdale, I. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-59.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology*, 35, 227–256.

Allan, S., Gilbert, P. i Goss, K. (1994). An exploration of shame measures: 20 Psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 17, 719-722.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 4, poprawione). Washington, DC: Author.

Beck, A. T. (1971). Measuring depression: The depression inventory. W: T. A. Williams, M. M. Katz i J. A. Shields (red.), *Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses* (299-302). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), 570-589.

Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: a multi-modal analysis. *Behaviour Research And Therapy*, 47(10), 815-822. doi:10.1016/j.brat.2009.06.008.

Cheek, J. M. i Melchior, L. A. (1990). Shyness, self-esteem and self-consciousness. W: H. Leitenberg (red.), *Handbook of social and evolution anxiety* (47-82). New York: Plenum.

Cook, D. R. (1988). *The measurement of shame: The Internalised Shame Scale*. Artykuł zaprezentowany na dorocznym spotkaniu Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA), Atlanta, GA.

Crocker, J. i Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective qualities of stigma. *Psychological Review*, 96, 608-630.

Damon, W. (1998). *The moral child: Nurturing children's natural moral growth*. New York: Free Press.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S. i Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale - Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.

Diener, E., Emmons, E. A., Larson, E. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.

Eaton NR, South SC, Krueger RF. The meaning of comorbidity among common mental disorders. In: Millon T, Krueger R, Simonsen E, editors. *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. 2. New York: Guilford Publications; 2010. pp. 223–241.

- Ehring T, Watkins E. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy* 2008;1:192–205.
- Eisenberg, N. (1986). *Altruistic cognition, emotion, and behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ferguson, T. J., Stegge, H. i Damhuis I. (1991). Children's understanding of guilt and shame. *Child Development*, 62, 827—839.
- Ferguson, T. J., Stegge, H. i Damhuis, I. (1990a). Guilt and shame experiences in elementary school—age children. W: R. J. Takens (red.), *European perspective is psychology* (Tom 1, 195—218). New York: Willey.
- Ferguson, T. J., Stegge, H. i Damhuis, I. (1990b). *Spontaneous and elicited guilt and shame experiences in elementary school—age children*. Poster przedstawiony na dorocznym spotkaniu Southwestern Society of Research in Human Development, Dallas, TX.
- Fischer, K. W. i Tangney, J. P. (1995). Self-Conscious emotions and the affect revolution: Framework and overview. W: J. P. Tangney i K. W. Fischer (red.), *Self-Conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (3-22). New York: Guilford Press.
- Fossum, M. A. & Mason, M. J. (1986). *Facing shame: Families in recovery*. New York: Norton.
- Freud, S. (1959). Inhibitions, symptoms and anxiety. *Standard edition*, 20, 87—172. (Publikacja oryginału w roku 1926).
- Friedman, F. A. (1999). Correlations of shame and guilt to personality styles (MCMI-III). *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*, 30, 3001.
- Friend, R. i Gilbert, J. (1973). Threat and fear of negative evaluation as determinants of locus of social comparison. *Journal of Personality*, 41, 328-340.
- Gehm, T. L. i Scherer, K. R. (1998). Relating situation evaluation to emotional differentiation: Nonmetric analysis of cross—cultural questionnaire data. W: K. R. Scherer (red.), *Faces of emotion: Recent research* (61—77). Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Gilbert P, Irons C. A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of selfcritical people. *Memory* 2004;12:507–516.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (1997a). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British of Medical Psychology*, 70, 113-147.
- Gilbert, P. (1997b). *Overcoming depression: a self-help guide using cognitive behavioural techniques*. London: Robinson. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. i Trower, P. (1990). The evolution and manifestation of social anxiety. W: W. R. Crozier (red.), *Shyness and embarrassment: Perspective from social psychology* (144-177). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gilbert, P., Andrews, B. (red.) (1998). *Shame*. Oxford: Oxford University Press.
- Gilbert, P., Pehl, J. i Allan, S. (1994). The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 23-36.
- Goss, K., Gilbert, P. i Allan, S. (1994). An exploration of shame measures: 1. The „Other as Shamer Scale.” *Personality and Individual Differences*, 17, 713-717.
- Gupta, S., Zachary Rosenthal, M., Mancini, A. D., Cheavens, J. S., & Lynch, T. R. (2008). Emotion Regulation Skills Mediate the Effects of Shame on Eating Disorder Symptoms in Women. *Eating Disorders*, 16(5), 405-417. doi:10.1080/10640260802370572.
- Harder, D. W. (1995). Shame and guilt assessment and relationship of shame and guilt proneness to psychopathology. W: J. P. Tangney & K. W. Fischer (red.), *Self—conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*, 368—392. New York: Guilford Press.

