



edria  
URBAN & PARTNER

Redakcja

RONDA L. DEARING  
JUNE PRICE TANGNEY

# WSTYD

## PODCZAS SESJI TERAPEUTYCZNEJ

Redakcja wydania polskiego  
KATARZYNA KUCHARSKA

# Wstyd podczas sesji terapeutycznej

Redakcja

Ronda L. Dearing  
i June Price Tangney

Redakcja wydania polskiego  
Katarzyna Kucharska

This Work was originally published in English under the title of: **Shame in the Therapy Hour** as a publication of the American Psychological Association in the United States of America. Copyright © 2011 by the American Psychological Association (APA). The Work has been translated and republished in the **Polish** language by permission of the APA. This translation cannot be republished or reproduced by any third party in any form without express written permission of the APA. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in any database or retrieval system without prior permission of the APA.

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Opinie i informacje zawarte w niniejszej publikacji reprezentują stanowisko autorów.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2019

Redakcja naukowa wydania polskiego: dr hab. n. med., prof. nadzw. IPiN Katarzyna Kucharska

Tłumaczenie z języka angielskiego:  
mgr Piotr Grzegorzewski – rozdz. 1, 9-13, 15, 16  
prof. dr hab. med. Sławomir Sidorowicz – rozdz. 2-8, 14

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti  
Dyrektor Wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska  
Redaktor prowadzący: Renata Wręczycka  
Opracowanie skorowidza: lek. med. Edyta Dziecioł

ISBN 978-83-66310-07-0

Edra Urban & Partner  
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław  
tel. +48 71 726 38 35  
biuro@edraurban.pl

[www.edraurban.pl](http://www.edraurban.pl)

Łamanie i przygotowanie do druku: Barbara Włodarczyk

Druk: **opolgraf**   
Drukarnia

# SPIS TREŚCI

Autorzy	VII
Wstęp: Wstyd i jego kontekst <i>Ronda L. Dearing i June Price Tangney</i>	1
<b>I Wstyd z wielu perspektyw terapeutycznych</b>	<b>17</b>
Rozdział 1. Psychodynamika wstydu <i>Andrew P. Morrison</i>	19
Rozdział 2. Świat wewnętrzny zawstydzającego i zawstydzonego: perspektywa relacji z obiektem i podejście terapeutyczne <i>Michael Stadter</i>	39
Rozdział 3. Terapia skoncentrowana na emocjach a wstyd <i>Leslie S. Greenberg i Shigeru Iwakabe</i>	63
Rozdział 4. Leczenie wstydu: podejście funkcjonalno-analityczne <i>Kelly Koerner, Mavis Tsai i Elizabeth Simpson</i>	85
Rozdział 5. Wstyd a paradoks terapii grupowej <i>Elizabeth L. Shapiro i Theodore A. Powers</i>	109
Rozdział 6. Wstyd w rodzinach: przekaz międzypokoleniowy <i>Edward Teyber, Faith H. McClure i Robert Weathers</i>	129
Rozdział 7. Wstyd w terapii par: pomoc w uzdrawianiu intymnej więzi <i>Norman B. Epstein i Mariana K. Falconier</i>	159
Rozdział 8. Terapia uchodźców i innych imigrantów doświadczających wstydu: perspektywa wielokulturowa <i>Emi Furukawa i Dennis J. Hunt</i>	183
<b>II Problemy stanowiące wyzwanie w terapii: zaburzenia kliniczne oparte na wstydzie</b>	<b>203</b>
Rozdział 9. Terapia ze skłonnyimi do odczuwania wstydu klientami uzależnionymi od alkoholu i narkotyków <i>Ronald T. Potter-Efron</i>	205
Rozdział 10. Rola wstydu w rozwoju i leczeniu zaburzenia osobowości <i>borderline</i> <i>Shireen L. Rizvi, Milton Z. Brown, Martin Bohus i Marsha M. Linehan</i>	223

Rozdział 11.	Zaburzenie stresu pourazowego jako zaburzenie oparte na wstydzie <i>Judith Lewis Herman</i>	245
Rozdział 12.	Obraz ciała a zaburzenia odżywiania. Znaczące źródło wstydu u kobiet <i>Jennifer L. Sanftner i Mary Tantillo</i>	259
<b>III</b>	<b>Wstyd terapeuty</b>	<b>285</b>
Rozdział 13.	Wstyd terapeuty. Implikacje dla terapii i superwizji <i>Nicholas Ladany, Rebecca Klinger i Lauren Kulp</i>	287
<b>IV</b>	<b>Strategie skoncentrowane na wstydzie</b>	<b>303</b>
Rozdział 14.	Wstyd w psychoterapii a rola terapii skoncentrowanej na współczuciu <i>Paul Gilbert</i>	305
Rozdział 15.	„Więzi”. 12-sesyjny psychoedukacyjny program nauczania odporności na wstyd <i>Brené Brown, Virginia Rondero Hernandez i Yolanda Villarreal</i>	333
<b>V</b>	<b>Przyszłe kierunki badań i pracy terapeutycznej nad wstydem</b>	<b>349</b>
Rozdział 16.	Praca ze wstydem podczas sesji terapeutycznej. Podsumowanie i integracja <i>June Price Tangney i Ronda L. Dearing</i>	351
	Skorowidz	379
	O redaktorkach	392

# AUTORZY

**Martin Bohus, MD**, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University of Heidelberg; Psychosomatic Medicine and Psychotherapy Clinic, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany

**Brené Brown, PhD, LMSW**, Graduate College of Social Work, University of Houston, Houston, TX

**Milton Z. Brown, PhD**, California School of Professional Psychology at Alliant International University, San Diego

**Ronda L. Dearing, PhD**, Research Institute on Addictions, University at Buffalo, The State University of New York, Buffalo

**Norman B. Epstein, PhD**, Couple and Family Therapy Program, Department of Family Science, School of Public Health, University of Maryland, College Park

**Mariana K. Falconier, PhD**, Marriage and Family Therapy Program, Department of Human Development, Northern Virginia Center, Virginia Technological Institute and State University, Falls Church

**Emi Furukawa, PhD**, Human Developmental Neurobiology Unit, Okinawa Institute of Science and Technology, Okinawa, Japan

**Paul Gilbert, PhD, FBPsS**, Mental Health Research Unit, Kingsway Hospital; Department of Clinical Psychology, University of Derby, Derby, England

**Leslie S. Greenberg, PhD**, Department of Psychology, York University, Toronto, ON, Canada

**Judith Lewis Herman, MD**, Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA

**Virginia Rondero Hernandez, PhD, LCSW, ACSW**, Department of Social Work Education, California State University, Fresno

**Dennis J. Hunt, PhD**, Clinical Psychologist and Consultant, Alexandria, VA

**Shigeru Iwakabe, PhD**, Graduate School of Humanities and Sciences, Ochanomizu University, Tokyo, Japan

**Rebecca Klinger, MS**, Counseling Psychology Program, College of Education, Lehigh University, Bethlehem, PA

**Kelly Koerner, PhD**, Evidence-Based Practice Institute; Private Practice, Seattle, WA

**Lauren Kulp, BA**, Counseling Psychology Program, College of Education, Lehigh University, Bethlehem, PA

**Nicholas Ladany, PhD**, Department of Educational Support Services, Loyola Marymount University, Los Angeles, CA

**Marsha M. Linehan, PhD, ABPP**, Department of Psychology, University of Washington; Behavioral Research and Therapy Clinics, Seattle

- Faith H. McClure, PhD**, Psychology Department, California State University, San Bernardino
- Andrew P. Morrison, MD**, Department of Clinical Psychiatry, Harvard Medical School, Cambridge, MA; Boston Psychoanalytic Institute, Boston, MA; Massachusetts Institute for Psychoanalysis, Brookline
- Ronald T. Potter-Efron, MSW, PhD**, First Things First Counseling and Consulting, Eau Claire, WI
- Theodore A. Powers, PhD**, Department of Psychology, University of Massachusetts at Dartmouth, North Dartmouth
- Shireen L. Rizvi, PhD**, Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University, Piscataway, NJ
- Jennifer L. Sanftner, PhD**, Department of Psychology, Slippery Rock University, Slippery Rock, PA
- Elizabeth L. Shapiro, PhD**, Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA
- Elizabeth Simpson, MD**, Massachusetts Mental Health Center, Jamaica Plain, MA; Harvard Medical School, Boston, MA
- Michael Stadter, PhD**, Private Practice, Bethesda, MD; Washington School of Psychiatry, Washington, DC; International Psychotherapy Institute, Chevy Chase, MD
- June Price Tangney, PhD**, Department of Psychology, George Mason University, Fairfax, VA
- Mary Tantillo, PhD, PMHCNS-BC, FAED**, Department of Clinical Nursing, University of Rochester School of Nursing, Rochester, NY
- Edward Teyber, PhD**, Psychology Department, California State University, San Bernardino
- Mavis Tsai, PhD**, Independent Practice; University of Washington, Seattle
- Yolanda Villarreal, MSW**, Graduate College of Social Work, University of Houston, Houston, TX
- Robert Weathers, PhD**, Psychology Department, California State University, San Bernardino

# WSTĘP: WSTYD I JEGO KONTEKST

RONDA L. DEARING I JUNE PRICE TANGNEY

Wstyd jest powszechnie odczuwaną emocją, która przyczynia się do wielu problemów skłaniających klientów do przyjścia na terapię, np. słabego dostosowania psychicznego, trudności interpersonalnych i ogólnie słabego funkcjonowania w życiu (zob. Tangney i Dearing, 2002). Wstyd jest nie tylko czynnikiem leżącym u podstaw wielu powodów, z jakich klienci szukają pomocy u psychoterapeuty. Mogą oni także odczuwać wstyd, ponieważ potrzebują pomocy w swoich problemach emocjonalnych. Kiedy już rozpoczną terapię, mogą dalej doświadczać tej emocji podczas omawiania intymnych szczegółów swojego życia. Wstyd może się więc często pojawiać podczas terapii, chociaż oznaki jego odczuwania przez klienta mogą być subtelne.

Jeśli terapeutę nie uda się rozpoznać wstydu u klienta, bardzo prawdopodobne, że jego związane ze wstydem problemy nadal będą się utrzymywać. Ponadto klienci, którzy w trakcie terapii doświadcniają nieuświadomionego wstydu, mogą się czuć niezrozumiani, co świadczy o porażce terapeuty w okazywaniu empatii. W związku z tym, że może to prowadzić do przedwczesnego zakończenia terapii, należy rozpoznawać, uświadamiać i omawiać doświadczenie wstydu przez klienta – zarówno po to, by stworzyć sojusz terapeutyczny, jak i w celu rozwiązania problemu wstydu.

