

Magdalena Wayda-Zalewska¹, Katarzyna Ładniak-Grońska²,
Barbara Kostecka³, Anna Walenda¹, Katarzyna Kucharska¹

Received: 13.05.2021

Accepted: 20.09.2021

Published: 10.11.2021

Wstyd – zapomniana emocja: psychopatologia, neurobiologia i terapia wstydu w zaburzeniach odżywiania

Shame – a forgotten emotion: psychopathology, neurobiology, and therapy of shame in eating disorders

¹ Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Warszawa, Polska

² Wydział Psychologii, Uniwersytet Nauk Humanistycznych, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa, Polska

³ II Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Magdalena Wayda-Zalewska, Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, ul. Wóycickiego 1/3 bud. 14, 01-938 Warszawa, e-mail: m.waydazalewska@gmail.com

Streszczenie

Tematem niniejszego artykułu jest wstyd ujęty z perspektywy zaburzeń odżywiania. Wstyd jako emocja występująca powszechnie i w różnych obszarach ludzkiego życia nabiera szczególnego znaczenia w rozumieniu i leczeniu zaburzeń odżywiania, gdyż jest jednym z kluczowych czynników ich rozwoju i podtrzymywania. Udowodniono naukowo, że osoby z zaburzeniami odżywiania doświadczają wyższego poziomu wstydu i winy w porównaniu z osobami z innymi diagnozami klinicznymi, co odróżnia zaburzenia odżywiania od innych form psychopatologii. Autorki przedstawiają zatem mechanizmy leżące u podstaw pojawiania się emocji wstydu i jej związku z występowaniem zaburzeń odżywiania, a także prezentują wybrane modele pracy terapeutycznej nad wstydem. W niniejszej pracy zaprezentowano również wyniki badań nad neuronalnymi korelatami wstydu i ich powiązaniem z rozwojem i podtrzymywaniem zaburzonego obrazu ciała, stanowiącego jeden z najbardziej podstawowych aspektów psychopatologii zaburzeń odżywiania. Omówiono też znaczenie pracy nad przeżywanym przez pacjentów wstydem w powodzeniu procesów terapeutycznych, a także możliwe wykorzystanie neuronauki w rozumieniu i leczeniu pacjentów doświadczających tej emocji. Ponadto wyjaśniono pojęcie wstydu oraz możliwości jego klasyfikacji wraz z odniesieniem do wybranych teorii psychologicznych. Autorki przybliżają również pojęcie wstydu zdrowego i toksycznego, który w znacznym stopniu wiąże się z rozwojem określonego typu osobowości, strategiami radzenia sobie w relacjach społecznych i wpływa na samoocenę.

Słowa kluczowe: wstyd w zaburzeniach odżywiania, neurobiologia wstydu, terapia wstydu

Abstract

The paper focuses on shame in the context of eating disorders. As a common emotion occurring in various spheres of human life, shame is of particular importance in the understanding and treatment of eating disorders as it is one of the key factors in their development and sustenance. There is scientific evidence that individuals with eating disorders experience higher levels of shame and guilt compared to those with other clinical diagnoses, which distinguishes eating disorders from other psychopathologies. Therefore, we present the mechanisms underlying the emotion of shame and its relationship with eating disorders, along with selected therapeutic strategies for overcoming shame. This paper also presents the research on neural correlates of shame and their relationship with the development and sustenance of a disturbed body image, which is one of the key psychopathological aspects of eating disorders. We also discuss the role of work on the patient's shame in successful therapeutic processes, as well as the possible use of neuroscience in understanding and treating patients experiencing this emotion. Furthermore, we attempted to explain the concept of shame and its possible classification in the context of selected psychological theories. The paper also refers to the concepts of healthy and toxic shame, which are strongly associated with developing a specific type of personality and coping strategies in social relationships, and which influence self-esteem.

Keywords: shame in eating disorders, shame neurobiology, shame therapy

WSTĘP

Wstyd stanowi jedną z najważniejszych samoświadomościowych, a także nieświadomych emocji doświadczanych przez człowieka. Mimo że występuje częściej niż poczucie winy, często jest pomijany i niezauważany w procesie leczenia pacjenta. Charakterystyczna dla tej emocji jest dwoista perspektywa – obserwatora i uczestnika. Liczne badania podkreślają transdiagnostyczny charakter wstydu, wskazując na jego związek z szerokim spektrum zaburzeń psychicznych (m.in. zaburzeń nastroju, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zaburzeń lękowych czy somatoformicznych).

