

PSYCHOLOGIA
OSOBOWOŚCI

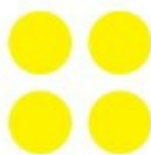
Philip G. **ZIMBARDO**
Robert L. **JOHNSON**
Vivian **McCANN**

PSYCHOLOGIA

*Kluczowe
koncepty*



PWN



PSYCHOLOGIA
OSOBOWOŚCI

Philip G. ZIMBARDO
Robert L. JOHNSON
Vivian McCANN

PSYCHOLOGIA

 PWN

Dane oryginału

Philip Zimbardo, Robert L. Johnson, Vivian McCann

Psychology: Core Concepts, Sixth Edition

Authorized translation from the English language edition, entitled: Psychology: Core Concepts, Sixth Edition, ISBN: 0-205-54788-5; by Philip Zimbardo, Robert L. Johnson, and Vivian McCann; published by Pearson Education, Inc, publishing as Allan & Bacon, Copyright © 2009 by Philip Zimbardo.

Autoryzowane tłumaczenie z języka angielskiego książki pt. Psychology: Core Concepts, wydanie szóste, ISBN: 0-205-54788-5, autorstwa Philipa Zimbardo, Roberta L. Johnsona i Vivian McCann, opublikowanej przez Pearson Education Inc, wydające jako Allyn & Bacon, Copyright © 2009 Philip Zimbardo.

Projekt okładki, strony tytułowych i wnętrza

Agata Muszalska

Ilustracje na okładce

Shutterstock: a9photo; Jan Martin Will

Redaktor inicjujący

Monika Pujdak-Brzezinka

Redaktor

Małgorzata Żakowska-Kasprzewska

eBook został przygotowany na podstawie wydania papierowego z 2015 r. (wyd. I - 4 dodruk)

Warszawa 2015

ISBN 978-83-01-18387-5

Wydawnictwo Naukowe PWN SA

tel. 22 69 54 321; faks 22 69 54 288

infolinia 801 33 33 88

e-mail: pwn@pwn.com.pl; www.pwn.pl

Skład wersji elektronicznej na zlecenie Wydawnictwa Naukowego PWN: Marcin Kapusta.

Spis treści

Wstęp do wydania polskiego

Wprowadzenie

Podziękowania

1. Osobowość: teorie dotyczące osoby jako całości

1.1 Jakie czynniki kształtują osobowość?

Biologia, natura ludzka i osobowość

Wpływ wychowania: osobowość
a środowisko

Wpływy natury: dyspozycje i procesy
psychiczne

Społeczne i kulturowe uwarunkowania
osobowości

1.2 Jakie stałe wzorce lub dyspozycje składają
się na osobowość?

Osobowość a temperament

Osobowość jako zespół cech

Zaburzenia osobowości

1.3 Jakie *procesy* psychiczne zachodzą w osobowości?

Teorie psychodynamiczne: nacisk na motywację i zaburzenia psychiczne

Teorie humanistyczne: nacisk na ludzkie możliwości i zdrowie psychiczne

Teorie społeczno-poznawcze: nacisk na uczenie się społeczne

Trendy współczesne: osoba w systemie społecznym

1.4 Jakimi „teoriami” posługują się ludzie, aby rozumieć siebie i innych?

Ukryte teorie osobowości

Autonarracje: opowieści o naszym życiu

Wpływ kultury na nasze poglądy dotyczące osobowości

2. Zaburzenia psychiczne

2.1 Czym są zaburzenia psychiczne?

Ewolucja poglądów na zaburzenia psychiczne

Wskaźniki nienormalności

Ostrzeżenie dla czytelników

2.2 Jak są klasyfikowane zaburzenia psychiczne w *DSM-IV*?

Ogólna charakterystyka systemu klasyfikacyjnego DSM-IV

Zaburzenia nastroju

Zaburzenia lękowe

Zaburzenia pod postacią somatyczną

Zaburzenia dysocjacyjne

Schizofrenia

Zaburzenia rozwojowe

Zaburzenia przystosowania i inne stany kliniczne

Różnice między płciami w zakresie zaburzeń psychicznych

2.3 Jakie są konsekwencje etykietowania

ludzi?

Etykiety diagnostyczne, etykietowanie
i depersonalizacja

Kontekst kulturowy zaburzeń
psychicznych

3. Terapie zaburzeń psychicznych

3.1 Czym jest terapia?

Decyzja o rozpoczęciu terapii

Przymierze terapeutyczne i cele terapii

Terapia w kontekście historycznym
i kulturowym

3.2 W jaki sposób psycholodzy leczą zaburzenia psychiczne?

Terapie wglądowe

Terapie behawioralne

Terapia poznawczo-behawioralna: synteza

Ocena terapii psychologicznych

3.3 W jaki sposób stosuje się podejście biomedyczne w leczeniu zaburzeń

psychicznych?

Farmakoterapia

Inne medyczne terapie zaburzeń
psychicznych

Hospitalizacja i jej alternatywy

3.4 Jak wypada porównanie terapii
psychologicznych i biomedycznych?

Depresja: leczenie psychologiczne
a leczenie medyczne

Zaburzenia lękowe: leczenie
psychologiczne a leczenie medyczne

Schizofrenia: leczenie psychologiczne
a leczenie medyczne

„Studnia zmartwień”: nie wszyscy
potrzebują leków

Słownik pojęć

Bibliografia

Wykaz źródeł ilustracji

Wstęp do wydania polskiego

Jestem zaszczycony, że mój Wydawca w Polsce, Wydawnictwo Naukowe PWN, zdecydował się nie tylko przetłumaczyć mój amerykański, psychologiczny tekst na język polski, ale również uczynić go zrozumiałym dla każdego Czytelnika. Nie zdarzyło się to wcześniej w żadnym kraju z żadnym podręcznikiem z założenia przeznaczonym wyłącznie dla studentów. Podczas moich licznych wizyt w Polsce (Warszawa, Wrocław, Kraków, Oświęcim) przekonałem się o wysokim poziomie intelektualnym Polaków. Z pasją tworzą, czytają, dzielą się wiedzą, uczestniczą w debatach, co nie jest zbyt powszechne w większości krajów, które odwiedziłem, a także w moim własnym. Byłem zachwycony, widząc tysiące zwykłych ludzi, którzy odwiedzili ostatnie targi książki w Warszawie, przychodzili całymi rodzinami i kupowali mnóstwo książek. Niezależnie od przyczyn, taki pęd do wiedzy jest dla mnie, jako nauczyciela i autora, niewątpliwym źródłem radości.

Mam nadzieję, że lektura sprawi Wam przyjemność – ja i pozostali Współautorzy przedstawiliśmy w tej książce obszerną wiedzę, dotyczącą w naszym przekonaniu najbardziej kluczowych, podstawowych koncepcji i idei w psychologii. Ma to szczególne znaczenie dla tych Czytelników, którzy nie mogli studiować, a także dla tych, którzy już dawno ukończyli kurs psychologii i chcieliby pozostać na bieżąco ze wszystkimi ekscytującymi nowościami w tej dziedzinie. Zachęcam również do wyrażania opinii na temat książki, jej najciekawszych fragmentów, najważniejszych przekazów oraz przedstawiania propozycji udoskonalenia kolejnego wydania.

Pozdrawiam serdecznie i ciepło
Phil Zimbardo

Wprowadzenie

Drogi Czytelniku

oddajemy do Twoich rąk czwarty z pięciu tomów nowoczesnego podręcznika psychologii. W poszczególnych tomach znalazły się następujące treści:

tom I: **PODSTAWY PSYCHOLOGII**

tom II: **MOTYWACJA I UCZENIE SIĘ**

tom III: **STRUKTURA I FUNKCJE ŚWIADOMOŚCI**

tom IV: **PSYCHOLOGIA OSOBOWOŚCI**

tom V: **CZŁOWIEK I JEGO ŚRODOWISKO**

Tematy kolejnych tomów dzielą podręcznik na względnie niezależne całości. W założeniu książka ta jest nie tylko podręcznikiem akademickim przeznaczonym dla studentów pierwszego roku studiów psychologicznych i pokrewnych, ale polecamy ją także wszystkim tym Czytelnikom, których kontakty z psychologią, z racji wykonywanego zawodu i zainteresowań są wybiórcze i niesystematyczne: pedagogom, socjologom, pracownikom socjalnym, prawnikom, oraz wszystkim pozostałym pasjonującym się psychologią jako dziedziną wiedzy. Nasz wysiłek włożony w budowanie systemu pojęć psychologicznych od podstaw czyni tę książkę dostępną właściwie dla każdego, zarówno w całości, jak i w częściach.

W pisaniu *Psychologii. Kluczowych koncepcji* od początku przyświecała nam intencja zaoferowania studentom i wykładowcom podręcznika, który łączyłby w sobie zaawansowane wprowadzenie w obszar psychologii z dydaktyką opartą na stosowaniu zasad psychologii do nabywania wiedzy z tej dziedziny, a wszystko to w ramach dającej się ogarnąć liczby stron. W zamierzeniu jest to

synteza wielkiej nauki z wielkim nauczaniem, alternatywa w stosunku do tradycyjnie oferowanych podręczników – przytłaczająco encyklopedycznych lub zbyt ubogich w podstawowe treści. Mamy nadzieję, że Czytelnicy polubią wprowadzenie do psychologii zaoferowane w naszej książce – zarówno treść, jak i narzędzia dydaktyczne. W końcu jest to podręcznik, który konsekwentnie odwołuje się do dobrze ugruntowanych zasad psychologicznych. Oto najważniejsza z nich. Podręcznik *Psychologia. Kluczowe koncepcje* był inspirowany klasycznymi badaniami nad ekspertami szachowymi.

Badania pokazały, że eksperci szachowi wcale nie byli lepsi od nowicjuszy w zapamiętywaniu pozycji figur na szachownicy w przypadku losowego układu pionków (de Groot, 1965). Wykazywali przewagę jedynie wtedy, gdy układy figur miały sens – ponieważ reprezentowały faktyczne sytuacje spotykane w grze. To wyraźnie pokazuje, że sensowne wzorce są łatwiejsze do zapamiętania niż układ losowy.

Stosując tę zasadę do naszego podręcznika, przegląd zagadnień z dziedziny psychologii przedstawiliśmy w postaci sensownych wzorców, które pomogą Ci łatwiej zapamiętać treść, a później zastosować tę wiedzę we własnym życiu.

Do realizacji założonego celu zastosowaliśmy **ujednolicenie struktury poszczególnych rozdziałów** według następującego schematu:

PROBLEM

Na początku każdego rozdziału został postawiony ważny problem, a zawarte w nim narzędzia umożliwiają Czytelnikowi jego rozwiązanie. Rozważanie *czy jesteśmy w stanie rzetelnie odróżnić zaburzenie psychiczne od zachowania, które jest jedynie dziwaczne?* (rozdz. 2) lub analiza *sposobów dokonywania wyboru spośród dostępnych form terapii dla któregośkolwiek z zaburzeń psychicznych* (rozdz. 3) to przykłady takich problemów.

MYŚL PRZEWODNIA

Poszczególne rozdziały składają się z kilku podrozdziałów, z których każdy jest zorganizowany wokół jednej, klarownej idei nazwanej **MYŚLĄ PRZEWODNIĄ**. Oto, dla przykładu, czwarta myśl przewodnia z rozdziału 1:

Nasze pojmowanie samych siebie i innych ludzi opiera się na ukrytych teoriach osobowości i na naszych auonarracjach, które są uwarunkowane kulturowo

Jest to główna idea, wokół której jest zorganizowanych około 30 kolejnych stron tekstu. Podczas czytania każdego podrozdziału, utrzymywanie tej idei w myślach pomoże Ci zakodować nowe terminy i idee pochodne, zachować je w pamięci, a potem wydobyć w momencie sprawdzania wiedzy. Zgodnie ze starym powiedzeniem, **MYŚLI PRZEWODNIE** stają się „lasem”, a szczegóły zawarte w rozdziale „drzewami”.

KLUCZOWE PYTANIE

Każda **MYŚL PRZEWODNIA** jest poprzedzona **KLUCZOWYM PYTANIEM**, które stanowi także tytuł podrozdziału. Oto kluczowe pytanie do przytoczonej wcześniej myśli przewodniej:

JAKIMI „TEORIAMI” POSŁUGUJĄ SIĘ LUDZIE, ABY ROZUMIEĆ SIEBIE I INNYCH?

KLUCZOWE PYTANIA pomogą Ci przewidzieć najważniejsze kwestie zawarte w danej części tekstu. **MYŚL PRZEWODNIA** dostarcza zawsze krótkiej odpowiedzi na kluczowe pytanie, które można porównać do długich świateł samochodu, pomagających kierowcy skoncentrować się na tym, co się znajduje przed nim, i reagować z wyprzedzeniem na to, co wkrótce się pojawi. Nasze kluczowe pytania powinny Ci

także posłużyć jako wskazówka do stawiania własnych pytań na dany temat.

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Ponieważ zależało nam, aby lektura naszej książki wymagała także Twojej własnej sensownej aktywności, wprowadziliśmy równocześnie rodzaj ćwiczeń w myśleniu „jak psycholog”. Psychologia ma wiele odniesień do wydarzeń z życia codziennego. Z naszych rozważań we wspomnianym już rozdziale 2 na temat odróżniania zachowań związanych z zaburzeniami psychicznymi od takich, które można uznać za dziwactwa, wynika np. następujące zagadnienie dotyczące problemu niepoczytalności:

Niepoczytalność nie jest terminem psychologicznym ani psychiatrycznym i, wbrew popularnej opinii, jest rzadko stosowana jako argument obrony.

W książce znajduje się również specjalny rodzaj **Zagadnień psychologicznych: Zastosowanie psychologii do uczenia się psychologii**. Poświęcone temu tematowi fragmenty poszczególnych rozdziałów wyjaśniają, w jaki sposób Czytelnik (przeważnie student) może zastosować nowo nabytą wiedzę psychologiczną do zwiększenia efektywności własnego funkcjonowania. Na przykład w rozdziale 2 odradzimy Ci wykorzystywanie swojej nowo nabytej wiedzy o zaburzeniach psychicznych do diagnozowania Twojej rodziny i przyjaciół oraz pokażemy, że naruszanie tego zakazu jest powodem kłopotów w przypadku wielu studentów psychologii. Pomyśl więc „jak psycholog” także o sobie samym.

WŁĄCZ MYŚLENIE KRYTYCZNE

Na końcu każdego rozdziału poprosimy Cię o aktywne rozważenie zagadnień przewijających się w dyskusjach psychologów i zagadnień obecnych w mediach, takich jak np. natura nieświadomości i podprogowej perswazji. Każde z tych zagadnień wymaga

sceptycznej postawy i zastosowania **specjalnego zestawu umiejętności z zakresu krytycznego myślenia**, które przedstawiamy w rozdziale 1 tomu I. Doniesienia medialne są częstym źródłem problemów psychologicznych. Zauważ, jak często napotykaś wiadomości prasowe zawierające twierdzenia, które zaczynają się od słów „badania pokazują, że...”, np.: „bliźnięta wychowywane osobno wykazują mimo to mnóstwo podobieństw w rozwijaniu różnych funkcji i sprawności” (zob. rozdz. 3, t. I). Po lekturze tej książki staniesz się znacznie mądrzejszym odbiorcą takich rewelacji, które często bywają nieprawdziwe i mylące. Pytania, na które należałoby sobie odpowiedzieć, oceniając ich wartość, są następujące: Jakie jest źródło informacji? Czy twierdzenie ma charakter umiarkowany, czy kategoriyczny? Jakie są dowody? Czy wnioski mogą być zniekształcone przez tendencyjność w myśleniu? Czy w rozumowaniu nie popełniono typowych błędów logicznych? Czy zagadnienie wymaga ujęcia z wielu perspektyw jednocześnie?

ZRÓB TO SAM!

Innym sposobem pobudzenia Twojego umysłu są krótkie, proste zadania do wykonania. W różnych miejscach książki zamieszczone zostały ilustracje omawianych zjawisk i praw psychologicznych wraz z instrukcjami do wykonania ćwiczenia. Pozwolą Ci one przekonać się o istnieniu jakiegoś efektu albo umożliwią prosty pomiar jakiejś Twojej cechy lub sprawności. Może to być np. przedstawiona w rozdziale 1 propozycja określania umiejscowienia własnego poczucia kontroli na podstawie kilku twierdzeń z testu Rotterowskiej Skali Wewnętrznej–Zewnętrznej Kontroli.

Sprawdź, czy rozumiesz

Ponieważ po lekturze treści poszczególnych rozdziałów dla wielu Czytelników, takich jak Ty, przyjdzie pora testowania przyswojonej wiedzy, postanowiliśmy podpowiedzieć Ci parę pytań dotyczących głównie rozumienia przeczytanych treści. Temu właśnie służą quizy

znajdujące się na końcu każdego podrozdziału. Dają one okazję do szybkiego sprawdzenia, czy przyswoiłeś sobie przeczytane właśnie zagadnienia. Niektóre pytania wymagają prostego przypomnienia, inne głębszej analizy i przejrzenia materiału. Część quizów ma postać pytań z kilkoma odpowiedziami do wyboru, inne – pytań wymagających krótkich odpowiedzi opisowych. Te ćwiczenia pomogą Ci określić, w jakim stopniu opanowałeś materiał.

więcej znajdziesz w

Wskazówki zawarte w odsyłaczach „**więcej** znajdziesz w” – odwoływanie się do wątków zawartych w różnych miejscach książki – są elementem budowania siatki pojęciowej wiążącej ze sobą ważne treści, niezależnie od ich rozmieszczenia. Przykładowo, w podrozdziale 2.2, o klasyfikowaniu zaburzeń psychicznych, w części na temat zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), znajdziesz odsyłacz do rozdziału 1 z tomu I, gdzie po raz pierwszy były omawiane badania przyczyn nadpobudliwości, a także odwołanie do rozdziału 1 z tego tomu, gdzie znajdziesz rozważania o długotrwałym charakterze zaburzeń osobowości i ich wpływie na podstawowe cechy osobowości.

Podsumowanie rozdziału

Żeby zapewnić Ci możliwość wstępnego przeglądania podstawowych kwestii z każdego rozdziału i ułatwić jego powtórkę, napisaliśmy ***Podsumowania rozdziałów***. Podsumowania są zorganizowane wokół KLUCZOWYCH PYTAŃ i MYŚLI PRZEWODNICH przedstawionych w rozdziale. Chcemy Cię jednak ostrzec, zwłaszcza jeśli jesteś studentem, że przeczytanie podsumowania nie zastąpi przeczytania rozdziału. Natomiast w celu zdobycia ogólnej orientacji, zalecamy przeczytanie podsumowania i przejrzenie

zestawienia ważnych terminów, zanim przeczytasz rozdział jako taki, a następnie ponowne przeczytanie podsumowania po lekturze rozdziału. Zaznajomienie się z podsumowaniem w pierwszej kolejności pomoże Ci tak zorganizować materiał, że będzie on łatwiejszy do zakodowania i zachowania w pamięci. Naturalnie, powrót do podsumowania po przeczytaniu rozdziału wzmocni to, czego się nauczyłeś, żebyś w przyszłości potrafił te informacje łatwiej wydobyć z pamięci.

PYTANIA DO PRZEMYŚLENIA

Po zakończeniu lektury każdego rozdziału warto także rozważyć zamykające poszczególne rozdziały **PYTANIA DO PRZEMYŚLENIA**. Zawierają one propozycje otwartych pytań, nad którymi warto się zastanowić. Przykładowo, **porównaj umiejętności społeczne twoich znajomych i swoje własne z umiejętnościami społecznymi osób, które dorastały w czasach, gdy komputery i Internet nie odgrywały centralnej roli w życiu. Czy dostrzegasz jakieś systematyczne różnice pod względem towarzyskości, nieśmiałości?** (rozd. 1). Przećwicz z kolegami odpowiadanie na te pytania.

ZADANIA DO WYKONANIA

Umieszczone pod koniec każdego rozdziału **ZADANIA DO WYKONANIA**, zachęcają do sprawdzenia swojej wiedzy poprzez wykonanie prostych czynności, jak np. **przejrzyj strony z poradami psychologicznymi w takich czasopismach, jak „Claudia”, „Zwierciadło” czy „Charaktery”. O jakich problemach piszą czytelnicy? Jak często redaktorzy kierują ich po poradę do psychologów, psychiatrów czy innych profesjonalistów? Dlaczego ludzie zwracają się do anonimowych osób z prośbą o poradę dotyczącą ich osobistych problemów?** (rozd. 2).

Zasoby w języku angielskim *MyPsychLab*

W podsumowaniu każdego rozdziału znajdziesz wytyczne do oglądania dodatkowych materiałów w języku angielskim, do których dostęp możesz uzyskać przez stronę internetową: www.mypsychlab.com. Numeracja polecanych materiałów jest zgodna z podaną w wydaniu oryginalnym podręcznika.

A oto nasza ostatnia propozycja dydaktyczna. Ta książka pełna jest przykładów służących zilustrowaniu najważniejszych kwestii, ale zagadnienia te zapamiętasz na dłużej, jeśli w trakcie pracy nad tekstem **będiesz wymyślać własne przykłady**. Ten nawyk sprawi, że zawarte tu informacje staną się w równym stopniu Twoje, co nasze. A więc życzymy Ci niezapomnianej podróży przez krainę, którą kochamy.

Phil Zimbardo
Bob Johnson
Vivian McCann

Podziękowania

Podejmując projekt napisania podręcznika, nie zdawaliśmy sobie sprawy z ogromu czekającej nas pracy. Stephen Frail, nasz redaktor inicjujący, zrećźnie pokierował nas (a czasem przepychał) przez ten proces. Wizja szóstego wydania spotkała się z rzeczywistością pod kierunkiem Julie Swasey i Deb Hanlon, naszych upartych redaktorek odpowiedzialnych za postęp prac, które skłoniły nas do pracy cięższej, niż nam się to wydawało możliwe. Redaktor pomocniczy Angela Pickard zdołała wesprzeć nas w działaniach technicznych.

Praca polegająca na przekształceniu manuskryptu w książkę przypadła Robertowi Shermanowi, kierownikowi ds. produkcji, Lyndzie Griffiths, kierownikowi projektu, i Margaret Pinette, adiustatorce. Naszym zdaniem, wszyscy oni wykonali wspaniałą robotę – podobnie jak niestrudzona Kate Cebik odpowiedzialna za wyszukanie zdjęć.

Jesteśmy przekonani, że żadna z wymienionych tu osób nie poczuje się urażona, jeśli najgłębsze podziękowania zarezerwujemy dla naszych współmałżonków, najbliższych kolegów i przyjaciół, którzy inspirowali nas, zapewniając nam troskliwe wsparcie, którego potrzebowaliśmy, służąc jako płyty rezonansowe dla naszych koncepcji. Phil dziękuje swojej wspaniałej żonie Christinie Maslach, za jej nieskończoną inspirację i za słuzenie jako wzorzec tego, co stanowi psychologię akademicką w najlepszym wydaniu. Bob wyraża wdzięczność swojej małżonce i najlepszej przyjaciółce, Michelle, która znosiła jego tyrady na tematy psychologiczne, zaniedbania obowiązków domowych i znaczne odroczenia gratyfikacji – w większości przypadków bez słowa skargi. Była źródłem nieustannego zrozumienia i czułego wsparcia i najbardziej pomocnym z recenzentów. Swoje podziękowania chciałby również przekazać Rebecce, ich córce, która nauczyła go praktycznej strony psychologii rozwojowej – a teraz, ku swojemu zdumieniu, jest

posiadaczką własnego stopnia naukowego z psychologii. Ponadto Bob jest zobowiązany Mary Bagshaw, Lindzie Denney, Emersonowi Jallowi, Claudii Johnson, Cheryl Okonek i (znów) Michelle. Choć żadna z tych osób nie jest psychologiem, wszyscy byli gotowi do podejmowania i dyskusowania interesujących zagadnień dotyczących stosowania psychologii w życiu codziennym. Czytelnicy znajdą podnoszone przez nich tematy w podręczniku, zwłaszcza w ramach rozpoczynających poszczególne rozdziały „problemów” i sekcji poświęconych myśleniu krytycznemu na zakończenie rozdziałów.

Zarówno Phil, jak i Bob z zadowoleniem powitali w projekcie nowego współautora Vivian McCann. Vivian wnosi nie tylko spojrzenie nauczyciela, ale i wiedzę ekspercką w kwestiach płci i zagadnień kulturowych. Do szóstej edycji podręcznika *Psychologia. Kluczowe koncepcje* Vivian wniosła także silny nacisk na myślenie krytyczne.

Podziękowania Vivian są skierowane przede wszystkim do jej rodziny, poczynając od jej niezwykłego męża i najlepszego przyjaciela Shawna. Był nie tylko wspierającym źródłem miłości i wsparcia, ale wytrzymał nawet to, że musiała dokonać redakcji rozdziału w trakcie ich miodowego miesiąca! Jej pasierbowie Storm i Blaze nigdy nie skarżyli się na jej nieobecność na meczach baseballu lub w czasie przeznaczonym dla rodziny i wynajdowali twórcze sposoby zabawiania się podczas długich weekendów wypełnionych pisaniami. Vivian jest także wdzięczna swojemu ojcu za wspieranie od najmłodszych lat jej zamiłowania do nauki i za bycie wzorem odporności, optymizmu i wdzięku. Wreszcie Vivian dziękuje wielu studentom za lata inspiracji i intelektualnych wyzwań w pracy, podobnie jak swojej najdroższej przyjaciółce i koleżance z pracy Lauren Kuhn, która stanowi dla niej wzorzec doskonałości, kreatywności i człowieczeństwa w nauczaniu.

Dziękujemy także wielu ekspertom i nauczycielom wprowadzenia do psychologii, którzy podzielili się z nami swoją konstruktywną krytyką dotyczącą każdego rozdziału i każdej cechy szóstego wydania tej książki. Jeśli chciałbyś się do nich przyłączyć, przekazując nam swoje uwagi i rekomendacje do dalszych wydań, to napisz do nas na

adres: bjohnson@dcwisp.net

Autorzy

1

OSOBOWOŚĆ: TEORIE DOTYCZĄCE OSOBY JAKO CAŁOŚCI

1.1

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU **JAKIE CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄ OSOBOWOŚĆ?**

Biologia, natura ludzka i osobowość

Wpływ wychowania: osobowość a środowisko

Wpływ natury: dyspozycje i procesy psychiczne

Społeczne i kulturowe uwarunkowania osobowości

MYŚL PRZEWODNIA

Osobowość kształtują łącznie czynniki biologiczne, sytuacyjne i procesy psychiczne – wszystkie osadzone w kontekście socjokulturowym i rozwojowym

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Rozumienie niezwykłych ludzi i wyjaśnianie niezwykłych zachowań

Aby wyjaśnić, dlaczego ludzie robią to, czego można się spodziewać, niepotrzebna jest teoria osobowości

1.2

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU **JAKIE TRWAŁE WZORCE LUB *DYSPOZYCJE* SKŁADAJĄ SIĘ NA OSOBOWOŚĆ?**

Osobowość a temperament

Osobowość jako zespół cech

Zaburzenia osobowości

MYŚL PRZEWODNIA

Wszystkie teorie *dyspozycyjne* wskazują, że spójność osobowości

w czasie jest wynikiem istnienia niewielkiej wiązki właściwości osobowości, określanych jako temperamenty, cechy lub typy

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Określanie własnego typu osobowości

Przypisując osobowość do jakiegoś typu, dobrze jest zachować pewną ostrożność

1.3

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU

JAKIE *PROCESY* PSYCHICZNE ZACHODZĄ W OSOBOWOŚCI?

Teorie psychodynamiczne: nacisk na motywację i zaburzenia psychiczne

Teorie humanistyczne: nacisk na ludzkie możliwości i zdrowie psychiczne

Teorie społeczno-poznawcze: nacisk na uczenie się społeczne

Trendy współczesne: osoba w systemie społecznym

MYŚL PRZEWODNIA

Chociaż każda z teorii kładących nacisk na *procesy* psychiczne dostrzega inne siły działające w obrębie osobowości, wszystkie opisują osobowość jako rezultat zarówno wewnętrznych procesów psychicznych, jak i interakcji społecznych

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Zastosowanie psychologii do uczenia się psychologii

Zewnętrzne umiejscowienie kontroli w odniesieniu do ocen jest niebezpieczne dla studentów

1.4

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU **JAKIMI „TEORIAMI” POSŁUGUJĄ SIĘ LUDZIE, ABY ROZUMIEĆ** **SIEBIE I INNYCH?**

Ukryte teorie osobowości

Autonarracje: opowieści o naszym życiu

Wpływ kultury na nasze poglądy dotyczące osobowości

MYŚL PRZEWODNIA

Nasze pojmowanie samych siebie i innych ludzi opiera się na ukrytych teoriach osobowości i na naszych autonarracjach, które są uwarunkowane kulturowo

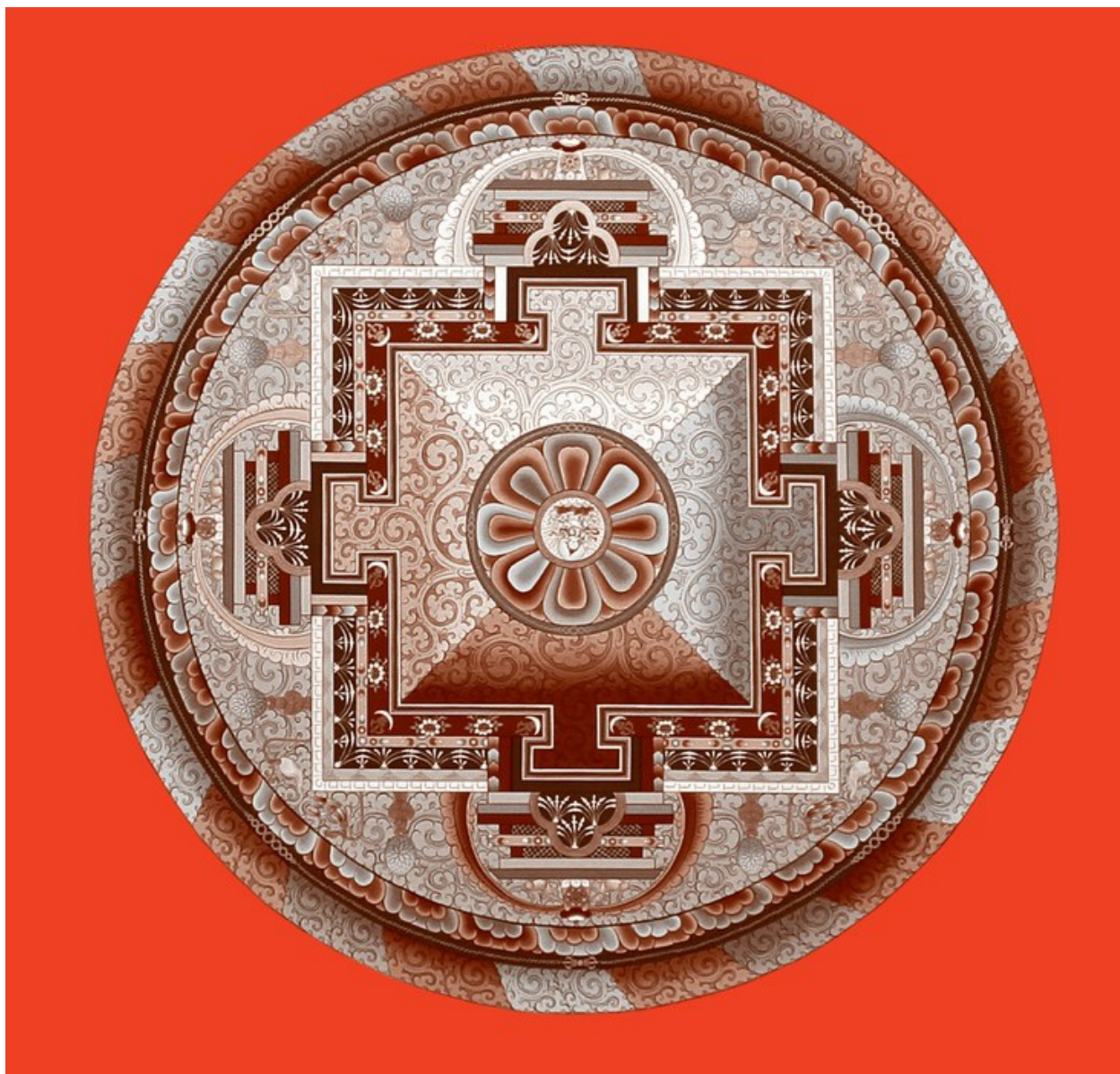
ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Tworzenie teorii osobowości na własny użytek

Prawdopodobnie będziesz eklektyczny

• WŁĄCZ MYŚLENIE KRYTYCZNE

Kontrowersja osoba–sytuacja



Pogląd, iż każdy z nas jest odrębną osobą, posiadającą Ja, które czyni nas odmiennymi od wszystkich innych osób, jest założeniem, które rzadko kwestionują ludzie wychowani w Europie lub Ameryce. Większość psychologów nie zdaje sobie sprawy, że pojęcie „Ja” zakorzeniło się w psychologii w niemałej mierze dzięki pewnej kobiecie, która całe życie walczyła o uznanie jej za kompetentnego naukowca przez świat akademicki, który lekcewał ją z powodu jej

płci (Calkins, 1906, 1930; DiFebo, 2002).

Mary Calkins weszła do psychologii tylnymi drzwiami. Wellesley College, w którym uczyła języków, uznał ją za wybitną wykładowczynię i zaproponował jej pracę w nowo powstającej dyscyplinie – psychologii – pod warunkiem, że przejdzie przeszkolenie, co w tym czasie, pod koniec XIX wieku, nie było rzadką praktyką w żeńskich college'ach. Ale znalezienie szkoły wyższej, która przyjąłaby kobietę, nie było łatwe. Atrakcyjną możliwością był Harvard, szczególnie dlatego, że legendarny William James chciał, aby została jego studentką.

Istniała tylko jedna przeszkoda: Harvard nie przyjmował kobiet. Jego rektor, Charles Eliot, był zdecydowanym zwolennikiem oddzielnego kształcenia kobiet i mężczyzn, ale ustąpił pod naciskiem Jamesa i innych członków wydziału psychologii – jednak pod warunkiem, że Calkins będzie uczestniczyła w zajęciach nieoficjalnie i nie będzie miała prawa ubiegania się o stopień doktora (Harvard nie przyznawał tytułu doktora kobietom aż do 1963 roku).

Wiosną 1895 roku Calkins ukończyła studia i swoje nowatorskie badania nad pamięcią, które stały się jej rozprawą doktorską, zatytułowaną *Associations: An Essay Analytic and Experimental* (Skojarzenia: rozprawa analityczna i eksperymentalna). Zbuntowany Wydział Psychologii Uniwersytetu Harvarda przeprowadził ustną obronę jej pracy i wniósł petycję do Rady Wydziału o przyznanie jej tytułu doktora filozofii. James pochwalił tę obronę jako: „najlepszy egzamin doktorski, jaki kiedykolwiek odbył się na Uniwersytecie Harvarda”. Jednakże Rada odmówiła. Rozwścieczony James powiedział Calkins, że postępowanie Harvardu: „stanowiło wystarczający powód, aby nakłonić ją i wszystkie kobiety do stania się rewolucjonistkami podkładającymi dynamit” (Furumoto, 1979, s. 350).

