

Rușinea – stare emoțională complexă cu conotații sociale și implicații psihosomatice în patologie

Shame – an emotionally complex condition with social connotation and psychosomatic implications in pathology

Drd. Simona GROSSMAN¹, Prof. Dr. Ioan-Bradul IAMANDESCU²

¹Institutul de Schema Terapie, Tel-Aviv, Israel

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

REZUMAT

Rușinea este o stare emoțională complexă, experiență universală, a cărei influență poate fi extensivă dar de o natură evazivă, poate scăpa atenției specialiștilor. Experiența rușinii ca emoție separată și distinctă, este rar discutată, de cele mai multe fiind negată, ascunsă sau disimulată de emoții mai acceptabile pe plan social. Rezultant al deziluziei sinelui ideal, rușinea influențează atât respectul, cât și imaginea de sine, componente importante ale psihismului, cu implicații majore în personalitate. Fiind o emoție negativă puternică, se poate considera că poate afecta într-o măsură importantă sănătatea psihică și – prin corelatele sale somatice numeroase și intens exprimate, la nivel pluriorganic – activitatea somato-viscerală, având ca rezultat apariția a numeroase tulburări și boli psihosomatice între care și obezitatea, aleasă de autoare ca subiect al unei cercetări viitoare.

Cuvinte cheie: rușinea, sentimente morale, sine-social, patologie

ABSTRACT

Shame is a complex emotional state, a universal experience, whose influence can be extensive. Elusive by its nature, shame can escape the attention of specialists. Discussions on shame as a separate and distinct emotion are rare, most often being denied, hidden or concealed by more socially acceptable emotions. Offspring of a disappointed Ideal Self, shame reflects on Self Respect and Self Image, both important and influential components of the psyche, with major implications in personality. Being a strong negative emotion, shame can have an important and quite extensive influence on mental health through its numerous somatic correlates intensely and widely expressed at different organic level on somatovisceral activity – thus, resulting in the appearance of numerous disorders and psychosomatic diseases – among them obesity, which was chosen by the author as the subject of a future research.

Keywords: shame, moral emotions, social-self, pathology

CONCEPTUL PSIHO-SOCIAL

Definirea rușinii e o misiune grea, întrucât nu se poate face în mod succint, ea fiind o stare emoțională complexă, cu aspecte personale

atât intime cât și interpersonale, generate de o serie de circumstanțe, de regulă sociale, care pun individul într-o stare percepută (real sau eronat) ca fiind de inferioritate prin comparație cu ceilalți.

Adresă de corespondență:

Drd. Simona Grossman, Institutul de Schema Terapie, Tel-Aviv, Israel
E-mail: simona.grossman@gmail.com

În manualul de psihiatrie, Sadock & Sadock (1) definesc rușinea ca „un eșec de a trăi la nivelul așteptărilor de sine“. Deși corectă în esența ei, această definiție este foarte limitată și neexhaustivă, neexprimând daunele acestei trăiri. Sentimente de inferioritate, de incoerență, de incapacitate, de incompetență, de a fi disprețuit sau neluat în considerare de către alții fac parte din experiența de rușine, și sunt printre cele mai dureroase și devastatoare sentimente. Simțindu-se de-a dreptul lipsiți de protecție și expuși în fața altora, oamenii tind să disimuleze aceste sentimente, ascunzându-le atât de ei înșiși, cât și de ceilalți, dintr-o dorință de a dispărea, aceasta fiind o caracteristică comună în fenomenologia rușinii (2).

Rușinea este un sentiment existențial. B. Brown (3) susține că deși dureroasă, rușinea este o experiență universală, de care nimeni nu e scutit. Este singurul sentiment care uneori ne este impus să-l simțim: „Să-ți fie rușine!“ / „Shame on you!“ / „Honte a toi!“ etc. Rușinea este un sentiment moral – morală individuală cât și colectivă. Pe plan individual, rezultatul analizei Eului de către Eul Ideal influențează iubirea și stima de sine, iar pe plan colectiv sentimentul servește la respectarea și păstrarea unor limite, standarde și a ordinii dorite. Astfel, inadecvarea poate fi conștientizată și recunoscută de persoana în cauză sau poate fi menționată de remarcile celor din jur. Este un sentiment social care se răsfârge asupra identității și apartenenței sociale. Rușinea se poate resimți și în cazuri în care limitele personale nu sunt respectate de alții. Rușinea „se raportează la tot ce am vrea să ascundem fără să putem fugi sau dispărea“ (4).