Istnieją prace zwracające uwagę na szczególnie istotną i wciąż niewystarczająco zbadaną rolę tej emocji w rozwoju, przebiegu i leczeniu zaburzeń odżywiania. Osoby z tego rodzaju zaburzeniami doświadczają wyższego poziomu wstydu i winy w porównaniu z osobami z innymi diagnozami klinicznymi, co odróżnia zaburzenia odżywiania od innych form psychopatologii (Blythin *et al.*, 2020). Wstyd jest również integralnie powiązany z zaburzonym obrazem ciała oraz dysregulacją emocji w zaburzeniach odżywiania. Współczucie wobec siebie obniża poziom wstydu i skutkuje zmniejszeniem liczby objawów chorobowych, dlatego też ten aspekt jest szczególnie wzmacniany w pracy terapeutycznej z osobami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania. Cel niniejszego artykułu stanowi dokonanie przeglądu badań dotyczących emocji wstydu w psychopatologii, neurobiologii i terapii zaburzeń odżywiania. W poszczególnych częściach pracy opisano psychopatologię wstydu w zaburzeniach odżywiania z uwzględnieniem zaburzonego obrazu ciała oraz mechanizmów dysregulacji emocji. Dokonano także przeglądu badań neuroobrazowych na temat neuronalnych korelatów wstydu w celu identyfikacji struktur mózgowych i połączeń neuronalnych zaangażowanych w doświadczanie wstydu na potrzeby terapii. Omówiono również znaczenie interwencji psychoterapeutycznych w zakresie nieadaptacyjnego przeżywania wstydu przez pacjentów w powodzeniu procesu terapeutycznego.

POJĘCIE WSTYDU

Wstyd jest emocją samoświadomościową i regulacyjną związaną z odczuciem, wyobrażeniem przekroczenia własnych lub wyznaczonych przez otoczenie standardów moralnych i etycznych (Adamczyk, 2017). Lewis (1971), reprezentująca podejście psychodynamiczne, wskazuje, że pojęcie wstydu odnosi się do całego „ja” (*self*) oraz innych, a przy założeniu odrzucenia *self* przez innych może to skutkować zachowaniami agresywnymi, jak również obwinianiem innych. Ponadto osoba odczuwająca wstyd doświadcza danej sytuacji z perspektywy zarówno uczestnika, jak i obserwatora, z racji występowania uwagi zwróconej na *self* z jednoczesną negatywną jego oceną z pozycji środowiska. Dwoistość tego doświadczenia jest charakterystyczna dla wstydu i pozostaje w dużym stopniu poza świadomością.

Natomiast Izard (1971) zalicza wstyd do emocji podstawowych. Opiera on klasyfikację emocji podstawowych na kryterium uniwersalności ekspresji twarzy wraz ze specyficznością substratu neuronalnego i różnicującą jakością subiektywną. W odniesieniu do powyższych kryteriów gniew, strach, smutek, radość, wstręt są emocjami podstawowymi w przypadkach, w których występuje kulturowa stałość wzorca mimiki. Natomiast pogarda, wstyd i wina traktowane są jako emocje podstawowe, w przypadkach, w których uniwersalność wyrazu mimiki pozostaje wątpliwa i gdzie mogą one mieć różną ekspresję (Izard, 1971). Niektórzy badacze klasyfikują też wstyd jako zewnętrzny i wewnętrzny (Allan *et al.*, 1994). Wstyd zewnętrzny powstaje w wyniku negatywnej oceny ze strony innych, podczas gdy wstyd wewnętrzny odnosi się do emocji powstałej w wyniku negatywnej samooceny odczuwanej przez osobę doświadczającą wstydu. Istnieje silna korelacja obydwu typów wstydu, chociaż jednostka może przeżywać tylko jeden typ tej emocji (Gilbert, 1997). Do wywołania wstydu potrzebne jest, aby u danej osoby występowała wyraźnie nieatrakcyjna cecha w połączeniu z samoobwinianiem; niespełnianie oczekiwań czy negatywne porównanie społeczne są częstymi korelatami wstydu, ale nie stanowią jego centralnych wyznaczników (Adamczyk, 2017; Gilbert, 1997). Natomiast Nathanson (1992) przedstawia wstyd jako bolesny mechanizm ograniczający przeżywanie pozytywnych afektów i powodujący ból tym dotkliwszy, im większe jest to ograniczenie lub im większa siła dążenia do tego, co podmiot, jednostka wciąż postrzega jako pożądane. W tym znaczeniu tzw. zdrowy wstyd pełni funkcję informacyjną i pozwala osobie przestrzegać odpowiednich norm, a także korygować swoje zachowania, może być zachętą do zmiany czy poprawy tych zachowań. Ten rodzaj wstydu nie przesłania zatem pozytywnych aspektów osobowości. Przeciwnieństwem tej sytuacji jest tzw. wstyd toksyczny, który działa destrukcyjnie, staje się częścią tożsamości, potęgując m.in. negatywną samoocenę i złe myśli o sobie, blokując i ograniczając kontakt z drugim człowiekiem, a tym samym ma istotny udział w tworzeniu psychopatologii. W takim rozumieniu wstyd w odniesieniu do teorii atrybucji jest emocją, która powoduje względnie stałe skupienie uwagi na całościowym obrazie *self*, przyjmuje uogólnioną, stałą, wewnętrzną atrybucję, co ma znaczenie w ocenie wpływu wstydu na powstawanie psychopatologii zaburzeń odżywiania. Dlatego też ten „zaburzony” wstyd jest postrzegany jako potencjalny czynnik transdiagnostyczny (Tangney *et al.*, 1992) w rozwoju psychopatologii wielu zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń odżywiania. W literaturze przedmiotu wstyd często współwystępuje wraz z poczuciem winy, a nawet bywa traktowany wobec niego synonimicznie. Wstyd jest emocją występującą częściej (18,2%) niż poczucie winy (10,4%), mimo że umyka bezpośredniej obserwacji (Tangney *et al.*, 1994). Badania empiryczne wskazują, że w porównaniu z poczuciem winy wstyd ma inne implikacje w zakresie powstawania i utrzymywania się objawów psychopatologicznych (O'Connor *et al.*, 1999).