Mimo odmowy przyznania jej stopnia doktora, na który zapracowała, Mary Calkins powróciła do Wellesley, gdzie, zgodnie z obietnicą, została wykładowcą psychologii. Była produktywnym naukowcem i dobrym wykładowcą, opublikowała w sumie ponad 100 artykułów i książek, w tym swą najpopularniejszą pracę, *Wstęp do psychologii*. W 1902 roku ostentacyjnie odmówiła przyjęcia

w ramach nagrody pocieszenia tytułu doktora filozofii Radcliffe College, żeńskiej instytucji oświatowej powiązanej z Harvardem. A w 1905 roku jako pierwsza kobieta została przewodniczącą Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego.



Mary Whiton Calkins, pierwsza kobieta, która została przewodniczącą

Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, nigdy nie otrzymała stopnia doktora, chociaż obroniła pracę doktorską.

Ten wzór wytrwałości i nieustępliwej determinacji, który dostrzegamy u Calkins przez 40 lat jej zawodowego życia, ilustruje główną ideę tego rozdziału: **osobowość** składa się ze wszystkich tych właściwości i procesów psychologicznych, które stanowią o ciągłości i stałości jednostki w różnych sytuacjach i w różnym czasie. Jest to szerokie pojęcie, które można opisać także jako pewną podstawę ciągłości przebiegającą przez nasze życie (Cervone, Shoda, 1999). A jeśli ta podstawa osobowości zostanie przerwana, może to spowodować, że osobowość będzie wysoce niespójna, tak jak na przykład w wypadku zaburzenia dwubiegunowego, schizofrenii i zaburzenia tożsamości w postaci tzw. osobowości wielorakiej.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tego
tomu

Osobowość wieloraka i rozdzielenie osobowości to starsze terminy określające dysocjacyjne zaburzenie osobowości

Łamigłówa, z jaką borykają się psycholodzy interesujący się osobowością, wymaga dopasowania do siebie wszystkich zróżnicowanych elementów, które składają się na osobę. Próba zrozumienia jednostki jako zespolonej całości wymaga zintegrowania wszystkiego, o czym uczyliśmy się dotychczas – uczenia się, spostrzegania, rozwoju, motywacji, emocji i wszystkich pozostałych aspektów. W tym rozdziale taki sposób ujęcia tematu określamy jako *podejście do osoby jako całości*.

Pod pewnym względem osobowość jest czymś całkiem prostym, ponieważ wszyscy jesteśmy w jakimś stopniu podobni do siebie. Na ogół wolimy przyjemność niż ból, poszukujemy sensu życia i często oceniamy siebie według standardów określonych przez zachowania

innych. Ale poza tymi oczywistymi podobieństwami jesteśmy także niepowtarzalni – niepodobni do żadnej innej osoby. Dlatego też osobowość to także psychologia *różnic indywidualnych*.

W jaki sposób postępuje psycholog, aby zrozumieć osobowość? Zilustrujemy to na przykładzie Mary Calkins, wokół którego zorganizowany jest ten rozdział.

PROBLEM

Jakie czynniki wpłynęły na wyjątkowy wzorzec i spójność dostrzegane w osobowości Mary Calkins?

Czy jej osobowość ukształtowali przede wszystkim ludzie i wydarzenia z jej życia? Wydarzenia te bardzo często nie podlegały jej kontroli, musimy więc rozważyć inną możliwość – że jej siła i determinacja wynikała z jej wewnętrznych cech, z jej podstawowej konstrukcji. Te dwie ogólne możliwości możesz rozpoznać jako jeszcze jedną odmianę dylematu natura–wychowanie. Oczywiście odpowiedź obejmuje obie te możliwości: osobowość Mary Calkins ukształtowały zarówno doświadczenie, jak i czynniki wrodzone, podobnie jak kształtują one naszą własną osobowość.

W tym rozdziale rozpatrzymy kilka teoretycznych wyjaśnień osobowości. Przekonasz się, że niektóre teorie kładą większy nacisk na naturę, inne na wychowanie. Stwierdzisz także, że poszczególne teorie są lepiej dostosowane do rozwiązywania określonych rodzajów problemów. Na przykład:

- Jeśli chciałbyś uzyskać migawkowy obraz cech osobowości jakiejś osoby – co może być ci potrzebne, gdy przeprowadzasz selekcję osób starających się o pracę w twojej firmie – to najlepszym wyborem byłaby teoria *temperamentu, cech* lub *typów osobowości*.
- Jeśli twoim celem jest zrozumienie kogoś jako rozwijającej się i zmieniającej się osoby – być może przyjaciela, który poprosił cię o radę – to uznasz prawdopodobnie za najbardziej pomocną jedną z *psychodynamicznych, humanistycznych* lub *społeczno-poznawczych teorii* osobowości.

- Jeśli najbardziej interesujesz się tym, w jaki sposób ludzie spostrzegają się wzajemnie – jeśli na przykład zajmujesz się poradnictwem małżeńskim albo rozwiązywaniem konfliktów – to chcesz wiedzieć, jakie założenia przyjmują ludzie na temat innych. Chciałbyś więc poznać ich *ukryte teorie osobowości*.
- A jeśli ciekawi cię, czy ludzie na całym świecie rozumieją się nawzajem w ten sam sposób, to będziesz chciał poznać dotyczące osobowości *międzykulturowe* badania, które rozrzucone są po całym rozdziale.

Zgłębianie osobowości zaczniemy teraz od przeglądu czynników, które nas wszystkich ukształtowały.

1.1

JAKIE CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄ OSOBOWOŚĆ?

Osobowość nie tylko sprawia, że jesteśmy ludźmi, ale także powoduje, że różnimy się od wszystkich innych ludzi. A zatem możemy pojmować osobowość jako „domyślne ustawienia” naszych osobistych niepowtarzalnych wzorców motywów, emocji i spostrzeżeń, wraz z wyuczonymi schematami, służącymi rozumieniu siebie samych i świata (zob. McAdams, Pals, 2006). Osobowość to także uogólniający termin, określający właściwości, które czynią nas tymi, którymi jesteśmy. Z kolei wszystko to jest osadzone w kontekście naszej kultury, relacji społecznych i poziomu rozwoju. Inaczej mówiąc, prawie wszystkie aspekty naszego istnienia łączą się, aby utworzyć naszą osobowość (zob. ryc. 1.1). Pogląd ten możemy przedstawić jako **MYŚL PRZEWODNIĄ** tego podrozdziału.

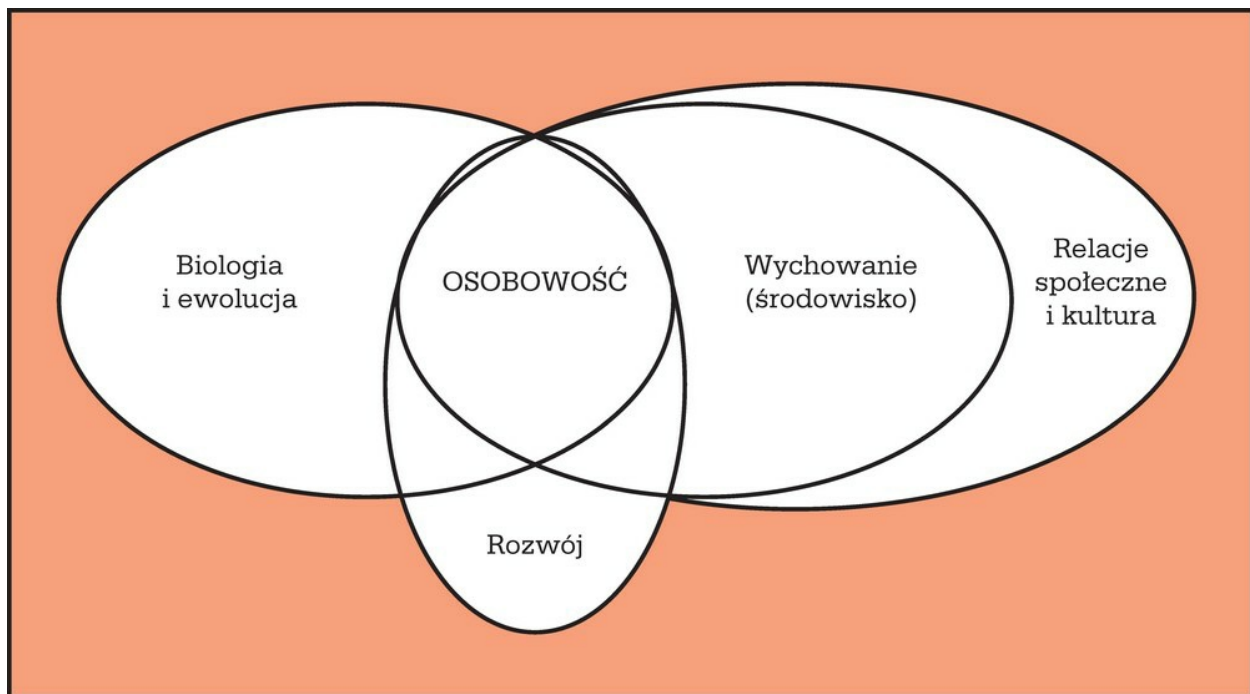
Osobowość kształtują łącznie czynniki biologiczne, sytuacyjne i procesy psychiczne – wszystkie osadzone w kontekście socjokulturowym i rozwojowym.

Przyjrzyjmy się każdemu z tych elementów osobowości, poczynając od ogólnego przeglądu czynników biologicznych i ewolucyjnych.

Biologia, natura ludzka i osobowość

Jeżeli dwa szczury zamkną się w klatce i przez podłogę będzie się wielokrotnie przepuszczać prąd, to szczury zaczną się wzajemnie atakować. Podobne zachowania możemy zaobserwować u ludzi,

którzy naskakują na siebie pod dowolnym pretekstem, kiedy czują się zagrożeni. W ten sposób na początku XX wieku na południu Stanów Zjednoczonych liczba linczów popełnianych na czarnoskórych rosła i spadała, odzwierciedlając stan gospodarki – szczególnie ceny bawełny. A z nowszych przykładów – w afrykańskiej Rwandzie dwie grupy najbardziej nieszczęśliwych ludzi na ziemi zwróciły się przeciwko sobie i w zdumiewającym morzu krwi zginęło prawdopodobnie trzy czwarte miliona osób.



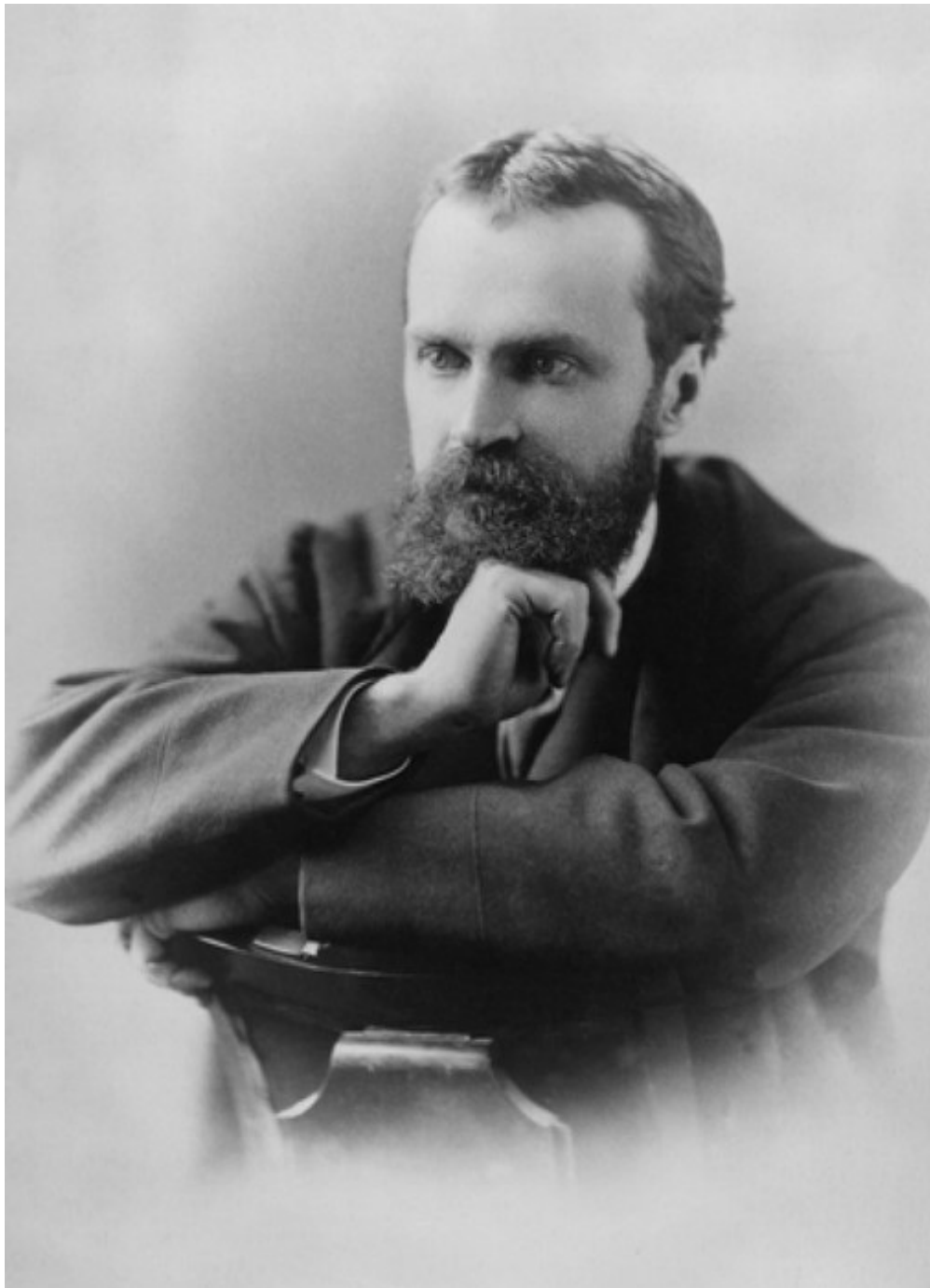
Rycina 1.1

Osobowość jako psychologia całej osoby

Możemy ujmować osobowość jako wspólną część tych wszystkich cech psychologicznych i procesów, które decydują zarówno o tym, że jesteśmy ludźmi, jak i o tym, że różnimy się od wszystkich innych ludzi.

Są to wszystko przykłady zjawiska, które Sigmund Freud określał mianem *przemieszczenia agresji*. Czasami określamy to zjawisko jako poszukiwanie *kozła ofiarnego*, odwołując się do starożytnego hebrajskiego obyczaju, polegającego na symbolicznym przenoszeniu grzechów plemienia na kozła, którego następnie wypędzano na pustynię, aby tam umarł. Przemieszczenie to także zjawisko,

o którym mówił William James, sugerując, że odmowa przyznania Mary Calkins stopnia doktora, na który zasłużyła, było: „wystarczającym powodem, aby nakłonić ją i wszystkie kobiety do stania się rewolucjonistkami podkładającymi dynamit”.



William James badał świadomość oraz interesował się tym, w jaki

sposób umysł kieruje zachowaniem

Oczywiście nic nie może usprawiedliwić przemocy, morderstw czy ludobójstwa – ale być może jesteśmy w stanie je wyjaśnić. Według Davida Barasha (2007), historia ludzkości to historia tych, którzy w sytuacjach bólu lub zagrożenia reagowali, atakując najbliższy cel. Ci, którzy tak postępowali, mieli wyraźną przewagę ewolucyjną nad tymi, którzy nic nie robili i po prostu „znosili” te sytuacje, ponieważ ci nieatakujący następnym razem mieli większą szansę stać się ofiarami. Atakujący natomiast mieli większą szansę rozmnażania się i przekazywania swoim potomkom skłonności do agresji i jej przemieszczania.

Przemieszczanie agresji nie jest jedyną ludzką cechą, która wydaje się wbudowana w naszą biologię. Jak wcześniej zauważyliśmy, większość ludzi woli przyjemność niż ból – często przyjemność seksualną. Ta oczywista ludzka skłonność do seksu i agresji pasuje do poglądu Darwina, że wywodzimy się z długiej linii naszych przodków, którzy dążyli do przetrwania i rozmnażania się. Freud, rozwijając tę koncepcję „przetrwania najlepiej przystosowanych”, dowodził, że wszystko, co robimy, wpływa z „instynktu” samozachowawczego, opierającego się na seksie, oraz z „instynktu” obrony i agresji. Inni wielcy teoretycy sugerowali, że podstawą osobowości są jeszcze inne motywy, które niewątpliwie wynikają z biologii – w szczególności motywy społeczne. Wskazywali, że – podobnie jak mrówki i pszczoły – my, ludzie, także jesteśmy „zwierzętami społecznymi”.

Który pogląd jest słuszny? Współczesna nauka o układzie nerwowym i psychologia ewolucyjna sugerują, że poszukiwanie jedynie kilku podstawowych popędów stojących za wszystkimi zachowaniami człowieka jest źle ukierunkowane (McAdams, Pals, 2006). Wyłaniający się obraz jest dużo mniej uporządkowany. Wydaje się, że my (tj. nasze mózgi) jesteśmy zbiorem „modułów”, z których każdy jest przystosowany do innych celów – co jest przyczyną tego, że mamy tak wiele różnych motywów, z których każdy działa według innych reguł, jak przekonaliśmy się w rozdziale 1 tomu II. Seks, agresja, łaknienie, afiliacja, pragnienie i potrzeba

osiągnięć – wszystkie są zarazem odrębnymi modułami mózgu, jak również częściami całości, którą nazywamy „osobowością”.

Wpływ wychowania: osobowość a środowisko

Biologia i ewolucja nie mogą wyjaśnić wszystkiego. Nawet genetycy przyznają niechętnie, że dziedziczność wyjaśnia jedynie z grubsza połowę naszych cech (Robins, 2005). Reszta, najogólniej mówiąc, jest dziełem środowiska, które kształtuje nas zgodnie z zasadami warunkowania i uczenia się poznawczego.

Jakie czynniki środowiskowe powodują największe zróżnicowanie? Wielu teoretyków osobowości kładzie nacisk na wczesne doświadczenia z dzieciństwa: z tej perspektywy twoja osobowość wiele zawdzięcza twoim rodzicom – nie tylko genom, jakie ci przekazali, ale też środowisku, jakie ci stworzyli (zakładając, że wychowali cię rodzice). W skrajnych przypadkach dzieci, które prawie wcale nie miały kontaktów z ludźmi, jak te, które zostały porzucone i wychowywały się w najgorszych sierocińcach, wyrastają na osoby o rozwoju upośledzonym pod względem prawie wszystkich wskaźników zdrowia fizycznego i psychicznego (Nelson i in., 2007; Spitz, 1946).

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tomu

II

Środowisko często wpływa na nas za pośrednictwem warunkowania sprawczego i warunkowania klasycznego

Kwestię sporu stanowi to, jak trwały jest wpływ środowiska rodzinnego, kiedy zaczynają mieć na nas wpływ dorastający rówieśnicy (Harris, 1995). Nawet kolejność narodzin dzieci w rodzinie wydaje się wpływać na osobowość w całym naszym życiu,

ponieważ każde kolejne dziecko – od najstarszego do najmłodszego – wychowuje się w innym środowisku. Czy jesteś najstarszym dzieckiem? Jeśli tak, to masz większą szansę niż twoje młodsze rodzeństwo na zrobienie kariery w zawodzie wymagającym wykorzystania zdolności intelektualnych, jak twierdzi teoretyk psychologii rozwojowej, Frank J. Sulloway (1996). A może jesteś dzieckiem najmłodszym? Prawdopodobnie jesteś bardziej skłonny rozśmieszać ludzi niż twoje bardziej poważne, starsze rodzeństwo. Nawiasem mówiąc, Mary Calkins, mająca duże osiągnięcia intelektualne, jako najstarsza z piątki dzieci w swojej rodzinie, pasuje do tego wzorca. (Musimy dodać, że nikt nie sądzi, iż te wzorce zawsze się sprawdzają; obrazują one jedynie statystyczne prawdopodobieństwa.)

Wpływ środowiska jest tak istotny, że Walter Mischel sugerował, iż przeważa on zwykle nad wszystkimi innymi wpływami – łącznie z wszelkimi cechami wrodzonymi. Pomyśl tylko, jak często w ciągu dnia reagujesz po prostu na wymogi środowiska, od dzwonienia budzika, nakazów czerwonych świateł ulicznych, do pytań „Jak się masz?” Czy Mischel ma więc rację? Problem ten, znany lepiej pod nazwą *kontrowersja osoba-sytuacja*, przeanalizujemy pod koniec rozdziału, w module zatytułowanym **WŁĄCZ MYŚLENIE KRYTYCZNE**.

Wpływy natury: dyspozycje i procesy psychiczne

Chociaż wpływy środowiskowe są ważne, musimy nasze doświadczenia przepuścić przez wiele umysłowych „filtrów”, które stanowią podstawowe elementy osobowości. Przypuśćmy na przykład, że jesteś osobą otwartą – *ekstrawertykiem* – która lubi towarzystwo innych ludzi. Będziesz filtrował swoje doświadczenia przez swój ekstrawertywny punkt widzenia. Wymiar introwersji-ekstrawersji jest przykładem *opisowego* podejścia do osobowości, koncentrującego się na stałych *cechach osobowości* lub **dyspozycjach** jednostki. Inne podejścia, które można określić jako teorie procesów, wychodzą poza opis i starają się wyjaśnić osobowość w kategoriach

procesów zachodzących wewnątrz osobowości, które analizujemy w tej książce: motywacji, spostrzegania, uczenia się, rozwoju, a także procesów świadomych i nieświadomych. Aby w pełni wyjaśnić osobowość, musimy, jak się wydaje, odwoływać się zarówno do *teorii dyspozycyjnych*, jak i do *teorii procesów*, które poznamy w dalszych częściach tego rozdziału.

Społeczne i kulturowe uwarunkowania osobowości

Jak twierdzi Juris Draguns, psycholog międzykulturowy (1979), samo pojęcie „teorii osobowości” jest pomysłem zachodnim (europejsko-amerykańskim). Nic dziwnego więc, że większość szeroko zakrojonych i wpływowych teorii osobowości stworzyły osoby wykształcone w ramach zachodnich nauk społecznych, z wbudowanym w nie skrzywieniem w kierunku indywidualizmu i pojęcia niepowtarzalnego „Ja” (Guisinger, Blatt, 1994; Segall i in., 1999). Jednakże inne kultury podchodzą do problemu różnic między ludźmi na własny sposób. Większość z tych innych niż zachodnie podejść wyrasta z religii (Walsh, 1984). Na przykład Hindusi postrzegają osobowość jako związek przeciwstawnych właściwości (Murphy, Murphy, 1968). Inną wariacją na ten sam temat jest chińska idea dopełniających się przeciwstawnych sił *yin* i *yang*.

Ale co z odwrotnie postawionym problemem? Jaki wpływ kultura wywiera na osobowość? Przekonamy się, że pod kilkoma względami osobowość jest w dużym stopniu podobna w różnych kulturach. To znaczy, że potrafimy opisać ludzi z całego świata za pomocą kilku podstawowych cech osobowości. Na przykład, ludzie wszędzie różnią się poziomem lęku i skłonnością do otwartości lub introwersji. Ale istnieją także takie składniki osobowości, pod względem których same kultury ogromnie różnią się od siebie. Jednym z przykładów jest *indywidualizm* (wysoce ceniony w Stanach Zjednoczonych i innych krajach zachodnich) versus *kolektywizm* (orientacja na grupę, wyżej ceniona w społeczeństwach azjatyckich). Ludzie w Stanach Zjednoczonych i innych krajach zachodnich skłonni są

kłaść nacisk na **indywidualizm**, który nagradza osoby wyróżniające się z tłumu z powodu takich cech jak talent, inteligencja czy zdolności sportowe. W przeciwieństwie do nich, ludzie żyjący w kulturach zorientowanych w większym stopniu na grupę, w Azji, Afryce, Ameryce Łacińskiej i na Bliskim Wschodzie, kładą większy nacisk na **kolektywizm**, który nagradza ludzi za dostosowanie się do grupy i działanie na rzecz harmonii społecznej.

A w obrębie każdej kultury, czy to indywidualistycznej, czy kolektywistycznej, ogromny wpływ na osobowość mają relacje społeczne – jak to zauważono u dzieci zaniedbanych oraz u dzieci, które muszą dorastać w „niebezpiecznym” sąsiedztwie. To, kim jesteś, jest w dużym stopniu zdeterminowane przez to, z kim miałeś do czynienia dorastając, włączając nie tylko rodziców, ale i rodzeństwo, kolegów szkolnych, nauczycieli i, być może, rzeźnika oraz piekarza. Zatem twoja osobowość jest częściowo wytworem innych ludzi – a więc w końcowym podrozdziale przyjrzymy się bliżej temu, w jaki sposób te społeczne i kulturowe czynniki kształtują osobowość.

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Rozumienie niezwykłych ludzi i wyjaśnianie niezwykłych zachowań

Aby wyjaśnić, dlaczego ludzie powszechnie chodzą do pracy, śpiewają razem podczas koncertów czy spędzają weekendy ze swą rodziną i przyjaciółmi, nie potrzebujemy teorii osobowości. Teoria osobowości nie jest więc potrzebna, aby wyjaśnić, dlaczego ludzie zachowują się w sposób przez nas oczekiwany. Ale kiedy zachowują się dziwnie i niespodziewanie, teoria osobowości bardzo się przydaje. Dobra teoria osobowości może pomóc w zrozumieniu interesujących i niezwykłych ludzi, takich jak Mary Calkins, czy takich, o których czyta się w gazetach – na przykład seryjnego mordercy, polityka zamieszanego w jakiś skandal czy twojej ulubionej gwiazdy filmowej z jej groteskowymi wyskokami.

Ale jakie podejście do osobowości jest najlepsze? Niestety, jak się przekonamy, żadne z nich nie zawiera całej prawdy. Każda z teorii przedstawionych w tym rozdziale może pomóc ci w spojrzeniu na ludzi pod innym kątem, tak więc będziesz musiał posłużyć się różnymi podejściami, aby uzyskać całościowy obraz danej osoby. Aby dać przedsmak czekających cię atrakcji, założmy, że jesteś doradcą psychologicznym pracującym w uczelnianej poradni psychologicznej, i młoda kobieta, klientka tej poradni, mówi ci, że rozważa popełnienie samobójstwa. W jaki sposób twoja wiedza na temat osobowości może pomóc ją zrozumieć?

Z czysto opisowego punktu widzenia mógłbyś ocenić jej *cechy* osobowości i *temperament*. Czy jest sumienna? Otwarta czy nieśmiała? Lękowa? Aby to ustalić, mógłbyś jej dać do wypełnienia jeden z kilku „testów” osobowości, które będziemy omawiać w następnym podrozdziale. Profil jej cech osobowości i temperament mogą zasugerować jakąś formę terapii psychologicznej lub, być może, zastosowanie jakichś leków.

Jeżeli zdecydujesz się na terapię psychologiczną, to będziesz pracował nad wewnętrznymi *procesami* zachodzącymi w jej osobowości i być może będziesz musiał uwzględnić czynniki działające w jej środowisku i kulturze. Jest to domena początkowo zaanektowana przez Freuda i jego uczniów, a bardziej współcześnie przez psychologów eksperymentalnych.

Teoria psychodynamiczna skieruje twoją uwagę na jej motyw i emocje, z których część może być nieświadoma. Czy jest to osoba wroga, która skierowała swoją wrogość na siebie samą? Czy ma ona jakieś nierozwiązane emocjonalne problemy z wcześniejszych stadiów rozwojowych, takie jak poczucie winy za wrogi uczucia wobec rodziców? Czy jej cele są „neurotyczne”? Jaki jest charakter jej relacji społecznych?

W przeciwieństwie do teorii psychodynamicznej, *teoria humanistyczna* położyłaby nacisk na zbadanie możliwości pacjentki, a nie jej deficytów. Jakie ma talenty? Jakie są jej nadzieje i pragnienia? I co stoi na przeszkodzie realizacji jej celów? Teoria humanistyczna pomogłaby ci także w ustaleniu jej

niezaspokojonych potrzeb. Czy jej myśli samobójcze wynikają ze świadomych odczuć, że jest samotna, niekochana czy też że nie jest szanowana?

Teoria społeczno-poznawcza, kładąca nacisk na spostrzeganie i uczenie się, zasugerowałaby ci może, że problem, z jakim boryka się ta kobieta, kryje się w jej sposobie interpretowania zdarzeń. Czy zawsze zakłada ona, że to, co robi, najlepiej jak umie, nigdy nie jest dość dobre? Czy wierzy, że jest w stanie wpływać na to, co przydarza się jej w życiu, czy też uważa, że to zdarzenia kontrolują ją? Podejście poznawcze mogłoby także uczulić cię na możliwość, że jej myśli samobójcze mogą odzwierciedlać model roli samobójcy – być może przyjaciela lub członka rodziny.

Wszystkie te podejścia do osobowości będą szczegółowo analizowane w dalszych częściach rozdziału. Jak dotąd, można wywieść stąd jeden wniosek: żadna z teorii nie pozwala w pełni zrozumieć przyczyn kryjących się za tym, że ludzie postępują tak, jak postępują. Teorie cech i teorie temperamentu mogą zaoferować obraz właściwości danej osoby, natomiast teorie „procesu” opisują siły, które leżą u podłoża tych właściwości. W przypadku opisanej młodej kobiety o skłonnościach samobójczych można by zastosować połączenie obu tych podejść.

Sprawdź, czy rozumiesz

- 1 **PRZYPOMNIENIE:** Fakt, że przemieszczenie agresji stwierdza się u ludzi, podobnie jak u zwierząt, na całym świecie, sugeruje, że jest ono zakorzenione w _____.
- 2 **ZASTOSOWANIE:** Podaj przykład obrazujący wpływ wychowania na osobowość.
- 3 **ANALIZA:** Na czym polega różnica między dyspozycyjnymi teoriami osobowości a teoriami procesu?
- 4 **PRZYPOMNIENIE:** Osoba z kultury kolektywistycznej w porównaniu z osobą z kultury indywidualistycznej jest bardziej skłonna

podkreślać _____.

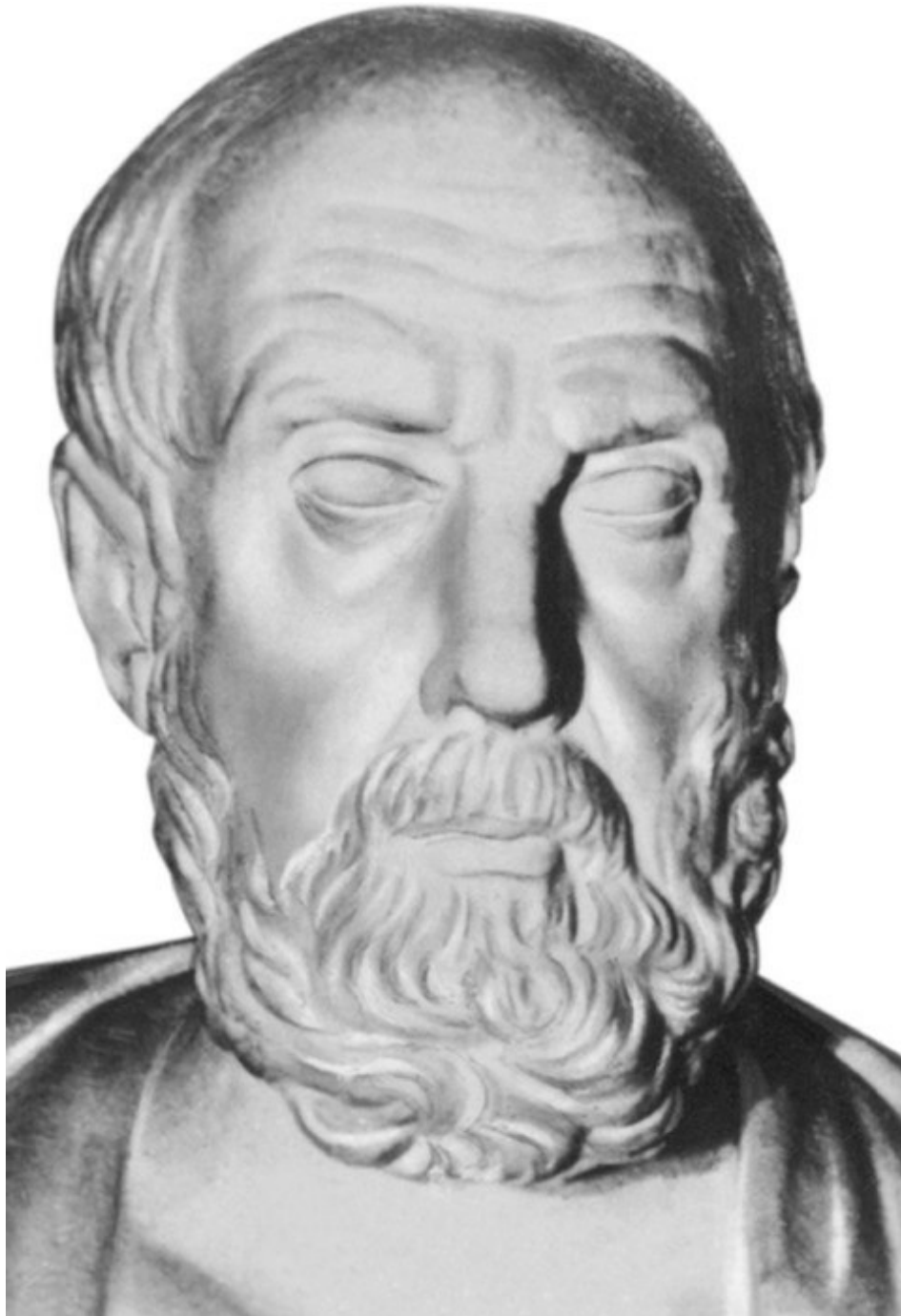
5 ROZUMIENIE MYŚLI PRZEWODNIEJ: Jakie główne czynniki wpływają na kształtowanie się osobowości?

Odpowiedzi: **1.** Naszej naturze biologicznej. **2.** Przykład podany w tekście dotyczy wpływu kolejności narodzin na osobowość. Istnieje wiele innych przykładów, w tym, być może, z twojego własnego doświadczenia. A w programach informacyjnych widzieliśmy „dzieci-żołnierzy”, którzy zostali wciągnięci w wojnę domową w najbiedniejszych krajach świata i nauczono ich być bezwzględными zabójcami. **3.** Teorie dyspozycyjne opisują osobowość w kategoriach jej właściwości (cech, temperamentów lub typów), natomiast teorie procesu opisują osobowość w kategoriach procesów wewnętrznych (np. motywacji, uczenia się lub spostrzegania) i interakcji społecznych. **4.** Znaczenie grupy i harmonijnych relacji w grupie. **5.** Osobowość kształtują biologia, środowisko (naciski sytuacyjne), procesy umysłowe, rozwój i kontekst socjokulturowy.