Multiplicitatea și diversitatea situațiilor care pot induce rușine nu permit identificarea unui numitor comun, ele extinzându-se de la aspecte și caracteristici fizice, trăsături de personalitate, identitate, modul de acțiune, schimbări suferite și până la situații sociale și relații interpersonale.

În acest complex emoțional sunt incluse procese cognitive reflective, de evaluare a propriei persoane (aspect, poziție în situație, capacitate de respectare a normelor sociale dar și de a rezolva probleme etc.). Rușinea implică o autoevaluare negativă globală, în lumina anumitor standarde, în special standarde adoptate și de alții. Sinele însuși este obiectul care trezește această emoție, dar el e și cel care o trăiește (5). Autocondamnarea generalizată și copleșitoare la baza căreia se află sinele responsabil al eșecului suferit influențează profund stima de sine, în cazurile extreme putând duce la pierderea ei

(6). Teoria social cognitivă sugerează că aceia cu dispoziție la rușine întâmpină dificultăți și probleme inter-personale deoarece rușinea reduce atât calitatea soluțiilor, cât și capacitatea de a genera soluții eficiente, scăzând concomitent și încrederea în puterea de a le implementa (7). Incertitudini și convingeri disfuncționale asupra capacităților personale fac dificilă aplicarea lor, favorizând în acest mod renunțarea la o nouă încercare, care de multe ori poate deveni comportamentul preferat. Retragerea și renunțarea validează percepția subiectivă eronată, instaurând astfel o lipsă de eficacitate în diverse situații interpersonale. Conform postulatului lui Bandura (8), eficacitatea necesită încredere în capacitatea personală la o acțiune efectivă. Distorsiunea cognitivă care duce la retragere și renunț la o nouă încercare de a rezolva problema inter-personală, se poate generaliza inițiind și instaurând un cerc vicios în care eșecul scade stima de sine, care la rândul ei duce la retragere și renunțare, așteptările de viitor fiind de noi eșecuri și conflicte.

SURSE DE RUȘINE

Senzația de eșec sau de inferioritate (obiectivă sau subiectivă) în urma comparației cu performanțele și realizările reale a altora sau în urma auto-evaluării subiective prin „ochii“ altora, reprezentanți a unui etalon la care aspiră persoana, poate induce un sentiment de rușine. Asta ca urmare a decalajului perceput între Sine așa cum e *de facto* și ceea ce aspira să fie (Ego Ideal), conform idealurilor, scopurilor și standardelor internalizate (9, 10).

Aristotel (11) credea că rușinea nu se resimte la orice vârstă, ci numai în adolescență, văzând-o ca fiind legată de anumite acțiuni care necesită o dexteritate pe care tinerii încă nu au achiziționat-o îndeostul. Astfel fiind mai expuși greșelilor, sunt cei expuși sentimentului de rușine.

Vincent de Gaulejac (6) enumeră diferitele soiuri de rușine care se disting conform surselor de proveniență:

- corporală – igiena corporală, vestimentația, aspect, stare a sănătății (boli vizibile sau cu diagnostic stigmatizantă), handicapuri fizice;
- sexuală – expunerea intimității, impotența și insatisfacția sexuală;
- psihică – senzația unui colaps intern care acompaniază pierderea dignității și a stimei de sine atunci când Ego-ideal nu e

satisfăcut (educație severă care poate slăbi puterea de rezistență la sentimente negative, stres, abuzuri, post trauma);

- socială – stigmatizarea persoanei pe baza identității, rasei, religiei sau a statutului social sau cultural;
- ontologică sau rușinea empatică (2) – reprezintă situații în care persoana e martora unor acte inumane, fie în mod activ sau pasiv.

Această clasificare teoretică ordonează și exemplifică multitudinea situațiilor personale și interpersonale care pot provoca rușinea. De asemenea, se pot observa mai clar liniile de-a lungul cărora se poate dezvolta acest sentiment, ele oscilând între motive individuale și colective, intime și sociale, personale sau de grupă. Deseori, sursele rușinii sunt idiosincretice și nu se exclud ci din contră, există evidențe ale interacțiilor între diversele surse (2).