- Harder, D. W. i Lewis, S. J. (1987). The assessment of shame and guilt. W: J. N. Butcher & C. D. Spielberger (red.), *Advances in personality assessment* (Vol. 6, 89—114). Hillsdale, NJ; Erlbaum.
- Harder, D. W., Cutler, L., & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal Of Personality Assessment*, 59(3), 584-604. doi:10.1207/s15327752jpa5903_12.
- Harris, P. L., (1989). *Children and emotion: The development of psychological understanding*. New York: Blackwell.
- Hawes, D. J., Helyer, R., Herlianto, E. C., & Willing, J. (2013). Borderline Personality Features and Implicit Shame-Prone Self-Concept in Middle Childhood and Early Adolescence. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3), 302-308. doi:10.1080/15374416.2012.723264.
- Hayaki, J., Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, 3(1), 73-83. doi:10.1016/S1471-0153(01)00046-0.
- Hedman, E., Ström, P., Stünkel, A., & Mortberg, E. (2013). Shame and guilt in social anxiety disorder: Effects of cognitive behavior therapy and association with social anxiety and depressive symptoms. *Plos ONE*, 8(4), doi:10.1371/journal.pone.0061713.
- Highfield, J., Markham, D., Skinner, M., & Neal, A. (2010). An investigation into the experience of self-conscious emotions in individuals with bipolar disorder, unipolar depression and non-psychiatric controls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(5), 395-405.
- Horney, K. (1937). *The Neurotic Personality of Our Time*. New York: W. W. Norton & Co.
- Jones, E. (1929). Fear, guilt and hate. *Int J. Psychoala*. 10, 383—397.
- Jones, W. H. i Kugler, K. (1993). Interpersonal correlates of the Guilt Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 61, 246—258.
- Kelly, A. C., Carter, J. C., & Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes?. *International Journal Of Eating Disorders*, 47(1), 54-64. doi:10.1002/eat.22196.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96. doi:10.1037/a0021466.
- Leary, M. R. (1995). *Self-Presentation: Impression management and interpersonal behavior*. Madison, WI: Brown & Benchmark.
- Leary, M. R. i Kowalski, R. M. (1990) Impression management: A literature review and two-component model. *Psychological Bulletin*, 107, 34-47.
- Leith, K. P. (1998). Interpersonal conflict resolution: Guilt, shame, and counterfactual thinking. *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*, 58, 5699.
- Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal Of Traumatic Stress*, 15(3), 223-226. doi:10.1023/A:1015255311837.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lindsay-Hartz, J., de Rivera, J. i Mascolo, M. (1995). Differentiating shame and guilt and their effects on motivation. W: J. P. Tangney & K. W. Fischer (red.), *Self—conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*, 465—487. New York: Guilford Press.
- Lindsay-Hartz, J., De rivera, J. i Mascolom. F. (1995). Differentiating guilt and shame and their effects on motivation. W: J. P. Tangney i K. W. Fischer (red.), *Self-Conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (274-300). New York: Guilford Press.