1.2

JAKIE STAŁE WZORCE LUB *DYSPOZYCJE* SKŁADAJĄ SIĘ NA OSOBOWOŚĆ?

Dwa tysiące lat przed pojawieniem się naukowej psychologii ludzie klasyfikowali się wzajemnie na cztery typy *temperamentów*, zgodnie z teorią stworzoną przez greckiego lekarza Hipokratesa. Według niego, temperament jednostki jest rezultatem równowagi czterech **humorów**, inaczej płynów wydzielanych przez organizm. *Sangwinik*, czyli osoba radosna, cechuje się silną, ciepłą krwią. Temperament *choleryczny*, odznaczający się złością, pochodzi od żółci, którą, jak uważano, wydziela wątroba. Hipokrates myślał, że wątroba wydziela też czarną żółć, której pochodną jest temperament *melancholiczny*, czyli depresyjny. I w końcu, jeśli w organizmie dominującym płynem jest flegma, czyli śluz, jednostka ma temperament *flegmatyczny*: spokojny, powściągliwy, powolny i beznamiętny. Biologia w wydaniu Hipokratesa może być trochę niecelna, ale jego ujęcie temperamentów przyjęło się jako „zdroworozsądkowe”. Nawet dzisiaj czasami spotkać się można z opisywaniem osobowości w tych kategoriach.



Hipokrates był jednym z pierwszych autorów koncepcji powiązania ciała z psychiką. Sądził on, że za nasz indywidualny temperament odpowiada przewaga jednego z płynów, inaczej humorów, w naszym organizmie, i że temperament ten może być sangwiniczny, choleryczny, melancholiczny lub flegmatyczny.

W czasach nowożytnych pojawiły się inne systemy klasyfikacji osobowości. Te najbardziej uproszczone to po prostu stereotypy: jeśli ktoś jest gruby, to jest też wesoły; jeśli inżynier, to konserwatywny; jeśli kobieta – to życzliwa. Oczywiście przekonania te nadmiernie upraszczają bardzo skomplikowany problem wzorców występujących w osobowości. Nawet ty możesz popełniać grzech nadmiernego upraszczania, jeśli myślisz o ludziach, posługując się wyłącznie kategoriami i stereotypami: kierunku studiów, płci, tożsamości etnicznej, i takimi cechami, jak uczciwość, nieśmiałość czy poczucie humoru.

Mimo to, coś leżącego w ludzkiej naturze skłania nas do grupowania ludzi według kategorii. Niektórzy psycholodzy próbują więc opisywać ludzi w kategoriach kilku podstawowych *temperamentów*: ogólnych dyspozycji osobowościowych, takich jak „otwartość” lub „nieśmiałość”, które mają silne podstawy biologiczne. Inni wolą poszukiwać kombinacji *cech*, które są powszechnie rozumiane jako wielorakie wymiary osobowości, takie jak ostrożny *versus* lekkomyślny, lub życzliwy *versus* nieżyczliwy, które, jak zwykle się sądzi, są w większym stopniu wynikiem doświadczenia (uczenia się) niż cechami temperamentu. Jeszcze inni klasyfikują ludzi według *typów* osobowości, które mają charakter raczej kategorii niż wymiarów: albo pasujesz do wzoru danego typu, albo nie. Jeśli na przykład introwersja jest *cechą o charakterze wymiaru*, to ludzie mogą charakteryzować się różnym stopniem introwersji. Zarazem, jeśli introwersja jest *typem*, to klasyfikuje się ludzi jako będących introwertykami lub nimi niebędących.

Chociaż każde z tych podejść jest nieco odmienne od innych, mają one także pewien punkt styczny, jak określa to nasza **MYŚL PRZEWODNIA**:

Wszystkie teorie dyspozycyjne wskazują, że spójność osobowości w czasie jest wynikiem istnienia niewielkiej wiązki właściwości osobowości, określanых jako temperamenty,

cechy lub typy.

Ponieważ terminy „temperament”, „cecha” i „typ” zazębiają się, zgodnie z przyjętym zwyczajem będziemy określać je wspólnym ogólnym terminem **teorii dyspozycyjnych**. Ale co odróżnia te teorie od zwykłych stereotypów – konserwatywnego inżyniera, mężczyzny o cechach macho czy ponurego profesora ekonomii? Wszystko polega na naukowości. Dobra teoria temperamentu, cech lub typów musi mieć solidną podstawę naukową. Oceńmy zatem w tym świetle każde z tych podejść do osobowości, poczynając od *temperamentu*.

Osobowość a temperament

Psycholodzy definiują *temperament* jako biologicznie uwarunkowane predyspozycje osobowościowe, które ujawniają się zwykle we wczesnym dzieciństwie, stanowią podłoże osobowości i określają stosunek jednostki do życia (Hogan i in., 1996; Mischel, 1993). Psycholodzy, mówiąc o temperamencie, odwołują się zwykle do jednego lub dwóch dominujących i ugruntowanych problemów, takich jak nieśmiałość lub zmienność nastrojów, które prawdopodobnie od urodzenia charakteryzują osobowość jednostki. Współczesna psychologia porzuciła oczywiście teorię czterech humorów decydujących o temperamencie, ale zachowała jej podstawową ideę: *predyspozycje biologiczne tworzą podstawy naszej osobowości*. Obecnie na poparcie tego poglądu psycholodzy mogą wskazać fakt, że określone struktury mózgu regulują pewne podstawowe aspekty osobowości (LeDoux, 2002). Przypominasz sobie na przykład przypadek Phineasa Gage’a, który w wypadku uległ „lobotomii” i w ten sposób okazało się, jaką rolę odgrywają płaty czołowe w regulacji jednej z podstawowych predyspozycji; obserwację tę potwierdziła współczesna nauka o układzie nerwowym.

O temperamencie decydują neuroprzekaźniki?

Psycholodzy o orientacji biologicznej przypuszczają obecnie, że niektóre różnice indywidualne pod względem temperamentu wynikają między innymi z równowagi substancji chemicznych w mózgu, która z kolei ma podłoże genetyczne (Azar, 2002; Sapolsky, 1992). W tym sensie teoria humorów nadal żyje, ale pod inną postacią: współczesna psychologia biologiczna zastąpiła humory neuroprzekaźnikami. Depresja więc – która cechuje większość osób o skłonnościach samobójczych – wynikać może z braku równowagi pewnych neuroprzekaźników. Podobnie lęk, złość i euforia mogą być efektem innych neurochemicznych charakterystyk. Jak pisze psycholog rozwojowy, Jerome Kagan (Stavish, 1994, s. 7): „Wszyscy mamy te same neuroprzekaźniki, ale każdy z nas w nieco innej proporcji”; właśnie to, jak twierdzi, wyjaśnia wiele różnic temperamentalnych między ludźmi.

Kagan prowadzi fascynujący program badawczy dotyczący wrodzonych podstaw nieśmiałości (Kagan i in., 1994). Program ten wyraźnie wykazał, że noworodki już od pierwszych dni życia różnią się stopniem, w jakim reagują na stymulację. Około 20% wszystkich dzieci cechuje się wysoką reaktywnością i pobudliwością, podczas gdy około dwa razy więcej (35 do 40%) w reakcji na nową stymulację zachowuje spokój. Podczas kilku pierwszych miesięcy życia te początkowe różnice przejawiają się w różnicach temperamentalnych: większość pobudliwych dzieci staje się nieśmiałymi introwertykami, podczas gdy te mniej pobudliwe stają się ekstrawertyczne. Chociaż skłonności te zmieniają się u niektórych dzieci, u większości utrzymują się, przy czym u większości dzieci badanych po 11-letniej przerwie zostaje zdiagnozowany ten sam temperament.

Przy udziale odrobiny uczenia się?

Zarazem wiemy, że procent – 40 lub więcej – nieśmiałych osób w wieku studenckim jest znacznie wyższy niż odsetek nieśmiałych dzieci (Zimbardo, 2008). Zatem uzasadnione jest założenie, że

nieśmiałość jest częściowo wrodzona, natomiast w jeszcze większej części jest wyuczona w efekcie negatywnych doświadczeń w życiu społecznym jednostki. Przy czym, jeśli dziecko jest wycofane, łatwo przestrasza się, rzadko się uśmiecha i boi się zarówno obcych ludzi, jak i nowych rzeczy, to takie dziecko wytwarza środowisko, które nie jest przyjazne, wesołe czy wspierające. W ten sposób dziedziczność i środowisko oddziałują na siebie wzajemnie, a początkowo wrodzone cechy po pewnym czasie ulegają wzmocnieniu – lub być może wytłumieniu – ponieważ wytwarzają społeczne sygnały wskazujące innym, czy mają się zbliżyć, czy trzymać się z daleka.



Nieśmiałość jest częściowo wrodzona, a częściowo wyuczona poprzez doświadczenie.

Czy zatem biologia determinuje twoje przeznaczenie? Wrodzony temperament może ustalać *zakres* twoich reakcji na niektóre sytuacje życiowe. Jednakże temperament sam przez się nie

determinuje w pełni twojego doświadczenia życiowego (Kagan, Snidman, 1998). Twoja wyjątkowa pozycja w rodzinie, doświadczenia i poczucie Ja gwarantują, że twój wzór osobowości nie będzie podobny do wzoru żadnej innej osoby, nawet należącej do twoich biologicznych krewnych (Bouchard i in., 1990).

Osobowość jako zespół cech

Gdybyś miał opisać swojego przyjaciela, prawdopodobnie posłużyłbyś się językiem *cech*: markotny, radosny, melancholijny, pełen entuzjazmu, niestabilny, przyjacielski czy bystry.

Cechy są to rozmaite stałe właściwości osobowości, które przypuszczalnie istnieją wewnątrz jednostki i kierują jej myślami oraz działaniami w różnych okolicznościach. Możemy pojmować cechy jako produkty ukrytych procesów psychologicznych – jako sposoby typowego wyrażania się w zachowaniu naszych motywów, emocji i sądów (Winter i in., 1998).

Czym cechy różnią się od temperamentu? Pomyśl o temperamencie jako o podstawie osobowości, głęboko zakorzenionej w naszej indywidualnej biologicznej naturze. A teraz pomyśl o cechach jako o wielowymiarowej strukturze nadbudowanej na podwalinie temperamentu, ale powstałej także pod wpływem doświadczenia.

„Wielka piątka” cech: teoria pięcioczynnikowa

Zwolennicy teorii cech skupiają się głównie na motywacyjnych i emocjonalnych komponentach osobowości, pomijając inne atrybuty, takie jak IQ i zdolności twórcze. Badacze, posługując się matematycznym narzędziem *analizy czynnikowej* (która umożliwia poszukiwanie związków między odpowiedziami na poszczególne pytania testów osobowości), zidentyfikowali pięć głównych czynników osobowości. Teoretycy osobowości określają je często jako „*wielką piątkę*” (Carver, Scheier, 2008; John, Srivastava, 1999).

Jak dotąd nie mamy powszechnie akceptowanych nazw dla tych pięciu czynników, chociaż szeroko stosowane są te, które zaraz wymienimy, wyróżniając je kursywą.

Zwróć uwagę, że chociaż dla każdej cechy podajemy pojedyncze określenie, cechy z „wielkiej piątki” są w rzeczywistości *dwubiegunowymi wymiarami*. Oznacza to, że mają one charakter kontinuum, a ludzi najczęściej można umiejscowić na większości wymiarów gdzieś między dwoma krańcami – blisko środka. (W nawiasach podajemy nazwę przeciwnego krańca wymiaru każdej cechy.)

- *Otwartość na doświadczenie*, zwana także dociekliwością intelektualną, ciekawością, niezależnością (na przeciwnym biegunie: zamkniętość umysłowa, ogólnie niska ciekawość, brak wyobraźni).
- *Sumiennosc*, zwana także niezawodnością, ukierunkowaniem na cel, wytrwałością, siłą superego, rozważą lub powściągliwością (na przeciwnym biegunie: impulsywność, niedbałość lub nieodpowiedzialność).
- *Ekstrawersja*, zwana także zdolnością przystosowania się społecznego, asertywnością, towarzyskością, śmiałością, wiarą w siebie (na przeciwnym biegunie: introwersja, nieśmiałość).
- *Ugodowość*, zwana także serdecznością i sympatycznością, przy czym osoby plasujące się na tym krańcu kontinuum cechują się prospołecznym nastawieniem do innych (na przeciwnym biegunie: chłód, negatywne nastawienie, wrogość).
- *Neurotyczność*, zwana także lękiem lub emocjonalnością (na przeciwnym biegunie: stabilność emocjonalna lub kontrola nad emocjami).

Zastanawiając się nad **teorią pięcioczynnikową**, należy zdawać sobie sprawę, że żaden wynik nie musi być „dobry” lub „zły”. Chociaż nasza kultura skłonna jest wyżej cenić ekstrawersję niż introwersję, każda z nich może być adaptacyjna – w zależności od sytuacji społecznej i kulturowej. Introwersja więc może być bardziej pożądaną cechą w przypadku pisarza, a ekstrawersja – u kierownika

działu sprzedaży. Podobnie, wysoko cenimy sumienność, otwartość, ugodowość i stabilność emocjonalną, ale niskie wyniki na tych wymiarach nie muszą być czymś złym. Na przykład dla osoby twórczej korzystna może być tendencja do trzymania się własnych poglądów i niepoddawania się zbytnio wpływom innych ludzi (niska ugodowość). Podobnie, nadmierna sumienność prawdopodobnie ogranicza zdolność wykorzystywania nieoczekiwanych szans, a nadmierna otwartość może doprowadzić kogoś do bycia „majstrem od wszystkiego” i nieosiągania mistrzostwa w niczym. Zamiast osądzać, jakie cechy „powinniśmy” posiadać, lepiej jest zbijać kapitał na cechach, jakie posiadamy i szukać środowiska, które zapewni nam najlepsze dostosowanie.

Teoria pięciu czynników znacznie upraszcza uprzednio zagmatwany obraz. Aczkolwiek nadal trwa dyskusja nad pewnymi szczegółami, obecnie szeroka koalicja teoretyków doszła do wniosku, że możemy precyzyjnie opisywać ludzi tylko za pomocą tych pięciu wymiarów – co za osiągnięcie, zważywszy na kilkaset terminów dotyczących cech, jakie możemy znaleźć w słowniku (Allport, Odbert, 1936)! Co znamienne, model pięciu czynników wydaje się także uniwersalny kulturowo – w kilku dużych badaniach wykazano, że sprawdza się on w ponad 50 kulturach Europy, Azji, Afryki i obu Ameryk (McCrae i in., 2005; Schmitt i in., 2007).

Ocenianie cech za pomocą kwestionariuszy osobowości

Gdybyś był psychologiem klinicznym lub doradcą psychologicznym, mógłbyś ocenić osobowość klienta w zakresie tych pięciu czynników, posługując się narzędziem typu papier-ołówek, takim jak Kwestionariusz Osobowości NEO (lub NEO-PI)[1]. To proste, ale cieszące się wysoką estymą narzędzie stosowano do badania stabilności osobowości w ciągu życia oraz związku między cechami osobowości a zdrowiem fizycznym i różnymi zdarzeniami życiowymi (zob. ryc. 1.2).

	Całkowicie nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Nie mam zdania	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam
1. Nie jestem osobą rozmowną	☐	☐	☐	☐	☐
2. Często czuję się onieśmielony	☐	☐	☐	☐	☐
3. Zazwyczaj jestem pełen energii	☐	☐	☐	☐	☐
4. Często martwię się	☐	☐	☐	☐	☐
5. Jestem pomysłowy	☐	☐	☐	☐	☐
6. Nie mam zainteresowań artystycznych	☐	☐	☐	☐	☐
7. Lubię nowe wyzwania i doświadczenia	☐	☐	☐	☐	☐
8. Uważam, że jestem solidny	☐	☐	☐	☐	☐
9. Lubię przebywać z ludźmi	☐	☐	☐	☐	☐
10. W trudnych sytuacjach potrafię zachować spokój	☐	☐	☐	☐	☐

Rycina 1.2

Przykładowe pozycje Pięcioczynnikowego Kwestionariusza Osobowości

W kwestionariuszu mierzącym cechy osobowości z „wielkiej piątki” możesz być poproszony o wskazanie, przez otoczenie kółkiem właściwego punktu na skali, w jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz z każdym z twierdzeń. Nie ma tam dobrych ani złych odpowiedzi.

Jeśli jednak chciałbyś zastosować jakieś narzędzie, które mierzy cechy kliniczne – tj. oznaki zaburzeń psychicznych – dobrym wyborem byłby Wielowymiarowy Minnesocki Inwentarz Osobowości (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), zwykle określany jako **MMPI-2** („2” oznacza, że jest to poprawiona wersja oryginalnego MMPI)[2]. Nie mierzy on, tak jak NEO-PI, Wielkiej Piątki wymiarów osobowości, lecz zawiera 10 skal klinicznych (przedstawionych w tab. 1.1) opracowanych do diagnozowania poważnych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, schizofrenia i paranoja (Helmes,

Reddon, 1993). Pozycje tego kwestionariusza, których jest 567, dotyczą różnorodnych postaw, nawyków, lęków, preferencji, zdrowia fizycznego, przekonań i ogólnych poglądów. Nie będziemy ujawniać rzeczywistych pozycji testowych, ale podajemy kilka twierdzeń typu prawda–fałsz, podobnych do tych z MMPI-2:

- Często niepokoją mnie myśli o seksie.
- Czasami lubię wzbudzać trochę podniecenia.
- Gdyby ludzie nie osądzali mnie niesprawiedliwie, odnosiłbym znacznie większe sukcesy.

Tabela 1.1

Skale kliniczne MMPI-2

Hipochondria (Hs): nienormalne zaniepokojenie funkcjonowaniem własnego organizmu

Depresja (D): pesymizm, poczucie rozpacz i beznadziejności, spowolnienie zachowania i myślenia

Histeria konwersyjna (Hy): nieświadome posługiwanie się problemami psychicznymi w celu unikania konfliktów i odpowiedzialności

Dewiacja psychopatyczna (Pd): brak poszanowania dla zasad społecznych, płytkie emocje, niezdolność czerpania korzyści z doświadczenia

Męskość–kobiecość (Mf): różnice między mężczyznami a kobietami

Paranoja (Pa): podejrzliwość, urojenia wielkościowe i prześladowcze

Psychastenia (Pt): natręctwa, kompulsje, lęki, niska samoocena, poczucie winy, niemożność podejmowania decyzji

Schizofrenia (Sc): dziwaczne, niezwykle myśli lub zachowania, wycofanie, halucynacje, urojenia

Mania (Ma): podniecenie emocjonalne, gonitwa myśli, nadmierna aktywność

Introwersja społeczna (Si): nieśmiałość, brak zainteresowania innymi ludźmi, niepewność

Respondenci są proszeni o wskazanie, czy każde z twierdzeń jest prawdziwe w odniesieniu do nich, a ich odpowiedzi porównywane są z odpowiedziami osób z populacji klinicznej ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi. Ocena ma więc empiryczne podstawy – opiera się na pomiarach naukowych, a nie tylko na opinii.

Osoby, które wypełniają kwestionariusze osobowości, takie jak

MMPI-2, często zadręczają się swoimi odpowiedziami na poszczególne pytania, obawiając się, że „zła” odpowiedź może spowodować zdiagnozowanie u nich zaburzenia psychicznego. Nie ma się czym martwić! Profile osobowości ustalane na podstawie odpowiedzi w MMPI-2 nigdy nie opierają się na pojedynczej odpowiedzi – czy nawet na dwóch lub trzech z nich. Każda odpowiedź stanowi jedynie ważony przyczynek do jednej lub kilku skal.

Czy w MMPI-2 można symulować dobre lub złe wyniki? Prawdopodobnie nie. Test ten zawiera cztery sprytnie opracowane skale „kłamstwa”, które wskazują, że coś jest nie w porządku, gdy znajdzie się w nich zbyt dużo nietypowych odpowiedzi. Oto kilka twierdzeń podobnych do tych, które znajdują się w skalach kłamstwa:

- Czasami odkładam zrobienie tego, co powinienem zrobić.
- Niekiedy rozpowiadam plotki.
- Zdarza mi się czasem śmiać się z nieprzyzwoitych dowcipów.

Jeśli ktoś za bardzo stara się dobrze lub źle wypaść, to wyniki w skalach kłamstwa podwyższą się tak, że wzbudzą wątpliwości.

Z naukowego punktu widzenia MMPI-2 i NEO-PI są – z dwóch powodów – wzorowymi narzędziami. Po pierwsze, mają one wysoką **rzetelność**. Oznacza to, że wyniki w nich uzyskiwane są zgodne i stabilne. Osoba, która będzie wypełniać ten sam test przy dwóch różnych okazjach, uzyska więc najpewniej bardzo podobne wyniki. Każdy nadający się do użytku test musi mieć dobrą rzetelność; w innym wypadku wyniki będą niekonsekwentne i nie będzie można na nich polegać.

Po drugie, MMPI-2 i NEO-PI mają wysoką **trafność** – co oznacza, że faktycznie mierzą one to, co mają mierzyć, np. cechy osobowości lub przejawy zaburzeń psychicznych.

MMPI-2 jest wiarygodnym narzędziem identyfikowania na przykład osób depresyjnych lub psychotycznych (Greene, 1991) – chociaż w krajach spoza kultury zachodniej musi być stosowany ostrożnie, ponieważ nie wiadomo, czy po przetłumaczeniu na inny język jest nadal trafny (Dana, 1993). Poza tym kilku obserwatorów

sugeruje, że treść niektórych pozycji jest specyficzna kulturowo (Golden, Figueroa, 2007). Klinicyści powinni także być ostrożni, stosując kwestionariusze osobowości w przypadku członków grup mniejszościowych w Stanach Zjednoczonych, ponieważ grupy te nie zawsze są dobrze reprezentowane w próbach wykorzystywanych przy konstruowaniu testu (Butcher, Williams, 1992; Graham, 1990).

Ocena teorii temperamentu i teorii cech

Teorie temperamentu i teorie cech oraz testy, które powstały na ich podstawie, spotkały się z kilkoma zarzutami. Przede wszystkim teorie te dają nam „fotografię” osobowości – obraz przedstawiający osobowość jako niezmienną i statyczną, a nie jako dynamiczny proces, który podlega zmianom rozwojowym, zależnym od naszych doświadczeń. Inny zarzut głosi, że teorie te nadmiernie upraszczają nasze złożone natury, opisując osobowość jedynie na kilku wymiarach. Co by nam dało, gdybyśmy na przykład ustalili, że Mary Calkins ma wysoki poziom takich cech jak sumienność i dominacja, a niski poziom ugodowości? Chociaż oceny te mogłyby potwierdzić trafność naszych obserwacji, takie etykiety pomijają ważne szczegóły.

Jeśli chodzi o pozytywy, to teorie cech umożliwiają nam w pewnym stopniu *przewidywanie* zachowań w typowych sytuacjach, takich jak sytuacja w miejscu pracy – ułatwiają dobieranie pracowników dobrze dostosowanych do określonych zadań i odsiewanie tych, którzy mogą stwarzać problemy. Co więcej, „wielka piątka” cech rzeczywiście pozwala przewidzieć większość rzeczy, które naprawdę mają znaczenie dla większości z nas, łącznie ze zdrowiem, sukcesami akademickimi i sukcesami w relacjach społecznych – i to z dokładnością porównywalną z dokładnością wielu testów stosowanych w medycynie (Robins, 2005).

Ale w końcu należy zauważyć, że teorie cech mają te same mankamenty, co stare teorie instynktów. Oba typy teorii *opisują* osobowość za pomocą etykietek, ale nie wyjaśniają jej. Możemy na przykład przypisać depresję cesze depresyjności lub otwartą osobowość ekstrawersji, nie rozumiejąc przy tym istoty zachowań.

W skrócie, teorie cech rozpoznają powszechne cechy, ale niewiele mówią o ich źródłach czy ich wzajemnych interakcjach (McAdams, 1992; Pervin, 1985). Ponadto, ponieważ większość ludzi przejawia poszczególne cechy w umiarkowanym natężeniu, musimy zadać sobie pytanie, w jakim stopniu teorie cech nadają się do wyjaśniania wszystkich przypadków poza tymi ekstremalnymi.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tomu

III

Początkowo pojęcie „samospełniającego się proroctwa” w psychologii wiązało się z eksperymentem, w którym osiągnięcia szkolne uczniów poprawiły się dzięki manipulacji oczekiwaniami nauczycieli

Na koniec, w związku z teorią cech znów pojawia się problem *samospełniającego się proroctwa*. Kiedy komuś przypisze się jakieś cechy, mogą na niego wpływać oczekiwania implikowane przez te etykiety, co z kolei utrudnić mu może zmianę niepożądanych zachowań. Na przykład dziecko nazwane „nieśmiałym” będzie być może zmuszone walczyć zarówno z tą etykietą, jak i z samą cechą.

Zaburzenia osobowości

Zaburzenia osobowości odpowiadają za dziwactwa wielu historycznych i publicznych postaci, w tym wielokrotnie żeniącego się króla Henryka VIII; ostatniego szefa Enronu, Kena Laya, winnego ogromnych kręactw finansowych; oraz *femme fatal* Lizzie Borden, która zasłynęła tym, że uśmierciła swoich rodziców toporem. **Zaburzenia osobowości** przejawiają się jako chroniczne wzorce błędnej oceny sytuacji, zaburzeń myślenia, problemów emocjonalnych, zakłóconych relacji społecznych lub braku kontroli

nad impulsami. Składają się one na jeden z trzech długotrwałych, nieprzystosowawczych wzorców osobowości: *narcystyczne zaburzenie osobowości*, *antyspołeczne zaburzenie osobowości* i *zaburzenie z pogranicza (osobowość typu borderline)*.

Narcystyczne zaburzenie osobowości

Jeśli wierzyć tabloidom ze świata rozrywki, to w przemyśle filmowym i muzycznym powszechnie spotyka się osobowości narcystyczne. Osoby z *narcystycznym zaburzeniem osobowości* przejawiają wygórowane poczucie własnego znaczenia, potrzebę stałego przyciągania uwagi lub wzbudzania podziwu i często fantazjują o swoich sukcesach lub władzy. Często niewłaściwie reagują na krytykę lub drobne niepowodzenia – albo udając obojętność, albo reagując przesadnie. Mają zwykle problemy w relacjach społecznych, czują się uprawnione do specjalnych względów bez poczuwania się do wzajemności, egoistycznie wykorzystują innych i mają trudności z rozumieniem czyichś uczuć.

Antyspołeczne zaburzenie osobowości

Kandydatami do tej kategorii są wszyscy, od bezwzględnych szefów po seryjnych morderców. Obejmuje ona osoby z długotrwałym wzorcem nieodpowiedzialnych lub krzywdzących dla innych zachowań. Osoby z *antyspołecznym zaburzeniem osobowości* wydają się być ludźmi bez sumienia lub poczucia odpowiedzialności wobec innych. Co charakterystyczne, naruszanie norm społecznych zaczyna się u nich we wczesnym okresie życia – przeszkadzają w lekcjach, wdają się w bójki i uciekają z domu. Ten wzorzec może się pogłębiać, przekształcając się w akty okrucieństwa i niczym nieusprawiedliwionego braku poszanowania dla praw innych, takie jak znęcanie się nad zwierzętami czy wzniesienie pożarów. Inne częste objawy osobowości antyspołecznej to chroniczne kłamstwa i kradzieże. Chociaż osoby z tym zaburzeniem często wpadają w kłopoty, mogą nie odczuwać lęku, wstydu ani żadnego innego rodzaju silnych emocji. Natomiast często zachowują spokój

w sytuacjach, które wzburzyłyby lub zdenerwowały normalnych ludzi. Ci, którzy przejawiają agresywny lub przestępczy wzorzec antyspołecznego zaburzenia osobowości, związany z popełnianiem morderstw lub innych poważnych zbrodni, są określane popularnie jako „psychopaci” lub „socjopaci”.

Chociaż moglibyśmy spodziewać się, że antyspołeczne osobowości występują głównie wśród przestępców ulicznych czy oszustów, występują one także wśród odnoszących sukcesy polityków i ludzi biznesu, którzy stawiają karierę, pieniądze i władzę ponad wszystko i wszystkich (Babiak, Hare, 2006). Osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości są często czarujące, inteligentne i posługują się tymi cechami, manipulując innymi oraz wykorzystując ludzką łatwowierność. Te same cechy pozwalają im przez długi czas unikać przyłapania – a kiedy już zostaną przyłapane, często potrafią czarować, kłamać lub manipulować, aby uniknąć nieprzyjemności. Aż 3% ludności Stanów Zjednoczonych może przejawiać ten wzorzec, przy czym u mężczyzn diagnozuje się to zaburzenie cztery razy częściej niż u kobiet (Regier i in., 1988, 1993).

Zaburzenie z pogranicza (osobowość typu *borderline*)

Trzecia forma zaburzeń osobowości, *zaburzenie z pogranicza* (zwane także osobowością typu *borderline*), przejawia się jako chwiejność i impulsywność (Carson i in., 2000; Holmes, 2001). Osoby z taką diagnozą cechują się nieprzewidywalnymi nastrojami i burzliwymi relacjami interpersonalnymi, często denerwują się i zachowują obelżywie w odpowiedzi na spostrzegany afront. Mają także małą tolerancję na frustrację. Ich impulsywność przejawia się jako skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych, do hazardu, rozwiązłości seksualnej, obżarstwa, nieostrożnego prowadzenia samochodów, samookaleczania się lub prób samobójczych. Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń osobowości, perspektywy wyleczenia zaburzenia z pogranicza należy traktować z rezerwą.

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Określanie własnego typu osobowości

Wydaje ci się, że jesteś introwertykiem czy ekstrawertykiem? Osobą zrównoważoną emocjonalnie czy nadmiernie pobudliwą? Godną zaufania czy nieodpowiedzialną?

Współczesne teorie cech zakładają, że możesz plasować się w dowolnym punkcie między tymi ekstremami, natomiast starsze pojęcie **typu osobowości** zaliczało ludzi do odrębnych kategorii. Który z tych poglądów – cech czy typów – lepiej oddaje ludzką naturę? Aby się o tym przekonać, przeprowadźmy krytyczną analizę najczęściej stosowanej techniki diagnozowania typów osobowości, **Wskaźnika Typów Myers-Briggs** (MBTI). Ponieważ narzędzie to wywodzi się z koncepcji typów osobowości, opartej na teorii Carla Junga, dyskusja ta posłuży także jako pomost do następnego podrozdziału, w którym omówimy szczegółowo teorię Junga, jak również inne klasyczne teorie osobowości.

Stosowanie MBTI

Istnieje szansa, że wypełniałeś Wskaźnik Typów Myers-Briggs, ponieważ każdego roku wypełnia go jakieś dwa miliony ludzi, często podczas warsztatów rozwijających samoświadomość lub biznesowych seminariów na temat budowania zespołu (Druckman, Bjork, 1991). W świecie biznesu konsultanci stosują MBTI podczas szkoleń dla zarządu, aby przekazać przesłanie, że ludzie mają różne wzorce osobowości, które przystosowują ich do różnych rodzajów pracy. W uczelnianych poradniach psychologicznych studenci mogą uzyskać radę, aby wybrali taki rodzaj pracy, który pasuje do ich typu osobowości, zdiagnozowanego za pomocą MBTI. Test ten znajduje także zastosowanie w poradnictwie małżeńskim, gdzie uczy się pary, jak przystosować się wzajemnie do swoich typów osobowości.

W teście MBTI badani odpowiadają na serię pytań o to, w jaki sposób dokonują ocen, spostrzegają świat i odnoszą się do innych (Myers, Myers, 1995). Na podstawie tych odpowiedzi zalicza się badanych do jednego z czterowymiarowych typów osobowości,

zaczepniętych z Jungowskich wymiarów Introwersji–Ekstrawersji, Myślenia–Uczucia, Doznawania–Intuicji i Oceniania–Percepcji[3].

Co badania testem MBTI mówią nam o typach osobowości?

Pamiętaj, że jeśli test jest rzetelny, to w wypadku jego wielokrotnego wypełniania uzyskuje się spójne (zgodne) wyniki. Niestety *rzetelność* MBTI jest wątpliwa. Na przykład jedno z badań wykazało, że u mniej niż połowy osób badanych tym testem stwierdzono ten sam typ osobowości w badaniu przeprowadzonym ponownie po 5 tygodniach (McCarley, Carskadon, 1983). W innym badaniu u 75% respondentów stwierdzono zmianę w co najmniej 1 z 4 kategorii typów (zob. Druckman, Bjork, 1991). Wyniki te wzbudzają oczywiście wątpliwości co do zasadniczego pojęcia „typu”.

Druga kwestia wiąże się z *trafnością* testu Myers-Briggs. Powiedzieliśmy, że trafny test mierzy to, co w zamierzeniu miał mierzyć. I ponownie, badania nad MBTI dają mieszany obraz (Druckman, Bjork, 1991). Uzyskane wyniki nie pokazują, że test ten naprawdę identyfikuje odrębne typy osobowości (Furnham i in., 2003). W rzeczywistości wyniki te są znacznie bardziej spójne z koncepcją *cech* – czyli z założeniem, że dana cecha charakteryzuje różnych ludzi w różnym stopniu – niż z pojęciem typu, do którego się należy lub nie. Koncepcja, że ludzie rozmieszczeni są w różnych miejscach kontinuum introwersji–ekstrawersji, lepiej pasuje więc do danych niż podejście, na którym jest oparty test Myers-Briggs, polegające na „wrzucaniu” ludzi do jednej lub drugiej kategorii.

Jeśli chodzi o ustalanie wzorców osobowości skojarzonych z określonymi zawodami, to dowody są także niepewne. To prawda, że osoby pracujące z ludźmi – artyści estradowi, doradcy, kierownicy i sprzedawcy – mają często wyższe wyniki ekstrawersji. Dla porównania – bibliotekarze, informatycy i lekarze mają w swoich szeregach wielu introwertyków. Jednakże niebezpieczeństwo kryje się w przekształcaniu średnich w stereotypy. W rzeczywistości dane wskazują, że w ramach

jednego zawodu spotyka się różnorodne typy. W dodatku wyraźnie rzuca się w oczy brak dowodów wykazujących związek między typem osobowości a sukcesami w danym zawodzie: nie ma podstaw dla twierdzenia, że posiadanie określonego typu osobowości predysponuje ludzi do sukcesów w określonych zawodach. Chociaż orędownicy testu MBTI utrzymują, że jest on użyteczny w poradnictwie zawodowym, przegląd literatury dokonany przez zespół z Narodowej Akademii Nauk pokazał, że nie ma związku między typem osobowości, stwierdzonym w teście MBTI, a sukcesami odnoszonymi w poszczególnych zawodach (Druckman, Bjork, 1991). Raport ten jednak wywołał ostry sprzeciw ze strony użytkowników tego testu (Pearman, 1991). Podsumowując, możemy powiedzieć, że Wskaźnik Typów Myers-Briggs nie okazał się wystarczająco trafny czy rzetelny, aby na jego podstawie można było podejmować ważne życiowe decyzje. Jak napisano w raporcie Narodowej Akademii Nauk (Druckman, Bjork, 1991, s. 99): „Zważywszy na brak takich dowodów, zadziwiające jest, dlaczego jest on tak powszechnie stosowany”.

