

Kateryna Lisovenko

## DYNAMIKA ROZWOJU UCZUCIA WSTYDU — JEGO ROLA W POWSTAWANIU ZABURZEŃ EMOCJONALNYCH

### THE DYNAMICS OF DEVELOPMENT OF THE EMOTION OF SHAME — ITS ROLE IN EMOTIONAL DISTURBANCES

Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kierownik: dr hab Władysław Łosiak

Oddział Zaburzeń Osobowości Szpitala im. Babińskiego w Krakowie

**shame**  
**affect regulation**  
**pathogenesis of the develop-**  
**mental disorders**  
**emotional development**  
**mother-child relationship**

*Autorka przedstawia przykłady badań nad rozwojem uczucia wstydu sugerujących kluczową rolę zakłócenia jego regulacji w rozwoju wielu rodzajów zaburzeń osobowości. Podkreśla jednocześnie konieczność uwzględniania pracy nad tym uczuciem w relacji terapeutycznej.*

**Summary.** This article presents an introduction to the role of shame in developmental psychopathology including its symptoms, its pathogenesis and its treatment. Shame is conceptualized to be an emotion that is responsible for the process of socialization, which takes place in the second year of life. A description of these processes in the early mother-child relationship and mechanisms of the dyadic shame regulation were formed in order to demonstrate the pathways of shame dysregulation development. The role of this emotion was pointed out in these chosen psychopathologies. Finally, the mechanisms of shame regulation were presented in a psychotherapeutic context.

#### 1. Dynamika i funkcje wstydu

Wstyd jest emocją złożoną, nie całkiem też określoną i zbadaną pod kątem psychologii rozwojowej. Trudno bowiem wnioskować o wstydzie w oderwaniu od kontekstu, w którym on jest doświadczany, a badanie wstydu u dzieci w wieku przedszkolnym, które musiałyby być oparte na ich własnych wypowiedziach dotyczących tego uczucia, jest bardzo trudne, gdyż nie są one często w stanie zwerbalizować swoich przeżyć związanych z nim. Jednocześnie, coraz częściej emocja ta jest rozpatrywana jako bardzo istotny czynnik w powstawaniu psychopatologii rozwojowej i w jej przebiegu [1]. Powstają opracowania, które sugerują, że właśnie ta emocja, zaburzenia w jej regulacji odgrywają kluczową rolę w rozwoju osobowości narcystycznej, osobowości typu borderline, zaburzeń depresyjnych, uzależnień, zaburzeń odżywiania się i innych [2, 3, 4].

Aby rozważyć rolę wstydu w powstawaniu i przebiegu psychopatologii, należy najpierw zwrócić uwagę na to, jakie znaczenie ma on w rozwoju osobowości dziecka, czemu służy i jak jest przez nie przeżywany.

Wstyd to przede wszystkim emocje związane ze sferą moralną dziecka, albo też, w myśl psychoanalizy, odnoszące się do jego superego. Według Freuda, który w swoich późniejszych pracach utożsamiał wstyd z poczuciem winy, poczucie winy powstaje na skutek konfliktu pragnień ze standardami superego [2]. W wyniku tego konfliktu, superego stosuje środki karzące, które często prowadzą do powstawania objawów. Poczucie winy odgrywa zasadniczą rolę w przebiegu konfliktu Edypa. W miarę jego rozwiązywania dziecko ma możliwość pozbycia się, przynajmniej częściowo, poczucia winy wobec rodzica płci przeciwnej, co z kolei następuje poprzez utożsamienie się z nim. Zatem wstyd i poczucie winy były rozumiane przez Freuda jako emocje wyrażające się na poziomie neurotycznym osobowości.