WSTYD W ZABURZENIACH ODŻYWIANIA

Problematyka wstydu w zaburzeniach odżywiania należy do zagadnień innowacyjnych i wciąż niedostatecznie eksplorowanych badawczo, aczkolwiek korelacje zaburzeń odżywiania ze wstydem są opisywane w literaturze przedmiotu niezależnie od konstruktów poczucia winy, ogólnego negatywnego afektu i symptomów depresji (Burney i Irwin, 2000; Hayaki *et al.*, 2002). Frank (1991) dowodzi, że kobiety z zaburzeniami odżywiania doświadczają wyższego poziomu wstydu i winy w odniesieniu do jedzenia w porównaniu z kobietami z depresją lub bez objawów zaburzeń odżywiania, co odróżnia ten rodzaj zaburzeń od innych form psychopatologii. Pomoc pacjentom w uznaniu potężnego poczucia wstydu i winy, które są powiązane z jedzeniem, może ułatwić zmniejszenie nasilenia objawów zaburzeń odżywiania (Frank, 1991). Dodatkowo w przeglądzie systematycznym Blythin i wsp. (2020), opracowanym na podstawie analizy 24 anglojęzycznych publikacji, wykazano, że podwyższony poziom wstydu w przypadku zarówno anoreksji, jak i bulimii psychicznej jest istotnie wyższy w porównaniu z grupą nieklinikzną oraz nieznacznie wyższy w odniesieniu do pozostałych grup klinicznych, np. z depresją, nerwicą.

Rola wstydu w zaburzeniach odżywiania powiązana jest z teoriami dotyczącymi przywiązania (Ainsworth *et al.*, 1978; Ward *et al.*, 2000), które dotyczą takich pojęć, jak: opiekuńczość, kontrola, unieważnianie, zaniedbanie czy brak akceptacji. Wyniki badań wyraźnie ujawniają, że osoby z zaburzeniami odżywiania znacząco częściej niż osoby zdrowe postrzegają relację z rodzicami w sposób, który wskazuje na zaburzony wzorzec przywiązania, przy czym najczęściej jest to wzorzec lękowo-unikający (w przypadku anoreksji) lub lękowo-ambiwalentny (w przypadku bulimii) (Józefik i Iniewicz, 2008). Wstyd, poczucie winy i lęk przeżywane w odniesieniu do niestabilnego, niekontenerującego emocji i kontrolującego opiekuna przekładają się na trudność w zbudowaniu stabilnego i spójnego obrazu *self* oraz wpływają na postrzeganie siebie w relacji ja–inni. Bruch (1978) twierdzi, że poczucie winy i wstyd w zakresie apetytu występują w rodzinach z deficytem empatii i uwikłaniem, w których osoba nie jest traktowana jako autonomiczna jednostka, pomimo pozornej intensywnej bliskości, lecz jako narcystyczne przedłużenie swoich rodziców. Troop i wsp. (2008) wskazują, że bulimia psychiczna koreluje istotnie z poczuciem wstydu rozumianym jako wstyd wewnętrzny, natomiast anoreksja psychiczna – z odczuwaniem mimowolnego podporządkowania się rozumianym jako wstyd zewnętrzny. Z kolei badania Hayaki i wsp. (2002) potwierdzają wpływ emocji wstydu na występowanie bulimii psychicznej przy jednoczesnym kontrolowaniu wpływu takich czynników, jak masa ciała, wiek, nastrój depresyjny, poczucie winy. Analizy korelacji w badaniu Oliveiry i wsp. (2017) ujawniają istotne i pozytywne związki między wstydem zewnętrznym, samooceną, lękiem przed otrzymaniem współczucia od innych i psychopatologią zaburzeń odżywiania.

Najwyższy poziom wstydu obserwuje się w grupie pacjentów z napadami objadania się (*binge eating disorder*, BED) w porównaniu z populacją ogólną i innymi grupami klinicznymi (Masheb *et al.*, 1999). Z kolei inne badania (De Young *et al.*, 2013) wskazują, że poziom wstydu zmienia się w czasie wraz z występowaniem zachowań powiązanych z zaburzeniami odżywiania, takich jak kompulsywne objadanie się, przeczyszczanie lub ograniczanie jedzenia, wzrastając przed tymi nieadaptacyjnymi zachowaniami (restrykcje w zakresie jedzenia, objadanie się, przeczyszczanie lub cykl objadanie się/przeczyszczanie) i malejąc po ich wystąpieniu. De Young i wsp. stwierdzają dodatkowo, że pacjenci z bulimią doświadczają znacząco wyższej redukcji poziomu wstydu po epizodach objadania się w porównaniu z pacjentami z anoreksją. Co więcej, ci pacjenci, którzy nie prowokują wymiotów, doświadczają wyższej redukcji poziomu chwilowego wstydu w porównaniu z osobami, które te wymioty wywołują. Wstyd związany z zachowaniami żywieniowymi jest zatem najsilniejszym predyktorem nasilenia symptomatologii zaburzeń odżywiania.