Jakie więc wnioski możemy wyciągnąć odnośnie do kwestii „cechy czy typy”? Fakt, że ludzie powszechnie uzyskują wyniki w całym zakresie każdego wymiaru, bardziej przemawia za koncepcją *cech*, które ludzie posiadają w różnym stopniu, niż za *typami*, które mają charakter dyskretnych (skokowych) kategorii tak/nie. Jak zauważył ewolucjonista Stephen Jay Gould: „Świat nie pojawia się nam w zgrabnych małych pakunkach” (1966, s. 188).

Sprawdź, czy rozumiesz

- 1 **PRZYPOMNIENIE:** Jerome Kagan wskazywał, że biologiczną podstawą różnych temperamentów może być cechująca każdą osobę unikatowa mieszanina _____.
- 2 **ZASTOSOWANIE:** Pewien twój kolega zawsze wydaje się pobudzony i zalekziony, nawet kiedy nie występują żadne okoliczności, które

mogłyby wywoływać taką reakcję. Która z cech „wielkiej piątki” opisuje tę właściwość twojego kolegi?

3 PRZYPOMNIENIE: MMPI-2 nie mierzy tradycyjnych cech, natomiast jego 10 skal służy do oceny _____.

4 PRZYPOMNIENIE: Jakie zaburzenie osobowości charakteryzuje się wzorcem burzliwych związków i impulsywnego zachowania?

5 ANALIZA: Gdybyś posługiwał się teorią cech, oceniałbyś ludzi _____; ale gdybyś posługiwał się teorią typów, oceniałbyś ludzi _____.

a) klinicznie/eksperymentalnie

b) pod względem ich zachowania/pod względem ich procesów psychicznych

c) pod względem ich właściwości pozytywnych/pod względem ich właściwości negatywnych

d) na wymiarach/według kategorii

6 ROZUMIENIE MYŚLI PRZEWODNIEJ: Teorie temperamentu, teorie cech i teorie typów opisują różnice między ludźmi w kategoriach _____, a nie w kategoriach _____.

a) właściwości osobowościowych/procesów osobowościowych

b) zaburzeń psychicznych/zdrowia psychicznego

c) natury/wychowania

d) procesów świadomych/procesów nieświadomych

Odpowiedzi: 1. Neuroprzekazników. 2. Neurotyczność. 3. Skłonności do poważnych zaburzeń psychicznych. 4. Zaburzenie z pogranicza (osobowość typu borderline). 5. d. 6. a.

1.3

JAKIE PROCESY PSYCHICZNE ZACHODZĄ W OSOBOWOŚCI?

Trzydziestego pierwszego stycznia 2006 roku Ken Lay i jego wspólnik Jeffrey Skilling zostali skazani za ogromne oszustwa finansowe, obejmujące miliardy dolarów zaangażowanych w nielegalne, oparte na poufnych informacjach obroty papierami wartościowymi, które spowodowały bankructwo korporacji znanej jako Enron. Finansowa katastrofa Enronu była nie tylko największym bankructwem w historii USA, ale spowodowała także utratę pracy 20 tysięcy pracowników Enronu. Wielu z nich straciło oszczędności całego życia, kupując akcje tego przedsiębiorstwa, do czego zachęcał ich Lay, chociaż sam pozbywał się własnych.

Dlaczego Lay to zrobił? Oczywista odpowiedź to chciwość w połączeniu z egoizmem i nie bez udziału pewnej bezwzględności. Ale cechy te w niewielkim stopniu wyjaśniają *przyczyny* postępowania Laya. Co działo się we wnętrzu tego człowieka, że jego wspaniałe zdolności (miał doktorat z nauk ekonomicznych i wysoką pozycję zawodową, zarówno w instytucjach rządowych, jak i w zarządzie korporacji) zostały skierowane na takie obrzydliwe działania? W pozostałej części tego rozdziału przypadek Laya, wraz z przypadkiem Calkins, posłuży nam do ilustrowania różnych teorii osobowości.

W celu zrozumienia sił psychicznych leżących u podłoża cech przejawianych zarówno przez Laya, jak i przez Calkins, przejdziemy do teorii, które przyglądają się *procesom* formującym ludzką osobowość. Rozpatrzymy w szczególności trzy rodzaje teorii „procesów”: teorie *psychodynamiczne*, *humanistyczne* i *poznawcze*. Co wspólnego mają te teorie? Nasza **MYŚL PRZEWODNIA** brzmi:

Chociaż każda z teorii kładących nacisk na

procesy psychiczne dostrzega inne siły działające w obrębie osobowości, wszystkie opisują osobowość jako rezultat zarówno wewnętrznych procesów psychicznych, jak i interakcji społecznych.

Aczkolwiek te trzy podejścia, które będziemy rozpatrywać w tym podrozdziale – teorie *psychodynamiczne*, *humanistyczne* i *poznawcze* – mają pewne wspólne podstawy, każde z nich kładzie nacisk na inną kombinację czynników. **Teorie psychodynamiczne** zwracają uwagę głównie na motywację, szczególnie na motywy nieświadome oraz na wpływ przeszłych doświadczeń na nasze zdrowie psychiczne. **Teorie humanistyczne** podkreślają wagę świadomości i naszej aktualnej subiektywnej rzeczywistości: ważne jest to, w co wierzymy obecnie i to, jak pojmujemy siebie w relacji z innymi. A **teorie społeczno-poznawcze** opisują wpływ uczenia się, spostrzegania i interakcji społecznych na zachowanie.

Teorie psychodynamiczne: nacisk na motywację i zaburzenia psychiczne

Podejście psychodynamiczne zapoczątkowała pod koniec XIX wieku medyczna zagadka zwana *histerią*, określana obecnie jako *zaburzenie konwersyjne*. U pacjentów z tym zaburzeniem lekarze dostrzegali symptomy cielesne, takie jak osłabienie mięśni, utratę czucia w pewnych częściach ciała, a nawet paraliż – przy braku widocznych fizycznych przyczyn, takich jak uszkodzenie nerwów. Psychologiczny charakter histerii stał się w końcu oczywisty, gdy francuski lekarz Jean Charcot zademonstrował, że można doprowadzić do usunięcia objawów histerii dzięki sugestii – stosowanej podczas transu hipnotycznego.

Freud i psychoanaliza

Młody i ciekawy doktor Sigmund Freud (1856–1939), usłyszawszy o pracach Charcota, przyjechał do Paryża, aby osobiście przyjrzeć się jego sławnym demonstracjom działania hipnozy. Zainspirowany tym, co zobaczył, wrócił do Wiednia i postanowił wypróbować leczenie przez hipnozę na własnych pacjentach. Ale, ku swojej konsternacji, doktor Freud stwierdził, że nie potrafi tak głęboko zahipnotyzować wielu z nich, aby powtórzyć rezultaty osiągnięte przez Charcota. Poza tym, nawet u tych, u których symptomy zanikały w trakcie hipnozy, po zakończeniu transu powracały. W końcu sfrustrowany Freud postanowił poszukać innej drogi zrozumienia i leczenia tajemniczej choroby. W rezultacie powstała pierwsza wyczerpująca teoria osobowości – nadal stanowiąca standard, z którym porównywane są wszystkie inne teorie.

Nowe podejście stworzone przez Freuda stało się znane jako **psychoanaliza** lub **teoria psychoanalityczna**. Formalnie rzecz biorąc, termin „teoria psychoanalityczna” odnosi się do Freudowskiego wyjaśnienia osobowości i zaburzeń psychicznych, natomiast termin „psychoanaliza” oznacza metodę terapii zaburzeń psychicznych. Jednakże w praktyce zawsze trudno było oddzielić teorię Freuda od jego procedury terapeutycznej. Termin „psychoanaliza” stosuje się więc często w odniesieniu do nich obu (Carver, Scheier, 2008).

Zgłębiając teorię Freuda, możesz dojść do wniosku, że w niektórych punktach zgadzasz się z jego tezami, a w innych nie. Zalecamy, aby zmobilizować całe swoje krytyczne myślenie, ale jednocześnie zachować szacunek dla Freuda i zadania, przed jakim stanął ponad 100 lat temu, jako pierwszy wielki teoretyk osobowości człowieka.

Freudowska nieświadomość W centrum osobowości Freud umieścił **nieświadomość**, ukryty psychiczny kocioł potężnych impulsów, instynktów, motywów i konfliktów, które są dla osobowości źródłem energii. Freud twierdził, że z reguły nie uświadamiamy sobie istnienia tego ukrytego obszaru psychiki, ponieważ jego zawartość jest tak zagrażająca i wzbudzająca lęk, że

nawet u najzdrowszych z nas świadoma psychika odmawia uznania jego istnienia. Na przykład, tylko zastosowanie specjalnych technik psychoanalitycznych może pomóc terapeutę w odkryciu, że osoba, która była w dzieciństwie molestowana seksualnie, nadal przechowuje w nieświadomości te jęczące się wspomnienia. Możemy przelotnie ujrzeć te wspomnienia, kiedy próbują wydostać się z nieświadomości, być może zakamuflowane w snach lub jako symptomy zaburzeń psychicznych, takich jak depresja lub fobia. Czy jesteśmy więc zdrowi psychicznie, czy też nie, zajmujemy się swoimi codziennymi sprawami, nie uświadamiając sobie prawdziwych motywów naszych zachowań.



Na zdjęciu widzimy Freuda spacerującego ze swoją córką Anną, która później sama została psychoanalitką.

Nieświadome popędy i instynkty Freud nauczał, że burzliwe procesy w nieświadomości są podsypane przez energię psychiczną, pochodzącą z naszych najbardziej podstawowych i tajemniczych

motywów, popędów i pragnień – psychicznych odpowiedników pary wydobywającej się z kotła. Teoria psychoanalityczna wyjaśnia zatem, jak ta „para” psychiczna przekształca się i wyraża w zakamuflowanej postaci w naszych świadomych myślach i zachowaniach.

Nieświadomy popęd seksualny, nazwany przez Freuda *Erosem*, imieniem greckiego boga namiętnej miłości, może wyrażać się zarówno bezpośrednio, w aktywności seksualnej, jak i pośrednio, uwalniając się w formie żartów, w pracy czy w działaniach twórczych. (Prawdopodobnie nigdy nie myślałeś o tańcu, malowaniu, gotowaniu, studiowaniu czy kształtowaniu własnego ciała, *body building*, jako o aktywności seksualnej – ale Freud tak!) Energię wyzwalaną przez Erosa Freud określał jako **libido**, od łacińskiego słowa (*libet* – *przyp. tłum.*) oznaczającego żądze. Energia libidinalna z kolei stanowi paliwo dla pozostałej części osobowości.

więcej znajdziesz w rozdziale 3 tomu

II

Eksperymenty nad fałszywymi wspomnieniami prowadzone przez Elizabeth Loftus i innych badaczy zrodziły poważne wątpliwości co do odkrywanych podczas terapii wspomnień o molestowaniu seksualnym

Eros i jego energia libidinalna nie wyjaśniały jednak wszystkiego, co fascynowało Freuda. W szczególności nie wyjaśniały one przejawów ludzkiej agresji i destrukcyjności. Nie wyjaśniały także objawów, na jakie cierpieli weterani wojenni, których wojenne traumy nadal ujawniały się w koszmarach sennych i halucynacjach. Takie nieszczęścia można było wyjaśnić działaniem innego popędu, który Freud nazwał *Thanatosem* (od greckiego imienia boga uosabiającego śmierć). W ujęciu Freuda Thanatos był nieświadomym „instynktem śmierci”, który skłania ludzi do popełniania agresywnych i destrukcyjnych czynów skierowanych przeciwko innym, a nawet przeciwko samym sobie. (Pomyśl

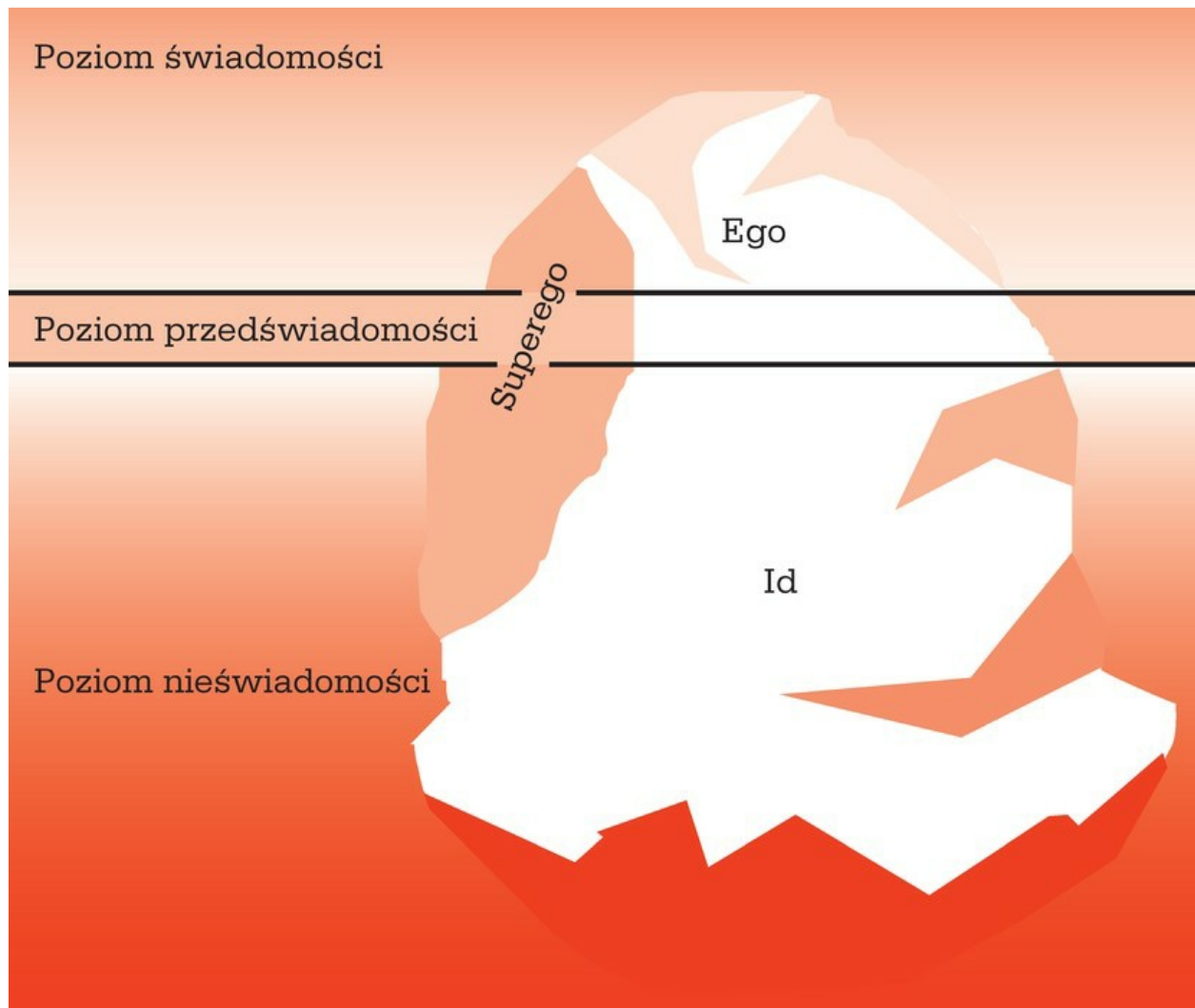
o paleniu, kompulsywnym hazardzie, nieostrożnym prowadzeniu pojazdów lub nadużywaniu substancji psychoaktywnych.) Możemy się domyślać, że nieoczekiwaną śmierć Kena Laya, prezesa Enronu, krótko po skazaniu go za oszustwo i krzywoprzysięstwo, Freud przypisałby Thanatosowi, którego Lay nie był już w stanie kontrolować.

Struktura osobowości Freud przedstawiał osobowość jako trójskładnikową strukturę, składającą się z ego, id i superego, które łącznie tworzą psychikę, znajdującą się w stanie ciągłej wewnętrznej walki. Uważał, że seksualne i agresywne siły id toczą nieustanną walkę z moralizatorskimi siłami superego. Zawsze praktyczne ego pełni rolę rozjemcy tego konfliktu.

Id: źródło energii dla osobowości Freud wyobrażał sobie **id** jako prymitywny, nieświadomy rezerwuar, zawierający podstawowe motywy, popędy i instynktowne pragnienia – w tym Erosa i Thanatosa – które są źródłem energii dla wszystkich trzech części osobowości. Id – podobnie jak dziecko – działa zawsze pod wpływem impulsów i domaga się natychmiastowej gratyfikacji – w szczególności przyjemności seksualnej, fizycznej i emocjonalnej – która ma być doznawana tu i teraz, bez oglądania się na konsekwencje.

Superego: sumienie i ideał ego W przeciwieństwie do id, superego pełni funkcję psychicznej reprezentacji rodziców – wirtualnych „rodziców” żyjących w psychice – odpowiadając za wartości i moralność wpojone przez rodziców, nauczycieli, inne autorytety oraz przejęte od społeczeństwa. **Superego** pokrywa się z grubsza z naszym potocznym pojęciem „sumienia”. Powstaje ono, gdy u dziecka ukształtuje się zespół wewnętrznych zasad, na podstawie reguł narzucanych przez rodziców i innych dorosłych. Jest to wewnętrzny głos, mówiący „powinieneś” i „nie powinieneś”. Superego zawiera także ideał ego, wyobrażenie jednostki na temat tego, jakiego rodzaju człowiekiem powinna ona starać się stać. Co zrozumiałe, superego często przeciwstawia się pragnieniom id,

ponieważ id chciałoby robić tylko to, co sprawia przyjemność, a superego nalega, aby czynić tylko to, co jest słuszne i moralne.



Rycina 1.3

Freudowski model psychiki

W słynnej metaforze Freud porównał psychikę do góry lodowej, ponieważ tylko niewielka jej część wystaje „ponad powierzchnię” świadomości. Tymczasem ogromna nieświadoma psychika czai się „pod powierzchnią”.

Ego: racjonalna część psychiki Były prezydent Jimmy Carter powiedział kiedyś bardzo trafnie: „Na wiele kobiet patrzyłem pożądliwie. Wiele razy popełniałem w duchu cudzołóstwo”. Posługując się terminologią Freuda, to przemawiało *ego* Cartera,

świadoma, racjonalna część psychiki, opisująca, jak musi rozwiązywać konflikty między pragnieniami id a ideałami moralnymi superego. **Ego**, tak jak sędzia, musi często podejmować decyzje, które nie satysfakcjonują w pełni żadnej części osobowości, ale jej całości pozwalają uniknąć kłopotów. Mimo to naciski mogą spotęgować się do tego stopnia, że ego nie będzie w stanie znaleźć osiągalnego kompromisu. W efekcie może dojść do zaburzenia psychicznego.

Wpływ wczesnych doświadczeń na rozwój osobowości Rozmawiając ze swymi pacjentami o ich przeszłości, Freud zaczął rozumieć, że osobowość przechodzi, od dzieciństwa aż do dorosłości, przez pewien wzorzec rozwojowy. Rodzące się popędy seksualne i agresywne dają dziecku napęd do przechodzenia przez wiele **psychoseksualnych stadiów** rozwoju. W każdym z tych stadiów przyjemność erotyczną sprawia dziecku stymulacja specyficznych obszarów ciała.

W stadium *oralnym* przyjemność jest związana z ustami: ssaniem, wydawaniem okrzyków, wypluwaniem. W stadium *analnym* przyjemność pochodzi ze stymulowania części ciała związanych z wydalaniem. Następnie, w fazie *fallicznej*, przyjemność sprawiają „niedojrzałe” przejawy seksualności, takie jak masturbacja. (Wyjaśnia to także rodzaj dowcipów popularnych wśród dzieci w wieku tuż przed okresem pokwitania.) Na koniec, po spokojnym okresie latencji, tym szczęśliwcom, którzy rozwiązali pomyślnie konflikty z wcześniejszych stadiów, dorosła faza *genitalna* przynosi dojrzałość i zdrowie psychiczne (zob. tab. 1.2)

Dlaczego Freud sformułował taką na pozór dziwną teorię rozwoju dziecka? Wśród kwestii, które próbował rozwiązać za pomocą swej teorii rozwoju psychoseksualnego, znajdowały się między innymi problemy tożsamości płciowej i ról płciowych. Zastanawiał się, dlaczego u chłopców rozwija się zazwyczaj męska tożsamość, chociaż większość chłopców wychowują głównie matki? Dlaczego u chłopców i dziewczynek, kiedy dorosną, najczęściej rozwija się pociąg seksualny do odmiennej płci? A dlaczego niektóre dzieci *nie* rozwijają się zgodnie z tym wzorcem?

Odpowiedzi Freuda na te pytania były zawile i, jak powiedziałoby wielu psychologów, naciągane. Przyjęta przez niego perspektywa psychodynamiczna pomijała zewnętrzne wpływy odmiennych sposobów socjalizacji, jakim poddawani są chłopcy i dziewczynki; nie uwzględniała także możliwości genetycznego zaprogramowania, o czym w czasach Freuda prawie nic nie wiadano. Jeśli chodzi o chłopców, to rozwiązanie tych kwestii Freud wiązał z **kompleksem Edypa**, nieświadomym konfliktem, który początkowo skłania małego mężczyznę do odczuwania niedojrzałego pociągu erotycznego wobec swojej matki. (Być może słyszałeś, jak mały chłopiec mówi, że kiedy dorośnie, ożeni się ze swoją mamą.) Kiedy chłopiec przechodzi przez kolejne stadia rozwoju psychoseksualnego, rozwiązanie konfliktu edypalnego wymaga, aby *przenieść* swoje pojawiające się pragnienia seksualne, wycofał je z obiektu, jakim jest matka, a w przyszłości skierował je na kobiety w swoim wieku. W tym samym czasie rozwija się u niego **identyfikacja** z własnym ojcem. Podobną teorię wysnuł Freud w odniesieniu do dziewczynek, zakładając, że rodzi się u nich pociąg seksualny do swoich ojców i dlatego zaczynają rywalizować z własnymi matkami.

Większość psychologów odrzuca dzisiaj Freudowskie założenia na temat rozwoju psychoseksualnego, ponieważ nie znalazły one naukowego potwierdzenia. Ważne jest jednak, aby pamiętać o trzech rzeczach: po pierwsze, nadal nie rozumiemy w pełni, jak działa pociąg seksualny. Po drugie, poglądy Freuda na temat rozwoju psychoseksualnego – chociaż mogą wydawać się dziwne – nadal mają szeroki oddźwięk poza psychologią, szczególnie w literaturze. I w końcu po trzecie, aczkolwiek Freud mógł mylić się co do szczegółów rozwoju psychoseksualnego, jednak mógł mieć słuszość co do ogólnego wzorca i samej idei *stadiów rozwoju* (Bower, 1998a).

Na przykład Freud mógł mieć rację, twierdząc, że pewne trudności we wczesnym okresie życia mogą prowadzić do **fiksacji**, czy zablokowania rozwoju psychicznego. Fiksacja na *stadium oralnym*, spowodowana niemożnością pozbycia się zależności z 1. roku życia, może prowadzić w późniejszym dzieciństwie i w dorosłości do zależności od innych. Uważał on także, iż możemy dostrzec fiksację

oralną w pewnych zachowaniach związanych ze „skłonnościami oralnymi”, takich jak przejadanie się, alkoholizm, palenie i gadatliwość. Wśród tych różnorodnych problemów dostrzegamy wspólny wątek: posługiwanie się ustami jako sposobem połączenia się z tym, czego jednostka potrzebuje lub pragnie. Podobnie, Freud przyjmował, że fiksacja na *stadium analnym* wywodzi się z problemów, z jakimi spotyka się dziecko w 2. roku życia, kiedy wielką sprawą staje się trening czystości. Fiksacja analna, zdaniem Freuda, może doprowadzić do wytworzenia się wzorca zachowań związanych z uporem, kompulsywnością, skąpstwem lub nadmierną schludnością – wszystkie one wiążą się z kwestią kontrolowania własnego ciała lub własnego życia. Ludzie, którzy przeklinają, szczególnie ci posługujący się obscenicznym słownictwem, także cechują się fiksacją analną. W tabeli 1.2 znajdziesz przykłady fiksacji na innych stadiach rozwojowych.

Mechanizmy obronne ego Freud twierdził, że ego w celu radzenia sobie z konfliktami między impulsami id a żądaniami superego, aby je zanegować, wzywa na pomoc komplet **mechanizmów obronnych ego**. Twierdził, że wszystkie one działają na poziomie przedświadomości – tuż pod powierzchnią świadomości. Kiedy presja ze strony id jest umiarkowana, możemy więc polegać, podobnie jak prezydent Carter, na prostych mechanizmach obronnych ego, takich jak *fantazja* lub *racjonalizacja*. Kiedy jednak nieświadome pragnienia stają się zbyt nagłe, ego może rozwiązać problem przez „nałożenie pokrywki na id” – to znaczy może odizolować skrajne pragnienia i zagrażające wspomnienia głęboko w nieświadomości; Freud nazwał to **wyparciem**. Mechanizm ten jest więc odpowiedzialny za to, że osoby żyjące w nieudanych związkach „zapominają” o swoich ważnych rocznicach, że niezadowoleni pracownicy „zapominają” o ważnych obowiązkach, a zaleknieni studenci „zapominają” oddawać swoje prace.

Tabela 1.2**Stadia rozwoju psychoseksualnego według Freuda**

Stadium psychoseksualne	Późniejsze oznaki problemów rozpoczynających się w tym stadium		
Stadium oralne (1. r.ż.)			
Pragnienia:	Stymulacja oralna w formie ssania, jedzenia, płakania, gaworzenia	Palenie Obgryzanie paznokci Żucie gumy Obżarstwo	Otyłość Gadatliwość Zależność Łatwowierność
Zadania:	Przewycięzenie zależności		
Stadium analne (ok. 1.–3. r.ż.)			
Pragnienia:	Stymulacja analna związana z funkcjami pęcherza i jelit	Bałaganiarstwo, schludność	Nieumiarkowanie
Zadania:	Trening czystości Samokontrola	Napady złości Destrukcyjność Okrucieństwo	Skąpstwo Chłód, dystans, rezerwa
Stadium falliczne (ok. 3.–6. r.ż.)			
Pragnienia:	Stymulacja genitaliów	Masturbacja (przez współczesną psychologię i psychiatrię nie jest traktowana jako coś nienormalnego; zob. rozdz. 1 t. II)	
Zadania:	Rozwiązanie kompleksu Edypa, polegającego na pociągu erotycznym do rodzica odmiennej płci i wrogości do rodzica tej samej płci	Zazdrość Egocentryczny seks Podboje seksualne Problemy z rodzicami	
Latencja (ok. 6 lat przed okresem dojrzewania)			
Pragnienia:	Wyparcie pragnień seksualnych i agresywnych, łącznie z tymi, które wiązały się z kompleksem Edypa	Nadmierna skromność Preferowanie towarzystwa osób tej samej płci	
Zadania:	Świadome: nauczenie się skromności i wstydu Nieświadome: radzenie sobie z wypartym kompleksem Edypa	Homoseksualizm (uważany przez Freuda za zaburzenie, nie jest traktowany jako zaburzenie przez współczesną psychologię i psychiatrię; zob. rozdz. 1 t. II)	
Stadium genitalne (okres dojrzewania i dorosłość)			
Pragnienia:	Dojrzałe związki seksualne		
Zadania:	Przemieszczenie energii na zdrowe formy aktywności Ustalenie nowej relacji z rodzicami		

więcej znajdziesz w rozdziale 3 tomu

III

Freud opracował rozbudowany system interpretacji snów

Freud głosił także, że wyparcie może zablokować dostęp zarówno do uczuć, jak i do wspomnień. Dziecko może więc wypierać silne uczucia złości wobec swojego ojca – ponieważ, gdyby zachowało się zgodnie z nimi, mogłaby spotkać je sroga kara. Tak samo chłopcy wypierają edypalne uczucia erotyczne do swoich matek. Wyparte uczucie lub pragnienie nie może już dalej działać świadomie. Ale, według Freuda, ono nie znika. Wyparte uczucia, pragnienia i wspomnienia nadal na poziomie nieświadomym wywierają wpływ na zachowanie, w mniej bezpośredni sposób, zakamuflowane w snach, fantazjach czy symptomach zaburzeń psychicznych.

Freud, wnikliwy obserwator ludzkich zachowań, postulował istnienie wielu innych – poza fantazją, racjonalizacją i wyparciem – mechanizmów obronnych ego. Najważniejsze z nich to:

- *Zaprzeczanie*. „Nie mam żadnego problemu”. Ten mechanizm obronny pozwala uniknąć trudnych sytuacji po prostu przez zaprzeczanie ich istnieniu. Zaprzeczanie jest mechanizmem obronnym często spotykanym na przykład u alkoholików, osób wykorzystujących seksualnie dzieci, osób mających problemy z kontrolą złości, czy podejmujących ryzykowne zachowania, takie jak przypadkowy seks bez stosowania zabezpieczeń.
- *Racjonalizacja*. Student, który odczuwa stres związany z naciskiem na osiągnięcia akademickie, może oszukiwać podczas testu, racjonalizując to w ten sposób, że mówi sobie: „wszyscy tak robią”. Osoby stosujące ten mechanizm obronny podają społecznie akceptowane powody swoich zachowań, w rzeczywistości wynikających z motywów, które one same uważają za nieakceptowalne.
- *Reakcja upozorowana*. Reakcję upozorowaną dostrzegamy u osób, które dręczone własnymi pragnieniami seksualnymi, pomstują przeciwko „nieprzyzwoitym” książkom w bibliotece miejskiej lub dążą do ustanowienia praw regulujących ludzkie zachowania seksualne. Ten mechanizm obrony ego występuje wówczas, kiedy ludzie postępują dokładnie przeciwnie do swych nieświadomych pragnień.
- *Przemieszczenie*. Gdy twój szef cię rozzłości, możesz przemieścić swoją złość, wrzeszcząc na kolegę lub waląc w ścianę. Mówiąc

ogólniej, przemieszczenie polega na zmianie kierunku własnej reakcji ze źródła, które wywołało twoje zdenerwowanie, na osobę lub obiekt mniej zagrażający. Freud zgodziłby się, że prezes Enronu, Ken Lay, przemieścił całe poczucie winy, jakie mógł mieć (wraz z odpowiedzialnością za ekonomiczny upadek, którego sam był sprawcą) na, jak to określił, spisek łobuzerskich członków zarządów, handlarzy akcjami i wrogich mediów.

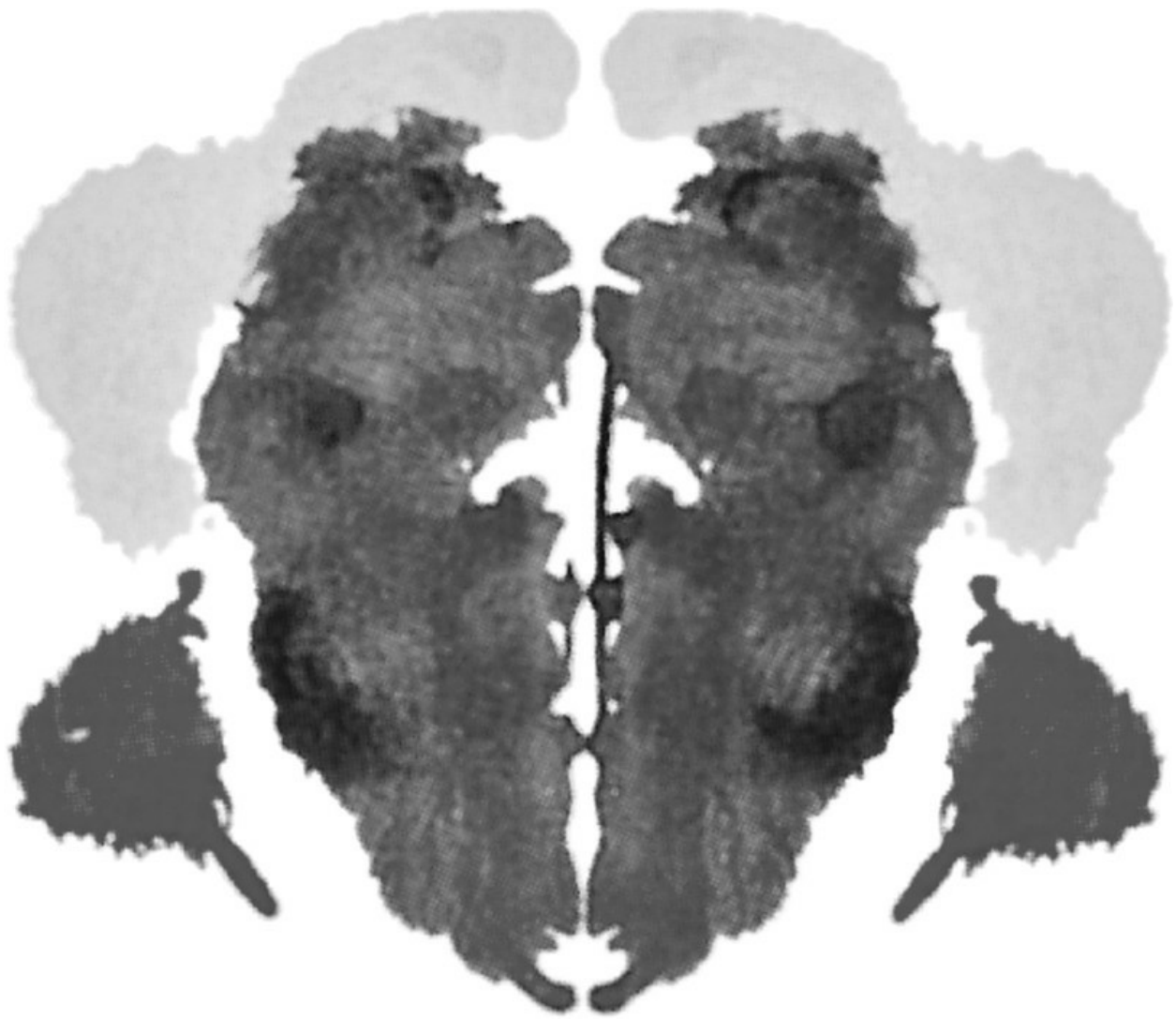
- *Regresja*. Pod wpływem stresu niektórzy ludzie chowają się, płaczą, rzucają przedmiotami, a czasem nawet moczą majtki. Oznacza to, że cofają się do wcześniejszych stadiów rozwoju, przejawiając niedojrzałe, dziecinne zachowania, które były skuteczne w radzeniu sobie ze stresem, gdy byli młodszy.
- *Sublimacja*. Ten mechanizm obrony ego może wyjaśnić chwałę Rzymu, geniusz Mozarta i triumf imperium Microsoftu. Innymi słowy, sublimacja polega na skierowaniu pragnień seksualnych lub agresywnych na takie sposoby ich zaspokajania, jakie są akceptowane we własnej kulturze. Freud przypuszczał, że sublimacja spowodowała największe osiągnięcia cywilizacyjne.
- *Projekcja*. Projekcję możemy dostrzec u dwóch kłócących się osób, z których każda oskarża tę drugą o wywołanie kłótni. Podobnie – plotkarski sąsiad może określać jakąś osobę jako „ciekawską”; niepewny siebie kierownik spostrzegać niewinnego współpracownika jako zagrożenie; osoba pozostająca w wiernym sobie nawzajem związku z partnerem, czując pociąg fizyczny do kogoś innego, może oskarżać partnera o nieuczciwość. Ogólnie rzecz ujmując, ludzie mogą posługiwać się mechanizmem projekcji, aby przypisać własne nieświadome pragnienia i lęki innym osobom lub obiektom.