Celem tej książki jest dostarczenie klinicystom wskazówek, jak radzić sobie ze wstydem u klientów. Omówiono w niej wszystkie aspekty wstydu, m.in. to, jak się rozwija, w jaki sposób jest powiązany z trudnościami psychicznymi, jak go rozpoznać i jak pomóc klientom rozwiązać problemy z nim związane. Eksperci, którzy podczas sesji terapeutycznych zmagali się ze wstydem i przekształcaniem go w konstruktywny sposób, dzielą się swoją mądrością i wnioskami, do jakich doszli przez lata doświadczenia klinicznego. Au-



torzy omawiają przede wszystkim konkretne strategie, które wykorzystują, żeby pomóc swoim klientom w poradzeniu sobie z trudnościami, jakich doświadczają oni z powodu wstydu. Autorzy opisują wszystkie techniki, szczegółowo omawiając podane przykłady i cytując fragmenty rozmów z pacjentami. Jesteśmy bardzo usatysfakcjonowane efektem pracy utalentowanych autorów, którzy w niniejszym podręczniku dostarczają cennej wiedzy na temat klinicznej charakterystyki wstydu, zarządzania nim i tego, jak sprawić podczas sesji terapeutycznej, by ustąpił.

Czytelnikami tej pozycji mogą być: psychologowie kliniczni, psychologowie zajmujący się poradnictwem, psychiatrzy, pracownicy społeczni, terapeuci par i rodzin, doradcy ds. uzależnień oraz inne osoby świadczące usługi w zakresie zdrowia psychicznego. Książka powinna zainteresować zarówno klinicystów w trakcie szkolenia, jak i doświadczonych specjalistów. Większość z nich prawdopodobnie nie odbyła żadnego szkolenia na temat zagadnień związanych ze wstydem, jednak bardzo prawdopodobne, że na co dzień spotyka się z tym doświadczeniem u klientów. Mamy nadzieję, że czytelnicy będą mogli pod wieloma względami wykorzystać przedstawiony tu materiał. Początkujący terapeuci skorzystają – być może w największym stopniu – z rady bycia wyczulonym na wstyd klienta jako ważnego aspektu terapii. Z kolei doświadczeni terapeuci być może uznają tę książkę za bardzo potrzebny zestaw narzędzi umożliwiających sprostanie odwiecznemu wyzwaniu, jakim jest pomoc klientom w przepracowaniu wstydu, tak aby zapobiec przyszłym negatywnym konsekwencjom.

W pozostałej części wstępu zaprezentowano przegląd zagadnień dotyczących wstydu, w tym wiele związanych z nim potencjalnie negatywnych konsekwencji. Rozpoczęto od omówienia empirycznie popartej definicji wstydu i opisania naukowych dowodów na zależność między wstydem a objawami psychicznymi i ogólnym funkcjonowaniem jednostki. Następnie dokonano rozróżnienia między wstydem a winą zgodnie z konceptualizacją Helen Block Lewis (1971). Na końcu opracowania omówiona została struktura książki.

## CZYM JEST WSTYD I DLACZEGO STANOWI PROBLEM?

Wstyd jest powszechną i bolesną emocją, która często pojawia się w codziennym życiu i może przyczyniać się do trudności psychicznych skłaniających ludzi do szukania odpowiedniego leczenia. Uczucie wstydu pojawia się w sytuacjach, w których jednostka zauważa, że obraziła kogoś lub przekroczyła normę uważaną za ważną. Doświadczenie wstydu jest zazwyczaj intensywne i przytłaczające, ponieważ wzbudza poczucie bycia złym, bezwartościowym lub zasługującym na pogardę. Wstyd jest często powiązany z poczuciem bezsilności, jak również doznaniem kurczenia swojej postury, poczucia małości, bycia wystawionym na widok publiczny i chęci zniknięcia. Osoby doświadczające wstydu oceniają swój błąd lub przekroczenie określonych norm jako wskazujące na „wadliwe Ja”. Na przykład klient może odczuwać wstyd po otrzymaniu upomnienia od szefa, wnioskując, iż jest okropnym pracownikiem czy nawet że jego życie to porażka.

W związku z tym, że wstyd zazwyczaj pojawia się w połączeniu z poznawczą oceną Ja, zalicza się go do kategorii emocji samoświadomościowych (np. Fischer i Tangney, 1995; Tracy, Robins i Tangney, 2007). Ten rodzaj przetwarzania poznawczego wymaga określo-

nego poziomu dojrzałości rozwojowej, która wyjaśnia, dlaczego skłonność do doświadczania wstydu rozwija się wraz z upływem czasu raczej we wczesnym dzieciństwie, niż jest obecna od urodzenia (M. Lewis, 1992). Chociaż każdy od czasu do czasu doświadcza wstydu, niektórzy ludzie przejawiają większą skłonność do przeżywania tej emocji niż inni. W ten sposób dokonujemy rozróżnienia pomiędzy wstydem jako stanem a skłonnością do wstydu, która jest dyspozycyjną tendencją do odczuwania wstydu w różnych sytuacjach.

Uczucie wstydu jako stanu jest powiązane z wieloma charakterystycznymi dla tej emocji wskaźnikami behawioralnymi, takimi jak: zapadnięta postawa ciała, obniżona pozycja głowy, zakrycie twarzy i zaczerwienienie się. Uważa się, że te zewnętrzne przejawy wstydu są powiązane z uległą postawą, która kiedyś pełniła uzasadnioną ewolucyjnie funkcję zachowywania podstawowego bezpieczeństwa i pozycji społecznej (zob. rozdz. 14 niniejszej książki; Gilbert i McGuire, 1998). W książce pokazano, w jaki sposób terapeuci mogą skorzystać ze swojej uważności na przejawy wstydu, ponieważ takie zachowania mogą służyć jako jedyna wskazówka, że klient doświadcza tej bolesnej, choć ważnej z perspektywy klinicznej, emocji.