Wstyd a zaburzony obraz ciała w zaburzeniach odżywiania

Obraz siebie może być definiowany w różny sposób. Niektórzy badacze (m.in. Coon, 1994) opisują go jako całkowite subiektywne postrzeganie swojej osoby, włączając w to obraz własnego ciała i wrażenia na temat swojej osobowości oraz własnych możliwości, zdolności etc. (*self-concept*). Wielu psychologów uznaje z kolei, że obraz siebie to odbicie swojego obrazu psychicznego oraz zbioru własnych doświadczeń, pragnień i uczuć (Bailey, 2003). Obraz siebie (*self-image*) jest zatem jednym z wielu konstruktów *self* (obok m.in. samooceny czy poczucia własnej skuteczności), który łączy w sobie różne sposoby postrzegania siebie. Natomiast obraz ciała (*body image*) stanowi odrębny komponent i trudno uznać go za jedną z części koncepcji *self*, ponieważ zawierają się w nim aspekty behawioralny, emocjonalny i poznawczy związane z poziomem zadowolenia z własnego ciała i reakcji emocjonalnych.

Czynnikami, który może mieć wpływ na rozwój zaburzonego obrazu ciała, są zachowania i komunikaty dotyczące jedzenia, kierowane do dziecka przez rodziców, opiekunów, a także rówieśników (Duarte i Pinto-Gouveia, 2017a, 2017b; Oliveira *et al.*, 2019). Im bardziej krytyczne, oceniające i restrykcyjne są zachowania i postawy rodzicielskie w tym zakresie, tym silniejsze doświadczanie wstydu w obszarze obrazu ciała oraz większa tendencja do przyjmowania nieelastycznych, chorobowych nawyków żywieniowych w przyszłości (Ferreira *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2019). Wspomnienia związane z doświadczanym w przeszłości poczuciem bezpieczeństwa i opieki wiążą się pozytywnie ze zdolnością do samouspokajania i negatywnie ze wstydem dotyczącym ciała oraz występowaniem zaburzeń odżywiania (Duarte i Pinto-Gouveia, 2017a, 2017b). Pełnią one również funkcję buforującą w przypadku doświadczania prześladowania przez innych ze względu na wygląd.

Wstyd dotyczący ciała może też stanowić konsekwencję wcześniejszych, nieprzepracowanych traumatycznych doświadczeń (*post-traumatic stress disorder syndrome*) i manifestować się w postaci zachowań nieprzystosowawczo-reaktywnych, powiązanych z występowaniem zaburzeń odżywiania (Franzoni *et al.*, 2013). Osoby, które doświadczyły traumy, uzyskiwały wyższe wyniki na skali wstydu i niezadowolenia z ciała niż osoby pozostałe. W badaniu Woodward i wsp. (2019) badano z kolei rolę niskiej samooceny i zinternalizowanego wstydu oraz ich związku z występowaniem zaburzeń odżywiania. Okazało się, że u większości badanych kobiet wstyd i poczucie niskiej wartości były niezależnie związane z zaburzeniami odżywiania oraz objawami depresyjnymi, a także wskaźnikiem masy ciała i wiekiem. Wstyd dotyczący ciała był istotnym mediatorem pomiędzy zaburzeniami odżywiania a zinternalizowanym wstydem i pewnością siebie. Ponadto ustalono, że istnieje wzorzec, w którym zinternalizowany wstyd wpływa na wystąpienie patologii zaburzeń odżywiania zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio – poprzez samouprzedmiotowienie, wstyd dotyczący ciała oraz obecność objawów depresyjnych. Wyniki badania dotyczące wstydu i współczucia pokazały, że większe współczucie wobec siebie miało związek z niższym poziomem zachowań chorobowych (Breines *et al.*, 2014; Ferreira *et al.*, 2013). Im większe było współczucie wobec siebie, tym niższy był poziom odczuwanego wstydu dotyczącego ciała i występowania objawów typowych dla zaburzeń odżywiania. U osób stosujących restrykcje żywieniowe dało się zauważyć tym mniejsze obawy co do rehabilitacji masy ciała i mniejsze karanie się za jedzenie, im więcej współczucia osoby te okazywały sobie samym. Wstyd dotyczący ciała pośredniczy więc między zdolnością do współczucia sobie a zachowaniami chorobowymi i trudnościami w szybkiej rehabilitacji masy ciała u osób stosujących restrykcje żywieniowe.

Zrozumienie zaburzeń obrazu ciała w klasycznym modelu popędu w perspektywie psychodynamicznej odnosi się do konfliktu ego w obliczu konfliktu psychicznego. Konflikt ten jest spowodowany ekspresją popędów i lękiem, który mogą one wywoływać na różnych etapach rozwoju w dzieciństwie, np. w fazach analnej, oralnej czy fallicznej. Podczas sesji psychoterapii psychodynamicznej ważne jest, aby zidentyfikować i zinterpretować te nieświadome konflikty i ich reprezentację w obecnie występujących objawach oraz udostępnić je pacjentowi (wgląd) w celu ich emocjonalnego i poznawczego przetworzenia (Jarry, 2012). Z drugiej strony teorii relacji z obiektem wyjaśniają związek między wczesną historią psychologiczną a rozwojem zaburzeń obrazu ciała. Zgodnie z tą koncepcją obraz ciała kształtuje się na początku życia w interakcji między dzieckiem a matką – jako obiekt pierwotny. Ręce matki tworzą fizyczne granice ciała dziecka, a gdy dziecko zaczyna eksplorować otoczenie, obiekt pierwotny zaczyna pełnić rolę emocjonalnego wsparcia w tej eksploracji (Jarry, 2012). Dla dziecka ten proces jest trudny, dlatego wyłapuje przedmioty o właściwościach matczyńskich: przytulne, miękkie, pachnące. W późniejszym