Așadar, rușinea se poate concepe de fapt ca un „meta-sentiment“, având la bază elemente afective, sexuale, emoționale și sociale stresante cu o axă comună: încălcarea unei reguli sau a unui standard însoțit de o auto-evaluare negativă și resimțirea unei nepotriviri globale care blochează posibilitatea unei expresii efective, existența persoanei fiind „inundată“ de rușine, în extremă ducând la senzația de destrămare internă, pierdere a identității și o senzație de vid, o adevărată „clinică a dispariției“ (12).

CONSECINȚE ÎN PLAN PSIHO-COMPORTAMENTAL

Distincția între diversele forme ale rușinii este unul din subiectele investigate în ultimul deceniu. Rușinea poate servi ca un semnal de alarmă a cărui funcție protectivă se formează în copilărie, în cadrul relațiilor familiare cotidiene. Aceasta este o reacție integrativă, consecință a unei experiențe fără repercusiuni asupra structurii personalității.

Forma mai gravă și generalizată a rușinii (rușine toxică sau dispoziția la rușine) poate fi dăunătoare individului, provocând datorită cronicității ei o leziune narcisistă, persoana simțindu-se disprețuită și nedemnă de respect, atât în proprii ochi, cât și în ochii celorlalți. Poziționarea privirii (propria privire sau a anturajului), distingând între dispoziția internă la rușine (senzația Sinelui defectiv și lipsit de valoare) și dispoziția externă la rușine (gândul la tine însuși ca obiect demn de rușine în ochii altora) (13,14).

Abordând concomitent atât aspectul social, cât și cel psihologic, Furtos & Lavalle (12) disting între trei situații importante de rușine socială: sărăcia, nesiguranța socială și excluderea ca urmare a imposibilității de a atinge anumite standarde sociale și patru grade de rușine cu implicații psiho-comportamentale specifice. Astfel, simptomatologia psihopatologică e mai acută și dăunătoare în cazul nesiguranței și a excluderii sociale. Gradele de rușine enunțate sunt:

- Respectul/smerenia, echivalent cu rușinea reactivă, pozitivă (6,15,16), o bună conduită socială care atunci când lipsește, îi face pe cei din jur să se simtă de fapt rușinați;
- Pudoarea, un element constitutiv al integrității personale care se referă la spectrul intim;
- Rușinea roșie, care se produce instantaneu atunci când inconștientul a fost descoperit în mod involuntar se referă la dezvăluirea unei dorințe sau fantasmă și se poate resimți ca fiind foarte violentă, deoarece se petrece brusc, în mod neașteptat și necesită o schimbare în gestionarea energiei psihice, schimbare cu potențial patogenic;
- Rușinea albă care afectează integritatea persoanei, asemănătoare morții, care duce la dispariția simptomelor specifice – paliditate, mutism, senzație de vid și slăbiciune totală. Perpetuarea situațiilor în care persoana se simte transparentă, în nesiguranță socială sau chiar exclusă poate induce o rușine cronică, o suferință puternică, catastrofală și neexprimată, patologică.

În timp ce rușinea roșie e localizată, cea albă e generală, o rușine existențială (17). Rușinea albă se poate resimți ca o disociere sau o depersonalizare.

BOLILE SOMATICE ȘI RUȘINEA

În afara faptelor de neconceput, umilitoare și periculoase din punct de vedere social, și bolile somatice stârnesc rușinea. Poate e greu de conceput acest lucru, căci în mod firesc intuim că boala trezește mai degrabă sentimente de compasiune, grijă, înțelegere sufletească și acompaniament afectiv. După cum am menționat și mai sus, rușinea nu e legată numai de situații sociale, ci e consubstanțială raportului pe care omul îl menține cu el însuși, cu corpul său și cu alții.

Rușinea generalizată poate duce nu numai la pierderea interesului și a inițiativei sociale, ci și la reducerea interesului de sine, aceasta răsfârându-se asupra corpului și provocând o dezorganizare sau chiar o tulburare psihosomatică.

Rușinea poate fi resimțită chiar și în cazurile simple, când în mod brusc individul este constrâns să dezvăluie date intime în scopul menținerii stării de sănătate. Această situație implică o renunțare la modurile de apărare obișnuite, folosite pentru a menține limita între ceea ce persoana e dispusă să exprime și ceea ce păstrează în intimitate. Conștientizarea și recunoașterea unei boli care impune sfatul sau intervenția unui specialist implică o breșă a intimității care poate fi acceptată pentru a beneficia de un tratament eficient. Deși cazurile mai complicate necesită analize mai minuțioase și investigații aprofundate, ele tind să se centreze pe simptomele manifestate, de multe ori, specificitatea lor nepermițând înțelegerea și tratarea angoasei care acompaniază boala.