Poza określeniem wstydu jako emocji samoświadomościowej, jest on także klasyfikowany jako emocja moralna na podstawie założenia, że ogranicza dokonywanie społecznie niepożądanych czynów lub zapobiega im. Chociaż wstyd niewątpliwie wpływa na ludzkie działanie, to jednak niekoniecznie musi skutkować bardziej moralnym zachowaniem. Kiedy dochodzi do odczuwania wstydu, natychmiastową reakcją jest ukrycie się lub ucieczka od bodźca, który wywołał tę bolesną emocję. Kolejne działania mogą obejmować desperackie próby wyeliminowania dyskomfortu powiązanego ze wstydem poprzez zaprzeczanie winie, wybuchanie złością lub obwinianie innych. Na przykład student odczuwający wstyd po niezdaniu egzaminu może pomyśleć o egzaminatorze: „Nienawidzę go – jest strasznie niesprawiedliwy!”. Bolesne uczucie wstydu i powiązane z tym tendencje do działania wydają się skutkować krótką usterką w działaniu kompasu moralnego, co często komplikuje relacje interpersonalne.

Wstyd może przeszkadzać w nawiązywaniu i utrzymywaniu zdrowych relacji interpersonalnych z wielu powodów. Wśród nich są m.in. problemy z empatią i złością. Empatia wydaje się w różny sposób powiązana zarówno ze wstydem jako stanem, jak i dyspozycją. Wyniki badań zgodnie pokazują, że skupienie na sobie – immanentna cecha wstydu – nie ułatwia, a czasem może przeszkadzać w braniu pod uwagę uczuć tych osób, które mogły zostać skrzywdzone (przeglądy: zob. Tangney i Dearing, 2002; Tangney, Stuewig i Mashak, 2007a). Zamiast tego podczas doświadczania wstydu energia poznawcza i emocjonalna jest kierowana do wewnątrz. Dyspozycyjna skłonność do odczuwania wstydu jest negatywnie lub nieistotnie powiązana z przyjmowaniem perspektywy i empatyczną troską, z których obie odgrywają zasadniczą rolę w kształtowaniu poczucia więzi z innymi. Co więcej, skonfrontowane z dystresem przeżywanym przez drugą osobę, osoby skłonne do odczuwania wstydu często reagują dystresem skupionym na sobie, co zazwyczaj hamuje zdolność do empatycznego reagowania na emocje innych.

Co równie ważne, wyniki badań pokazują, że skłonność do odczuwania wstydu jest powiązana z problemami z wrogością, złością, agresją i tendencją do eksternalizacji winy

(Ahmed i Braithwaite, 2004; Andrews, Brewin, Rose i Kirk, 2000; Bennett, Sullivan i Lewis, 2005; Harper i Arias, 2004; Harper, Austin, Cercone i Arias, 2005; Paulhus, Robins, Trzesniewski i Tracy, 2004; Tangney i Dearing, 2002). Określone rodzaje nieodpowiedniego sposobu zarządzania złością powiązaną ze wstydem obejmują: bezpośrednią agresję fizyczną, agresję werbalną i symboliczną, agresję przemieszczoną, agresję skierowaną na siebie oraz ruminacyjną, niewyrażoną złość. Wyniki ostatnich badań wykazały, że eksternalizacja winy jest prawdopodobnym mediatorem związku wstydu z agresją werbalną i fizyczną (Stuewig, Tangney, Heigel, Harty i McCloskey, 2010). Innymi słowy, wstyd prowadzi do obwiniania innych, a to z kolei – do agresywnego zachowania. Wiele problemów związanych ze złością może skutkować pogorszeniem relacji społecznych – z przyjaciółmi, współpracownikami i najbliższymi.

Duże znaczenie dla osób korzystających z terapii ma także związek między dyspozycyjną skłonnością do odczuwania wstydu a objawami psychicznymi w różnych grupach wiekowych i populacjach. Wyniki badań z użyciem różnorodnych metod wykazały związek między skłonnością do odczuwania wstydu a wieloma objawami – od niskiej samooceny (Yelsma, Brown i Elison, 2002) po myśli samobójcze (Hastings, Northman i Tangney, 2000). Te powiązania obejmują spektrum objawów powszechnie występujących u osób korzystających z psychoterapii, takich jak: depresja, lęk, zaburzenia odżywiania, zespół stresu pourazowego (PTSD) oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych (Andrews i in., 2000; Ashby, Rice i Martin, 2006; Crossley i Rockett, 2005; Dearing, Stuewig i Tangney, 2005; Feiring i Taska, 2005; Ferguson, Stegge, Eyre, Vollmer i Ashbaker, 2000; Harper i Arias, 2004; Leskela, Dieperink i Thuras, 2002; Meehan i in., 1996; Murray, Waller i Legg, 2000; Sanftner, Barlow, Marschall i Tangney, 1995; Stuewig i McCloskey, 2005; przeglądy: zob. Tangney i Dearing, 2002; i Tangney i in., 2007a). Wyniki badań empirycznych potwierdzają więc obserwacje klinicystów opisane w literaturze klinicznej, wskazując, że częste doświadczanie wstydu przyczynia się do skłonności jednostki do doświadczania dystresu.