rozwoju dziecko może używać obiektu pierwotnego jako obiektu przejściowego dzięki zdolności do symbolizacji. Oznacza to, że reprezentacja obiektu zewnętrznego zastępuje ucieleśnione doświadczenie matki i w kolejnych latach rozwoju dziecko może w pełni reprezentować umysłowo matkę bez żadnych obiektów przejściowych. Wniosek jest taki, że kluczową rolę w reprezentacji własnego ciała odgrywają przywiązanie do matki i jej stosunek do dziecka. Niepewne przywiązanie powoduje frustrację, strach i złość dziecka i powraca w formie objawów chorobowych. Doświadczenie cielesne służy odzyskaniu matki jako głównego obiektu oraz poczucia ulgi i bezpieczeństwa. Psychoterapia psychodynamiczna umożliwia interpretację znaczenia objawów chorobowych i integrację ram relacji z obiektem.

Dysregulacja emocji i wstyd w zaburzeniach odżywiania

Dysregulacja emocji ma związek z rozwojem i podtrzymaniem objawów zaburzeń odżywiania, a także jest skutkiem ich występowania. Osoby chorujące na zaburzenia odżywiania częściej niż inni doświadczają trudności w rozumieniu własnych emocji, a także wnioskowaniu o swoich stanach emocjonalnych. Dodatkowo skutkiem trudności w stosowaniu adaptacyjnych strategii regulacji emocji, impulsywności i ograniczeń poznawczych spowodowanych chorobą jest trudność regulowania emocji u osób z zaburzeniami odżywiania (Monell *et al.*, 2018). Badania pokazują, że problemy z regulacją emocji są mediatorem pomiędzy chronicznym wstydem a objawami zaburzeń odżywiania (Gupta *et al.*, 2008). Naukowo dowiedziono również, że kontrola nad jedzeniem stanowi nieadaptacyjną strategię regulacji emocji wstydu, u podłoża której leżą lęk przed oceną i obawa przed odrzuceniem ze strony innych (Ferreira *et al.*, 2015). Poczucie wstydu zewnętrznego i wewnętrznego wpływa na dążenie do szczupłości i potrzebę perfekcjonistycznego prezentowania się. Wcześniejsze doświadczenie poczucia niższości i nieatrakcyjności może się z kolei wiązać ze stosowaniem strategii perfekcjonistycznych, które polegają na nadmiernym zainteresowaniu jedzeniem i kontroli nad jedzeniem (Ferreira *et al.*, 2018).

NEURONALNE KORELATY WSTYDU

Poszukiwanie neuronalnych korelatów tak zwanych emocji samoświadomościowych, m.in. wstydu, stanowi jeden z głównych obszarów zainteresowań neuronauki społecznej (Müller-Pinzler *et al.*, 2016). Na podstawie wyników badań neuroobrazowych, jak również obserwacji pacjentów z uszkodzeniami mózgu uważa się, że istotną rolę w generowaniu wstydu/zakłopotania odgrywają obszary czołowe, skroniowe oraz limbiczne (np. Michl *et al.*, 2014). Liczne badania przy zastosowaniu funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (*functional magnetic resonance imaging*, fMRI) wykazały, że w wyniku odczuwania wstydu dochodzi do pobudzenia regionów mózgu zaangażowanych m.in.

w teorię umysłu (*theory of mind*, ToM) – np. bruzdy skroniowej górnej (*superior temporal sulcus*, STS) czy skrzyżowania skroniowo-ciemieniowego (*temporoparietal junction*, TPJ) (Finger *et al.*, 2006; Michl *et al.*, 2014; Moll *et al.*, 2007) – oraz w procesy samoświadomościowe – np. przedniej części kory zakrętu obręczy (*anterior cingulate cortex*, ACC) (Michl *et al.*, 2014; Moll *et al.*, 2007). Wydaje się to uzasadnione, jako że emocje samoświadomościowe, w porównaniu z podstawowymi, wymagają posiadania poczucia własnego „ja” oraz ToM, rozumianej jako umiejętność wnioskowania na temat stanów psychicznych innych osób, co czyni je charakterystycznymi dla człowieka (Roth *et al.*, 2014).