Trăind în epoca în care expunerea la publicitate și la mass-media care promovează norme fizice și estetice bine definite, imaginea corporală ocupă un loc din ce în ce mai central în conceptul de Sine, crescând astfel sensibilitatea la diverse caracteristici fizice ideale. Nesatisfăcuți cu corpul lor, tineri și bătrâni, femei și bărbați apelează din ce în ce mai mult la intervenții chirurgicale, în speranța unei reabilitări a siguranței în societate și a stimei de sine.

Rușinea servește ca substrat patologic în diverse boli și tulburări, precum: anxietate socială (18); PTSD (19,20,21); comportament agresiv ca urmare a unei leziuni narcisiste (22); depresie (23,24); suicid (25) etc.

În ultimul deceniu s-a dovedit că rușinea orchestrează o serie de schimbări psiho-biologice.

Astfel, situațiile stresante, cu potențial dăunător sinelui social provoacă creșterea activității citokinelor pre-inflamatorii și a cortizolului, simultan cu creșterea rușinii și, implicit, scăderea stimei de sine (26). Cu alte cuvinte, persistența rușinii, cu stările afective și cognitive aferente poate influența în mod negativ starea fiziologică și sănătatea, așa încât amenințări cronice asupra sinelui social pot perturba activitatea sistemului imunitar. În plus, rușinea a fost identificată ca un factor patogen și în tulburări de alimentație, Kaufman (13) denumindu-le chiar tulburări ale rușinii, deoarece investigațiile au dovedit că rușinea și vinovăția pot precipita stări de alimentare compulsivă, dar ele pot să apară și după astfel de episoade. Crescând

vulnerabilitatea individului, rușinea poate activa ca factor de risc în dezvoltarea patologiei, dar poate apărea ca o consecință a tulburării, ca parte din fenomenologia ei. Bineînțeles, ea poate opera atât premergător tulburării, cât și după apariția ei. Chiar și în condiția în care simptomatologia depresivă a fost controlată, s-a găsit o relație semnificativă între tulburările de alimentație și rușine (27), rușinea raportându-se atât la percepția aspectului corporal, cât și la obiceiurile alimentare. Frica de a atrage atenție negativă duce la o izolare, care la rândul ei nu permite primirea unui ajutor util, rușinea fiind și un factor de întreținere a tulburării. O explicație posibilă, propusă de Skarderud (28) susține că valorizarea excesivă a controlului de sine în cultura modernă trezește rușinea atunci când pierderea lui e eminentă.

Important de menționat – atenția teoretică și experimentală necesară în diferențierea între vinovăție și rușine. Ambele sentimente se pot defini ca sentimente morale și sociale care implică o auto-evaluare negativă într-un context social, dar diferențiindu-se prin focarul auto-criticii și al comportamentului rezultat. În timp ce auto-critica în vinovăție se centrează pe consecințele acțiunilor văzute ca abateri comportamentale care încalcă o normă personală, rușinea se centrează pe caracteristicile de bază ale sinelui care nu se conformă unor norme colective (29). În timp ce vinovăția e recunoscută din dorința de a remedia efectul acțiunii săvârșite, rușinea tinde să fie negată, ascunsă sau chiar neconștientizată. Astfel vinovăția implică orientarea către ceilalți, crescând capacitatea de empatizare și a dorinței de integrare socială, pe când rușinea absoarbe atenția asupra ființei nereușite, crescând preocuparea cu mascarea defectelor înfricoșătoare și înspăimântătoare (30). Deși negative, aceste sentimente morale sunt necesare în societate la menținerea limitelor și ordinii, altminteri, lipsa lor putând duce la comportament anti-social (psihopatic), dăunător.

În timp ce rezultatele empirice din ultimii ani confirmă postulatele teoretice, dispoziția la vinovăție având o relație inversă sau nulă cu simptomele psihopatologice, în timp ce dispoziția la rușine însăși sau variantele comune ale vinovăției și rușinii sunt asociate pozitiv cu simptome psihopatologice și somatice negative (31,32,33). De asemenea, rezultatele indică existența unei diferențe în stilul de atribuire priuitor evenimentelor negative, așa încât stilul celor cu dispoziție la rușine fiind stabil și global, stil

de atribuire de tip depresogenic, poate explica stresul psihologic resimțit de cei cu dispoziție la rușine.