Choć wstyd jest powiązany z wieloma potencjalnie problematycznymi tendencjami do zachowania, ograniczeniami w relacjach interpersonalnych i skutkami psychospołecznymi, to rzadko był i jest głównym elementem interwencji psychologicznych. Można jedynie spekulować, dlaczego tak się dzieje, lecz może to wynikać z trzech powodów. Po pierwsze, często unika się słowa „wstyd” w codziennym języku. Po drugie, wstyd jest nieodłącznie powiązany z pragnieniem schowania się, dlatego też ludzie często ukrywają to uczucie podczas terapii lub unikają go, zamiast wnosić ten temat i skupiać się na nim. Po trzecie – o czym jest mowa w całej książce – wygląda na to, że terapeuci nieumyślnie unikają omawiania ze swoimi klientami kwestii związanych ze wstydem. Dlatego też, pomimo jego powszechności w kontekście terapii, rzadko był i jest w centrum zainteresowania badań nad interwencjami terapeutycznymi czy też literatury dotyczącej praktyki klinicznej.

Mimo że wstyd może skłonić jednostkę do podjęcia terapii, zazwyczaj ciężko się do niego przyznać, rozmawiać o nim i go leczyć (H.B. Lewis, 1971, Lindsay-Hartz, 1984; Tangney i Dearing, 2002). Dotkliwy ból emocjonalny powiązany ze wstydem sprawia, że klienci mogą unikać mówienia o tym, co wywołuje u nich wstyd. Doświadczanie tej

# I

## WSTYD Z WIELU PERSPEKTYW TERAPEUTYCZNYCH

# 1

## PSYCHODYNAMIKA WSTYDU

ANDREW P. MORRISON

Wstyd jest bolesnym ciężarem, który przenika całe ciało i otacza całe poczucie Ja. Jest być może najboleśniejszą z ludzkich emocji – zmniejsza posturę naszego ciała i obniża samoocenę, tak że chcemy zniknąć, zapaść się pod ziemię. „Wstyd osadza się jak gęsta mgła, przesłaniając wszystko inne i pozostawiając po sobie bezkształtne, niematerialne ślady” (Morrison, 1994, s. 19). Popadamy w skrajności, by przezwyciężyć nasze wady, które prowadzą do odczuwania przez nas wstydu. Jeśli nie możemy się ukryć, próbujemy zmienić same cechy, które spowodowały to cierpienie. Jak zwykle nie udaje nam się to i zostajemy skazani na cierpienie z powodu wstydu. W związku z tym, że nigdy nie możemy całkowicie ukryć się przed światem obserwatorów, stosujemy mechanizmy obronne, które mają na celu ukrycie naszego wstydu lub wzmagających go cech osobistych. Złościśmy się, stajemy się pogardliwi lub zazdrośni o innych, przygnębieni lub napuszeni. Te mechanizmy obronne skierowane przeciwko wstydowi są zgłębiane w dalszej części tego rozdziału, ale dość powiedzieć, że nasze wysiłki mają na celu zminimalizowanie cierpienia spowodowanego przez wstyd.

Co prowadzi do wstydu? Kluczową kwestią jest zauważenie, że emocja ta dotyczy Ja, całego Ja (Lewis, 1971). Wstyd i doświadczenie Ja odzwierciedlają subiektywne poczucie defektu, porażki, wady, słabości, nieprzyzwoitości, nieistotności i wielu powiązanych cech dotyczących niedoskonałości. Wśród tych innych cech jedna wyróżnia się szczególnie: poczucie bierności i wiele cech, które jej towarzyszą. Bierność jest często dopełnieniem poczucia zależności i różnych potrzeb (wsparcia, rzeczy materialnych, miłości) – uczuć, które – jak uważa odczuwająca je osoba – nie powinny być obecne. Płeć również ma tutaj znaczenie, ponieważ w kulturze amerykańskiej to przede wszystkim mężczyźni uważają, że nie mogą być od nikogo zależni ani potrzebować czegoś, a kobiety częściej są w stanie dać sobie przyzwolenie na takie pragnienia.

W przypadku każdego z tych szkodliwych przekonań dotyczących doświadczania samego siebie jeden wspólny czynnik wywołuje poczucie wstydu: niedorównywanie swoim aspiracjom lub oczekiwaniom dotyczącym doskonałości i osiągnięć. Ujmując to bardziej symbolicznie, wstyd odzwierciedla stopień, w jakim nie osiągamy naszych ideałów. Sandler, Holder i Meers (1963) pisali o *idealnym Ja* – stanie Ja osiągającym swój ideał – w przeciwieństwie do *rzeczywistego Ja* – poczucia Ja zgodnego z tym, jacy naprawdę jesteśmy. Różnica między Ja idealnym a Ja rzeczywistym determinuje obecność i intensywność wstydu w danym czasie. Ideał może dotyczyć umiejętności fizycznej, cechy moralnej czy też osiągnięcia intelektualnego, lecz bez względu na swoją istotę odnosi się on do jakiejś ważnej cechy Ja. Bez osiągnięcia ideału czujemy się niekompletni, gorsi lub mamy poczucie, że odnieśliśmy porażkę – te doświadczenia stanowią sedno wstydu.