W badaniu Roth i wsp. (2014) uczestników poddano ocenie przy wykorzystaniu fMRI, podczas którego wywołano w nich poczucie wstydu/winy poprzez wspomnienie konkretnego wydarzenia autobiograficznego z ich życia. Emocje te aktywowały podstawowe obwody przetwarzania emocjonalnego, w tym ciało migdałowate, wyspę (*insula*) i prążkowie brzuszne (*ventral striatum*), a dodatkowo grzbietowo-przyśrodkową korę przedczołową (*dorsomedial prefrontal cortex*) (Roth *et al.*, 2014). Również inni badacze (Finger *et al.*, 2006; Moll *et al.*, 2007; Zhu *et al.*, 2019) w kontekście przetwarzania wstydu przypisują istotną rolę grzbietowo-przyśrodkowej korze przedczołowej jako obszarowi uważanemu za integrujący informacje o myślach i stanach emocjonalnych innych ludzi z naszymi własnymi. Urazowe uszkodzenie kory przedczołowej może skutkować odhamowaniem zachowania, spowodowanym brakiem zdolności do generowania wstydu, u osoby wcześniej wrażliwej na normy społeczne (Corrigan i Elkin-Cleary, 2018). Z kolei w eksperymencie Zhu i wsp. (2019) uczestników poddano ocenie fMRI podczas rzeczywistej interakcji społecznej, polegającej na „grze”, w której uczestnik przyjmował jedną z ról – doradcy lub decydenta. Słuszna odmowa przyjęcia rady przez decydenta wywoływała wstyd u doradcy, co wiązało się z aktywnością przyśrodkowej kory przedczołowej oraz przedniej części wyspy. Ten obszar wyspy jest responsywny podczas doświadczania bólu zarówno fizycznego, jak i psychicznego (np. poczucie samotności) (Müller-Pinzler *et al.*, 2016).

Zgodnie z wiedzą autorek dotychczas nie przeprowadzono badań neuroobrazowych, które identyfikowałyby wywołane wstydem zmiany na poziomie neuronalnym u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Możliwa wówczas byłaby interpretacja tych wyników w porównaniu z osobami zdrowymi. Badania podejmujące tę tematykę mogłyby się okazać pomocne w wyjaśnieniu patofizjologii zaburzeń odżywiania, skutkując możliwością opracowania udoskonalonych metod terapeutycznych.

TERAPIA WSTYDU

Praca z nieadaptacyjnym przeżywaniem wstydu powinna stanowić nieodłączny element pracy terapeutycznej w zaburzeniach odżywiania, ponieważ jest on integralnym elementem obrazu klinicznego tych zaburzeń i ma istotny wpływ

zarówno na podjęcie, jak i efektywność leczenia. Wyniki badań Swan i Andrews (2003) z udziałem 68 kobiet uczestniczących w terapii wykazały, że nawet po zakończeniu standardowych oddziaływań nieobejmujących tej problematyki, pomimo znaczącej redukcji w zakresie objawów, poziom wstydu u badanych nadal znacząco przewyższał ten obserwowany w populacji nieklinicznej. Zagadnienie to wydaje się więc szczególnie istotne i wymagające podjęcia dodatkowych, ukierunkowanych na nie badań.

Obiecującą propozycją terapeutyczną we wspomnianym obszarze wydaje się terapia skoncentrowana na współczuciu (*compassion-focused therapy*, CFT) (Gilbert, 2009), która została stworzona szczególnie z myślą o potrzebach pacjentów przewlekłe zmagających się z nasiloną psychopatologią, nieadaptacyjnym przeżywaniem wstydu oraz samokrytycyzmem. Dostępna jest również wersja przeznaczona dla osób z zaburzeniami odżywiania (*compassion-focused therapy for eating disorders*, CFT-E), opisana szczegółowo przez Goss i Allan (2014). Jest to kompleksowy program bazujący przede wszystkim na technikach poznawczo-behawioralnych, takich jak monitorowanie myśli i zachowań żywieniowych, ekspozycja, restrukturyzacja poznawcza czy rozwiązywanie problemów, jednak czerpiący również w znacznym stopniu z dorobku teorii przywiązania, teorii ewolucyjnych, neuropsychologii i psychologii społecznej. Opiera się on na trójkołowym modelu regulacji afektu (*three circles model of affect regulation*), w skład którego wchodzi trzy systemy: system zagrożenia (*the threat system*), system popędu i zdobywania zasobów (*the drive system and pride*) i system zadowolenia i ukojenia (*the soothing system*). Głównym celem terapii jest nauka rozumienia każdego z tych systemów, poruszania się w ich ramach oraz zarządzania nimi w bardziej adaptacyjny sposób. Cały proces dzieli się więc na trzy stadia: psychoedukację (*psychoeducation*), budowanie umiejętności (*capacity building*) oraz zdrowienie (*recovery*).

W badaniu Kelly i wsp. (2014) u pacjentów, którzy doświadczyli większego spadku poziomu wstydu w ciągu pierwszych 4 tygodni terapii, zaobserwowano też większą redukcję w zakresie objawów zaburzeń odżywiania. Warto dodać, że większy spadek poziomu wstydu wiązał się z większym wzrostem w zakresie samowspółczucia (*self-compassion*). Również badania dotyczące skuteczności CFT w kontekście pracy z osobami z zaburzeniami odżywiania są bardzo obiecujące. W jednym z nich monitorowano poznawcze i behawioralne aspekty zaburzeń odżywiania oraz poziom funkcjonowania społecznego i dobrostanu 99 pacjentów uczestniczących w CFT i uzyskano istotną statystycznie poprawę w zakresie każdej z mierzonych zmiennych (Gale *et al.*, 2014). Inne badanie, w którym porównywano skuteczność standardowych oddziaływań terapeutycznych z oddziaływaniami poszerzonymi o CFT, wskazało na istotnie większy spadek nieadaptacyjnego przeżywania wstydu, wzrost samowspółczucia oraz większą redukcję objawów zaburzeń odżywiania po 12 tygodniach terapii (Kelly *et al.*, 2017). Jak wskazują jednak Steindl i wsp. (2017), CFT-E jest

jeszcze na wczesnym etapie rozwoju i konieczne są dalsze badania ukierunkowane na ocenę jej skuteczności oraz eksplorujące jej mechanizmy.