Współcześnie wstyd i poczucie winy są rozpatrywane jako dwie bardzo różne emocje. Tak na przykład Lewis [5] zakłada, że mają one dwie odrębne funkcje w obrębie self. Podczas gdy poczucie winy koncentruje się na konkretnym zachowaniu, wstyd dotyczy całego obrazu własnej osoby. Przeżywając poczucie winy negatywnie oceniamy swoje konkretne zachowanie, czując żal, napięcie, skruchę, chcąc zwykle naprawić to, co się stało, natomiast przeżywając wstyd negatywnie oceniamy nie tylko konkretne zachowanie, ale zarazem całe własne ja. Wstydząc się jednostka czuje się niekompetentnie i bezwartościowo, ma ochotę zniknąć, stać się niewidzialną dla innych [5]. Chęć naprawienia nie dotyczy tu konkretnego wydarzenia, lecz zmiany całej siebie. Osoba taka staje się obserwatorem siebie samej, krytycznie przypatrując się sobie jakby z zewnątrz.

Z drugiej strony wstyd pełni bardzo ważną funkcję regulatora zachowań społecznych, rozstrzygając o kształcie więzi dziecka ze światem społecznym [1]. Dziecko, przeżywając radość z coraz nowszych osiągnięć oraz reagując wstydem na własne porażki, kształtuje stosunek do siebie — swoją wartość, rozwija podstawowe cechy charakteru. Na początku drugiego roku życia, w okresie nazwanym przez M. Mahler okresem praktykowania [6], dziecko — w wyniku wyzwań związanych z treningiem czystości, z chęcią eksploracji świata, a wraz z tym z uświadomieniem sobie ograniczeń fizycznych — zmierza się z własną niedoskonałością, musi poradzić sobie z utratą poczucia własnej omnipotencji i przekonania o omnipotencji własnych rodziców. Zaczyna po raz pierwszy dostrzegać rozczarowanie na twarzach rodziców, które pojawia się w odpowiedzi na spontaniczną aktywność dziecka. Na przykład, w chwilach, kiedy dziecko eksploruje nową niebezpieczną przestrzeń rodzic najczęściej zakazuje mu tego przyjemnego dla niego działania. Podobnie z treningiem czystości. Po raz pierwszy okazuje się, że to, co jest przyjemne dla dziecka niekoniecznie jest przyjemne dla jego rodziców. Właśnie teraz ma ono możliwość w miarę korzystnego przeżycia uczuć związanych ze wstydem, aby stało się ono dla niego czymś konstruktywnym, wyznaczającym granice i normy zachowań społecznych, a nie destruktywnym, skutkującym poczuciem niższości, doświadczeniem. Właściwie regulowany wstyd staje się ważnym narzędziem poznania samego siebie, umożliwia ocenę własnych możliwości, daje rozeznanie w obrębie własnej osoby, a w okresie dzieciństwa ma ważną funkcję regulatora stanu psychobiologicznego [2].

## **2. Diadyczna natura regulacji poczucia wstydu**

Matka, bo to ona właśnie jest najczęściej obiektem pierwotnego przywiązania dziecka, poprzez przyjmowanie, przetrzymywanie, odzwierciedlanie emocji swojego dziecka reguluje jego emocje, jego nastrój, co później stanowi podstawę do rozwijania się u niego

zdolności samoregulacyjnych [7], które między innymi umożliwiają mu radzenie sobie ze stresem. Innymi słowy, za Kohutem [8] można przyjąć, że wynikiem doświadczeń relacji pomiędzy self dziecka a selfobiektem rodzica jest nabycie przez dziecko zdolności regulacji popędu, zdolności integracji i adaptacji — funkcji, która była mu prezentowana przez matkę.