To ostatnie pojęcie – „projekcja” – przyczyniło się do rozwoju testów projekcyjnych, które w psychologii klinicznej znalazły szerokie zastosowanie do oceny osobowości i diagnozy zaburzeń psychicznych. Zboczmy nieco z głównego tematu i przedstawimy ci te projekcyjne techniki.

Testy projekcyjne: diagnoza przez mechanizmy obronne Co widzisz na rycinie 1.4? Głowę owada? Obraz mózgu z badania rezonansem

magnetycznym? Coś innego? Podobne niejednoznaczne obrazki stanowią podstawowy materiał **testów projekcyjnych**, jakie klinicyści o orientacji psychodynamicznej stosują w celu zgłębiania najskrytszych uczuć, motywów, konfliktów i pragnień. Testy te opierają się na założeniu, że osoby przeżywające konflikty będą rzutować swoje ukryte motywy i konflikty na takie obrazki, podobnie jak ludzie spoglądający na chmury mogą dostrzegać w nich obiekty odpowiadające własnym fantazjom.

W najbardziej znanej technice projekcyjnej, **Teście Plam Atramentowych Rorschacha**, bodźcami są jedynie symetryczne plamy atramentowe. Obrazki pokazuje się badanemu pojedynczo, prosząc, aby odpowiedział na pytania: „Co widzisz? Co to może być?” Badający zwykle interpretuje odpowiedzi psychoanalitycznie, odnotowując, jak mogą one odzwierciedlać nieświadome impulsy o charakterze seksualnym i agresywnym lub wyparte konflikty (Erdberg, 1990).



Rycina 1.4

Plama atramentowa podobna do używanych w Teście Rorschacha

Jak sprawdza się test Rorschacha? Wielu psychologów ocenia go nisko, ponieważ obiektywne badania nad jego zastosowaniem do pomiaru osobowościowych różnic indywidualnych wykazały, że nie spełnia on oczekiwań, jeśli chodzi o zgodność i trafność (Lilienfeld i in., 2000a, b). Ponadto, krytycy twierdzą, że test ten opiera się na takich pojęciach jak „motywacja nieświadoma”, których nie można zademonstrować obiektywnie. Mimo tych zarzutów wielu psychologów nadal broni testu Rorschacha, utrzymując, że pozwala on uzyskać jedyny w swoim rodzaju wgląd jako element szerszej

oceny osobowości (Hibbard, 2003).

Dla porównania, **Test Apercepcji Tematycznej (TAT)**, stworzony przez Henry'ego Murraya, jest techniką projekcyjną mającą nieco pewniejsze naukowe podstawy, szczególnie jeśli chodzi o ocenę motywacji osiągnięć, jak to widzieliśmy w rozdziale 1 tomu II. Test składa się z wieloznacznych obrazków, do których badani mają układać historyjki, opowiadając, co robią i myślą postaci ze scenki przedstawionej na obrazku, co do tej sytuacji doprowadziło, i jak może się ona zakończyć. Zgodnie z hipotezą projekcji, na której opiera się TAT, badani najpierw spostrzegają elementy przedstawione na obrazku, a następnie *apercypują* (dopełniają) je osobistymi interpretacjami i wyjaśnieniami, na podstawie swych własnych myśli, uczuć i potrzeb. Osoba przeprowadzająca test interpretuje odpowiedzi, szukając w nich takich psychologicznych tematów, jak agresja, potrzeby seksualne i relacje między osobami występującymi w historyjkach.

Determinizm psychiczny Psychoanaliza dosłownie niczego nie zostawia przypadkowi. Zgodnie z zasadą **determinizmu psychicznego**, wszystkie nasze działania są zdeterminowane przez nieświadome wspomnienia, pragnienia i konflikty. Freud powiedziałby więc, że stałe spóźnianie się na wykłady jest intencjonalne (oczywiście na poziomie nieświadomym). To, co czujesz, nieuchronnie wychodzi na jaw w twoich zachowaniach. Po prostu nic na to nie możesz poradzić.

W związku z tym wszystko, co jakaś osoba robi, ma dla freudowskiego analityka potencjalnie głębokie psychologiczne znaczenie. Symptomy psychiczne, takie jak lęki i fobie, są w terapii traktowane jako oznaki nieświadomych problemów. Psychoanalitik może także przelotnie ujrzyć działanie nieświadomości w tzw. *freudowskich pomyłkach* – gdy „przypadkowa” wypowiedź czy zachowanie maskują nieświadomy konflikt lub pragnienie. Były prezydent George W. Bush był znany z przejęzyczeń – jak wtedy, gdy chcąc podkreślić, jak bardzo jego partia troszczy się o rodzinę, powiedział: „Republikanie rozumieją wagę krępowania^[4] między

matką a dzieckiem”. (Spieszmy dodać, w obronie tych, którym zdarzyło się popełnić gafę językową, że obecnie psycholodzy poznawczy uważają, iż większość takich pomyłek wynika z zakłóceń w mechanizmach mózgowych odpowiedzialnych za wymawianie słów, a więc nie mają one żadnego związku z nieświadomymi intencjami.)

Koncepcja determinizmu psychicznego pochodzi z pracy Freuda z histerycznymi pacjentkami, podczas której zaobserwował, że ich symptomy cielesne często wydawały się powiązane ze zdarzeniem traumatycznym, które przez długi czas było „zapomniane” (wyparte). Podczas terapii mogło się zdarzyć, że pacjentka, która cierpiała na histeryczną „ślepotę” nagle przypominała sobie z przerażeniem, że jako małe dziecko widziała stosunek seksualny rodziców. Jak mogło to wywołać ślepotę? Freud snułby domysły, że kiedy dorosła i oczekiwała swojego pierwszego kontaktu seksualnego, wywołało to silne uczucia związane z nieprzyjemnym wspomnieniem o jej rodzicach. Ślepotą tej młodej kobiety mogła więc reprezentować jej nieświadomą próbę bycia „ślepą” zarówno na seksualność swych rodziców, jak i na własne odczucia erotyczne.

Ocena prac Freuda Niezależnie od tego, jak reagujesz na Freuda, musisz przyznać mu zasługę stworzenia pierwszej i być może nadal najbardziej wyczerpującej teorii osobowości, zaburzeń psychicznych i psychoterapii. Dokonał tego w czasach, kiedy nikt nie miał pojęcia o genetyce i neuroprzekaznikach, nie było żadnych szczególnie skutecznych metod leczenia większości zaburzeń psychicznych, ani wiedzy o tym, co wpływa na tożsamość płciową i rozwój seksualny. Jego pisma były tak wnikliwe, a argumenty tak celne, że miał on większy wpływ na nasz sposób myślenia o osobowości i zaburzeniach psychicznych niż jakikolwiek inny teoretyk – czy zdajemy sobie z tego sprawę, czy nie. Dał nam pojęcie nieświadomości, stadiów rozwojowych, koncepcję mechanizmów obronnych oraz założenie, że zachowania – a nawet nasze sny – mogą mieć ukryte znaczenia. I wcale nienajmniejszą jego zasługą było uwolnienie nas z pęt wiktoriańskiej pruderii. Nawet wśród psychologów, którzy we wcześniejszych latach odrzucali jego

koncepcje, Freud na nowo zyskuje poparcie, jako jeden z najbardziej przenikliwych obserwatorów ludzkich zachowań, jacy kiedykolwiek żyli (Solms, 2004). Wielokrotnie dostrzegał rzeczy, których inni nie zauważali, nawet jeśli jego wyjaśnienia były czasami naciągane. Prawie każdy zgodzi się, że ludzie rzeczywiście przemieszczają agresję, racjonalizują swoje zachowania i łatwiej dostrzegają własne niedostatki u innych niż u siebie.

więcej znajdziesz w rozdziale 1 tomu

I

Definicje operacyjne formułowane są w terminach zjawisk obiektywnych, obserwowalnych i pozwalających na przeprowadzanie pomiaru

Teoria Freuda jako teoria nienaukowa Niemniej jednak Freud nadal spotyka się z mieszanymi ocenami (Azar, 1997; McCullough, 2001). Największy problem stwarza to, że wiele jego pojęć, takich jak „libido”, „stadium analne” czy „wyparcie”, ma niejasny charakter, ponieważ nie mają one jednoznacznych definicji operacyjnych. W jednym z poprzednich rozdziałów spotkaliśmy się z tym problemem przy okazji kontrowersji dotyczącej odzyskiwania wypartych wspomnień. Gdy brak jest wiarygodnych potwierdzających dowodów (które rzadko istnieją), jak w ogóle można rozstrzygnąć, czy odzyskane wspomnienia były naprawdę wyparte, czy też jedynie wszczepione przez sugestię? Tego typu trudności powodują, że teorię psychoanalityczną diabelnie trudno jest naukowo ocenić[5].

Wyjaśnia, ale nie przewiduje Drugi zarzut dotyczy tego, że teoria Freuda jest kuszącym wyjaśnieniem przeszłości, ale złym predyktorem przyszłych reakcji. Jest to przykład *błędu pewności wstecznej* („mądrości po fakcie”), dzięki któremu mamy złudzenie jaśniejszego widzenia spraw z perspektywy czasu. A przez nadmierne

podkreślanie dziecięcych źródeł zachowania psychoanaliza może pogłębiać problem, odwracając uwagę od działających aktualnie stresorów, które w rzeczywistości mogą być przyczyną zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Kwestie związane z płcią Trzeci zarzut obwinia Freuda o szybkie rozprawienie się z kobietami. Szczególnie denerwujące jest to, że przedstawiał kobiety jako nieuchronnie cierpiące na „zazdrość o penisa”. (Uważał on, że kobiety poświęcają swoje życie na nieświadome kompensowanie sobie tego biologicznego deficytu.) Według lepszego wyjaśnienia, teoria Freuda jest po prostu projekcją jego własnych postaw oraz postaw tych, którzy żyli w owych czasach, w tym skoncentrowanym na mężczyznach świecie.

więcej znajdziesz w **rozdziale 1** tomu

II

Bodźce wywołujące emocje przetwarzane są w mózgu dwoma równoległymi szlakami

Nowsze poglądy na nieświadomość Ostatni zarzut głosi, że nieświadomy umysł nie jest tak sprytny i celowo działający, jak sądził Freud (Loftus, Klinger, 1992). Według tych nowszych poglądów, ujawnienie wyników badań nauki o układzie nerwowym nad emocjami pokazuje, że mózg ma dwie równoległe drogi przetwarzania informacji, świadomą i nieświadomą, przy czym ta nieświadoma szybko wykrywa bodźce wywołujące emocje (pomyśl o swojej „trzewnej” reakcji na widok niewyraźnej postaci zbliżającej się do ciebie na ciemnej ulicy), natomiast świadoma działa bardziej rozważnie i logicznie („W porządku – mówisz sam do siebie – uspokój się i zachowuj się naturalnie, a może on nie zorientuje się, że się przestraszyłeś”). Ten nowy pogląd na system nieświadomego przetwarzania informacji emocjonalnych jest znacznie mniej złowrogi niż obraz nieświadomości pełnej pożądań seksualnych

i pragnienia śmierci, jak to sobie wyobrażał Freud (LeDoux, 2000).

Atrakcyjność Freuda poza dziedziną psychologii Mimo tych zastrzeżeń, idee Freuda znalazły chłonnych i otwartych odbiorców wśród szerszego społeczeństwa (Adler, 2006). Znaczną część uroku Freuda można wyjaśnić jego pełnym wdziękiu pisarstwem i naciskiem na przyciągający zainteresowanie wszystkich temat, jakim jest seksualność – o czym Freud dobrze wiedział! W rezultacie XX-wieczna sztuka i literatura obfitowały w symbolikę freudowską. Jego idee miały także ogromny wpływ na marketing. Twórcy reklam zarabiają miliardy dolarów, kojarząc produkty z seksownymi modelkami, co ma sugerować, że produkty te dadzą ich posiadaczom satysfakcję seksualną. Zbijają także kapitał na freudowskim instynkcie destrukcji, przypominając nam o istnieniu zagrożeń dla naszej pomyślności (odrzuć społeczne, nierówność, przedwczesna śmierć) i następnie oferując produkty i usługi, które mają zredukować nasz lęk i przywrócić nadzieję. Być może w końcu Freud miał rację!

Jak Freud patrzyłby na Mary Calkins? Zakończmy naszą dyskusję o Freudzie, sprawdzając, czy jego teoria osobowości okazałaby się przydatna w spojrzeniu na Mary Calkins. Interpretując jej poczucie celu w życiu i gotowość walki z systemem, psychoanalitik przyjrzałby się najpierw jej dzieciństwu, szukając tam doświadczeń, które mogły ukształtować jej osobowość.

Rodzina Calkinsów była ze sobą blisko związana (Furumoto, 1979). Matka Mary, Charlotte Calkins, cierpiała z powodu pogarszającego się zdrowia, tak więc Mary, jako najstarsze z dzieci, przejęła wiele obowiązków związanych z prowadzeniem domu – szczególnie interesujący aspekt rozwoju w świetle sugestii Freuda, że dziewczynki rywalizują ze swymi matkami o zainteresowanie ojca. Ojciec Mary, wielebny Wolcott Calkins, był kongregacjonistycznym duchownym, przywiązującym dużą wagę do wykształcenia i osobiście uczył Mary, w czasach, gdy kształcenie kobiet nie było w modzie.

Innym decydującym wydarzeniem, które spowodowało wielkie

cierpienie Mary, była śmierć jej młodszej siostry. Z Freudowskiego punktu widzenia, śmierć siostry mogła być źródłem konfliktu, wiążącego się z nieświadomymi uczuciami *rywalizacji międzyrodzeństwem* o uczucia rodziców. Psychoanalitik mógłby zasugerować, że Mary Calkins w swojej pracy sublimowała swój smutek, lub, być może, swą złość spowodowaną koniecznością przejęcia roli matki i krzywdzącym traktowaniem, którego doświadczała. Jak to zwykle bywa z psychoanalizą, te domysły są oczywiście „mądrością po fakcie” – i nie można ich ani udowodnić, ani podważyć.

Neofreudyści

Freud zawsze był postacią kontrowersyjną i charyzmatyczną – i obraz ten lubił lansować (Sulloway, 1992). Chociaż przyciągnął wielu zwolenników, nie tolerował z ich strony żadnej krytyki dotyczącej podstawowych zasad psychoanalizy. Kilku uczniów Freuda o równej mu sile woli, na podobieństwo zbuntowanych dzieci oderwało się więc od niego i ustanowiło własne koncepcje osobowości, zaburzeń psychicznych i terapii. Ci **neofreudyści** (dosłownie „nowi freudyści”) czasami odbiegali w swych poglądach od teorii Freuda, jednak zawsze zachowywali jego nacisk na *psychodynamikę*. To znaczy, utrzymali Freudowską koncepcję osobowości jako procesu, któremu napęd daje energia motywacyjna – nawet jeśli nie zgadzali się co do specyficznych motywów, jakie dają energię osobowości. Ty także możesz się nie zgadzać: czy twoje motywy są głównie seksualne czy społeczne? Świadome czy nieświadome? Czy osobowość determinują zdarzenia z przeszłości, czy nasze cele na przyszłość? Kilka następnych stron pozwoli ci zorientować się, jak różnymi drogami podążyli neofreudyści.

Carl Jung: rozszerzenie nieświadomości

Freud przyciągnął wielu uczniów, ale żaden nie był tak sławny, jak Carl Jung, członek ścisłego kręgu współpracowników, którzy w pierwszej dekadzie XX wieku pomagali Freudowi stworzyć

i doskonalić teorię psychoanalityczną. Przez pewien czas Freud uważał Junga za „koronowanego księcia” i prawdopodobnego następcę. Ale paternalistyczna postawa Freuda coraz bardziej irytowała Junga, który rozwijał własne radykalne koncepcje teoretyczne (Carver, Scheier, 2008). Ostatecznie ten konflikt osobowości – który Freud interpretował jako nieświadome pragnienie Junga zawłaszczenia jego ojcowskiego autorytetu – spowodował rozłam w ich relacji.

Jeśli chodzi o Junga, to zerwanie z Freudem koncentrowało się na dwóch kwestiach. Po pierwsze, Jung sądził, że jego mentor kładł nadmierny nacisk na seksualność, kosztem innych nieświadomych potrzeb i pragnień, które Jung dostrzegał w głębi osobowości. Uważał on w szczególności, że podstawowym motywem człowieka jest duchowość, na równi z seksualnością. Po drugie, zakwestionował samą strukturę nieświadomej psychiki. Nowa, rozszerzona wizja nieświadomości jest najbardziej znaną innowacją Junga.

Nieświadomość zbiorowa W miejsce Freudowskiego id Jung wprowadził dwuczęściową nieświadomość, składającą się z *nieświadomości indywidualnej* i *nieświadomości zbiorowej*. Podczas gdy **nieświadomość indywidualna** obejmowała zasadniczo tę samą sferę, co Freudowskie id, jej kolektywna bliźniaczka była czymś zupełnie innym – i w całości była koncepcją Junga. **Nieświadomość zbiorową** wyobrażał on sobie jako rezerwuar instynktownych „wspomnień”, podzielanych przez ludzi na całym świecie – w bardzo podobny sposób, jak wspólny ludzki kod genetyczny. Te kolektywne wspomnienia wiążą ze sobą niezliczone pokolenia ludzkiej historii i stanowią pradawne wyobrażenia, zwane **archetypami**, które pojawiają się i powracają w sztuce, literaturze i ludowych legendach na całym świecie (Jung, 1936/1959). Według Junga, przyczyny zaburzeń psychicznych to nie tylko wypieranie urazów i konfliktów do nieświadomości indywidualnej, ale także nieprzyjmowanie do wiadomości istnienia w nieświadomości zbiorowej archetypów, które uważamy za niemożliwe do zaakceptowania.



Jungowskie archetypy licznie występują w sztuce, literaturze i filmie. Ta fotografia, pochodząca z filmu Władca Pierścieni, ukazuje Gandalfa, który ucieleśnia archetyp maga lub oszusta. Ten sam archetyp przywołuje kojot w legendach Indian i Merlin w legendach o Królu Arturze.

Wśród tych archetypowych wspomnień Jung odkrył *animę* i *animusa*, które przedstawiają kobiecą i męską stronę naszej osobowości. Inne archetypy dają nam uniwersalne wyobrażenia *matki, ojca, narodzin, śmierci, bohatera, oszusta, Boga* oraz *jaźni*. Po ciemnej stronie Ja czai się archetyp cienia, przedstawiający tendencje destruktywne i agresywne (podobne do Freudowskiego Thanatosa), których istnienia w naszej osobowości nie chcemy uznać. Możesz rozpoznać działanie własnego archetypu cienia, kiedy następnym razem poczujesz złość lub wrogość.

Z perspektywy Jungowskiej, niedobry chłopiec Enronu, Ken Lay, pozwolił swojemu archetypowi oszusta wymknąć się spod kontroli. Można także zastanawiać się, czy nie buntował się on przeciw

swojemu ojcu, baptystycznemu duchownemu, którego zasady młody Ken mógł odczuwać jako moralny kaftan bezpieczeństwa. I w końcu, możemy zastanowić się, czy Ken Lay, aż do śmierci nie przyznając się do winy, nawet przed samym sobą, nie zaprzeczał istnieniu cienia w swej osobowości.

Nowe spojrzenie na typy osobowości Jungowska zasada przeciwieństw przedstawia osobowość jako pewien rodzaj równowagi między przeciwstawnymi parami tendencji lub dyspozycji, uwidocznionymi w tabeli 1.3. Jung pisał, że większość ludzi ma skłonność do preferowania jednej lub drugiej tendencji z każdej pary. Sumaryczny wzorzec takich tendencji został więc określony jako *typ osobowości*, który, według Junga, jest stabilnym i trwałym aspektem osobowości jednostki.

Najbardziej znaną z tych par jest **introwersja-ekstrawersja**. Ekstrawertycy kierują swoją uwagę na zewnątrz, na zewnętrzne doświadczenia. W efekcie są bardziej dostrojeni do innych ludzi i rzeczy istniejących w otaczającym ich świecie niż do swoich wewnętrznych potrzeb. Są raczej otwarci i nie mają problemów z nieśmiałością. W przeciwieństwie do nich, introwertycy koncentrują się na wewnętrznych doznaniach – na własnych myślach i uczuciach – co powoduje, że wydają się bardziej nieśmiali i mniej towarzyscy. Jung sądził, że u niewielu ludzi wszystkie pary sił są w idealnej równowadze. Zazwyczaj jedna lub druga siła dominuje, co jest podstawą wyróżniania typów osobowości (Fadiman, Frager, 2001).

Ocena prac Junga Podobnie jak w przypadku Freuda, wpływ Junga jest obecnie najbardziej widoczny poza psychologią, szczególnie w literaturze i prasie popularnej – i znów z tego powodu, że jego tezy nie poddają się obiektywnej obserwacji i weryfikacji. Jednakże, pod dwoma względami Jung miał duży wpływ na myślenie psychologiczne. Po pierwsze, rzucił on wyzwanie Freudowi i w ten sposób otworzył drzwi alternatywnym teoriom osobowości. Po drugie, dzięki swojej koncepcji *typów osobowości*, a szczególnie pojęciom „introwersji” i „ekstrawersji”, Jung był nie tylko

teoretykiem nurtu psychodynamicznego, ale także filarem podejścia do osobowości zwanego dyspozycyjnym (teorie temperamentu/cech/typów). Jak napisaliśmy wcześniej, jego teoria typów jest podstawą szeroko stosowanego testu Myers-Briggs.

Tabela 1.3

Przeciwstawne tendencje osobowości w ujęciu Junga

świadomość	←→	nieświadomość
ekstrawersja	←→	introwersja
racjonalność	←→	irracjonalność
myślenie	←→	uczucia
intuicja	←→	doznawanie
dobro	←→	zło
męskość	←→	kobiecość

Czy teoria Junga pozwoli nam w inny sposób spojrzeć na Mary Calkins? Jung mógłby podejrzewać, że jej determinację, aby osiągać sukcesy w dziedzinie zdominowanej przez mężczyzn, pobudzały konflikty między męskimi a kobiecymi aspektami jej osobowości, między animusem a animą[6]. Inna możliwość interpretacji w duchu Jungowskim, to przypuszczenie, że kiepskie zdrowie jej matki, które zmusiło ją do wycofania się z wielu obowiązków związanych z macierzyństwem, mogło doprowadzić Mary do negowania istnienia jej własnego archetypu macierzyństwa – co mogło być przyczyną tego, że nigdy nie wyszła za mąż.

Karen Horney: feministyczny głos w psychologii psychodynamicznej

Karen Horney i Anna Freud, córka Sigmunda Freuda, to praktycznie jedyne kobiece głosy we wczesnych dziesięcioleciach ruchu

psychoanalitycznego. W tej roli Horney podważyła pogląd Freuda dotyczący kompleksu Edypa, a w szczególności jego twierdzenie, że kobiety muszą doświadczać zazdrości o penisa (Horney, 2001). Twierdziła natomiast, że kobiety chcą mieć te same możliwości i prawa, którymi cieszą się mężczyźni, a wiele różnic osobowościowych między mężczyznami i kobietami wynika z ról społecznych, a nie z nieświadomych pragnień. Zakwestionowała także twierdzenie Freuda, że osobowość determinują przede wszystkim wczesne doświadczenia dziecięce. Według Horney, normalny rozwój polega na pełnym rozwoju relacji społecznych i potencjału jednostki. Jednakże rozwój ten może być zablokowany przez poczucie niepewności i izolacji, które określiła jako **lęk podstawowy**. To właśnie ten podstawowy lęk może prowadzić do problemów z przystosowaniem i do zaburzeń psychicznych.

Potrzeby neurotyczne Gdy lęk podstawowy wymyka się spod kontroli, ludzie stają się neurotyczni. Jak pisze Horney (2000), osoba neurotyczna cierpi z powodu: „nieświadomych dążeń, które rozwinęły się w celu radzenia sobie z życiem mimo lęku, bezradności i poczucia samotności”. Te nieświadome dążenia przejawiają się w postaci jednej lub większej liczby **neurotycznych potrzeb**, które są ekstremalnym wyrazem normalnych pragnień. Potrzeby te wymienione są w tabeli 1.4.

Horney scharakteryzowała także trzy powszechne wzorce postaw i zachowań, które ludzie przyjmują, aby poradzić sobie z lękiem podstawowym: *zwracanie się ku ludziom, przeciwko ludziom* lub też *odwracanie się od ludzi*. Ci, którzy neurotycznie zwracają się ku ludziom, mają patologiczną potrzebę upominania się o miłość i aprobatę. Osoby takie potrzebują kogoś, kto będzie im pomagał, troszczył się o nie lub kogoś, dla kogo mogą się „poświęcić”. Ewentualnie poszukują kogoś, od kogo mogą poczuć się zależne. Koniec końców zachowują się biernie i czują się ofiarami. Natomiast ci, którzy *zwracają się przeciwko ludziom*, zdobywają władzę i szacunek, rywalizując lub skutecznie atakując innych, ale ryzykują tym, że inni będą się ich bać i skończą jako „samotni na szczycie”. Ci,

którzy obierają trzecią drogę, *odwracając się od ludzi*, aby bronić się przed wyobrażonym zranieniem lub odrzuceniem, zamykają się przed bliskością i wsparciem.



Psychoanalytyczka Karen Horney utrzymywała, że różnice osobowościowe między mężczyznami a kobietami są w większej mierze

rezultatem odmiennych ról społecznych niż nieświadomych pragnień czy doświadczeń wczesnodziecięcych. Sądziła, że ludzie kierują się w większym stopniu motywami społecznymi niż seksualnymi.

Jak Horney zanalizowałaby Mary Calkins? Przypuszczamy, że skoncentrowałaby się na jej osiągnięciach, starając się określić, czy wynikały one ze zdrowego popędu urzeczywistnienia swych możliwości, czy też z neurotycznej potrzeby władzy. Horney niewątpliwie przypomniałaby nam, że społeczeństwo często nagradza te potrzeby u mężczyzn, a karze je u kobiet. Wskazałaby także, że zawodowa tożsamość Calkins była w dużej mierze ukształtowana przez jej kontakty ze skoncentrowanym na mężczyznach światem akademickim jej czasów. W tym kontekście, Calkins nie tylko korzystała z siły, jaką dała jej w dzieciństwie wspierająca rodzina, lecz także ze wsparcia typowo kobiecej uczelni Wellesley, która stała się jej „rodziną” w dorosłości. Przyjmując ten punkt widzenia, Horney prawdopodobnie dostrzegłaby u Calkins silną i zdrową osobowość, schwytaną w niełatwą sieć ograniczeń i sprzeczności społecznych.

Tabela 1.4

Potrzeby neurotyczne w ujęciu Horney

1. Potrzeba otrzymywania uczuć i aprobaty
2. Potrzeba posiadania partnera i strach przed opuszczeniem
3. Potrzeba ograniczenia własnego życia i niezwracania na siebie uwagi
4. Potrzeba władzy i posiadania kontroli nad innymi
5. Potrzeba wykorzystywania innych
6. Potrzeba uznania i prestiżu
7. Potrzeba bycia podziwianym
8. Potrzeba osiągnięć osobistych
9. Potrzeba samowystarczalności i niezależności
10. Potrzeba doskonałości i nieskazitelności

Ocena prac Horney W połowie XX wieku idee Horney były

niedoceniane (Monte, 1980). Później jej książka *Psychologia kobiety* z 1967 roku [wyd. pol. 2003] ukazała się we właściwym czasie, co podniosło jej rangę wśród tych, którzy w psychologii i psychiatrii szukali perspektywy feministycznej (Horney, 2003). Ale czy po ponownym przyciągnięciu zainteresowania Horney ostatecznie nie odejdzie w niepamięć? Jej idee mają te same defekty, które nękają inne teorie psychodynamiczne: słabe podstawy naukowe. Oczekują one na kogoś, kto przełoży ich pojęcia na terminy operacyjne możliwe do naukowego zweryfikowania.

Inni teoretycy neofreudowscy

Rewolucyjne idee Freuda przyciągnęły do ruchu psychoanalitycznego wielu innych teoretyków – którzy, podobnie jak Carl Jung, Karen Horney, Erik Erikson i Alfred Adler, także zerwali z Freudem, aby rozwijać własne koncepcje. Postfreudowscy teoretycy przeważnie akceptowali poglądy Freuda dotyczące determinizmu psychicznego i nieświadomej motywacji, jednak nie zawsze zgadzali się z Freudem co do detali, a szczególnie co do instynktu seksualnego i instynktu śmierci, czy też przemożnego wpływu doświadczeń z najwcześniejszego okresu życia. Najogólniej mówiąc, neofreudyści dokonali kilku istotnych zmian w podejściu psychoanalitycznym:

- Położyli większy nacisk na funkcje ego, w tym na mechanizmy obronne ego, rozwój Ja i świadome myślenie, uznane za główne składniki osobowości – podczas gdy Freud koncentrował się przede wszystkim na nieświadomości.
- Przyznali ważną rolę w kształtowaniu osobowości zmiennym społecznym (kulturze, rodzinie i rówieśnikom) – podczas gdy Freud skupiał się głównie na instynktownych pragnieniach i nieświadomych konfliktach.
- Rozszerzyli rozwój osobowości poza dzieciństwo, obejmując nim całą przestrzeń życia – podczas gdy Freud skupiał się głównie na doświadczeniach wczesnodziecięcych.

więcej znajdziesz w rozdziale 3 tomu

I

Teoria Eriksona opisuje rozwój osobowości na przestrzeni całego życia

Jak widzieliśmy w rozdziale 3 tomu I, neofreudysta Erik Erikson przedstawił rozbudowaną teorię rozwoju osobowości, zachodzącego według niego przez całe życie człowieka i mającego charakter stadialny. Założenie to ostatnio uzyskało poparcie ze strony Sanjay'a Srivastavy i jego zespołu z Uniwersytetu Oregon. Uzyskane przez nich dane wykazują, że osobowość stale zmienia się, aż do zaawansowanego okresu dorosłości, przy czym osoby po 20. r.ż. stają się bardziej sumienne, a osoby 30-letnie i starsze wraz z wiekiem uzyskują wyższe wyniki pod względem ugodowości, serdeczności, wielkoduszności i uczynności.

W ten sposób postfreudyści przełamali monopol Freuda w dziedzinie teorii osobowości i utorowali drogę nowym koncepcjom, stworzonym przez teoretyków humanistycznych i poznawczych.

Teorie humanistyczne: nacisk na ludzkie możliwości i zdrowie psychiczne

Ani Freud, ani neofreudyści nie mieli wiele do powiedzenia o tych z nas, którzy są „normalni”. Kładąc nacisk na wewnętrzne konflikty i zaburzenia psychiczne, proponowali frapujące wyjaśnienia zaburzeń, ale wyraźnie nie zdołali przedstawić użytecznej teorii zdrowej osobowości. I tak, aby wypełnić tę lukę, wkroczyło podejście humanistyczne.

Psycholodzy humanistyczni jako grupa są optymistami. Według nich, motorem osobowości nie są nieświadome konflikty i mechanizmy obrony przed lękiem, ale potrzeby przystosowania się,

uczenia, rozwoju i doskonalenia. Zachowali ideę motywacji jako głównego komponentu osobowości, lecz akcentują pozytywne motywy, takie jak miłość, szacunek i samorealizacja. Uważają, że zaburzenia psychiczne mają swe źródła raczej w niezdrowych *sytuacjach* niż w niezdrowych *jednostkach*. Jeśli uwolni się ludzi od negatywnych sytuacji kształtujących niskie samooceny („nie jestem bystry”) i relacji pełnych przemocy, to tendencja do bycia zdrowym aktywnie skłoni ich do podejmowania wyborów polepszających ich życie.

Abraham Maslow i zdrowa osobowość

Abraham Maslow nazywał stanowisko humanistyczne „trzecią siłą” w psychologii, aby skonstrastować swoje poglądy z psychoanalizą i behawioryzmem, które dominowały w psychologii przez większą część jego życia. Niepokoiła go szczególnie Freudowska fiksacja na zaburzeniach psychicznych i nieprzystosowaniu. Dowodził, że potrzebujemy teorii, która opisuje zdrowie psychiczne jako coś więcej niż brak choroby. Ta teoretyczna potrzeba stała się dążeniem całego jego życia. Poszukiwał elementów zdrowej osobowości tam, gdzie nikt nigdy ich nie szukał: u ludzi, którzy wiedli szczególnie pełne i produktywne życie (Maslow, 1971, 2004, 2006).

Osoby samorealizujące się Wśród osób badanych przez Maslowa znalazły się postacie historyczne – Abraham Lincoln i Thomas Jefferson – oraz kilka współczesnych mu osób wielkiego formatu: Albert Einstein, Albert Schweitzer i Eleonora Roosevelt. Osoby te, jak ustalił Maslow, cechowały się zdrowymi osobowościami, ukierunkowanymi w swych działaniach na cele wykraczające poza ich podstawowe potrzeby. Niektórzy, jak Lincoln i Roosevelt, skierowali swe działania na potrzeby ogólnoludzkie. Inni, jak Einstein, starali się zrozumieć świat natury. Większość była zaangażowana w sprawy, które ich głęboko obchodziły. Maslow nazwał tych ludzi **osobami samorealizującymi się** i opisał ich jako kreatywnych, z poczuciem humoru i spontanicznych – a przy tym akceptujących zarówno własne ograniczenia, jak i ograniczenia

innych. W skrócie, osoby samorealizujące się czują się na tyle wolne, że są w stanie urzeczywistniać swoje możliwości.