W tym rozdziale wykorzystuję psychodynamiczną konceptualizację wstydu, aby pokazać jego interakcję z narcyzmem, rozróżnienie między wstydem a winą, rozwój wstydu w relacji Ja z obiektem oraz rolę ego i superego w rozwoju wstydu. Przedstawiam także przykład obrazujący, że wstyd pacjenta często występuje ukryty pod postacią różnych mechanizmów obronnych, takich jak: pogarda, zazdrość czy wielkościowość. Ponadto podejmuję próbę wyjaśnienia tych pojęć, stosując reprezentatywne kliniczne przykłady, aby pokazać, jak terapeuci mogą wykorzystywać akceptację i subtelną interpretację do pomagania swoim klientom w przejmowaniu kontroli nad bolesnym uściskiem wstydu. Na końcu omawiam doświadczanie wstydu przez terapeutę.

## ROLA NARCYZMU WE WSTYDZIE

W związku z tym, że wstyd dotyczy doświadczenia Ja, w sposób nieunikniony dochodzimy do psychodynamicznego zjawiska narcyzmu – złożonego, lecz kluczowego konstrukt, którego natura rodzi pytania daleko wykraczające poza tematykę tego rozdziału. Psychodynamicznego ujęcia narcyzmu nie powinno się mylić z węższym znaczeniowo i bardziej patologicznym zaburzeniem osobowości, opisanym w *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) oraz DSM-5, American Psychiatric Association, 2013. Sugeruję, że istotą narcyzmu jest pragnienie bycia wyjątkowym – kimś specjalnym dla kogoś ważnego dla jednostki. Kiedy to pragnienie jest zasadniczo zaspokajane w dzieciństwie, dorastamy, czując się zadowoleni, zadbani i pełnowartościowi. To reakcja opiekuna, którą Kohut (1977) nazwał „błyskiem w oku matki” (s. 116). Taka reakcja postaci matki – nazywanej przez Kohuta odzwierciedlającym obiektem self (*mirroring self-object*) – daje poczucie Ja, które jest spójne, stałe i doceniane. Ewentualnie, kiedy nie dochodzi do takiej reakcji, Ja jest odczuwane jako chaotyczne lub zdeorganizowane, z przytłaczającym poczuciem deficytów lub fragmentacji. To właśnie ten drugi rodzaj poczucia własnego Ja sprawia, że jednostka staje się skłonna do rozwoju nadwrażliwości narcystycznej i wstydu. W tym sensie wstyd jest negatywnym poczuciem narcyzmu, podobnie jak lęk i wina były widziane w tradycyjnej psychoanalizie jako cechy charakterystyczne konfliktu neurotycznego.

Przedstawiając tę kwestię szerzej, ujmuję narcyzm jako odzwierciedlający wszystkie aspekty doświadczenia Ja, w tym dwie skrajności: pragnienie doskonałości, wielkościowo-

ści i bycia całkowicie uroczym (*rozszerzony biegun self*) oraz poczucie niższości, małości i nieistotności (*zwężony biegun self*). Te bieguny wytwarzają między sobą dialektyczne napięcie, które nazwałem dialektyką narcyzmu (Morrison, 1989). Uważam, że te bieguny doświadczenia Ja są obecne u nas wszystkich, przy czym jeden z nich jest dominujący (pierwszoplanowy), a drugi – bardziej ustępujący (drugoplanowy) w danej chwili lub u określonej osoby. Doświadczenia z każdego z tych biegunów mogą skutkować odczuwaniem wstydu.

## WSTYD A WINA

Po wprowadzeniu winy do naszej dyskusji o *wstydzie* warto zastanowić się nad różnicą między tymi dwiema emocjami. Zdefiniowałem drugą z nich jako negatywne uczucie dotyczące stanu całego Ja – szkodliwe przekonanie, że jest ono złe, wadliwe; że jest jedną wielką porażką. *Wina* natomiast odnosi się do czynu popełnionego lub niepopełnionego przeciwko komuś innemu – zachowania, które rani inną osobę (Piers i Singer, 1953). Ogólnie rzecz biorąc, wstyd skutkuje biernością czy beczynnością, a wina często pobudza do działania. Poczucie winy zwykle skutkuje przyznaniem się do niej, aby poradzić sobie z tym uczuciem, natomiast wstyd zazwyczaj prowadzi do ukrycia się lub wycofania. Najważniejszym celem leczenia winy jest przebaczenie, a wstydu – akceptacja. Często obie te emocje pojawiają się jednocześnie, pozostając w interakcji ze sobą i wywołując jedna drugą w ramach tego, co Lewis (1971) nazwała *cyklem wstyd–wina*. Na przykład John (w całym rozdziale są używane fikcyjne imiona) robi coś, co szkodzi jego bratu i przez co czuje się winny. Jednoczesne uczucie wstydu sprawia, że się wycofuje. W reakcji na wstyd złości się i wybucha, czując się winny jeszcze raz. To dosyć typowa sekwencja winy i wstydu, w której obie te emocje zachodzą jednocześnie i wzajemnie na siebie oddziałują.

Jackson był świeżo upieczonym absolwentem prawa, który pracował do późna w dużej firmie. Męczył się nad dokumentem dotyczącym obrony pewnego klienta i popełnił jeden zasadniczy błąd w opinii, za który został mocno skrytykowany przez głównego współpracownika odpowiedzialnego za tę sprawę. Jackson poczuł się winny za znaczny problem, jaki przysporzył firmie i potencjalnie klientowi. Jednocześnie poczuł się zawstydzony swoją niekompetencją i nieskutecznością w pracy jako adwokat. Tego wieczoru wrócił do domu z poczuciem nieudolności, a kiedy jego pies nie przestawał szczekać z podekscytowania, Jackson wybuchł i uderzył go w zad. Nagle jego nastrój zmienił się z zakłopotanej bierności w złość i agresję, po których ponownie odczuł znaną mu już winę.