Dotyczy to również wstydu. Pojawiający się na początku drugiego roku życia, w tzw. okresie praktykowania, wstyd dziecka powinien być odpowiednio regulowany przez rodzica, aby miał charakter emocji w sposób przystosowawczy wpływającej na zachowania społeczne. W wyniku własnego nieradzenia sobie z uczuciami narcystycznymi rodzic może nie być w stanie właściwie reagować na wstyd dziecka [8]. Na przykład, może mieć tendencję do tego, aby w ogóle nie dopuszczać do pojawienia się u niego wstydu, uniemożliwiając mu przeżycie i zarazem możliwość konstruktywnego wyzwolenia się z ciężaru tej emocji. Może też być odwrotnie, rodzic, który sam nie ma pozytywnego stosunku do własnej osoby, będzie miał tendencję do zawstydzania dziecka, stymulując przeżycia związane z poczuciem wstydu, po czym będzie rezygnował z jakichkolwiek prób uwolnienia dziecka od tego przykrego przeżycia [2].

Wstyd jest również regulatorem stanu psychobiologicznego organizmu, czyli jego przeżywanie może wpływać tak na funkcje psychiczne, jak i biologiczne organizmu. Jest to uczucie, za pośrednictwem którego hamowany jest stan pobudzenia i euforii dziecka, wynikający z aktywnej eksploracji świata na początku drugiego roku życia [2]. Dzieje się to za pomocą karzącego, zdegustowanego spojrzenia matki, która wzbudzając w dziecku uczucie wstydu hamuje jego aktywność, zmuszając do chwilowego wycofania się, zamknięcia się w sobie. Roczne dziecko może na początku nie rozumieć takiego nagłego braku akceptacji swoich zachowań (na przykład, podczas treningu czystości czy zachowań eksploracyjnych), może się lękać zerwania więzi z matką. W ten sposób przyswaja funkcję socjalizacji, rezygnując ze swojej przyjemności na rzecz utrzymania relacji. Niemniej jednak wstyd sprowokowany spojrzeniem matki, jej ekspresją mimiczną przerywa stan pobudzenia czy też zaciekawienia, jakie przeżywa dziecko. Powoduje jego znieruchomienie, zatrzymanie się i wycofanie się na moment z relacji. Zatem uczucie wstydu wiąże się z przewagą działania sił hamowania układu nerwowego, jego części przywspółczulnej. Matka, pomagając dziecku w wydobyciu się z tego przeżycia, zachęca je do ponownej aktywności, skierowuje jego uwagę na określone działanie, swoim spojrzeniem lub słowem daje wyraz akceptacji i miłości. Przywraca swoim zachowaniem równowagę w obrębie układu nerwowego. Według Schore'a [2] okazjonalne przeżywanie wstydu przez dziecko pomaga kształtować równowagę w obrębie tych dwóch systemów, pozwalając na większą elastyczność w przechodzeniu od procesów pobudzenia do procesów hamowania, i odwrotnie, co ma decydujące znaczenie w procesie przyszłej samoregulacji emocjonalnej (2).

Kaufman [9] twierdzi, że porażka we wczesnej więzi z opiekunem, przewaga doświadczeń traumatycznych może stać się źródłem wstydu, a zatem zagraża poczuciu własnej wartości i godności. Porażka w diadycznej regulacji poczucia wstydu polega, jak zostało zaznaczone powyżej, albo na wypieraniu, niedopuszczaniu do jego przeżycia, albo na stymulowaniu dziecka do zbyt intensywnego i długotrwałego przeżywania go. Gdy matka unika czy też nie dopuszcza do przeżywania wstydu przez jej dziecko, często można zauważyć, że podczas ich interakcji półtoraroczne dziecko wykazuje wysoki poziom

rozdrażnienia, napięcia i złości [2], matka bowiem nie jest w stanie odpowiednio zareagować na pewne zachowania dziecka — obniżając poziom jego pobudzenia, nie reguluje jego uczuć narcystycznych przejawiających się w poczuciu wyższości i wszechmocy. Poza tym może też mieć tendencję do bezustannego kontaktu z nim, nie pozwalając mu na nabranie psychicznego dystansu w stosunku do niej, do którego doprowadza między innymi przeżycie przez nie wstydu. Taka zaborczość będzie skutkowała niezdolnością do optymalnego przechodzenia ze stanu pobudzenia do uspokojenia i odwrotnie. Z drugiej strony dziecko może rozwinąć nieadekwatny stosunek do własnej osoby, gdyż w takiej relacji czuje się niezrozumiane, niezaspokojone, a zarazem niezdolne do samozaspokojenia. Tworzy się podstawowa percepcja siebie i świata jako bezradnych w regulacji stanu emocjonalnego.