Hierarchia potrzeb Jakkolwiek Maslow najbardziej interesował się funkcjonowaniem zdrowych, samorealizujących się osobowości, jego teoria hierarchii potrzeb pozwala również wyjaśnić nieprzystosowanie. Jak sobie przypominasz, Maslow twierdził, że nasze potrzeby są ułożone w porządku hierarchicznym, od potrzeb biologicznych przez potrzeby bezpieczeństwa, miłości, szacunku do potrzeb samorealizacji. Niezaspokojone potrzeby „braku”, takie jak potrzeba miłości czy szacunku, mogą być powodem nieprzystosowania, zaspokojenie zaś tych potrzeb pozwala jednostce na dążenie do celów, które sprzyjają zdrowiu i spełnieniu się. Badania faktycznie wskazują, że osoby z niskim poczuciem własnej wartości cierpią z powodu lęku, złości lub depresji, natomiast osoby samoakceptujące się wiodą bardziej szczęśliwe życie (Baumeister, 1993; Brown, 1991).

więcej znajdziesz w rozdziale 1 tomu

II

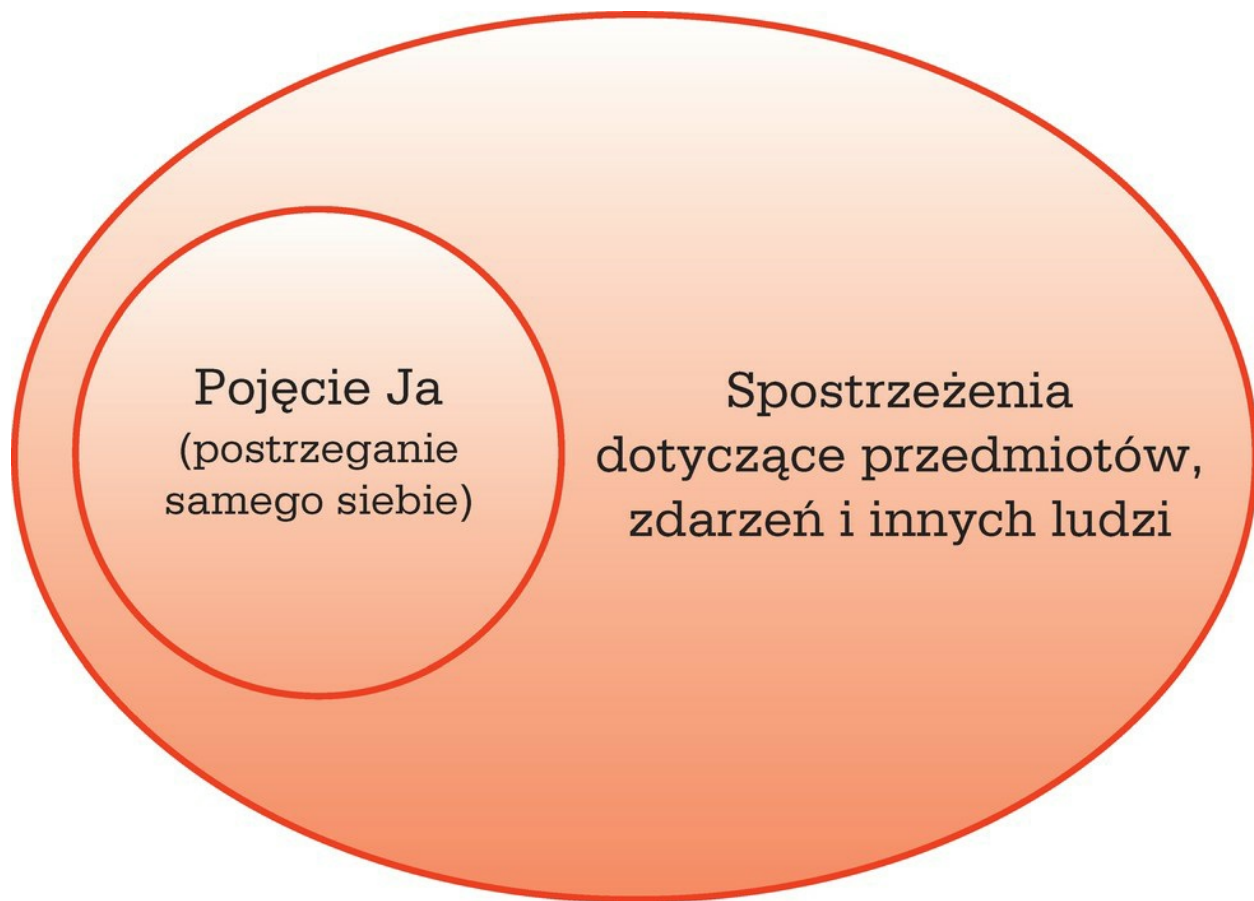
Według Maslowa hierarchii potrzeb, motywy występują w porządku hierarchicznym, od najbardziej podstawowych do bardziej zaawansowanych

Carl Rogers i osoba w pełni funkcjonująca

W odróżnieniu od Maslowa, Carl Rogers był terapeutą, pracującym częściej z osobami zaburzonymi niż z samorealizującymi się. Mimo to nie przeoczył zdrowej osobowości, którą określił jako w pełni funkcjonującą. Według Rogersa, **osoba w pełni funkcjonująca** posiada pojęcie Ja, które jest zarówno *pozytywne*, jak i *zgodne* z rzeczywistością, co oznacza, że osoba taka ma wysokie poczucie własnej wartości, zgodne (spójne) z informacjami, jakie otrzymuje od

innych, którzy wyrażają aprobatę, przyjaźń i miłość. Negatywne doświadczenia, takie jak utrata pracy lub odrzucenie przez partnera, mogą wywołać niezgodność, zagrożenie dla poczucia własnej wartości.

Pole fenomenologiczne: rzeczywistość psychologiczna Rogers nalegał, aby psychologia uznała wagę spostrzeżeń i uczuć jednostki, które określił jako **pole fenomenologiczne**. Reagujemy jedynie na doświadczenie subiektywne, a nie na obiektywną rzeczywistość: dlatego właśnie reakcje studentów na otrzymywane stopnie zależą od tego, jak je spostrzegają. Ktoś przyzwyczajony do piątek może zareagować szokiem na trójkę, ale ten, kto często oblewał, może być z takiej oceny ogromnie zadowolony. Obaj reagują na swoje pola fenomenologiczne. W systemie Rogersa pole fenomenologiczne jest zatem częścią osobowości, rodzajem filtru dla naszych doświadczeń (zob. ryc. 1.5). Zawiera ono nasze interpretacje świata zewnętrznego i wewnętrznego, a także Ja, będące humanistyczną wersją Freudowskiego ego.



Rycina 1.5

Pole fenomenologiczne w ujęciu Rogersa

Według Carla Rogersa, jedyną rzeczywistością jest dla nas to, co spostrzegamy i czujemy. Całość naszych uczuć i spostrzeżeń określił on mianem *pola fenomenologicznego*. Zauważ, że *pojęcie Ja* jest postrzeganiem (obrazem) samego siebie, a więc jest częścią pola fenomenologicznego. U osoby w pełni funkcjonującej pojęcie Ja jest zarówno pozytywne, jak i *spójne* z informacjami zwrotnymi otrzymywanymi od innych ludzi (więcej informacji w: Rogers, 1995 – *przyp. tłum.*).

Związki warunkowe a związki bezwarunkowe Być może nie zdziwi cię, że Rogers sam miał nieszczęśliwe i dysfunkcyjne dzieciństwo, w którym dominowały surowe zasady wynikające ze sztywnych przekonań religijnych jego rodziców. Środowisko to było tak restrykcyjne, że, jak pewnego razu zauważył, kiedy po raz pierwszy spróbował napoju gazowanego bez wiedzy swych rodziców, czuł się jak „niegodziwiec” (Rogers, 2002a). Później, z perspektywy osoby dorosłej, Rogers doszedł do wniosku, że dzieci wywodzące się

z takich domów jak jego, gdzie miłość rodzicielska ma charakter *warunkowy* (zależy od dobrego zachowania), mogą dorastać w poczuciu lęku i winy, prowadzących do niskiej samooceny i zaburzeń psychicznych. Uważał, że zamiast takich krzewicieli poczucia winy potrzebujemy rodziców, którzy mogą nam dać *bezwarunkową akceptację* – miłość bez związanych z nią warunków.

W odróżnieniu od teoretyków nurtu psychodynamicznego, którzy koncentrowali się na złowrogich motywach, Rogers, Maslow i inni psycholodzy humanistyczni sądzili, że nasze najbardziej podstawowe motywy wiążą się z pozytywnym rozwojem. W swej najzdrowszej postaci, samorealizacja jest dążeniem do realizacji własnego potencjału – do pełnego rozwoju własnych zdolności i talentów (przykładem może być Einstein, a nawet Freud). Według psychologów humanistycznych, to wrodzone dążenie jest konstruktywną, kierującą nami siłą, która popycha każdą osobę do pozytywnych zachowań i doskonalenia siebie.

Humanistyczne spojrzenie na Mary Calkins Próbując zrozumieć, co kierowało Mary Calkins, psycholog humanistyczny zaczęłby prawdopodobnie od pytania: Jak spostrzegała ona świat i samą siebie? I co miało dla niej znaczenie? Byłby szczególnie zainteresowany jej silnymi stronami: jej inteligencją, czuwającą nad nią w dzieciństwie rodziną oraz wspierającym kręgiem kolegów z Wellesley i psychologów z Harvardu. Zwróciłby także uwagę, że Mary Calkins całe życie pracowała, aby uczynić psychologię nauką o Ja (przez co rozumiała naukę o całej osobie, w odróżnieniu od fragmentarycznego i wąskiego podejścia strukturalistów, czy negującego psychikę podejścia behawiorystów). Ze względu na to Mary Calkins mogłaby zostać uznana za prekursorkę psychologii humanistycznej.

więcej znajdziesz w rozdziale 1 tomu

I

Strukturalizm poszukiwał „elementów” świadomego

Ocena teorii humanistycznych

Optymistyczny pogląd na osobowość był oczekiwaną zmianą dla terapeutów znużonych mrocznym, pesymistycznym podejściem Freudowskim, kładącym nacisk na niedające się jasno wyrazić pragnienia i wyparte traumy. Terapeutom podobało się, że psychologia humanistyczna koncentruje się na tym, aby uczynić obecne i przyszłe życie bardziej miłym, zamiast odgrzebywać bolesne wspomnienia z niedającej się zmienić przeszłości. Podobało im się także, że zwraca ona uwagę raczej na zdrowie psychiczne niż na zaburzenia.

Czy teorie humanistyczne są skoncentrowane na Ja? Jednakże nie wszyscy postawili na psychologię humanistyczną. Wielu krytyków besztalo psychologów humanistycznych za ich mętne pojęcia: Czym dokładnie jest „samorealizacja”? – pytali. Czy jest to tendencja wrodzona, czy wytworzona przez własną kulturę? I, dodawali psychoanalitycy, psychologia humanistyczna, podkreślając wagę świadomych doświadczeń, nie docenia siły nieświadomości. Na koniec, psycholodzy międzykulturowi krytykowali humanistów za wagę przywiązywaną do Ja – co przejawiało się w stosowaniu takich terminów, jak „pojęcie *Ja*”, „poczucie *własnej* wartości” i „*samorealizacja*”. Ten skoncentrowany na Ja obraz osobowości, jak zauważali, może być poglądem obserwatora patrzącego jedynie przez pryzmat indywidualistycznej kultury Zachodu (Heine i in., 1999).

Powiedzmy to jasno: nikt nie zaprzecza istnieniu w osobowości Ja – rozumianego jako pewnego rodzaju proces, odróżniający jednostkę od wszystkiego poza nią. Wszyscy odróżniamy „Ja” od „Ty”. Obrazowanie mózgu za pomocą MRI i PET rzeczywiście wykazało istnienie wyspecjalizowanych modułów mózgu związanych z przetwarzaniem informacji o sobie samym (Heatherton i in., 2004). I nawet w kulturach kolektywistycznych Ja występuje, chociaż nacisk

kładzie się tam na Ja osadzone w kontekście społecznym. Rzeczywisty spór dotyczy więc tego, czy Ja powinno być traktowane jako najbardziej centralna część osobowości.

Poczucie własnej wartości: przyczyna czy skutek? Popularna ostatnio koncepcja poczucia własnej wartości jako istotnego elementu zdrowia psychicznego została wzięta pod lupę badań i krytycznej analizy... i stwierdzono, że jest ona wątpliwa. Dlaczego jest to tak istotne? Wiele programów mających na celu poprawę edukacji, walkę z narkomanią oraz zniechęcanie nastolatków do zachowań seksualnych i agresywnych opiera się na zwiększaniu poczucia własnej wartości. Jednakże, jak po dokonaniu przeglądu badań donoszą psycholodzy Roy Baumeister i jego współpracownicy (2003), niskie poczucie własnej wartości nie jest przyczyną żadnego z tych problemów. W rzeczywistości badania pokazują, że osoby znęcające się nad innymi i zażywające narkotyki mają często *wysokie* poczucie własnej wartości. Baumeister i jego współpracownicy zalecają więc, aby zamiast skupiać się na wysokim poczuciu własnej wartości, jako celu samym w sobie, stwarzać możliwości pozytywnych osiągnięć i podejmowania zachowań prospołecznych, oczekując, że poczucie wartości pojawi się w ich następstwie.

Psychologia pozytywna: nowe podejście humanistyczne? Ostatnio powstał nowy ruch, zwany **psychologią pozytywną**, który zasadniczo dąży do tych samych celów, co psychologia humanistyczna. Różnica polega na tym, że psycholodzy związani z psychologią pozytywną bardziej dbają o naukowe podstawy swoich teorii niż psycholodzy humanistyczni, a ich wysiłki zaowocowały ważnymi pracami na temat szczęścia, wsparcia społecznego, zdrowia i dobrostanu, z którymi zaznajomimy się w rozdziale 2 tomu V. Mimo to ruch psychologii pozytywnej sam w sobie jest ograniczonym – ze względu na skupianie się jedynie na pożądanym aspekcie funkcjonowania człowieka – podejściem do wyjaśniania osobowości.

Czy istnieją jeszcze inne podejścia, które przewyższają słabości teorii psychodynamicznych, humanistycznych i nowego podejścia – psychologii pozytywnej? Przyjrzyjmy się teraz podejściu

poznawczemu.

Teorie społeczno-poznawcze: nacisk na uczenie się społeczne

Aby zrozumieć, dlaczego musimy godzić się na zabezpieczenia na zakrętkach do butelek z lekarstwami, musimy cofnąć się parę lat, do 1982 roku, kiedy ktoś (nie ustalono jak dotąd kto) wsunął cyjanek do partii kapsułek z Tylenolem. W rezultacie 7 osób zmarło. A zanim producenci zdołali zapieczętować opakowania, nastąpiło jeszcze kilka podobnych prób zanieczyszczenia innych lekarstw. Sprzedaż tych leków gwałtownie spadła, tak że spekulowano, iż motywem było doprowadzenie do bankructwa firm farmaceutycznych.

Nasuwa się tu pytanie odnoszące się do osobowości: Czy możemy wyjaśnić te nikczemne akty, zastanawiając się wyłącznie nad ich motywami? Teoretycy społeczno-poznawczy odpowiedzieliby głośno „Nie!” Musimy wziąć pod uwagę uczenie się, a bardziej precyzyjnie – uczenie się społeczne. W rzeczywistości musimy wziąć pod uwagę wszelkie procesy psychiczne, w tym poznanie, motywację, emocje, a także oddziaływanie środowiska (Cervone, 2004). Przedstawimy teraz dwa z tych podejść.

Uczenie się obserwacyjne a osobowość: teoria Bandury

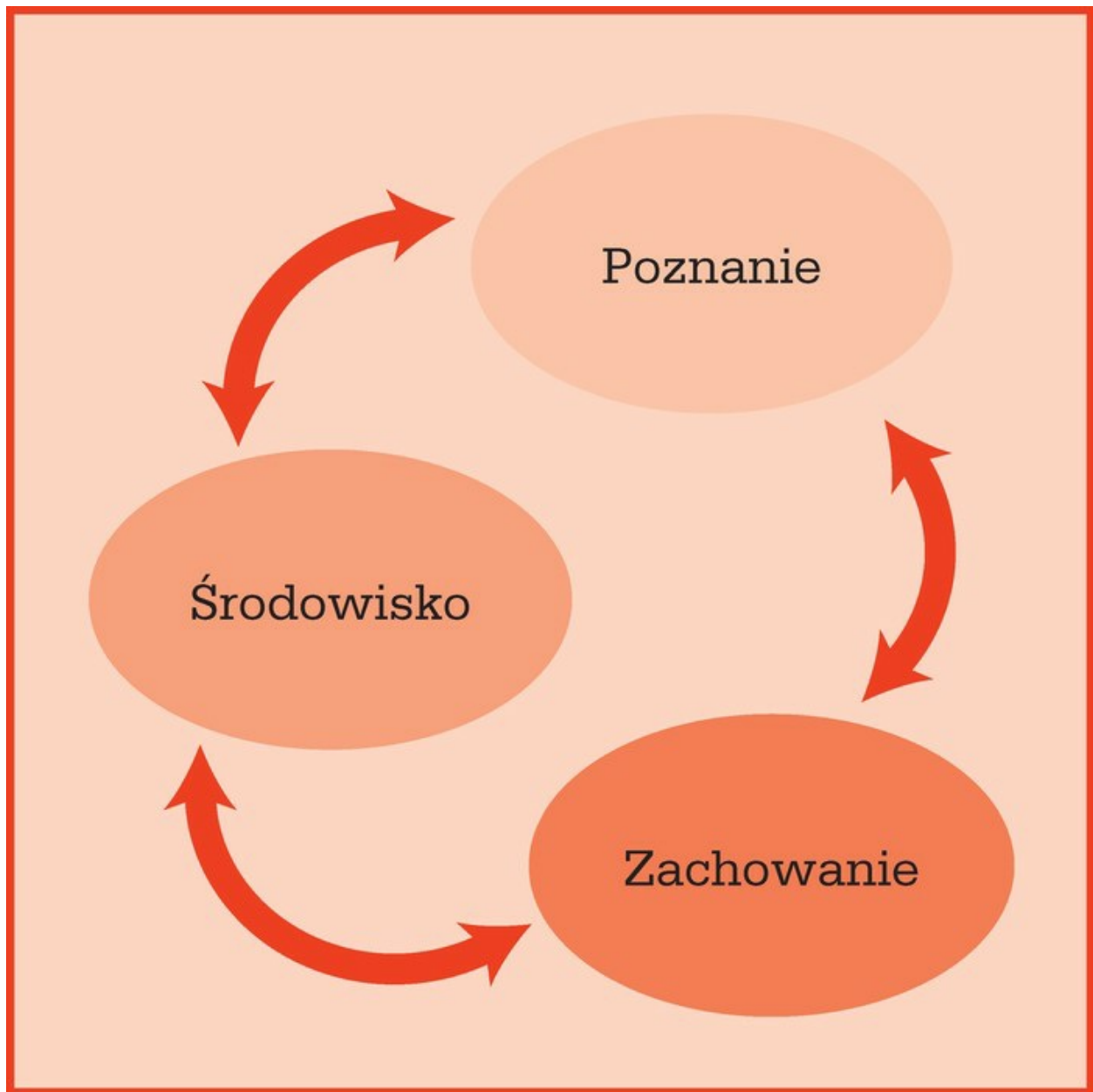
Nie musisz w teatrze pełnym ludzi wrzasnąć „Pali się!”, aby dowiedzieć się, co by się stało, gdybyś to zrobił. Zgodnie z poglądem Alberta Bandury, naszym zachowaniem nie kierują bezpośrednio czynniki motywacyjne, a nawet nie nagrody i kary, ale nasze oczekiwania co do tego, w jaki sposób nasze zachowania mogą przyczynić się do otrzymania nagród lub kar. I, jak zauważa Bandura, wiele z tych oczekiwań nie pochodzi z bezpośrednich doświadczeń, lecz z obserwowania tego, co spotyka innych.

Być może pogląd, że możemy uczyć się zastępczo – to znaczy od innych – jest najważniejszym aspektem teorii Bandury. *Uczenie się*

społeczne lub **uczenie się obserwacyjne** jest to proces, dzięki któremu ludzie uczą się nowych reakcji, przyglądając się wzajemnie swoim zachowaniom i zauważając, jakie są ich konsekwencje. To znaczy, że inni ludzie służą jako *modele ról*, które albo przyjmujemy, albo odrzucamy, w zależności od tego, czy ludzie ci są nagradzani, czy karani za swoje zachowania. Kiedy więc Ramon widzi, jak Billy bije swojego brata, a następnie zostaje za to ukarany, Ramon uczy się przez obserwację, że bicie nie jest strategią, którą warto stosować. Dzięki uczeniu się obserwacyjnemu Ramon może więc zobaczyć, co przynosi dobre skutki, a co złe, bez konieczności przekonywania się o tym metodą prób i błędów na własnej skórze. Według poglądu Bandury, osobowość jest zatem zbiorem wyuczonych wzorców zachowań, z których wiele przyswoiliśmy dzięki uczeniu się obserwacyjnemu.

Przez uczenie się obserwacyjne dzieci i dorośli przyswajają informacje o swoim otoczeniu społecznym. Tak samo, po prostu przez obserwowanie tego, co robią inni i jakie są konsekwencje ich zachowań, można nabywać różne umiejętności, postawy i przekonania. W ten sposób dzieci mogą nauczyć się mówić „proszę” i „dziękuję”, zachowywać się cicho w bibliotece i powstrzymywać się od publicznego dłubania w nosie. Minusem oczywiście jest to, że przez obserwację niewłaściwych modeli ról można nabywać złe nawyki, na przykład można nauczyć się lęku przed pajakami od kogoś z krewnych, a antyspołecznych zachowań przez oglądanie w telewizji programów, w których nagradzane są takie zachowania, jak strzelanie do ludzi, zażywanie narkotyków czy wkładanie trucizny do kapsułek z Tylenolem. Chodzi o to, że ludzie nie zawsze muszą sami wypróbować zachowania, aby uczyć się na podstawie doświadczenia.

Ale, jak twierdzi Bandura, osobowość nie jest jedynie repertuarem wyuczonych zachowań. Zrozumienie całej osobowości wymaga zrozumienia stałej interakcji między zachowaniem, poznaniem a środowiskiem. Ten proces nazywa on **determinizmem wzajemnym** (Bandura, 1981, 1999).



Rycina 1.6

Determinizm wzajemny

W determinizmie wzajemnym elementy poznawcze jednostki, jej zachowanie i środowisko wzajemnie na siebie oddziałują.

Jak ten determinizm wzajemny działa w realnym życiu? Jeśli na przykład lubisz psychologię, to twoje zainteresowanie (element poznawczy) skłoni cię do spędzania czasu na wydziale psychologii (środowisko) i kontaktowania się ze studentami i wykładowcami

(zachowanie społeczne), którzy dzielają twoje zainteresowanie. Jeśli uznasz tę aktywność za stymulującą i nagradzającą, to wzmocni ona zwrócić twoje zainteresowanie psychologią i zachęci cię do spędzania jeszcze więcej czasu na wydziale psychologii. Każdy z tych trzech elementów – zachowanie, poznanie i środowisko – wzmacnia pozostałe. Ten prosty, ale silny związek między trzema wymienionymi zmiennymi zobrazowany jest na rycinie 1.6.

Umiejscowienie kontroli: teoria Rottera

Inny psycholog poznawczy, Julian Rotter, opracował teorię o charakterze hybrydowym, którą po raz pierwszy przedstawiliśmy w powiązaniu z motywacją w rozdziale 1 tomu II. Rotter mówi, że nasze zachowanie zależy od poczucia osobistego sprawstwa lub **umiejscowienia kontroli**. Spostrzegane umiejscowienie kontroli działa jak rodzaj filtra, przez który widzimy nasze doświadczenie jako motyw do działania lub do bezczynności. Teoria Rottera jest więc zarówno teorią cech, jak i teorią „procesu”, koncentrującą się na jednym, ale istotnym wymiarze osobowości.

Dla ilustracji zadamy ci takie pytanie: czy jadąc samochodem zawsze zapinasz pasy, czy też uważasz, że odniesienie obrażeń lub śmierć w wypadku zależy od tego, kiedy „przyjdzie twoja kolej”? Jeżeli zawsze zapinasz pasy, to masz prawdopodobnie *wewnętrzne umiejscowienie kontroli*, ponieważ, robiąc to, sprawujesz pewną kontrolę nad swym losem. Zarazem, jeżeli masz poczucie, że nie masz żadnej kontroli nad tym, co ci się w życiu przydarza, to prawdopodobnie nie zapinasz pasów. W takim przypadku masz *zewnętrzne poczucie kontroli*.

Wyniki uzyskiwane w opracowanej przez Rottera Skali Wewnętrznej–Zewnętrznej Umiejscowienia Kontroli korelują z ludzkimi emocjami i zachowaniami w wielu różnych sytuacjach (Rotter, 1990). Na przykład, osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli nie tylko częściej otrzymują lepsze stopnie, ale także częściej ćwiczą i przestrzegają diety niż osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli (Balch, Ross, 1975; Findley, Cooper, 1983).

Jak możesz się spodziewać, ci ostatni częściej cierpią na depresję (Benassi i in., 1988).

Wiele badań wskazuje, że umiejscowienie kontroli jest ważną cechą osobowości. To znaczy, wewnętrzna lub zewnętrzna dyspozycja wydaje się być wiarygodną właściwością osobowości – aczkolwiek Rotter nie chce nazywać jej cechą, ponieważ uważa, że termin ten przekazuje błędną ideę, iż wewnętrzność–zewnętrzność może być stała i niezmienna. Aby uchwycić klimat Rotterowskiej Skali Umiejscowienia Kontroli, zastosuj się do instrukcji podanej w module **ZRÓB TO SAM!**

Ocena społeczno-poznawczego podejścia do osobowości

Krytycy utrzymują, że, ogólnie rzecz biorąc, teorie poznawcze nadmiernie akcentują racjonalne przetwarzanie informacji i nie traktują emocji oraz procesów nieświadomych jako ważnych składników osobowości. Zatem według tych, którzy uważają, że emocje i motywy mają zasadnicze znaczenie dla funkcjonowania osobowości człowieka, poznawcze podejścia do osobowości mają „ślepą plamkę”. Jednakże, ponieważ ostatnio emocje i związane z nimi procesy nieświadome nabrały większego znaczenia w psychologii poznawczej, możemy oczekiwać nowej generacji poznawczych teorii osobowości, które wezmą te aspekty osobowości pod uwagę (Mischel, Shoda, 1995).

Rzeczywiście mocną stroną teorii społeczno-poznawczych jest to, że w odróżnieniu od większości koncepcji freudowskich, neofreudowskich i humanistycznych dały one podstawę rzetelnym badaniom. Przypominasz sobie na przykład słynny eksperyment Bandury z lalką Bobo, który omawialiśmy w rozdziale 3 tomu I. Ceną, jaką zapłaciły za to teorie społeczno-poznawcze, jest to, że są one znacznie mniej wyczerpujące niż stare i wielkie teorie przedstawione przez Freuda i jego następców. Natomiast zapłata przyszła w postaci wyjaśnienia i metod terapii kilku zaburzeń psychicznych, które często wiążą się z uczeniem się obserwacyjnym, szczególnie

zaburzeń lękowych, takich jak fobie, i zaburzeń zachowania u dzieci.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tego
tomu

Inne zaburzenia lękowe to zespół paniki i zaburzenie
obsesyjno-kompulsywne

Na koniec zapytajmy, jak psycholog poznawczy wyjaśniłby przypadek Mary Calkins. Jedną możliwość to skoncentrowanie się na tym, jak interpretowała ona nagrody i kary otrzymywane w trakcie prób pisania pracy dyplomowej z psychologii, i jak te interpretacje wpływały na jej zachowanie. Teoretyk poznawczy mógłby zwrócić uwagę, że Calkins miała najwyraźniej wewnętrzne umiejscowienie kontroli, będące częścią wzajemnej interakcji ze wsparciem społecznym, które otrzymała w domu, w Wellesley oraz od swych mentorów z Harvardu – co z kolei wzmocniło jej determinację i ciężką pracę. I, jak mogliby dodać, Mary Calkins stała się modelem roli zawodowej kobiet, które po niej zaczęły studiować psychologię.

ZRÓB TO SAM!

Określanie swojego umiejscowienia kontroli

Julian Rotter (1966) stworzył test, który ocenia poczucie wewnętrznej lub zewnętrznej kontroli nad zdarzeniami. Pozycje testu stanowią pary przeciwstawnych twierdzeń, a badany musi wybrać z każdej pary twierdzenie, z którym zgadza się w większym stopniu. Ten format nazywany jest testem wymuszonego wyboru. Odmienne niż w wypadku wielu innych testów osobowości, ocena wyników Rotterowskiej Skali Wewnętrznej–Zewnętrznej Kontroli jest przejrzysta: osoba przeprowadzająca test z łatwością może ustalić, jak ocenia się większość pozycji. Obok znajduje się kilka par twierdzeń ze

wstępnej wersji testu (Rotter, 1971).

Możesz sprawdzić, w którą stronę się skłaniasz, zliczając w każdej kolumnie liczbę twierdzeń, z którymi się zgadzasz. Zgadzanie się z tymi z lewej kolumny wskazuje na wewnętrzne umiejscowienie kontroli.

1a. Powodzenie zdobywa się ciężką pracą i wytrwałością.	1b. Zrobienie dużych pieniędzy to w dużej mierze kwestia szczęścia.
2a. Na podstawie moich doświadczeń zauważyłem, że zazwyczaj to, jakie dostaję stopnie, jest bezpośrednio związane z tym, jak wiele się uczę.	2b. Wiele razy reakcje nauczycieli wydawały mi się zupełnie przypadkowe.
3a. Jeśli ktoś wie, jak postępować z ludźmi, łatwo mu nimi kierować.	3b. Mój wpływ na zachowanie innych ludzi jest niewielki.
4a. Ludzie podobni do mnie mogą zmienić bieg spraw na świecie, jeśli nasz głos stanie się słyszalny.	4b. Przekonanie, że można wpływać na to, co dzieje się w szerszym społeczeństwie to tylko myślenie życzeniowe.
5a. Jestem panem swego losu.	5b. Wiele z tego, co mi się przydarza, jest kwestią przypadku.

Trendy współczesne: osoba w systemie społecznym

Minęły już czasy, gdy Freud, Jung, Horney i inni budowali wielkie, szeroko zakrojone teorie osobowości, które usiłowały wyjaśniać wszystko, co ludzie robią. Najpierw pojawili się psycholodzy humanistyczni, a później poznawczy, wskazując na białe plamy w starszych teoriach psychodynamicznych. Obecnie akcenty znów się zmieniły, ponieważ psycholodzy łączą elementy psychodynamiki, psychologii humanistycznej i podejścia poznawczego z nową nauką o wpływie kultury, płci i dynamiki rodzinnej. Powinieneś wiedzieć zwłaszcza o trzech ważnych nowych trendach w naszym myśleniu o osobowości.

Na przykład w **teorii systemów rodzinnych** podstawową jednostką analizy nie jest osoba, lecz rodzina (Gilbert, 1992; Mones, Schwartz,

2007). Podejście to głosi, że osobowość kształtują style interakcji w rodzinie, a później w grupie rówieśniczej. Podczas gdy Freud i inni uznawali, że rodzice wywierają wpływ na dzieci, nowe podejście kładzie nacisk na *interakcje* – czyli na to, w jaki sposób członkowie rodziny wpływają na siebie wzajemnie. Taki sposób myślenia skłania do spostrzegania ludzi z problemami psychologicznymi jako uwikłanych w dysfunkcjonalne grupy, a nie jako „chore” jednostki. Nacisk na interakcje wiąże się także z nowym, interpersonalnym językiem opisu osobowości. Teraz często mówimy o *współzależności* (zamiast o osobowości *zależnej*) i o *porozumiewaniu się* (zamiast po prostu o mówieniu). W większym stopniu uświadamiamy sobie również znaczenie związków (zwłaszcza intymnych) i procesów zmian zachodzących w trakcie ich rozwijania się.

Drugi trend wiąże się z rosnącą świadomością psychologii co do istnienia różnic kulturowych, ponieważ coraz więcej publikacji na temat osobowości pochodzi od psychologów z całego świata, a nie tylko z Europy i Ameryki (Quiñones-Vidal i in., 2004). Psycholog Stanley Sue (1991) przypomina nam również, że społeczeństwo amerykańskie staje się coraz bardziej zróżnicowane etnicznie. Nie możemy już dłużej zakładać, że wszyscy, z którymi się stykamy, mają takie same jak my doświadczenia i wartości.

Trzeci trend wynika z rosnącego zrozumienia wpływów płci. Wprawdzie nie wiemy, jakie wagi przypisać naturze i wychowaniu w naszych próbach wyjaśnienia różnic między płciami, ale wiemy, że mężczyźni i kobiety często odmiennie spostrzegają pewne sytuacje (Tavris, 1991). Przekonaliśmy się także, że mężczyźni są bardziej niż kobiety skłonni do agresji fizycznej. Kobiety zaś są bardziej skłonne wchodzić w bliskie związki w małych grupach o równym statusie, a mężczyźni wolą łączyć się w większe, zorganizowane hierarchicznie grupy (zespoły), z przywódcą i szeregowymi członkami.

Te trzy trendy poszerzyły naszą wiedzę o czynnikach kształtujących osobowość. Nowe akcenty dotyczą raczej różnorodności i procesów grupowych niż cech i procesów psychicznych jednostek. W rezultacie obraz osobowości stał się znacznie bardziej złożony – ale zaczyna być dużo bardziej

realistyczny.

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Zastosowanie psychologii do uczenia się psychologii

Chociaż wewnętrzne lub zewnętrzne umiejscowienie kontroli może być główną cechą twojej osobowości, spostrzegane przez ciebie umiejscowienie kontroli może zmieniać się z sytuacji na sytuację. Gdy wygłaszasz referat, stojąc przed grupą, możesz mieć wrażenie, że sytuacja jest poza twoją kontrolą, ale kiedy siedzisz za kierownicą lub pędzisz na nartach możesz czuć, że jesteś całkowicie panem sytuacji. A jak jest z twoją edukacją? Czy masz poczucie wewnętrznej czy zewnętrznej kontroli jeśli chodzi – powiedzmy – o twoje stopnie z psychologii?

Zewnętrzne poczucie kontroli w odniesieniu do stopni jest niebezpieczne dla studenta, ponieważ życie studenckie jest pełne rozrywek i pokus. Jeśli uważasz, że to, jakie stopnie otrzymujesz, jest w dużej mierze poza twoją kontrolą, łatwo możesz ulec chwilowym pokusom i zaniedbać studia. Postawa taka może oczywiście stać się samospełniającym się proroctwem, które obniży twoje stopnie nie tylko z psychologii, ale ze wszystkich przedmiotów.

Następujące pytania pomogą ci określić twoje akademickie umiejscowienie kontroli:

- Czy podczas sprawdzianu w formie testu często okazuje się, że chociaż znasz materiał, lęk wymazuje informacje z twojej pamięci?
- Czy często zdarza się, że dobrze znasz materiał, ale uważasz, że test jest niesprawiedliwy, albo obejmuje materiał, który nie został wskazany przez profesora jako obowiązkowy?
- Czy tak łatwo się rozpraszasz, że nigdy nie możesz całkowicie skupić się na nauce?
- Czy uważasz, że niektórym przeznaczony jest być dobrymi studentami, a niektórym nie?