## JAK ROZWIJA SIĘ ZDOLNOŚĆ DO ODCZUWANIA WSTYDU

Po przyjrzeniu się związkowi wstydu z winą ważne, aby zastanowić się nad jego ścieżką rozwojową. Wstyd uważa się ogólnie za emocję, której zdolność odczuwania rozwija się wcześniej niż w przypadku winy i która odzwierciedla poczucie nieskuteczności w pozyskaniu miłości lub uwagi wczesnego opiekuna (zwykle matki). Dlatego też – jeśli dziecko oczekuje określonej reakcji matki – reakcji, jakiej może mieć powód oczekiwać – a matce

nie udaje się zareagować zgodnie z tymi oczekiwaniami, dziecko może się poczuć źle lub bezwartościowo. Powtarzane odtrącanie tego rodzaju może prowadzić do wytworzenia się lękowego, niespójnego poczucia Ja, które szybko staje się wrażliwe na doświadczanie wstydu i doświadcza go. Kohut (1971) nazwał to zjawisko rozwojowe *porażką odzwierciedlającego obiektu self*.

Na późniejszym etapie rozwoju – od 12. do 18. miesiąca – dziecko zaczyna rozróżniać siebie od matki. Na tym etapie doświadcza wczesnej indywidualności, której towarzyszy poczucie autonomii i niezależności, lecz także odrębności i odosobnienia. Broucek (1982, 1991) określił to jako okres *obiektywnej samoświadomości*, w którym dziecko po raz pierwszy zaczyna działać samodzielnie oraz staje się świadome porównywania i współzawodnictwa z innymi. W tym czasie może dojść do utrwalenia wrażliwości na wstyd, szczególnie jeśli samoświadomość jest naznaczana negatywnymi doświadczeniami współzawodnictwa i porównywania się z kolegami od zabawy czy rodzeństwem. Na tym etapie dziecko może pragnąć wsparcia, siły lub mocy od opiekuna (często ojca) – roli, jaką Kohut (1977) przypisał temu, co nazwał *wyidealizowanym obiektem self*.

W końcu, kiedy jednostka uwewnętrznia czyjąś negatywną ocenę siebie samej, dochodzi do internalizacji wstydu. Około 4.–5. roku życia dziecko wyraża konkretne ideały dotyczące siebie i w ten sposób wstyd zaczyna być przez nie rozumiany w odniesieniu do tego, czy je osiąga. Może być to związane z byciem „dobrym”, „silnym”, „popularnym” lub „mądrym” – do czegokolwiek dziecko aspiruje. Chodzi o to, że stara się ono osiągnąć wybrany ideał i rozwija zdolność do określania, czy spełniło już tę aspirację. Jak już zobaczyliśmy, to stan opisany przez Sandlera i in. (1963), kiedy idealne Ja jest porównywane z rzeczywistym Ja, czasem prowadząc do wstydu z powodu porażki, braku jakiejś zdolności lub poczucia bezwartościowości jako konsekwencji nieosiągnięcia określonego ideału. Proces prowadzący do odczuwania wstydu zostaje zinternalizowany wraz z oceną tego, czy jednostka osiąga swój konkretny ideał Ja. Na pewno prawdą jest, że tworzymy nasze własne ideały, opierając się na cechach zinternalizowanych na podstawie oczekiwań naszych opiekunów i szerzej rozumianej kultury – z tworzącego ją wielogłosu obiektów. Jednakże kształt tych ideałów jest tworzony indywidualnie przez każdego z nas i dla każdego z nas. Od tego momentu wstyd kształtują nasze oczekiwania wobec siebie samych oraz te pochodzące z naszego otoczenia społeczno-kulturowego. Emocja ta jest także oznaką naszej wyobraźni, naszych marzeń i naszej kreatywności.

Opisuję więc sekwencję rozwojową wstydu, nazwaną wcześniej linią rozwojową, mimo że sekwencja ta prawie nie jest linearna. Chociaż etapy rozwoju zawsze zachodzą na siebie, sekwencja dotycząca wstydu zaczyna się od dziecięcej porażki w fuzji (*merging*) z matką lub odzwierciedlaniu (*mirroring*) przez nią, po czym zaczyna przechodzić przez niezależność i samoświadomość (z potencjalnym poczuciem niższości, z powodu którego dziecko zabiega o wsparcie wyidealizowanego, wszechmocnego rodzica/ojca), aż do idealnego Ja, w którym my sami stajemy się źródłem oceny dotyczącej osiągania naszych ideałów. Z pewnością również inne emocje i cechy rozwijają się równoległe do tych etapów, jednak na potrzeby naszej dyskusji uznałem wyżej opisaną sekwencję za ważną w rozumieniu rozwoju wstydu. Przedstawia ona także proces dostrajania doświadczania wstydu – od



niejasnego poczucia nieskuteczności w uzyskiwaniu kojącej reakcji, przez bardziej konkretne poczucie Ja odrębnego od świata innych, aż do bardziej sprecyzowanego uczucia porażki dotyczącej określonych ideałów, które ukształtowaliśmy u siebie.