Z kolei, w sytuacji, kiedy matka będzie stymulować przeżycia dziecka związane ze wstydem, w jego układzie nerwowym rozwinię się tendencja do dominacji części przyspółczulnej, a jego aktywność psychoruchowa będzie charakteryzować się spowolnieniem [2]. Przewaga doświadczeń związanych z frustracją w sferze uczuć narcystycznych, czyli uczuć triumfu z osiągnięć i uczucia wszechmocy, w wyniku doświadczania wstydu będzie skutkować brakiem pewności siebie, negatywnym stosunkiem do własnej osoby, skierowaną ku sobie agresją, co może mieć wpływ na rozwój zaburzeń depresyjnych. A zatem niekorzystne wzorce wczesnych interakcji z opiekunem w obszarze doświadczania i regulacji poczucia wstydu mogą nie tylko prowadzić do patologii self, a w tym do nieadekwatnej percepcji własnej osoby, do rozwoju poczucia niższości, ale też wpływać na zaburzenia w procesie późniejszej samoregulacji stanu psychobiologicznego, co jest związane z procesami hamowania cechującymi przeżycie wstydu. W wyniku opisanych powyżej negatywnych doświadczeń dziecko nabiera przekonania, że samo nie poradzi sobie z przykrymi następstwami negatywnych stanów emocjonalnych włączając, na przykład funkcję mentalizacji, więc nie wykształca podstawowych zdolności samoregulacyjnych, rozwija zaś tendencję do obarczania odpowiedzialnością za swoje stany psychiczne i ich zmianę obiekty lub sytuacje zewnętrzne. Taka tendencja występuje też w uzależnieniach [10].

### **3. Uczucie wstydu w badaniach z zakresu psychopatologii klinicznej**

Na przełomie lat 80. i 90. próbowano za pomocą badań empirycznych wyjaśnić właściwości poczucia wstydu, jego stosunek do innych emocji oraz do psychopatologii. Pojawiło się też dużo nowych narzędzi badawczych, które są używane do pomiaru wstydu [3]. Tak na przykład Hoblitzelle [11], używając skali RSGS (Revised Shame-Guilt Scale), stwierdził w swoim badaniu korelację pomiędzy skłonnością do przeżywania wstydu a depresją w populacji studentów. W badaniach opartych na analizie sytuacji, stwierdzono, że w odróżnieniu od poczucia winy, które jest odpowiedzialne za ogólny niekorzystny stan psychiczny, wstyd jest związany z całą grupą objawów psychicznych [12, 13]. Tangney udowadnia, że istnieje istotna statystycznie korelacja pomiędzy tendencją do przeżywania wstydu a depresją, pomiędzy wstydem a lękiem, jak również pomiędzy wstydem a zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi oraz somatyzacją stanów psychicznych [3]. Z tegoż badania wynika, że w porównaniu z bardzo destrukcyjnym działaniem wstydu poczucie

winy ma o wiele bardziej łagodny, a nawet często konstruktywny — dla doświadczającej go jednostki — charakter. Wstyd jawi się w badaniach jako emocja dotycząca całej osoby, a w szczególności jej poczucia godności. Jako emocja nie całkiem dostępna poznawczemu oglądowi, powoduje nawet pewnego rodzaju paraliż poznawczy [13].