- Czy uważasz, że nie masz kontroli nad tym, jakie stopnie otrzymujesz?
- Czy czujesz, że nie jesteś dostatecznie bystry, aby poradzić sobie z nauką na poziomie uniwersyteckim?
- Czy uważasz, że sukcesy na studiach są w dużej mierze efektem podlizywania się profesorom?

Jeżeli odpowiedziałeś „tak” na kilka z tych pytań, to masz prawdopodobnie zewnętrzne umiejscowienie kontroli w odniesieniu do swoich postępów w studiach. Postawa taka może przeszkadzać ci w odnoszeniu sukcesów. Co można zrobić? Nic – jeżeli jesteś przekonany, że odnoszenie sukcesów na studiach jest całkowicie poza twoją kontrolą. Jeżeli jednak jesteś otwarty na pomysł wyrobienia sobie większego poczucia kontroli nad tym, czego doświadczasz, to możemy ci dać kilka wskazówek:

- Jeśli cierpisz na lęk egzaminacyjny, zwróć się o pomoc do poradni psychologicznej dla studentów.
- Stwórz grupę wspólnie uczących się kolegów z tego samego wydziału lub znajdź sobie tutora.
- Porozmawiaj ze swoimi profesorami: poproś, aby wskazali ci, co jest szczególnie istotne na ich zajęciach. (Ale nie pytaj: „Co będzie na teście?”)
- Udaj się do poradni psychologicznej i poproś o ocenę twoich mocnych i słabych stron oraz twoich zainteresowań. Następnie zrób plan poprawy swoich słabych stron (np. biorąc korepetycje lub uczęszczając na zajęcia wyrównawcze). W tym samym czasie wykorzystuj swoje silne strony, wybierając przedmioty, które pozwolą ci odnosić sukcesy związane z twoimi zdolnościami i zainteresowaniami.

Sprawdź, czy rozumiesz

1 PRZYPOMNIENIE: Co było największym odkryciem Freuda, a także ideą, która odróżnia psychoanalizę od teorii humanistycznych i społeczno-poznawczych?

- 2 **ZASTOSOWANIE:** Jakie rodzaje zachowań według Freuda są motywowane przez Thanatosa?
- 3 **PRZYPOMNIENIE:** Na jakim mechanizmie obronnym ego bazują Test Rorschacha i TAT?
- 4 **ZASTOSOWANIE:** Z jakim Jungowskim archetypem prawdopodobnie walczysz, reagując silnie na wybuchy złości u innych?
- 5 **PRZYPOMNIENIE:** W odróżnieniu od Freuda, Karen Horney uważała, że czynniki odpowiadające za nasze zachowanie mają charakter _____.
- 6 **PRZYPOMNIENIE:** Psycholodzy humanistyczni bardzo różnili się od teoretyków nurtu psychodynamicznego, ponieważ kładli nacisk na _____.
- 7 **ZASTOSOWANIE:** Starasz się zrozumieć ludzi na podstawie ustalenia, jakie modele ról społecznych naśladują. Jaki nurt teorii osobowości reprezentujesz?
- 8 **ROZUMIENIE MYŚLI PRZEWODNIEJ:** Co wspólnego mają psychodynamiczne, humanistyczne i poznawcze teorie osobowości?
- a) wszystkie uważają, że osobowość jest w dużej mierze nieświadoma
 - b) wszystkie uznają znaczenie wewnętrznych procesów psychicznych
 - c) wszystkie twierdzą, że motywy zachowań mężczyzn i kobiet są całkowicie odmienne
 - d) wszystkie mają silne oparcie w badaniach naukowych

Odpowiedzi: 1. Większość psychologów powiedziałaaby, że jest to odkrycie przez Freuda nieświadomej psychiki. 2. Każde agresywne lub destruktywne zachowanie to poprawna odpowiedź. 3. Na projekcji. 4. Z archetypem cienia. 5. Społeczny. 6. Zdrową osobowość i ludzkie możliwości. 7. Społeczno-poznawczy. 8. b.

1.4

JAKIMI „TEORIAMI” POSŁUGUJĄ SIĘ LUDZIE, ABY ROZUMIEĆ SIEBIE I INNYCH?

Przekonaliśmy się, jak psycholodzy patrzą na osobowość. Ale jak postępują zwykli ludzie, aby rozumieć się nawzajem? A jak rozumieją samych siebie? Wszyscy systematycznie przyjmujemy jakieś założenia – słuszne lub niesłuszne – o osobowościach innych ludzi, a także o naszych własnych. Postępujesz tak, idąc na randkę, starając się o pracę, tworząc sobie pierwsze wrażenie o jakimś profesorze lub koledze. Zastanawiamy się także, czy ludzie z innych kultur przyjmują takie same jak my założenia na temat osobowości. Kwestie te mają istotne znaczenie, ponieważ „teorie potoczne”, ukryte lub prywatne (przyp. red. nauk.) teorie osobowości, jakimi posługujemy się w celu rozumienia innych, mogą podtrzymywać lub podkopywać związki między ludźmi – a nawet między państwami. Nasza **MYŚL PRZEWODNIA** brzmi:

Nasze pojmowanie samych siebie i innych ludzi opiera się na ukrytych teoriach osobowości i na naszych autonarracjach, które są uwarunkowane kulturowo.

Zanim rozważymy, jak rozumiemy samych siebie, przyjrzyjmy się najpierw ukrytym teoriom, jakimi posługujemy się w celu zrozumienia innych ludzi.

Ukryte teorie osobowości

Pomyśl o kimś, kto był dla ciebie modelem roli. A teraz pomyśl

o kimś, czyjego towarzystwa nie możesz znieść. W obu przypadkach kojarzysz te osoby z cechami osobistymi: uczciwością, solidnością, poczuciem humoru, wielkodusznością, postawą otwartości, agresywnością, zmiennością nastrojów, pesymizmem itd. Nawet jako dziecko miałeś elementarny system oceny osobowości. Staraleś się określić, czy nowo poznana osoba będzie twoim przyjacielem, czy wrogiem; miałeś opracowane sposoby postępowania ze swoimi rodzicami lub nauczycielami na podstawie tego, jak odczytywałeś ich osobowości.

W każdym z tych przypadków twoje sądy były odzwierciedleniem twojej **ukrytej teorii osobowości**, twojego osobistego sposobu wyjaśniania osobowości, który prawie na pewno polegał na łączeniu ludzkich zachowań z cechami, jakie im przypisywałeś. Podobnie jak *utajone wspomnienia*, o których pisaliśmy w rozdziale 3 tomu II, *ukryte teorie osobowości* działają w tle, w dużej mierze poza świadomością, upraszczając zadanie rozumienia innych ludzi (Fiske, Neuberg, 1990; Macrae i in., 1994).

W większości wypadków ukryte teorie osobowości działają tak dobrze, że nasze relacje społeczne przebiegają gładko – przynajmniej w znanym otoczeniu. Chociaż nasze oczekiwania mogą być nietrafne w nieznanym nam kulturach, na znanym gruncie ukryte teorie osobowości ułatwiają przewidywanie ludzkich motywów i zachowań, co pozwala nam wykonywać swoją pracę, kupować poranną kawę, zaliczać zajęcia i nawiązywać kontakty z przyjaciółmi. Pod pewnymi względami nasze ukryte teorie osobowości mogą nie tak bardzo różnić się od teorii pięciu czynników osobowości. Badanie, w którym studenci określali osobowości innych studentów – których obserwowali, ale nie znali osobiście – pokazało, że ich wrażenia były niezwykle zgodne z wynikami Inwentarza Wielkiej Piątki (Mehl i in., 2006). Był tylko jeden interesujący wyjątek – asertywne lub kłótniwe zachowania mężczyzn spostrzegane były przez studentów dokonujących oszacowań jako wyraz stabilności emocjonalnej, natomiast takie same zachowania kobiet spostrzegano jako wyraz emocjonalnej *niestabilności*!

Ukryte teorie osobowości mogą też być błędne, kiedy opierają się

na naiwnych założeniach i stereotypach dotyczących cech i właściwościach fizycznych (Hochwälder, 1995). Na przykład ludzie grubi mogą być uważani za wesołkowatych, a blondynki za nieco ograniczone umysłowo. Podobnie, możemy błędnie przyjmować, że pewne cechy zawsze występują łącznie – na przykład kreatywność z niestabilnością emocjonalną. A zatem, jakie ukryte założenia mógłbyś poczynić na temat osobowości Kena Laya, który wyłudził życiowe oszczędności od tysięcy ludzi?

Ukryte teorie osobowości mogą prowadzić do błędnych przewidywań również wtedy, gdy na sądy o osobowościach innych ludzi wpływają nasze własne motywy i uczucia, jak wskazywał Freud w swojej koncepcji *projekcji*. Osoba, która czuje się zła, szczęśliwa lub przygnębiona może więc naiwnie zakładać, że inni ludzie czują się tak samo.

I w końcu, ukryte teorie osobowości różnych osób mogą różnić się w kwestii stałości lub zmienności cech osobowości. Jak się domyślasz, ci, którzy uważają, że cechy osobowości są niezmiennie, są bardziej skłonni spostrzegać ludzi zgodnie ze stereotypami (np.: „wszyscy Włosi są podobni do siebie”), niż ci, których ukryte teorie osobowości zakładają, iż osobowość jest plastyczna (Molden, Dweck, 2006; Levy i in., 1998). Zastanów się, jaki wpływ może mieć każde z tych założeń – o stałości lub zmienności osobowości – na ocenianie dziecka przez nauczyciela lub pracownika przez przełożonego.

Autonarracje: opowieści o naszym życiu

Jak reagujesz, gdy ktoś poprosi: „Powiedz mi coś o sobie”? Prawdopodobnie odpowiadasz w kilku zdaniach o tym skąd jesteś, co lubisz robić w czasie wolnym i jakie są twoje cele zawodowe. Ale co powiedziałbyś, gdybyś sam sobie zadał to pytanie? „Historia”, jaką sam sobie opowiadasz o swoim życiu, jest tym, co psycholog Dan McAdams nazywa autonarracją. Twierdzi on, że **autonarracja** jest tak samo ważnym składnikiem osobowości, jak motywy, emocje czy relacje społeczne.

Autonarracja jest w rzeczywistości szerszym ujęciem pojęcia Ja: jest to historia pojęcia Ja rozciągnięta w czasie: autonarracja pełni funkcję osnowy, łączącej wszystkie elementy osobowości, na wzór koralu w naszyjniku. I, jak mówi McAdams, nasza tożsamość zależy od utrzymania ciągłości tej narracji przez całe nasze życie, co daje nam poczucie jedności i celowości.

Na autonarracyjne historie, jakie *chcemy* sobie opowiadać, ma oczywiście duży wpływ kultura. Aczkolwiek McAdams nie przeprowadził jeszcze szerokich badań międzykulturowych, wykrył szczególnie istotną autonarrację w kulturze amerykańskiej. Nazwał ją **Ja wybawicielskim**. Zobacz, czy rozpoznajesz siebie w niektórych elementach wybawicielskiej autonarracji:

- Zawsze czułeś, że masz szczęście – niekoniecznie ze względu na korzyści ekonomiczne, ale być może z powodu twoich szczególnych talentów lub wyróżniania przez nauczyciela czy innej wychowującej cię osoby.
- W pewnym momencie zorientowałeś się, że inni ludzie nie mają tyle szczęścia. Bez swojej winy doświadczają cierpienia lub są w niekorzystnej sytuacji.
- Ponieważ ty jesteś uprzywilejowany, a inni nie, poczułeś się odpowiedzialny za poprawienie życia innych w jakiś sposób.
- Prawdopodobnie w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania ukształtowałeś sobie system przekonań, być może – ale niekoniecznie – zakorzeniony w religii, który od tej pory kierował twoimi działaniami, szczególnie tymi, które miały na celu pomaganie innym.
- Napotkałeś nieoczekiwane przeszkody i przezwyciężyłeś je. Miałeś przykre doświadczenia, ale wyniosłeś z nich naukę i rozwinąłeś się, a przyszłość widzisz jako stały wzrost i rozwój, mimo czekających cię prawie na pewno zniechęcających przeszkód.

Jest to narracja pełna nadziei i „wybawienia”, ponieważ dobro triumfuje nad złem. Mimo wszystkich przeszkód, ciężka praca i dobre intencje przynoszą sukces.

Oczywiście nie u wszystkich autonarracje odpowiadają dokładnie temu wzorowi. McAdams jednak często odkrywał ten wzorzec

u *produktywnych* dorosłych – tym terminem posługiwał się pierwotnie psycholog rozwojowy Erik Erikson, charakteryzując zdrowe, wydajnie funkcjonujące osoby dorosłe. Ściśle mówiąc, określenie **produktywność** odnosi się do osób, które angażują się w sprawy wykraczające poza własną osobę – w sprawy społeczne i pomyślność następnych pokoleń. W przyszłości okaże się, jakie narracje cechują dorosłe zdrowe osoby także w innych kulturach.

Wpływ kultury na nasze poglądy dotyczące osobowości

Jak mówiliśmy, członkowie kultur Zachodnich mają tendencję do umieszczania *indywidualności* lub *Ja* w centrum osobowości. Aczkolwiek ludzie na całym świecie przyjmują założenie o istnieniu odrębnego Ja, duża część osób – szczególnie z kultur kolektywistycznych – zakłada, że Ja jest osadzone w szerszej sieci społecznej. Ponadto przyjmują one, że nie można zrozumieć jednostki w oderwaniu od innych ludzi, z którymi pozostaje ona a w pewnym rodzaju relacji – co nas prowadzi do Harry'ego Triandisa.

Indywidualizm, kolektywizm i osobowość

Według dr. Triandisa (1995), najbardziej podstawowa różnica między kulturami wiąże się z wymiarem *indywidualizm–kolektywizm*. Dla osób wychowanych w tradycji euroamerykańskiej podstawową całością społeczną jest pojedyncza osoba, natomiast osoby wychowane w wielu kulturach azjatyckich i afrykańskich kładą nacisk na rodzinę lub inne grupy społeczne. W kulturach kolektywistycznych ludzie są skłonni rozwijać swe tożsamości jako harmonijnie stopione z grupą i oczekują, że inni są motywowani do tego samego. W kulturach indywidualistycznych ludzie myślą o sobie jako o osobach posiadających niepowtarzalną tożsamość, niezależną od ich relacji społecznych (Pedersen, 1979). Dla Europejczyków

i Amerykanów Ja jest więc całością, a dla wielu Azjatów i Afrykanów jest ono tylko częścią (Cohen, Gunz, 2002).

więcej znajdziesz w rozdziale 1 tomu

V

Psycholodzy społeczni zalecają, żeby w celu unikania podstawowego błędu atrybucji najpierw szukać sytuacyjnych przyczyn nietypowych zachowań

Powiedzmy wyraźnie: ani kolektywistyczne, ani indywidualistyczne podejście nie jest „lepsze”. Każde z nich ma swoje dobre strony. Kultury kolektywistyczne zachęcają do działań grupowych, zazwyczaj dla korzyści i chwały grupy – często są to grupy pracownicze lub rodzinne. Natomiast osoba taka jak Mary Calkins, która rzuciła wyzwanie normom społecznym, będzie lepiej rozwijać się w kulturze indywidualistycznej.

Wiele aspektów osobowości poszczególnych ludzi i ich zachowań wywodzi się z pozycji, jaką zajmuje ich kultura na wymiarze indywidualizmu–kolektywizmu. Amerykanie i Europejczycy często więc popełniają **podstawowy błąd atrybucji**. Ten błąd spostrzegania ma swoje źródło w założeniu, że zachowania innych ludzi, szczególnie zachowania irytujące, niezdarne, niewłaściwe lub w inny sposób niepożądane, wynikają z ich osobowości, a nie z sytuacji. Jeżeli studiujesz w Ameryce i spóźnisz się na wykład z psychologii, inni studenci będą skłonni uznać, że jesteś osobą „spóźniałką” lub że jesteś niezorganizowany. Ale jeżeli spóźnisz się na zajęcia z psychologii w Chinach lub Japonii, tamtejsi studenci będą raczej skłonni uznać, że twoje zachowanie miało jakąś zewnętrzną przyczynę, taką jak problem z korkami w ruchu ulicznym. Ogólnie rzecz biorąc, podstawowy błąd atrybucji jest mniej powszechny w kulturach kolektywistycznych, nastawionych na grupę, jakie spotykamy w Ameryce Łacińskiej i Azji (Church i in., 2005; Lillard,

1997).

więcej znajdziesz w rozdziale 1 tomu

II

McClelland stwierdził, że potrzeba osiągnięć jest ważnym predyktorem wyników uzyskiwanych przez pracowników

Kultury różnią się też na innych wymiarach. Na przykład, indywidualistyczni Amerykanie, mając do wyboru współpracę lub rywalizację, zwykle wybierają rywalizację (Aronson, 2004; Gallo, McClintock, 1965). I, jak przekonaliśmy się w rozdziale 1 tomu II, Amerykanie uzyskują również średnio wyższe wyniki pod względem potrzeby osiągnięć niż osoby z kultur kolektywistycznych.

Inne różnice kulturowe Oto krótka lista innych wymiarów osobowościowych, pod względem których ludzie z odmiennych kultur różnią się od siebie:

- *Status różnych grup wiekowych i płciowych.* Status osób starszych jest wyższy w wielu kulturach azjatyckich i kulturach rdzennych Amerykanów niż w Stanach Zjednoczonych; kobiety należą do niższej kategorii w wielu społeczeństwach innych niż zachodnie (Segall i in., 1999).
- *Miłość romantyczna.* Wprawdzie miłość i uczucia występują we wszystkich kulturach, ale założenie, że podstawą małżeństwa powinna być miłość romantyczna jest niedawnym europejskim wynalazkiem i najczęściej występuje w kulturach indywidualistycznych (Hatfield, Rapson, 1998; Rosenblatt, 1966).
- *Wyrażanie uczuć.* W kulturach azjatyckich uczy się ludzi, aby tłumili wyrażanie silnych uczuć (Tsai, Uemura, 1988), Europejczycy i Amerykanie zaś są znacznie bardziej skłonni wyrażać takie uczucia (aczkolwiek mogą występować wyraźne różnice międzypłciowe).
- *Umiejscowienie kontroli.* Ludzie w krajach uprzemysłowionych,

takich jak Stany Zjednoczone i Kanada, częściej mają wewnętrzne umiejscowienie kontroli niż ludzie z krajów rozwijających się, takich jak Meksyk czy Chiny (Berry i in., 1992; Draguns, 1979; Shiraev, Levy, 2001).

- *Myślenie a uczucia*. Wiele kultur (np. Ameryki Łacińskiej) nie rozróżnia myślenia i emocji tak silnie, jak Amerykanie (Fajans, 1985; Lutz, 1988).

Kultury różnią się także poglądami na idealną osobowość (Matsumoto, 1996). W zachodniej tradycji psychologicznej zdrowie psychiczne polega na integracji sprzecznych części osobowości. Widać to szczególnie wyraźnie w teoriach Freuda i Junga. Dla porównania, niektórzy psycholodzy azjatyccy, szczególnie ci związani z buddyzmem, poszukują czegoś przeciwnego: oddzielenia świadomości od wrażeń i od wspomnień o doczesnych doświadczeniach (Gardiner i in., 1998, Pedersen, 1979).

Czy mimo tych różnic możemy powiedzieć, że ludzie na całym świecie są zasadniczo podobni do siebie? Na poziomie neuronów i obwodów mózgowych odpowiedź brzmi oczywiście „tak”. Ale osobowość jest także spleciona z kulturą, a więc bardziej wyczerpująca odpowiedź brzmiałaby „nie – ale być może da się wszystkich opisać na kilku tych samych wymiarach”. Jak wyraziła się Erika Bourguignon (1979): „Jednym z głównych intelektualnych wydarzeń XX wieku jest podanie w wątpliwość koncepcji uniwersalnej natury ludzkiej”.

Mimo że osobowość i kultura są partnerami w nieustannym tańcu, możemy przeprowadzić między nimi następujące rozróżnienie:

„Kultura” oznacza te aspekty społeczeństwa, które wszyscy jego członkowie dzielą, znają i przekazują następnym pokoleniom. „Osobowość” oznacza niepowtarzalną kombinację cech (o których wszyscy członkowie jakiejś kultury wiedzą, chociaż konkretna cecha nie opisuje danej osoby), odróżniających od siebie poszczególne osoby w tej kulturze (Brislin, 1981, s. 51, 52).

Ale nie zapominajmy, że kultura i osobowość wzajemnie na siebie wpływają. Kultura kształtuje osobowości jej członków, tak jak i jednostki mogą wpływać na kulturę. Twoja osobowość jest więc

w pewnej mierze wytworem wartości, postaw, wierzeń i obyczajów społecznych, dotyczących moralności, pracy, wychowywania dzieci, agresji, osiągnięć, rywalizacji, śmierci i dziesiątek innych spraw ważnych dla ludzi na całym świecie. Zatem w najszerszym rozumieniu kultura jest „osobowością” społeczeństwa (Benedict, 1966).

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Tworzenie teorii osobowości na własny użytek

Wszystkie analizowane przez nas teorie mają swoje ograniczenia i silne strony. W związku z tym większość psychologów przyjmuje podejście **eklektyczne**. To znaczy, że albo wykorzystują elementy różnych teorii tak, aby najlepiej pasowały do każdej sytuacji czy osoby, albo też tworzą hybrydowe teorie osobowości, zapożyczając idee z wielu podejść.

Chociaż podejście eklektyczne wydawać się może najlepszym rozwiązaniem, stwarza jednak trudności wynikające z podstawowych sprzeczności między teoriami. Weźmy jeden przykład: jak można pogodzić Freudowską koncepcję, iż nasze zachowanie jest motywowane przez prymitywne i przerażające instynkty, z twierdzeniem psychologów humanistycznych o wrodzonej dobroci naszej natury?

Pomocne może być myślenie o teorii osobowości jako o mapie, wskazującej nam główne drogi wiodące przez pejzaż psychologiczny danej osoby. Formułując własną teorię osobowości, trzeba zdecydować, jak wyważyć czynniki określające jaką drogę wybrać – czynniki związane z warunkowaniem, czynniki motywacyjne i emocjonalne, dziedziczenie i środowisko, indywidualizm i kolektywizm, czynniki poznawcze, cechy, kulturę, pojęcie Ja i indywidualny potencjał. Proponujemy, abyś odpowiedział sobie na następujące pytania, co pomoże ci uporządkować założenia twojej teorii osobowości:

- Czy, według ciebie, ludzie są raczej racjonalni i logiczni (jak

twierdzą teorie poznawcze), czy też częściej kierują się w swych zachowaniach uczuciami i emocjami (jak utrzymują teorie psychodynamiczne)?

- Czy ludzie są zwykle świadomi przyczyn swoich zachowań (jak twierdzi wielu neofreudystów), czy też ich działania są powodowane przede wszystkim przez nieświadome potrzeby, pragnienia i dążenia (jak sugerował Freud)?
- Jakie są, twoim zdaniem, główne motywy ludzkich zachowań: seks, agresja, władza, miłość, duchowość...?
- Czy ludzkie motywy są w gruncie rzeczy egocentryczne i wyrachowane? Czy też są altruistyczne, nie wiążą się z chęcią odnoszenia własnych korzyści (jak sugerowali psycholodzy humanistyczni)?
- Co uważasz za najważniejsze, gdy starasz się zrozumieć zachowanie jakiejś osoby: wewnętrzne potrzeby, popędy, motywy i emocje tej osoby (jak ujmują to teorie psychodynamiczne); podstawowe właściwości osobowości tej osoby (jak wynika to z teorii cech i typów); czy po prostu wymogi sytuacji, w jakiej znajduje się ta osoba?
- Czy nasza podstawowa wewnętrzna natura jest zasadniczo zdrowa i dobra (jak widzą to psycholodzy humanistyczni), czy też składa się z prymitywnych i egoistycznych pragnień (jak widział to Freud)?

Nikt jeszcze nie odkrył „poprawnych” odpowiedzi na te pytania, ale odpowiedzi, jakie dałeś, wiele mówią o twojej osobowości.

Sprawdź, czy rozumiesz

- 1 **ZASTOSOWANIE:** Wymień kraj, w którym powszechnie bardziej ceni się osiągnięcia zespołowe lub grupowe niż osiągnięcia jednostek.
- 2 **PRZYPOMNIENIE:** Pod jakim ważnym względem różnią się, jak stwierdzono, ukryte teorie osobowości poszczególnych osób?
- 3 **PRZYPOMNIENIE:** Wybawicielska autonarracja, jak ustalił McAdams,

charakteryzuje dorosłych Amerykanów, którzy posiadają właściwość, określaną przez Eriksona jako _____.

- 4 **ZASTOSOWANIE:** Podaj przykład podstawowego błędu atrybucji. W jakich kulturach prawdopodobnie spotkasz ludzi popełniających ten błąd?
- 5 **ROZUMIENIE MYŚLI PRZEWODNIEJ:** Ukryte teorie osobowości zawierają:
- a) cechy negatywne, ale nie pozytywne
 - b) założenia na temat motywów, intencji i zachowań innych ludzi
 - c) założenia dotyczące własnej osoby, które chcemy ukryć przed innymi
 - d) prywatne opinie, jakie mamy o innych, ale nie chcemy ich wyrazić otwarcie

Odpowiedzi: 1. Chiny, Japonia, Indie, Meksyk lub prawie każdy kraj Azji, Ameryki Łacińskiej i Środkowego Wschodu. 2. Pod względem przekonania o tym, czy ludzkie cechy są stałe, czy też mogą się zmieniać. 3. Produktywność. 4. Podstawowy błąd atrybucji występuje, gdy przypisujesz zachowanie jakiejś osoby jej wewnętrznej dyspozycji, a nie uwzględniasz czynników zewnętrznych. Popełniasz ten błąd na przykład wtedy, gdy widzisz, że ktoś potyka się i upuszcza książki, a ty przypisujesz to jego niezdarności. Badania pokazują, że błąd ten jest bardziej powszechny w kulturach indywidualistycznych, takich jak większość kultur w Europie i Stanach Zjednoczonych. 5. b.

WŁĄCZ MYŚLENIE KRYTYCZNE

Kontrowersja osoba–sytuacja

Psycholog poznawczy Walter Mischel (1968, 1973, 2003) zaatakował teoretyków osobowości naukową bombą, wskazując na podstawie danych, że w różnych sytuacjach ludzie zachowują się znacznie mniej spójnie, niż większość z nich przyjmuje. Osoba, która zachowuje się ekstrawertywnie na przyjęciu, może być nieśmiała i wycofująca się w szkole; twój „neurotyczny” przyjaciel może okazać się silnym filarem w sytuacji kryzysowej. Tak jak Rozalinda w *Jak wam się podoba* Szekspira, jedna osoba może przejawiać różne osobowości w różnych sytuacjach i wobec różnych ludzi. Mischel twierdzi więc, że w przewidywaniu zachowań wiedza o sytuacji ma

większe znaczenie niż znajomość cech danej osoby. Wrzawa, która potem powstała wokół tej kwestii, nosi nazwę **kontrowersji osoba-sytuacja** (Pervin, 1985).

Argumenty Mischela naruszyły same podstawy większości teorii osobowości. W końcu, jeśli ludzie zachowują się niespójnie w różnych sytuacjach, to po cóż nam teorie osobowości? Czy w osobowości brak jest ciągłości? Krytycy przeprowadzili miazdzący atak na tezy Mischela, wskazując, że zastosowane przez niego metody nie doceniały spójności zachowań w różnych sytuacjach (Epstein, 1980). Bem i Allen (1974) wskazali również, że niektórzy ludzie zachowują się bardziej konsekwentnie niż inni. Ponadto, ludzie zachowują się bardziej konsekwentnie, gdy są obserwowani (Kenrick, Stringfield, 1980) i gdy znajdują się w znanych sobie sytuacjach (Funder, 1983a, b; Funder, Ozer, 1983).

Podczas gdy posady psychologii osobowości zadrżały, kontrowersja osoba-sytuacja dodała pewności siebie psychologii społecznej, której przedstawiciele zawsze dowodzili *siły sytuacji*. Jak przekonamy się w 1 rozdziale V tomu, sytuacja może zmienić normalnych studentów w kłamców, w zakochanych, a nawet w okrutnych dręczycieli. Ale jak to się wszystko ma do uporania się z kontrowersją osoba-sytuacja?

W czym leży problem?

To *nie* jest spór *albo-albo*: nie chodzi o to, czy na zachowanie wpływają cechy jednostki, czy sytuacja. Pytanie dotyczy tego, który z tych czynników ma większy wpływ. Obie strony debaty osoba-sytuacja zgadzają się, że zarówno właściwości jednostki, jak i sytuacja wywierają pewien wpływ. Istotą sporu jest określenie wielkości wpływu każdego z tych dwóch czynników.

Pojawia się tu również drugi problem – jak bardzo zmienia się wpływ cech osobowości w różnych sytuacjach? W skrajnym wypadku, na przykład więźnia w izolatce więziennej, sytuacja ma oczywiście dominujące znaczenie. Ale ważniejsze jest skupienie się na codziennym życiu zwykłych ludzi: jak duży wpływ ma sytuacja

w porównaniu z cechami osobowości? Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta.

Które pytania z zakresu krytycznego myślenia powinniśmy zadać?

Określając problem, staraliśmy się wyjaśnić, że żadna ze stron sporu nie wysuwa nierozsądnych twierdzeń, chociaż stanowisko Mischela było szokujące dla teoretyków osobowości. Krytyczne myślenie zmusza nas więc do zadania pytań – po pierwsze: „Co wynika z danych z badań?”, a po drugie: „Jak można je interpretować?”

Ludzie są niekonsekwentni Z wielu badań wynika, że cechy osobowości mierzone testami osobowości stanowią nieco mniej niż 10% wszystkich czynników wpływających na zachowanie (Digman, 1990) – naprawdę niewielka liczba! Ale nie przyjmuj błędnie, że czynniki sytuacyjne obejmują pozostałe 90%. Korelacje między sytuacjami a zachowaniem mogą być również słabe, jak możesz się przekonać, obserwując różne reakcje ludzi na jakiś dowcip lub wydarzenie relacjonowane w wieczornych wiadomościach.

Poza tym, jeżeli przyjrzymy się jakiejś osobie przez dłuższy czas, może się okazać, że reaguje ona odmiennie na te same sytuacje przy różnych okazjach. Zastanów się: czy *zawsze* zamawiasz to samo, gdy idziesz do swojej ulubionej restauracji? Albo, czy *zawsze* jesteś wesoła w towarzystwie swoich przyjaciół? Psycholog William Fleeson namawia nas, abyśmy traktowali cechy osobowości jako rodzaj średniej z naszego zwykłego zachowania. (Być może *zwykle* jesteś wesoła – średnio rzecz biorąc.)

Gdy psychologowie monitorowali ludzi w trakcie zmieniających się sytuacji, odkryli jeszcze bardziej zadziwiające rzeczy. W jednym z badań ochotnicy nosili ze sobą małe notesy elektroniczne i kilka razy dziennie nagrywali, w jakiej sytuacji się znajdują, jak się zachowują i jakie cechy osobowości z „wielkiej piątki” sobie przypisują. Okazało się, że gdy zmienia się sytuacja, w jakiej ludzie się znajdują, cechy osobowości, jakie sobie przypisują, zmieniają się

równie radykalnie jak ich zachowania (Fleeson, 2004).

Można stąd wyciągnąć naukę, że większości czynników wpływających na zachowanie nie można po prostu zaliczyć do czynników osobowościowych lub sytuacyjnych. Jak się wydaje, zachowanie jest rezultatem *interakcji* zmiennych osobowościowych i sytuacyjnych (Kenrick, Funder, 1988). W rzeczywistości Mischel nigdy nie sugerował, abyśmy zrezygnowali z teorii osobowości. Rozumie on natomiast zachowanie raczej w kategoriach *interpretacji* sytuacji przez jednostkę zgodnej z jej osobowością (Mischel, 1990, 2003; Mischel, Shoda, 1995).

Wiele zależy także od rodzaju sytuacji Przypuśćmy, że spacerujesz sobie spokojnie po kampusie i widzisz tłum zgromadzony wokół studenta, który upadł na chodnik. Czy przyjdiesz mu z pomocą? Ponieważ sygnały nie są jasne, można tę sytuację określić jako „słabą”, a na twoje zachowanie prawdopodobnie większy wpływ będą miały twoje uprzednie doświadczenia i takie cechy osobowości, jak niezależność i ekstrawersja. Walter Mischel twierdził, że zmienne osobowościowe mają największy wpływ, gdy sygnały sytuacyjne są *słabe* lub *niejasne*.

A teraz przypuśćmy, że pewnego dnia podczas wykładu z psychologii pewien student upadł na podłogę i wyraźnie jest nieprzytomny. Po chwili zaszokowania i ciszy wykładowca prosi wszystkich, aby zostali na swoich miejscach i następnie wskazuje na ciebie, głośno polecając: „Zadzwoń ze swojej komórki na numer 912 i wezwij karetkę – natychmiast!” Co zrobisz? Jest to „silna” sytuacja: ktoś kontroluje przebieg zdarzeń; wykładowcę uznajesz za autorytet; ta osoba mówi ci jasno, co masz robić. Prawdopodobnie zastosujesz się do polecenia – podobnie jak uczyniłaby większość ludzi w tej sytuacji. Gdy sytuacje są silne i jasne, zachowanie będzie mniej różnicowane indywidualnie.

Jakie płyną stąd wnioski?

Która strona sporu osoba–sytuacja ma rację? Mają ją obie strony. Problem polega na tym, że mają rację w odniesieniu do różnych

kwestii. Według psychologa osobowości Williama Fleesona (2004), cechy ułatwiają nam rozumienie zachowań w dłuższej perspektywie czasu, w której daje się dostrzec w osobowości wątek spójności – ponieważ zachowania jednostki przybliżają się do jej osobistej średniej. W krótszych odcinkach czasu, a szczególnie w konkretnych sytuacjach, zachowanie jednostki może być, jak to widzieliśmy, wysoce zmienne. Jeśli więc przyjmiemy się dłuższą perspektywę, to wygrywa podejście odwołujące się do cech, natomiast w krótkiej perspektywie, z chwili na chwilę, wygrywa podejście sytuacyjne.

Przewaga któregoś z tych dwóch czynników zależy także od tego, jak twierdził Mischel, czy sytuacja ma silny, czy słaby charakter. I aby tę kwestię jeszcze bardziej skomplikować, musimy do równania wstawić kulturę jako część sytuacji: istnieją dowody, że cechy osobowości jednostki mają większy wpływ na zachowanie w kulturach indywidualistycznych niż w kolektywistycznych (Church i in., 2006). Jest to zrozumiałe, jeśli weźmie się pod uwagę, że kultury indywidualistyczne wysoko cenią niektóre cechy, takie jak inteligencja (a nie ciężka praca). Jest to także zrozumiałe w świetle ustaleń, że osoby w kulturach kolektywistycznych są mniej podatne na podstawowy błąd atrybucji – ponieważ kładą nacisk na wpływ sytuacji.