PODSUMOWANIE

Przeprowadzony przegląd dotyczący psychopatologii, neurobiologii i terapii wstydu w zaburzeniach odżywiania ujawnia pewne istotne braki dostępności badań w tym zakresie. Istnieje niewiele badań dotyczących neuronalnych korelatów wstydu, funkcji wstydu w procesach regulacji emocji oraz opisujących nieadaptacyjne strategie regulacji emocji u osób z zaburzeniami odżywiania. Zebrane i przedstawione dane wskazują jednak, że wysoce zasadne klinicznie jest, aby interwencje terapeutyczne ukierunkowane na emocję wstydu były podejmowane od początku procesu leczenia, tym bardziej że wstyd jest emocją wyrażaną podczas terapii znacznie rzadziej niż inne emocje pacjentów. To właśnie wstyd stanowi jedną z najczęstszych przyczyn nieujawniania podczas terapii objawów o charakterze psychopatologicznym, z uwzględnieniem także zaburzeń odżywiania (Swan i Andrews, 2003). Ponadto wstyd jest emocją doświadczaną na wszystkich etapach rehabilitacji żywieniowej – ważnego elementu leczenia zaburzeń odżywiania, niezależnie od siły relacji terapeutycznej i rokowań pacjenta. Zaprezentowany przegląd dotyczący terapii wstydu skłania do wnioskowania, że obecnie istnieje niewiele podejść, programów terapeutycznych w tym zakresie ukierunkowanych na leczenie pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Wskazuje to na potrzebę badań neuroobrazowych, badań metodą pobierania próbek doświadczenia (*ecological momentary assessment*, EMA), szczególnie podłużnych i eksperymentalnych, w obszarze interwencji ukierunkowanych na poprawę percepcji, doświadczania, wyrażania i regulacji wstydu u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Przyczyny obniżonej skuteczności obecnych interwencji w przypadku zaburzeń odżywiania są wielorakie i należy wśród nich uwzględnić egosyntoniczną naturę zaburzeń, niezdolność lub niechęć pacjentów do konfrontacji z osobistymi, emocjonalnymi problemami poruszonymi podczas terapii oraz negatywny wpływ niedożywienia i wyniszczenia na funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne. Niewątpliwie objęcie wstydu terapią i umieszczenie jej w integratywnym modelu psychoterapii w zaburzeniach odżywiania przyczynią się do lepszej współpracy pacjentów i ich większego otwarcia na pracę nad objawami chorobowymi, które były do tej pory zablokowane w terapii poprzez wstyd.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Źródło finansowania

Niniejsza publikacja została przygotowana w ramach grantu NCN nr 2019/33/B/HS6/03009.

Piśmiennictwo

- Adamczyk A: Wstyd, poczucie winy i psychopatologia – podejście transdiagnostyczne. *J Educ Health Sport* 2017; 7: 420–434.
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E et al.: Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ 1978.
- Allan S, Gilbert P, Goss K: An exploration of shame measures – II: psychopathology. *Pers Individ Dif* 1994; 17: 719–722.
- Bailey JA 2nd: Self-image, self-concept, and self-identity revisited. *J Natl Med Assoc* 2003; 95: 383–386.
- Blythin SPM, Nicholson HL, Macintyre VG et al.: Experiences of shame and guilt in anorexia and bulimia nervosa: a systematic review. *Psychol Psychother* 2020; 93: 134–159.
- Breines J, Toole A, Tu C et al.: Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating. *Self Identity* 2014; 13: 432–448.
- Bruch H: *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa*. Harvard University Press, Cambridge 1978.
- Burney J, Irwin HJ: Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *J Clin Psychol* 2000; 56: 51–61.
- Coon D: *Essentials of Psychology: Exploration and Application*. 6th ed., West Publishing Company, 1994.
- Corrigan FM, Elkin-Cleary E: Shame as an evolved basic affect – approaches to it within the Comprehensive Resource Model (CRM). *Med Hypotheses* 2018; 119: 91–97.
- De Young KP, Lavender JM, Wonderlich SA et al.: Moderators of post-binge eating negative emotion in eating disorders. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 323–328.
- Duarte C, Pinto-Gouveia J: Body image as a target of victimization by peers/parents: development and validation of the Body Image Victimization Experiences Scale. *Women Health* 2017a; 57: 1061–1079.
- Duarte C, Pinto-Gouveia J: Can self-reassurance buffer against the impact of bullying? Effects on body shame and disordered eating in adolescence. *J Child Fam Stud* 2017b; 26: 998–1006.
- Ferreira C, Mendes AL, Trindade IA: Do shame and perfectionistic self-presentation explain the link between early affiliative memories and eating psychopathology? *Psychol Health Med* 2018; 23: 628–634.
- Ferreira C, Pinto-Gouveia J, Duarte C: Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: implications for eating disorders. *Eat Behav* 2013; 14: 207–210.
- Ferreira C, Trindade IA, Ornelas L: Exploring drive for thinness as a perfectionistic strategy to escape from shame experiences. *Span J Psychol* 2015; 18: E29.
- Finger EC, Marsh AA, Kamel N et al.: Caught in the act: the impact of audience on the neural response to morally and socially inappropriate behavior. *Neuroimage* 2006; 33: 414–421.
- Frank ES: Shame and guilt in eating disorders. *Am J Orthopsychiatry* 1991; 61: 303–306.
- Franzoni E, Gualandi S, Caretti V et al.: The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders: investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 185–193.
- Gale C, Gilbert P, Read N et al.: An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clin Psychol Psychother* 2014; 21: 1–12.
- Gilbert P: Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat* 2009; 15: 199–208.
- Gilbert P: The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *Br J Med Psychol* 1997; 70: 113–147.
- Goss K, Allan S: The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *Br J Clin Psychol* 2014; 53: 62–77.
- Gupta S, Zachary Rosenthal M, Mancini AD et al.: Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women. *Eat Disord* 2008; 16: 405–417.
- Hayaki J, Friedman MA, Brownell KD: Shame and severity of bulimic symptoms. *Eat Behav* 2002; 3: 73–78.
- Izard CE: *The Face of Emotion*. Appleton-Century-Crofts, New York 1971.
- Jarry JL: Psychodynamic perspectives on body image. In: Cash T (ed.): *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. Academic Press, Waltham 2012: 693–699.