Z innych badań empirycznych wynika, że wstyd jest związany z podwyższonym poziomem aktywnej i pasywnej formy agresji [3, 14], z projektowaniem winy na zewnątrz [15] oraz z tendencją do unikania kontaktów społecznych [3]. Także z obserwacji klinicystów wynika, że wstyd jest związany z obronną wściekłością, chęcią odwetu i rewanzu [15]. Interesujące są również wyniki badania świadczące o tym, że osoby intensywnie doświadczające poczucia wstydu mają stosunkowo słabą zdolność empatii [16]. Autor tego badania tłumaczy, że tendencja do stosowania mechanizmów obronnych u tych jednostek prowadzi do upośledzenia uczuć empatycznych w stosunku do innych. Z drugiej strony, wstydząc się tracą one z pola widzenia innych ludzi, ich uczucia, będąc w takim momencie zaabsorbowane własną osobą.

Powyższe badania potwierdzają tezę o tym, że niewłaściwie regulowane poczucie wstydu może stać się podstawą do rozwoju objawów psychopatologicznych. Może zaburzać rozwój moralny i rozwój osobowości, wpływać na występowanie depresyjności i agresji w dzieciństwie. Rolę wstydu próbuje się również opisywać w stosunku do konkretnych form psychopatologii. Charakter tego uczucia będzie nieco inny w zależności od formy zaburzenia. Tak więc występowanie wstydu w strukturze neurotycznej charakteru będzie dotyczyło niemożności rozwiązywania konfliktowości w działaniu, odzwierciedlając obronną pasywność wobec pragnień rywalizacyjnych i agresji. Natomiast w przypadku osobowości narcystycznej wstyd ma charakter bardziej podstawowy, odnosi się do wszystkich płaszczyzn tej osobowości [17]. Również Erikson [18] wyróżnił dwie reakcje osoby zawstydzonej: jedna to ukrycie się, druga to pełne narcystycznej wściekłości „zniszczenie oczu świata”.

Niekorzystne rozwiązania pod względem przeżywania tej emocji, regulowania jej przez dorosłych w dzieciństwie i samoregulacji w życiu dorosłym tutaj są doświadczeniem fundamentalnym dla rozwoju tego typu zaburzenia [19]. Osoby z osobowością narcystyczną mają tendencję do pomijania i wypierania wstydu. W tym przypadku stosowane są często różne obrony, które mają ochronić je przed poczuciem bezwartościowości, a zarazem przed uświadomieniem sobie wstydu.

W przypadku osobowości z pogranicza, w której obserwuje się tendencję do niestabilności afektu, spadku nastroju i ogólnie niskiego poczucia własnej wartości, wiele z zachowań obronnych jest reakcją na przeżywany wstyd [20, 21]. Jednostki z osobowością z pogranicza mają też skłonność do postrzegania innych jako tych, którzy mogą powodować przeżycie wstydu. Niemożność utrzymywania przez nie stabilnego obrazu własnej osoby i przeżywania zależności i związku z inną osobą w momentach stresu wskazuje na niezdolność samoregulacji emocjonalnej.

Także w odniesieniu do zaburzeń depresyjnych brak odpowiednich mechanizmów samoregulujących wstyd jest m.in. przez Schore'a rozpatrywany jako jeden z najbardziej kluczowych czynników w psychopatogenezie tych zaburzeń [2]. Według tego badacza wstyd — związany ze zwiększonym wydzielaniem kortyzolu oraz z przewagą aktywności części przywspółczulnej układu nerwowego — jest regulatorem psychobiologicznym

nastroju. Hamując pozytywny afekt, uczucie wstydu we wczesnym okresie życia sprzyja nieodwracalnym zmianom neurobiologicznym w organizmie. Ukryty wstyd często jest też związany z nasileniem się myśli samobójczych, zachowań impulsywnych i samookaleczeń [20]. W ostatnim czasie dużo badań poświęcono związkowi pomiędzy zespołem stresu pourazowego (PTSD) a występowaniem poczucia wstydu u jego ofiar. Na przykład, w badaniu Leskeli i wsp. [21] skłonność podatności do przeżywania wstydu była pozytywnie skorelowana z symptomami PTSD.