- Malicki, S. i Ostaszewski P. (2014). Experiential avoidance as a fictional dimension of a transdiagnostic approach to psychopathology. *Advances in Psychiatry and Neurology* 2014: 23, 61-71.
- Mansell W, Harvey A, Watkins ER, Shafran R. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy* 2008;1:181–191.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2012). Above and beyond emotional valence: The unique contribution of central and traumatic shame memories to psychopathology vulnerability. *Memory*, 20(5), 461-477. doi:10.1080/09658211.2012.680962.
- Meehan, M. A., O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Morrison Al. i Acampora, A. (1996). Guilt, shame, and depression in clients in recovery from addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 125—134.
- Mollon, P. (1984). Shame in relation to narcissistic disturbance. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 207-214.
- Mollon, P. (1993). *The fragile self: The structure of narcissistic disturbance*. London: Whurr.
- Nidenthal, P., Tangney, J. P. i Gavanski, I. (1994). "If only I weren't" versus "If only I hadn't": Distinguishing shame and guilt in counterfactual thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 585—595.
- O'Connor, L. E., Berry i J. W., Weiss, J. (1999). Interpersonal guilt, shame and psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 181—203.
- Peters, J. R., Geiger, P. J., Smart, L. M., & Baer, R. A. (2014). Shame and borderline personality features: The potential mediating role of anger and anger rumination. *Personality Disorders: Theory, Research, And Treatment*, 5(1), 1-9. doi:10.1037/per0000022.
- Potter-Efron, R. T. (1989). *Shame, guilt and alcoholism: Treatment issues in clinical practice*. New York: Haworth Press.
- Rank, O. (1929). *The Trauma of Birth*. New York: Harcourt, Brace.
- Retzinger, S. (1991). *Violent emotions: Shame and rage in marital quarrels*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ritter, K., Vater, A., Rüsche, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., & ... Roepke, S. (2014). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 215(2), 429-437. doi:10.1016/j.psychres.2013.11.019.
- Rodin, K., Silberstein, L. i Striegel-Moore, R. (1985). Women and weight: A normative discontent. W: T. B. Sondregger (red.), *Psychology and gender: Nebraska symposium on motivation, 1985*, 267—307. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Scheff, T. J. (1987). The shame-rage spiral: A case study of an interminable quarrel. W: H. B. Lewis (red.), *The role of shame in symptom formation* (109-149). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2010). Shame aversion and shame-proneness in Cluster C personality disorders. *Journal Of Abnormal Psychology*, 119(1), 197-205. doi:10.1037/a0017982.
- Schulman, M. i Mekler, E. (1985) *Bringing up a moral child*. New York: Addison Wesley.
- Spilberger, C. D., Gorsuch, R. L. i Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Stimmel, D. T., Link, J., Daugherty, D., & Raffeld, P. M. (2009). Anger and Shame as Predictors of Psychopathology. *Psychology Journal*, 6(2), 78-86.
- Sullivan, H. S. (1947), *Conceptions of Modern Psychiatry*. Washington, D. C.: William Alanson White Psychiatric Foundation.
- Tangney, J. P. (1992). Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 199—206.

- Tangney, J. P. (1993). Shame and guilt. W: C. G. Costello (red.), *Symptoms of depression*, 161—180. New York: Wiley.
- Tangney, J. P. i Dearing, R. L. (2004). *Shame and Guilt*. New York: The Guilford Press.
- Tangney, J. P., Burggraf, S. A., Hamme, H. i Domingos, B. (1988). *Assesing individual differences in proneness to shame and guilt: The Self-Conscious Affect and Attribution Inventory*. Poster zaprezentowany podczas dorocznego spotkania Eastern Psychology Association, Buffalo, NY.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L., Wagner, P. E. i Grazmow, R. (2000). *The Test of Self—Conscious Affects—3 (TOSCA-3)*. George Mason University, Fairfax, VA.
- Tangney, J. P., Marchall, D. E., Rosenberg, K., Barlow, D. H. i Wagner, P. E. (1994). *Children's and adults' autobiographical accounts of shame, guilt and pride experiences: An analysis of situational determinants and interpersonal concerns*. Nieopublikowany manuskrypt.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L. i Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256—1269.
- Troop, N. A., Allan, S., Serpell, L., & Treasure, J. L. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(6), 480-488. doi:10.1002/erv.858.
- Trower, P., Gilbert, P. i Shering, G. (1990). Social anxiety, evolution and self-presentation. W: H. Leitenberg (red.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (11-45). New York: Plenum.
- Trull, T. J., & Durrett, C. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.
- Wallbott, H. G. i Scherer, K. R. (1995). Cultural determinants in experiencing shame and guilt. W: J. P. Tangney & K. W. Fischer (red.), *Self—conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*, 465—487. New York: Guilford Press.
- Watson D. Rethinking mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*. 2005;114:522–536.
- Watson, D. i Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33 448-457.
- Wetterneck, C. T., Singh, S., & Hart, J. (2014). Shame proneness in symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 78(2), 177-190. doi:10.1521/bumc.2014.78.2.177
- Wicker, F. W., Payne, G. C. i Morgan, R. D. (1983). Participant descriptions of guilt and shame. *Motivation and Emotion*, 7, 25—39.
- Witkin, H. A., Lewis, H. B. i Weil, E. (1968). Affective reactions and patient—therapist interactions among more differentiated and less differentiated patients early in therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 146, 193—208.