## ROLA EGO I SUPEREGO WE WSTYDZIE

Opis sekwencji rozwojowej jest także wprowadzeniem do bardziej tradycyjnego modelu psychoanalitycznego dotyczącego ujęcia wstydu, tzn. zagadnienia ideału ego i superego jako struktur psychicznych powiązanych z doświadczaniem wstydu. Piers i Singer (1953) pisali o winie i wstydzie z klasycznej perspektywy, w której pierwsza z tych emocji oznaczała transgresję superego, a druga – odzwierciedlała napięcie między ego a jego ideałem. Niebezpieczeństwem wynikającym z poczucia winy jest kara i kastracja, a z poczucia wstydu – opuszczenie i odrzucenie. W tym ważnym artykule Piers i Singer pisali zarówno o cyklu wina-wstyd akcentowanym przez Lewis (1971), jak i o porażce ego w odniesieniu do jego ideału.

Freud wprowadził pojęcie ideału ego w swoim monumentalnym dziele *On Narcissism* (1914/1957) – napisanym w tamtym czasie jako próba odpowiedzi na wyzwania stawiane przez teorię libido, opracowaną przez Junga i Adlera. Ideał ego jest strukturą, z którą ego się porównuje, a nie osiągając swojego ideału, doświadcza porażki i spadku samooceny. Freud omawia w tym esejie wiele innych zagadnień, jednak nigdzie w swoich przemyśleniach na temat narcyzmu nie zwraca uwagi bezpośrednio na wstyd. *On Narcissism* przedstawia jednak wiele elementów potencjalnej analizy wstydu, w tym: ideał (wyrażony w ideale ego), samoocenę i narcyzm sam w sobie (będący, jak wspomniano wcześniej, podstawowym pojęciem psychodynamicznym), z którego rozwija się zdolność doświadczania wstydu. Potrzeba było dopiero przyszłych wiernych uczniów Freuda, by zauważyć i opisać kluczowe znaczenie wstydu w pracy klinicznej (zob. Morrison, 1989).

## IDENTYFIKOWANIE WSTYDU, KIEDY PACJENCI PREZENTUJĄ PODCZAS TERAPII MECHANIZMY OBRONNE

Znaczna część zawartej w tym rozdziale wcześniejszej dyskusji na temat psychoanalitycznej teorii wstydu jedynie zasugerowała jego zasadniczą rolę w psychoterapii. W tej części analizuję jawne przejawy wstydu zauważalne podczas leczenia psychodynamicznego i sugeruję odpowiednie podejścia do interwencji terapeutycznej.

Pacjenci mogą prezentować podczas leczenia złość, rozpacz lub nienawiść do siebie samego – uczucia, które często ukrywają leżące u ich podstaw doświadczanie wstydu. W związku z tym, że emocja ta jest często przeżywana jako najsilniejsze i najboleśniejsze z ludzkich uczuć, często skłania do podjęcia wysiłków mających na celu zamaskowanie czy też zakrycie jej (Morrison, 1989). Z powodu swojego szkodliwego i bolesnego działania wstyd często pozostaje ukryty lub niewypowiedziany przez pacjenta, tak samo jak przez wiele lat pozostawał niedostrzegany lub umniejszany w teorii psychoanalitycznej. Podobnie ból wstydu zagraża nam jako terapeutom, często przypominając o wadach lub słabościach, jakie przejawialiśmy na różnych etapach naszego życia. Ten wspólny ból do-

# WSTYD

## PODCZAS SESJI TERAPEUTYCZNEJ

Wstyd jest powszechną i bolesną emocją, która często pojawia się w codziennym życiu i może przyczyniać się do powstania zaburzeń psychicznych, skłaniających ludzi do szukania odpowiedniego leczenia. Doświadczenie wstydu jest zazwyczaj intensywne i przytłaczające, ponieważ wzbudza poczucie bycia złym, bezwartościowym lub zasługującym na pogardę. Często powiązany jest z uczuciem bezsilności, małości, bycia wystawionym na widok publiczny i chęci zniknięcia.

Wstyd jest nie tylko czynnikiem leżącym u podstaw wielu problemów, z powodu których klienci szukają pomocy u psychoterapeuty. Może on pojawiać się także podczas terapii, przy omawianiu intymnych szczegółów swojego życia.

Jeśli terapeuta nie uda się rozpoznać wstydu u klienta, bardzo prawdopodobne, że związane ze wstydem problemy nadal będą się utrzymywać. Ponadto osoby, które w trakcie terapii doświadczają nieuświadomionego

wstydu, mogą się czuć niezrozumiane, co będzie powodem braku skuteczności terapii lub przedwczesnego jej zakończenia.

Celem tej książki jest dostarczenie terapeutom wskazówek, jak radzić sobie ze wstydem u swoich pacjentów. Omówiono w niej wszystkie aspekty wstydu, m.in. to, jak się rozwija, w jaki sposób jest powiązany z zaburzeniami psychicznymi, jak go rozpoznać i jak pomóc klientom rozwiązać problemy z nim związane. Eksperci, którzy podczas sesji terapeutycznych zmagali się ze wstydem i przekształcaniem go w konstruktywny sposób, dzielą się swoją mądrością i wnioskami, do jakich doszli przez lata doświadczenia klinicznego. Opisują techniki, szczegółowo omawiając podane przykłady i cytując fragmenty rozmów z pacjentami. Czytelnikami tej pozycji mogą być: psychologowie kliniczni, psychoterapeuci, psychiatry, pracownicy społeczni, terapeuci par i rodzin, doradcy ds. uzależnień oraz inne osoby świadczące usługi w zakresie zdrowia psychicznego.



www.edraurban.pl