Przeżywanie uczucia wstydu jest także charakterystyczne dla ofiar molestowania seksualnego. Często, wskutek doświadczenia molestowania seksualnego, jego ofiara paradoksalnie czyni własne ja obiektem swojego ataku, przeżywając siebie jako kogoś ułomnego, złego, perwersyjnego [22]. Wstyd, złość, upokorzenie i niskie poczucie własnej wartości zostają uwewnętrznione i przechowywane przez daną osobę jako integralna część siebie. Należy też zaznaczyć, że jeśli molestowanie nie zostało publicznie ujawnione przez jego ofiarę, wstyd jest przeżywany bardziej intensywnie, często w sposób niewerbalny, w odróżnieniu od sytuacji, w której fakt molestowania jest nagłośniony [22].

#### 4. Wstyd w psychoterapii

Według teorii regulacji emocji, która wyrasta z perspektywy psychodynamicznej, można przyjąć, że — niezależnie od rodzaju psychoterapii — pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem powstaje relacja, w której terapeuta reguluje stany emocjonalne pacjenta. Jednocześnie, przepracowanie uczuć zakłada przepracowanie wstydu pacjenta, który można z powyższej perspektywy po części przyrównać do pracy nad oporem [9]. Terapeuta często świadomie lub nieświadomie pracuje nad tłumionym, nierozpoznanym wstydem, aby przywrócić mu postać w miarę tolerowanego przeżycia. Kiedy wstyd staje się świadomy, oznacza to paradoksalnie podstawową gotowość do pozytywnego doświadczenia własnej osoby.

Według Schore'a [2] doświadczenie wstydu jest poprzedzone stanem pozytywnego pobudzenia, otwarcia się przed obiektem przywiązania i oczekiwania współgrania z nim, symbiotycznego porozumienia. Jednak w wyniku dostrzeżenia przeszkód do takiego zbliżenia się, następuje spadek energii, tworzy się zaburzenie całościowego przeżywania własnej osoby.

Tak samo wstyd jest doświadczany w relacji terapeuta – pacjent. Do przeżywania wstydu w gabinecie terapeuty dochodzi w momencie, kiedy pacjent, odczuwając chęć bliskości z terapeutą, tworzy relację zależnościową, a jego potrzeba bliskości nie zostaje zaspokojona. Wtedy zaczyna wycofywać się z nawiązanego kontaktu. Dla terapeuty ważne jest, aby rozpoznać język wstydu — na przykład, pacjent może opisywać swoje uczucia jako niestosowne, niewarte uwagi, mało znaczące [2].

Zgodnie z przedstawionymi powyżej badaniami, uczucie wstydu uniemożliwia odbiór empatycznych reakcji terapeuty, zarazem ogranicza możliwości internalizacji i identyfikacji — ważne mechanizmy zmiany psychoterapeutycznej. Jednocześnie praca nad wstydem, ogarnięcie tego uczucia przez terapeutę, może stać się ważnym mechanizmem zmiany stosunku pacjenta do własnej osoby. Zatem bardzo ważne jest monitorowanie przez terapeutę przeżyć pacjenta — wskazujących na doświadczenie wstydu w relacji terapeutycznej — a zarazem własnego wstydu. Tak samo jak w relacji matka – dziecko, również w tej

relacji zdarzają się momenty krytyczne, w których terapeuta staje się regulatorem bolesnego poczucia niższości i wstydu. Musi on najpierw dopuścić do przeżycia tych uczuć, później próbować razem z pacjentem doświadczać ich, a następnie powoli wydobywać pacjenta z tego przeżycia w kierunku większej akceptacji siebie, wyższej samooceny.