- Józefik B, Iniewicz G (eds.): *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2008.
- Kelly AC, Carter JC, Borairi S: Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *Int J Eat Disord* 2014; 47: 54–64.
- Kelly AC, Wisniewski L, Martin-Wagar C et al.: Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: a pilot randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother* 2017; 24: 475–487.
- Lewis HB: *Shame and Guilt in Neurosis*. International Universities Press, New York 1971.
- Masheb RM, Grilo CM, Brondolo E: Shame and its psychopathologic correlates in two women's health problems: binge eating disorder and vulvodynia. *Eat Weight Disord* 1999; 4: 187–193.
- Michl P, Meindl T, Meister F et al.: Neurobiological underpinnings of shame and guilt: a pilot fMRI study. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2014; 9: 150–157.
- Moll J, de Oliveira-Souza R, Garrido GJ et al.: The self as a moral agent: linking the neural bases of social agency and moral sensitivity. *Soc Neurosci* 2007; 2: 336–352.
- Monell E, Clinton D, Birgegård A: Emotion dysregulation and eating disorders – associations with diagnostic presentation and key symptoms. *Int J Eat Disord* 2018; 51: 921–930.
- Müller-Pinzler L, Krach S, Krämer UM et al.: The social neuroscience of interpersonal emotions. In: Wöhr M, Krach S (eds.): *Social Behavior from Rodents to Humans*. Current Topics in Behavioral Neurosciences, vol 30. Springer, Cham 2016: 241–256.
- Nathanson DL: *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*. Norton, New York 1992.
- O'Connor LE, Berry JW, Weiss J: Interpersonal guilt, shame, and psychological problems. *J Soc Clin Psychol* 1999; 18: 181–203.
- Oliveira S, Marta-Simões J, Ferreira C: Early parental eating messages and disordered eating: the role of body shame and inflexible eating. *J Psychol* 2019; 153: 615–627.
- Oliveira VR, Ferreira C, Mendes AL et al.: Shame and eating psychopathology in Portuguese women: exploring the roles of self-judgment and fears of receiving compassion. *Appetite* 2017; 110: 80–85.
- Roth L, Kaffenberger T, Herwig U et al.: Brain activation associated with pride and shame. *Neuropsychobiology* 2014; 69: 95–106.
- Steindl SR, Buchanan K, Goss K et al.: Compassion focused therapy for eating disorders: a qualitative review and recommendations for further applications. *Clin Psychol* 2017; 21: 62–73.
- Swan S, Andrews B: The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *Br J Clin Psychol* 2003; 42: 367–378.
- Tangney JP, Marshall DE, Rosenberg K et al.: Children's and adults' autobiographical accounts of shame, guilt and pride experiences: an analysis of situational determinants and interpersonal concerns. Unpublished manuscript. 1994.
- Tangney JP, Wagner P, Gramzow R: Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1992; 101: 469–478.
- Troop NA, Allan S, Serpell L et al.: Shame in women with a history of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16: 480–488.
- Ward A, Ramsay R, Treasure J: Attachment research in eating disorders. *Br J Med Psychol* 2000; 73: 35–51.
- Woodward K, McIlwain D, Mond J: Feelings about the self and body in eating disturbances: the role of internalized shame, self-esteem, externalized self-perceptions, and body shame. *Self Identity* 2019; 18: 159–182.
- Zhu R, Feng C, Zhang S et al.: Differentiating guilt and shame in an interpersonal context with univariate activation and multivariate pattern analyses. *Neuroimage* 2019; 186: 476–486.