Cercetarea rolului rușinii în tulburările de alimentație aflându-se încă într-un stadiu

primar, e necesar a continua investigațiile pentru o înțelegere mai profundă a rolului rușinii, cât și a mecanismului ei de acțiune, ele fiind de o mare importanță în formularea unor tehnici terapeutice eficiente.

BIBLIOGRAFIE

1. **Sadock B.J., Sadock V.A.** Synopsis of Psychiatry – Behavioral sciences/Clinical Psychology. 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
2. **Lewis M.** Shame: the exposed self. New York: The Free Press, 1995.
3. **Brown B.** I thought it was just me (but it isn't): telling the truth about perfectionism, inadequacy, and power. New York: Gotham Books, 2008.
4. **Levinas E.** On Escape: De l'evasion. Stanford University Press, 2003.
5. **de Rivera J.H.** A structural theory of the emotions. New York: International Universities Press, 1977.
6. **de Gaulejac V.** Les sources de la honte. Desclée de Brouwer, 2008.
7. **Tangney J.P., Dearing R.L.** Shame and Guilt. Guilford Press, 2004.
8. **Bandura A.** Self-efficacy: the exercise of control. New-York: Freeman, 1997.
9. **Babcock M.K.** Embarrassment: A window on the self. Journal for the theory of social behavior, 1988; 18(4): 459-483.
10. **Thrane G.** Shame. Journal for the theory of social behaviour, 1979; 9(2):139-166.
11. **Aristotel.** The Nicomachean Ethics, book 4, ch.9
12. **Furtos J., Laval C.** L'individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de precarite Introduction a une Clinique de la disparition. Confrontations Psychiatriques, 1998; 39: 373-398.
13. **Kaufman G.** The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-based Syndromes. New York: Springer, 1989.
14. **Gilbert P.** Evolution, social roles and the differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly*, 2003; 70(4): 1205-1230.
15. **Bradshaw J.** Healing the shame that binds you. Deerfield Beach, FL: Health Communications, 1988.
16. **Zupancic M., Kreidler M.** Shame and the fear of feeling. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1998; 34: 29-34.
17. **Cicccone A, Ferrant A.** Honte, culpabilité et traumatisme. Paris: Dunod, 2009.
18. **Michail M., Birchwood M.** Social Anxiety Disorder and Shame Cognitions in Psychosis. *Psychological Medicine*, 2013; 43(1): 133-142.
19. **Karl A., Rabe S., Zöllner T. et al.** Negative self-appraisals in treatment-seeking survivors of motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 2009; 23:775-781.
20. **Leskala J., Dieperink M., Thuras P.** Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 2002; 15: 223-226.
21. **Owens G., Chard K.** Cognitive distortions among women reporting childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 2001; 16: 178-191.
22. **Trumbull D.** Shame: an acute stress response to interpersonal traumatization. *Psychiatry*, 2003; 66(1):53-64
23. **Matos M., Pinto-Gouveia J.** Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2010; 17: 299-312.
24. **Shahar G.** Personality, Shame, and the Breakdown of Social Bonds: The Voice of Quantitative Depression Research. *Psychiatry*, 2001; 64(3): 228-239.25.
25. **Wilson J.P., Drozdek B., Turkovic S.** Posttraumatic shame and guilt. *Trauma, Violence and Abuse*, 2006; 7: 122-141.
26. **Dickerson S.S., Gruenewald T.L., Kemeny M.E.** When the social self is threatened: Shame, physiology, and health. *Journal of Personality*, 2004; 72(6): 1192-1216.
27. **Swan S., Andrews B.** The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 2003; 42(4): 367-378.
28. **Skarderud F.** Shame and pride in anorexia nervosa: A qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review*, 2007; 15: 81-97.
29. **Tangney J.P.** Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1992; 18: 199-206.
30. **Tangney J.P.** Shame and guilt in interpersonal relationships. In Tangney JP, Fisher KW (Ed.). Self-conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment and pride, 1995:114-142.
31. **Pineles S.L., Street A.E., Koenen K.C.** The Differential Relationships of Shame-Proneness and Guilt-Proneness to Psychological and Somatization Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2006; 25(6): 688-704.