Wstyd może być ważnym problemem w psychoterapii w kontekście nie tylko relacji terapeutycznej, ale też treści, które wnosi pacjent ze swojej przeszłości. Ma on kluczowe znaczenie w terapii tak dzieci, jak i dorosłych, którzy doświadczyli maltretowania, przeżyć traumatycznych, którzy byli wykorzystywani seksualnie. Na przykład, w badaniach Feiringa i Taski [23] stwierdzono, że dzieci wykorzystywane seksualnie miały większe nasilenie symptomów PTSD, kiedy miały większy wskaźnik uczucia wstydu. Autorzy sugerują, że koncentracja na tym uczuciu w terapii z dziećmi, które są ofiarami molestowania seksualnego, jest kluczowa.

Przepracowanie wstydu podczas psychoterapii — czy to odczuwanego w obecności terapeuty, czy też jako przeżycia związanego z traumatycznymi wydarzeniami z przeszłości — może skutkować u pacjenta wyższą samoświadomością, bardziej stabilnym i spójnym poczuciem własnej wartości, polepszeniem funkcjonowania w relacjach z innymi.

### Piśmiennictwo

1. Mills R. Taking stock of the developmental literature on shame. *Develop. Rev.* 2005; 25(1): 26–63.
2. Schore AN. *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1994.
3. Tangney JP. The mixed legacy of the superego: adaptive and maladaptive aspects of shame and guilt. W: Masling J, Bornstein R, red. *Epirical perspectives on object relations theory.* Washington: American Psychological Association; 1994.
4. Kroll J. Psychiatry, moral worry and the moral emotions. *J. Psychiat. Pract.* 2004, 10(6): 352–360.
5. Lewis HB. *Shame and guilt in neurosis.* New York: International Universities Press; 1971.
6. Mahler M. Mother–child interaction during separation–individuation. W: *The selected papers of Margaret S. Mahler, vol. 2.* New York: Jason Aronson; 1979, s. 35–49.
7. Bradley S. *Affect regulation and the development of psychopathology.* New York, London: The Guilford Press; 2003.
8. Kohut H. *The analysis of the self.* New York: International Universities Press; 1971.
9. Kaufman G. *The psychology of shame* New York: Springer; 1989.
10. Taylor J, Bagby M, Parker J. *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness.* Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
11. Hoblitzelle W. Attempts to measure and differentiate shame and guilt; the relation between shame and depression. W: Lewis HB, red. *The role of shame in symptom formation.* Hillside, New York: Erlbaum; 1987, s. 207–235.
12. Harder DW, Lewis SJ. The assessment of shame and guilt W: Butcher J, Spielberger C, red. *Advances in personality assessment, t.6.* Hillsiden, New York: Erlbaum; 1987, s. 89–114.
13. Harper F. The role of shame in predicting adult anger and depressive symptoms among victims of child psychological maltreatment. *J. Fam. Viol.* 2004; 19(6): 367–375.
14. Lansky M. *Envy as process.* W: Lansky M, red. *The widening scope of shame.* Hillside NJ: Analytic Press; 1997.

15. Tangney JP. Moral affect: The good, the bad, and the ugly. *J. Person. Soc. Psychol.* 1991; 61: 598–607.
16. Pfeiffer R. A brief psychoanalytic look at shame. *Materiały „Growth group central”* www.growthgroups.com.
17. Lisovenko K. Wczesna relacja matka – dziecko w psychopatogenezie narcystycznych zaburzeń osobowości. *Psychoter.* 2004; 2 (133): 19–29.
18. Erikson EH. *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis; 2000.
19. Lansky M. *Fathers who fail*. Hillside NJ: Analytic Press; 1992.
20. Rizvi S. Treatment of shame in borderline personality disorder. *Diss. Abstr. Intern.* 2005; 65: 7–13.
21. Leskela J, Dieperink M, Thuras P. Shame and posttraumatic stress disorder. *J. Traum. Stress* 2002; 15 (3): 223–226.
22. Negrao i inn. Shame, humiliation and childhood sexual abuse: distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreat.* 2005; 10: 350–363.
23. Feiring C, Taska L. The persistence of shame following sexual abuse: a longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreat.* 2005, 10: 337–349.

Adres: 31-318 Kraków, ul. Jaremy 14b/69