Podsumowanie rozdziału

1.1 JAKIE CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄ OSOBOWOŚĆ?

Osobowość kształtują łącznie czynniki biologiczne, sytuacyjne i procesy psychiczne – wszystkie osadzone w kontekście socjokulturowym i rozwojowym.

Możemy pojmować osobowość jako „domyślne ustawienia” naszych osobistych niepowtarzalnych wzorców motywów, emocji i spostrzeżeń, wraz z wyuczonymi schematami, służącymi rozumieniu siebie samych i świata. Osobowość ma także głębokie ewolucyjne korzenie, co jest widoczne w przemieszczaniu agresji. Nauka o układzie nerwowym wskazuje, że biologiczną podstawę osobowości stanowi zbiór modułów mózgu, z których każdy jest przystosowany do innego celu.

Osobowość jednak wiąże się także z wychowaniem – to jest uczeniem się sterowanym przez środowisko – co widać w przypadku wpływu na osobowość pozycji w rodzinie. Kontrowersja osoba–sytuacja koncentruje się na względnej wadze sytuacji (środowiska) w porównaniu z wagą wewnętrznych cech lub procesów psychicznych.

W rozdziale tym przeprowadziliśmy ważne rozróżnienie między właściwościami osobowości, czy **dyspozycjami**, a **procesami osobowościowymi**. Aby w pełni zrozumieć osobowość, musimy odwoływać się zarówno do teorii dyspozycyjnych, jak i do teorii procesów.

Psycholodzy międzykulturowi skomplikowali obraz osobowości, wskazując, że osobowość nie musi być pojęciem uniwersalnym, a kultury Zachodu są nastawione indywidualistycznie i mają skłonność do przeceniania znaczenia unikatowego Ja. W rzeczywistości każda kultura preferuje albo **indywidualizm**, albo

kolektywizm, a obie te tendencje odciskają swoje piętno na osobowości. Jednakże w każdej kulturze osobowość jednostki jest po części wytworem interakcji z innymi ludźmi.

Teoria osobowości nie jest potrzebna do wyjaśniania zwyczajnych zachowań. Dobra teoria ułatwia jednak wyjaśnienie zachowań niezwykłych i zrozumienie ekscentrycznych ludzi. Najbardziej popularne teorie można pogrupować następująco: *teorie dyspozycyjne* (teorie cech i teorie temperamentu) i *teorie procesów* (teorie psychodynamiczne, teorie humanistyczne i teorie społeczno-poznawcze).

Dyspozycja • Indywidualizm • Kolektywizm • Osobowość
• Proces osobowościowy

Zasoby w języku angielskim MyPsychLab 10.1:
www.mypsychlab.com

Dowiedz się: *Psychodynamic, behavioral, trait and type, humanistic, and cognitive approaches to personality* (Podejścia do osobowości: psychodynamiczne, behawioralne, cech i typów osobowości, humanistyczne i poznawcze)

1.2 JAKIE TRWAŁE WZORCE LUB DYSPOZYCJE SKŁADAJĄ SIĘ NA OSOBOWOŚĆ?

Wszystkie teorie dyspozycyjne wskazują, że spójność osobowości w czasie jest wynikiem istnienia niewielkiej wiązki właściwości osobowości, określanych jako temperamenty, cechy lub typy.

Teorie temperamentu, cech i typów są to opisowe podejścia do osobowości, mające długą historię, sięgającą do teorii humorów

sformułowanej przez starożytnych Greków. Współczesne teorie mówią o typach, cechach i temperamentach. W tym rozdziale wszystkie trzy rodzaje teorii umieściliśmy pod jednym nagłówkiem **teorii dyspozycyjnych**.

Temperament oznacza wrodzone skłonności osobowościowe, które mogą być uwarunkowane czynnikami związanymi z funkcjonowaniem mózgu lub z czynnikami genetycznymi. Prace Kagana koncentrowały się na wymiarze temperamentu określanym jako temperament zahamowany lub niezahamowany. W przeciwieństwie do teorii temperamentu, cechy traktowane są jako wielorakie wymiary osobowości, charakteryzujące w pewnym stopniu osobowość każdego człowieka. Cechy odpowiadają za spójność osobowości w różnych sytuacjach i mogą być uwarunkowane zarówno przez dziedziczność, jak i przez uczenie się. Obecnie wielu psychologów zgadza się z koncepcją „wielkiej piątki” cech, która wydaje się być trafna w różnych kulturach. Wiele testów psychologicznych służy do pomiaru cech: niektóre mierzą powszechne cechy, takie jak te z „wielkiej piątki”, inne zaś, takie jak MMPI-2, mierzą cechy kliniczne. Zarówno teorie cech, jak i teorie temperamentu dość dobrze się sprawdzają, jeśli chodzi o opis i przewidywanie zachowań, nie wyjaśniają jednak leżących u ich podłoża procesów.

Zaburzenia osobowości to długotrwałe defekty osobowości, polegające na błędnym ocenianiu, braku kontroli nad impulsami oraz zakłóceniach myślenia, emocji i relacji społecznych.

Narcystyczne zaburzenie osobowości dotyczy potrzeb egocentrycznych. Antyspołeczne zaburzenie osobowości wiąże się z nieodpowiedzialnymi lub krzywdzącymi innymi zachowaniami. Osobowość typu borderline wiąże się z impulsywnością i niestałością.

Ilustracją teorii typów jest kontrowersyjny i szeroko stosowany test MBTI, opierający się na Jungowskiej typologii osobowości. Badania wskazują, że właściwości ludzi, mierzone przez MBTI lub inne testy osobowości, nie dają się zaklasyfikować do czystych kategorii typów, ale można je trafniej wyrazić na wymiarach cech.

Cechy • Humory • MMPI-2 • Rzetelność • Teoria pięcioczynnikowa
• Teorie dyspozycyjne • Trafność • Typ osobowości • Wskaźnik
Typów Myers-Briggs (MBTI) • Zaburzenie osobowości

Zasoby w języku angielskim MyPsychLab 10.2:
www.mypsychlab.com

Dowiedz się: *The five factor model* (Model pięcioczynnikowy)

Dowiedz się: *Personality assessment* (Ocena osobowości)

1.3 JAKIE PROCESY PSYCHICZNE ZACHODZĄ W OSOBOWOŚCI?

Chociaż każda z teorii kładących nacisk na procesy psychiczne dostrzega inne siły działające w obrębie osobowości, wszystkie opisują osobowość jako rezultat zarówno wewnętrznych procesów psychicznych, jak i interakcji społecznych.

Zarówno teorie psychodynamiczne, jak i humanistyczne oraz społeczno-poznawcze starają się wyjaśnić wewnętrzne procesy i interakcje społeczne kształtujące naszą osobowość. **Psychoanalityczna teoria** Freuda stwierdza, że osobowość powstaje na podłożu naszych nieświadomych pragnień, konfliktów i wspomnień. Zgodnie z zasadą **determinizmu psychicznego**, żadna z naszych myśli ani żadne zachowanie nie jest dziełem przypadku. Silny wpływ na osobowość mają także doświadczenia wczesnodziecięce, ponieważ dziecko w swym rozwoju przechodzi przez przewidywalne stadia psychoseksualne, w których radzi sobie z konfliktami w sposób nieświadomy. Freud uważał, że osobowość składa się z trzech głównych struktur: **id** (rezerwuar nieświadomych pragnień), **ego** (w dużej mierze świadoma część psychiki) i **superego**

(które zawiera sumienie i ideał ego). Część ego, obejmująca **mechanizmy obrony ego**, działa poza świadomością. Jeden z tych mechanizmów obronnych – projekcja – jest podstawą szeroko stosowanych **testów projekcyjnych**, w tym testu **Rorschacha** i **TAT**.

Teoria Freuda miała niezwykle silny wpływ na teorie osobowości. Krytycy zarzucają jednak pracom Freuda, iż są niepotwierdzone naukowo, stanowią słabą podstawę do przewidywania i są niesprawiedliwe wobec kobiet.

Inne teorie psychodynamiczne, takie jak teoria Junga czy Horney, także zakładają, że osobowość jest dynamicznym procesem, który obejmuje silne i często pozostające ze sobą w konflikcie motywy i emocje. Jednakże każdy z **neofreudystów** kładł nacisk na inne aspekty osobowości. Jung wysunął tezę o istnieniu **nieświadomości zbiorowej**, zaludnionej przez **archetypy**. Sugerował także, że ludzie mieszczą się w kilku typach osobowości, charakteryzujących się przede wszystkim skłonnością do **introwersji** lub **ekstrawersji**.

Natomiast Horney kładła nacisk na procesy świadome, **lęk podstawowy**, **potrzeby neurotyczne** i kwestie feministyczne. Niektórzy inni neofreudyści, tacy jak Erikson, także podkreślali znaczenie świadomości oraz trwającego przez całe życie rozwoju osobowości.

Teorie humanistyczne, takie jak teoria Masłowa czy Rogersa, utrzymują, że ludzie mają naturalną tendencję do **samorealizacji**, ale tendencja ta może być stłumiona przez niezdrowe warunki i poglądy. Maslow wysunął tezę o istnieniu hierarchii potrzeb, wskazując, że gdy zaspokojone są potrzeby braku, jednostka jest bardziej skłonna dążyć do samorealizacji. Rogers nauczał, że **osoba w pełni funkcjonująca** cechuje się pozytywnym i zgodnym z rzeczywistością pojęciem Ja, a zaburzenia psychiczne są wynikiem niezgodności w tej sferze. Bardziej prawdopodobne jest, że wysokie poczucie własnej wartości będzie miało dziecko z rodziny, która akceptuje je bezwarunkowo.

Teorie humanistyczne miały znaczny wpływ na psychoterapię, ale były krytykowane za koncentrację na „Ja” i za brak solidnej podstawy naukowej. W przeciwieństwie do nich, teorie społeczno-poznawcze mają naukową podstawę, chociaż ich zakres jest znacznie węższy niż

zakres teorii psychodynamicznych i humanistycznych. Teoria uczenia się społecznego Bandury wskazuje, że osobowość kształtuje się przez **uczenie się obserwacyjne**. Zachodzi ono w interakcji z poznaniem, zachowaniem i środowiskiem, a proces ten znany jest jako **determinizm wzajemny**. Według **teorii umiejscowienia kontroli**, przedstawionej przez Rottera, osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli są bardziej, niż osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli, skłonne uważać, że mają wpływ na to, co przydarza im się w życiu

W odróżnieniu od teorii Freuda, Junga, Horney i innych teorii psychodynamicznych, współczesne teorie osobowości nie usiłują przedstawić wyczerpującego wyjaśnienia wszystkich aspektów osobowości. Na przykład w **teorii systemów rodzinnych** nacisk został skierowany na jednostkę działającą w środowisku społecznym. Inne teorie podkreślają wpływ kultury na osobowość lub znaczenie różnic płciowych.

Archetyp • Determinizm psychiczny • Determinizm wzajemny • Ego • Ekstrawersja • Fiksacja • Id • Identyfikacja • Introwersja • Kompleks Edypa • Lęk podstawowy • Libido • Mechanizmy obronneego • Neofreudysta • Nieświadomość • Nieświadomość indywidualna • Nieświadomość zbiorowa • Osoba w pełni funkcjonująca • Osoba samorealizująca się • Pole fenomenologiczne • Potrzeby neurotyczne • Psychoanaliza • Psychologia pozytywna • Stadia psychoseksualne • Superego • Teoria psychoanalityczna • Teoria psychodynamiczna • Teoria systemów rodzinnych • Teorie humanistyczne • Teorie społeczno-poznawcze • Test Apercepcji Tematycznej (TAT) • Test Plam Atramentowych Roschacha • Test projekcyjny • Uczenie się obserwacyjne • Umiejscowienie kontroli • Wyparcie

Zasoby w języku angielskim MyPsychLab 10.3:
www.mypsychlab.com

Dowiedz się: *The id, ego, and superego* (Id, ego i superego)

Dowiedz się: *Freud's five psychosexual stages of personality development* (Pięć psychoseksualnych stadiów rozwoju osobowości)

według Freuda)

1.4 JAKIMI „TEORIAMI” POSŁUGUJĄ SIĘ LUDZIE, ABY ROZUMIEĆ SIEBIE I INNYCH?

Nasze pojmowanie samych siebie i innych ludzi opiera się na ukrytych teoriach osobowości i na naszych autonarracjach, które są uwarunkowane kulturowo.

Ludzie na całym świecie utrzymują ze sobą stosunki wzajemne, opierając się na swych **ukrytych teoriach osobowości**, które upraszczają zadanie rozumienia innych. Ukryte teorie często wykorzystują te same cechy, które obejmuje teoria pięcioczynnikowa, aczkolwiek stwierdza się w nich pewną tendencyjność związaną z płcią. Ukryte teorie mogą także opierać się na naiwnych założeniach i często różnią się pod względem przekonania, czy osobowość jest stała, czy podlega zmianom.

Ludzie mają także teorie dotyczące samych siebie, które można odkryć w historiach opowiadanych o samych sobie, zwanych **autonarracjami**. Te opowieści zapewniają ludziom poczucie spójności i celowości ich życia. McAdams stwierdził, że produktywni dorośli Amerykanie posługują się często narracją o **Ja wybawicielskim**, wiążącą się z potrzebą pomagania innym, mimo konieczności stawiania czoła zniechęcającym przeszkodom, które w końcu zostają przezwyciężone.

Ponadto, psycholodzy międzykulturowi stwierdzili, że założenia, jakie ludzie przyjmują na temat osobowości i zachowania, znacznie różnią się w zależności od kultury – szczególnie w zależności od tego, czy kultura kładzie nacisk na indywidualizm, czy na kolektywizm. Osoby z kultur indywidualistycznych częściej popełniają **podstawowy błąd atrybucji**. Istnieje też wiele innych wymiarów wpływających na osobowość, pod względem których kultury różnią

się między sobą, w tym status społeczny, miłość romantyczna, wyrażanie uczuć, umiejscowienie kontroli oraz myślenie *versus* uczucia.

Ponieważ żadna pojedyncza teoria nie jest w stanie wyjaśnić całej osobowości, większość psychologów tworzy własne eklektyczne teorie, łącząc w nich idee z różnych podejść.

Autonarracje • Eklektyzm • Ja wybawicielskie • Kontrowersja osoba–sytuacja • Podstawowy błąd atrybucji • Produktywność • Ukryta teoria osobowości

PYTANIA DO PRZEMYŚLENIA

1. Jakie są według Freuda pozytywne i negatywne aspekty id?
2. Porównaj umiejętności społeczne twoich znajomych i własne z umiejętnościami społecznymi osób, które dorastały w czasach, gdy komputery i Internet nie odgrywały głównej roli w życiu. Czy dostrzegasz jakieś systematyczne różnice pod względem towarzyskości, nieśmiałości i uwidacznianego obrazu Ja?

ZADANIA DO WYKONANIA

1. Jak rozpoznajesz introwertyków i ekstrawertyków? Obserwuj ludzi w telewizji, w miejscach publicznych lub w domu. Oszacuj ich zachowanie na kontinuum ekstrawersji–introwersji. Do jakiego stopnia to rozróżnienie jest przydatne? Czy cechy te wydają się głównym wymiarem osobowości?
2. Opisz siebie, podkreślając swoje szczególne zdolności, godne podziwu cechy i osiągnięcia. Opisz krótko swoich rodziców, partnera, dzieci lub bliskiego przyjaciela. Zastanów się, jak

często doceniasz pozytywne aspekty własnej osobowości i osobowości innych osób, a jak często skupiasz się na aspektach negatywnych. W jaki sposób twoje nastawienie wpływa na poczucie własnej wartości i relacje z innymi?

3. Wybierz jakąś swoją właściwość, której nigdy nie lubiłeś (np. skłonność do przerywania innym czy też nieumiejętność wysłownienia się w obecności osób o wyższym niż twój statusie). Przez następny miesiąc staraj się jej całkowicie pozbyć. Jeśli udało ci się, jak opisałbyś zmianę? Czy była to zmiana w twojej osobowości, czy też zmiana zachowania, niezależna od cechy leżącej u jego podłoża?

2

ZABURZENIA PSYCHICZNE

2.1

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU **CZYM SĄ ZABURZENIA PSYCHICZNE?**

Ewolucja poglądów na zaburzenia psychiczne

Wskaźniki nienormalności

Ostrzeżenie dla czytelników

MYŚL PRZEWODNIA

Medycyna przyjmuje podejście „chorobowe”, natomiast psychologia traktuje zaburzenia psychiczne jako efekt interakcji czynników biologicznych, psychicznych, społecznych i behawioralnych

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Niepoczytalność jako okoliczność wyłączająca odpowiedzialność karną

Niepoczytalność nie jest terminem psychologicznym ani psychiatrycznym i, wbrew popularnej opinii, jest rzadko stosowana jako argument obrony

2.2

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU **JAK SĄ KLASYFIKOWANE ZABURZENIA PSYCHICZNE W *DSM-IV*?**

Ogólna charakterystyka systemu klasyfikacyjnego DSM-IV

Zaburzenia nastroju

Zaburzenia lękowe

Zaburzenia pod postacią somatyczną

Zaburzenia dysocjacyjne

Schizofrenia

Zaburzenia rozwojowe
Zaburzenia przystosowania i inne stany kliniczne
Różnice między płciami w zakresie zaburzeń psychicznych

MYŚL PRZEWODNIA

DSM-IV to najszerszej stosowany system, który klasyfikuje zaburzenia na podstawie ich psychicznych i behawioralnych symptomów

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Nieśmiałość

Jeśli na nią cierpisz, to pamiętaj, że można ją przezwyciężyć.
(Nawiasem mówiąc, nie jest to zaburzenie psychiczne)

2.3

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU

JAKIE SĄ KONSEKWENCJE ETYKIETOWANIA LUDZI?

Etykiety diagnostyczne, etykietowanie i depersonalizacja
Kontekst kulturowy zaburzeń psychicznych

MYŚL PRZEWODNIA

Idealnie byłoby, gdyby dokładne diagnozy prowadziły do zastosowania właściwej terapii, ale diagnozy mogą stać się również etykietami depersonalizującymi jednostki oraz pomijającymi społeczny i kulturowy kontekst, w którym ich problemy się zrodziły

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Zastosowanie psychologii do uczenia się psychologii

Chociaż możesz mieć taką pokusę, autorzy przestrzegają przed posługiwaniem się nowo nabytą wiedzą o zaburzeniach psychicznych w celu diagnozowania swoich przyjaciół i rodziny

- **WŁĄCZ MYŚLENIE KRYTYCZNE**

Ponowne odwiedziny w szpitalach psychiatrycznych – inne spojrzenie na badanie Rosenhana



Ochotnicy, 5 mężczyzn i 3 kobiety, wiedzieli, że jeśli uda im się dostać do szpitala, będą musieli sami na sobie polegać. Zdawali sobie sprawę, że będą traktowani jako chorzy psychicznie pacjenci, a nie jako obserwatorzy. Żadna z tych osób nigdy nie była zdiagnozowana jako chora psychicznie, ale być może nie byli do końca „normalni” – bo czy normalna osoba kłamałaby, aby dostać się do takiego miejsca? W rzeczywistości wszyscy byli współpracownikami eksperymentatora biorącymi udział w badaniu mającym na celu sprawdzenie, czy w szpitalu psychiatrycznym rozpozna się normalność.

Eksperymentator, David Rosenhan, który sam był jednym z pseudopacjentów, podejrzewał, że takie określenia jak *poczytalność*, *niepoczytalność*, *schizofrenia*, *choroba psychiczna* i *nienormalność* mogą mieć mniej ostre granice, niż sądzi

społeczność psychiatrów. Podejrzewał także, że niektóre dziwne zachowania występujące u pacjentów psychiatrycznych mogą raczej powstawać w nienormalnej atmosferze szpitali psychiatrycznych, niż rodzić się u samych pacjentów. Aby sprawdzić te podejrzenia, Rosenhan i jego współpracownicy postanowili zobaczyć, w jaki sposób personel szpitali psychiatrycznych będzie traktował pacjentów, którzy w rzeczywistości nie są chorzy psychicznie.

Pseudopacjenci starali się pojedynczo o przyjęcie do różnych szpitali psychiatrycznych, uskarżając się, że ostatnio słyszą głosy, które mówią „pustka”, „dziura” i „dudnić”. Poza tym nie zgłaszali żadnych innych objawów. Wszyscy posługiwali się fałszywymi nazwiskami, a 4 z nich, zawodowo zajmujących się zdrowiem psychicznym, podało nieprawdziwe zawody – ale poza tymi kłamstwami na wszystkie pozostałe pytania odpowiadali zgodnie z prawdą. Starali się zachowywać normalnie, chociaż perspektywa pobytu w obcym środowisku szpitalnym napawała ich lękiem; obawiali się także, że nie zostaną przyjęci i – co jeszcze gorsze – że wyda się ich oszustwo. Ta ostatnia obawa szybko się rozwiązała, ponieważ wszyscy z łatwością zostali przyjęci do 12 różnych szpitali (niektórzy robili to 2 razy). Wszystkie osoby, oprócz jednej, otrzymały diagnozę „schizofrenii”, poważnego zaburzenia psychicznego, w którym często występuje słyszenie wyimaginowanych głosów.

Po przyjęciu do szpitala pseudopacjenci nie zgłaszali już, że słyszą głosy, ani też nie zgłaszali żadnych innych nienormalnych objawów. W istocie wszyscy starali się zachowywać jak najpoprawniej, aby uzyskać zwolnienie. Ich jedyne widoczne „odchylenie od normy” polegało na robieniu notatek podczas tego doświadczenia – na początku na osobności, a później, kiedy stwierdzili, że personel nie poświęca im zbytnej uwagi, publicznie. Zapiski pielęgniarek pokazały, że kiedy personel to zauważył, zinterpretowano robienie notatek jako przejaw choroby. (Jeden z komentarzy: „Pacjent przejawia zachowania polegające na pisaniu”.) Przeważnie pacjenci czuli się jednak ignorowani przez personel – nawet kiedy prosili o pomoc czy radę. Nawet gdy członkowie personelu wchodzili w interakcję z pacjentami, wyglądało to tak, jakby pacjenci byli dla nich jedynie „pacjentami”, a nie osobami. W rezultacie, mimo braku

objawów zaburzeń, przekonanie personelu szpitala, że można ich zwolnić, zajęło pseudopacjentom średnio 19 dni. Jeden pechowy ochotnik został zwolniony dopiero po prawie 2 miesiącach.

Dwa główne odkrycia tego klasycznego badania wstrząsnęły środowiskiem psychiatrycznym do szpiku kości. Po pierwsze, *żaden przedstawiciel fachowego personelu w żadnym ze szpitali nigdy nie dostrzegł, że którykolwiek z pseudopacjentów Rosenhana jest symulantem*. Oczywiście personel mógł zakładać, że w momencie przyjęcia pacjenci byli chorzy, a podczas hospitalizacji ich stan się poprawił. Ale ta możliwość nie usprawiedliwia tego, że personel wpadł w pułapkę zastawioną przez Rosenhana: mimo wyraźnie normalnego zachowania, żaden z pacjentów podczas pobytu w szpitalu nie został nigdy określony jako „normalny” lub „zdrowy”, a przy zwolnieniu nadal spostrzegani byli jako schizofrenię, ale „w remisie”.

Błędne diagnozy nie sugerują, że personel szpitalny był niewykwalifikowany czy pozbawiony wrażliwości. Fakt, że prawnicy nie wykryli normalnego zachowania pseudopacjentów wynikał prawdopodobnie z tego, że zajmowali się innymi obowiązkami i poświęcali mało czasu na obserwację i kontakty z pacjentami. Przez większość czasu przebywali ze sobą w usytuowanym centralnie oszklonym biurze, które pacjenci nazywali „klatką”. Jak pisze Rosenhan (1973a, s. 257):

Uznanie, że to, co się nam zdarzyło, było wynikiem złośliwości lub głupoty części personelu, byłoby błędem i to bardzo niefortunnym. Wręcz przeciwnie, mieliśmy dominujące wrażenie, że byli to ludzie, którzy się naprawdę troszczyli, byli zaangażowani i niezwykle inteligentni. Jeżeli zawadzili, czasami popełniając bardzo przykre w skutkach błędy, trafniejsze byłoby przypisanie przyczyny tych błędów środowisku, w którym oni także przebywali, niż ich osobistej bezduszości. Ich spostrzeżeniami i zachowaniem sterowała sytuacja.

A zatem szpital psychiatryczny może być innym przykładem „chorego” systemu, o którym powiemy w 1 rozdziale V tomu.

Drugie odkrycie pozwala nam dowiedzieć się wiele o pacjentach i samej naturze zaburzeń psychicznych: *Ku zaskoczeniu wszystkich,*

pacjenci szpitala z łatwością wykryli podstęp, chociaż nie wykryli go fachowi pracownicy. Pseudopacjenci relacjonowali, że inni pacjenci stale wyrażali swe podejrzenia: „Nie jesteś wariatem. Jesteś dziennikarzem albo profesorem... Zbierasz informacje o szpitalu”. W sprawozdaniu z tego eksperymentu, zatytułowanym *On being sane in insane places* (O byciu normalnym w nienormalnym otoczeniu) (1973a, s. 252), Rosenhan stwierdza lakonicznie: „Fakt, że pacjenci często rozpoznawali normalność, a personel nie, rodzi poważne pytania”. Usłyszysz echo tych „poważnych pytań”, kiedy krytycznie przeanalizujemy w tym rozdziale medyczne podejście do zaburzeń psychicznych.

A oto jaki problem nasunęło nam badanie Rosenhana:

PROBLEM

Czy jesteśmy w stanie rzetelnie odróżnić zaburzenie psychiczne od zachowania, które jest jedynie dziwaczne?

Jest to problem, wokół którego jest zorganizowany ten rozdział. Zwróć uwagę, że Rosenhan nie twierdzi, iż zaburzenia psychiczne nie istnieją. Podaje natomiast w wątpliwość *wiarygodność* diagnoz psychiatrycznych. Ludzie naprawdę doznają cierpień związanych z **psychopatologią** (zwaną także *zaburzeniami psychicznymi* lub *chorobami psychicznymi*). Według National Institute of Mental Health (Ogólnokrajowego Instytutu Zdrowia Psychicznego – NIHM) (2008d), ponad 26% populacji Stanów Zjednoczonych – więcej niż 1 na 4 Amerykanów – cierpi raz w roku na dające się zdiagnozować problemy ze zdrowiem psychicznym. W przypadku 1 z 17 będzie to poważna choroba psychiczna, taka jak depresja wielka, schizofrenia lub inne destrukcyjne zaburzenie. Szacuje się, że w trakcie całego życia ponad 46% Amerykanów będzie cierpiało kiedyś na jakieś zaburzenie psychiczne (Butcher i in., 2008). I znów, Rosenhan nie sugeruje, że zaburzenia te nie istnieją, lub że nie pociągają za sobą straszliwej ceny ludzkiego cierpienia, lecz twierdzi jedynie, że

odróżnienie normalności od nienormalności może być trudne.

Badanie Rosenhana wywołało ogromne poruszenie, a wielu psychiatrów i psychologów klinicznych twierdziło, że jest ono nieuczciwe. Kilka reakcji na nie, nadesłanych do *Science*, czasopisma w którym badanie to zostało opublikowane, oskarżało Rosenhana o niedbalstwo w badaniu i podważanie reputacji zawodów zajmujących się zdrowiem psychicznym. Czy zarzuty te były słuszne? Czy badanie Rosenhana było wadliwe? Czy też był to jedynie krzyk tych, którzy odebrali to badanie jako osobisty atak? Przyjrzymy się bliżej tym kwestiom w końcowej części rozdziału, zatytułowanej **WŁĄCZ MYŚLENIE KRYTYCZNE**. Na razie przeanalizujemy, w jaki sposób definiuje się zaburzenia psychiczne i jak można je diagnozować.

2.1

CZYM SĄ ZABURZENIA PSYCHICZNE?

Obraz zaburzeń psychicznych w skali światowej jest wstrząsający. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), około 450 milionów ludzi na świecie cierpi na zaburzenia psychiczne, z czego duża część mieszka w krajach biednych, w których nie istnieje system ochrony zdrowia psychicznego (Miller, 2006). Na przykład wśród osób w przedziale wieku od 15 do 44 lat depresja jest najczęstszą po HIV/AIDS przyczyną niepełnosprawności.

Jednakże, jak sugeruje badanie Rosenhana, odróżnienie „normalności” od „nienormalności” nie zawsze jest łatwym zadaniem. Zastanów się, jak byś na przykład ocenił takie ekscentryczne osobowości, jak Michael Jackson czy Britney Spears. A co w przypadku żołnierza, narażającego swoje życie w walce: czy to jest normalne? Lub zastanówmy się nad przypadkiem pogrążonej w smutku kobiety, która przez 3 miesiące po śmierci męża nie jest w stanie powrócić do swych zwykłych zajęć: czy cierpi ona na zaburzenie psychiczne?

Niektóre zaburzenia można łatwiej wykryć. Klinicyści (specjaliści zajmujący się leczeniem zaburzeń psychicznych) starają się ustalić, czy w danym przypadku występują trzy klasyczne symptomy poważnej psychopatologii: *halucynacje*, *urojenia* i *skrajne zaburzenia emocjonalne*. **Halucynacje** są to fałszywe doznania sensoryczne, takie jak słyszenie nieistniejących głosów (pacjenci Rosenhana skarżyli się właśnie na nie). **Urojenia** to skrajne zaburzenia myślenia, które polegają na uporczywym utrzymywaniu się fałszywych przekonań. Jeśli na przykład myślisz, że jesteś prezydentem Stanów Zjednoczonych (a nim nie jesteś), to masz objaw zaburzenia psychicznego. Lub też, jeśli sądzisz, że inni ludzie mają zamiar cię „dopaść”, to też możesz mieć urojenia. Podobnie, osoby, których afekt (emocje) jest w znamieny sposób depresyjny, lękowy lub maniakalny – oraz te, które wydają się w ogóle

pozbawione emocji – mają zaburzenia afektywne.

Jednakże, poza sytuacjami z tymi skrajnymi oznakami cierpienia i przygnębienia, w innych przypadkach eksperci nie zawsze są zgodni. Czy coś jest anormalne, czy nie, pozostaje kwestią osądu, tym trudniejszego, że nie istnieją ostre granice oddzielające normalne myśli i zachowania od myśli i zachowań nienormalnych. Pomocne może być ujmowanie zaburzeń psychicznych jako części kontinuum, rozciągającego się od braku zaburzeń do zaburzeń poważnych, jak to pokazano w tabeli 2.1. Istotne w tym sposobie podejścia jest to, że osoby z zaburzeniami psychicznymi nie tworzą klasy samej w sobie, lecz ich zaburzenia są traktowane jako przedłużenie zachowań normalnych.

W tym podrozdziale skupimy się na dwóch przeciwstawnych poglądach na zaburzenia psychiczne. Jeden z nich, wywodzący się z medycyny, określa się czasami jako „model medyczny”. Opisuje on problemy psychiczne w podobny sposób, jak zaburzenia cielesne: jako brak zdrowia lub chorobę. Inne podejście, podejście psychologiczne, traktuje zaburzenia psychiczne jako efekt działania wielu czynników, zarówno środowiskowych, jak i związanych z biologiczną naturą człowieka. Jak głosi nasza **MYŚL PRZEWODNIA**:

Medycyna przyjmuje podejście „chorobowe”, natomiast psychologia traktuje zaburzenia psychiczne jako efekt interakcji czynników biologicznych, psychicznych, społecznych i behawioralnych.

Tabela 2.1**Spektrum zaburzeń psychicznych**

Zaburzenia psychiczne są zjawiskiem, którego zakres rozciąga się od braku oznak patologii do poważnych zaburzeń, takich jakie spotyka się w tzw. depresji wielkiej czy schizofrenii. Należy zwrócić uwagę, że nie istnieje ostra granica, która dzieliłaby ludzi na „normalnych” i tych, którzy cierpią na zaburzenia psychiczne.

Brak zaburzeń	Lekkie zaburzenia	Umiarkowane zaburzenia	Poważne zaburzenia
Brak oznak zaburzeń psychicznych	Niewiele oznak przygnębienia lub innych wskaźników zaburzeń psychicznych	Wskaźniki zaburzeń są wyraźniejsze i występują częściej	Wyraźne oznaki zaburzeń psychicznych, które dominują nad życiem jednostki
Brak problemów z zachowaniem	Niewiele problemów z zachowaniem; zachowania są zwykle adekwatne do sytuacji	Więcej wyraźnych problemów z zachowaniem; zachowanie często nieadekwatne do sytuacji	Poważne i częste problemy z zachowaniem; zachowanie zwykle nieadekwatne do sytuacji
Brak problemów w relacjach interpersonalnych	Niewiele problemów w relacjach interpersonalnych	Częstsze trudności w relacjach interpersonalnych	Wiele złych relacji interpersonalnych lub brak relacji z innymi

Niezależnie od tego, jak rozumie się zaburzenia psychiczne, prawie wszyscy zgadzają się, że są one czymś powszechnym. Dotyczą życia codziennego milionów ludzi. Mogą być podstępne i zdradliwe, zakłócając myśli i uczucia, zmniejszając dobrostan emocjonalny i fizyczny osób na nie cierpiących, a także pogarszając ich relacje osobiste i rodzinne. Mogą również być źródłem ogromnego obciążenia finansowego, powodując spadek produktywności, utratę zarobków i wysokie koszty długotrwałego leczenia. Jednakże sposób, w jaki ludzie patrzą na zaburzenia psychiczne, ma swoje konsekwencje: jak się przekonamy, determinuje on to, jak próbuje się je leczyć – lekami, czarami, rytuałami, rozmową, torturami, operacjami mózgu, hospitalizacją czy też oddaniem do „szpitala dla wariatów”.

W tym podrozdziale zobaczymy, że te dwa sposoby rozumienia psychopatologii – model medyczny i podejście psychologiczne – często są ze sobą niezgodne. Część tego konfliktu ma charakter terytorialny, wynika z wewnętrznej walki profesjonalistów. Niektóre konflikty mają jednak korzenie historyczne, jak to zaraz zobaczymy.

Ewolucja poglądów na zaburzenia psychiczne

Przed 10 grudnia 1970 roku homoseksualizm był uważany za chorobę. Ale tego dnia Zarząd Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zagłosował za usunięciem homoseksualizmu z listy oficjalnie uznawanych zaburzeń. Po roku zawziętej dyskusji członkowie Zarządu przegłosowali usunięcie homoseksualizmu z Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* – *DSM*). Decyzja, iż homoseksualizm nie wiąże się z żadnymi oznakami zaburzeń psychicznych – ze zrozumiałym wyjątkiem stresu wynikającego z dyskryminacji – była odtąd wielokrotnie potwierdzana (Cochran i in., 2003; Meyer, 2003). Ta zmiana w spojrzeniu na homoseksualizm była jednak tylko jedną z ostatnich zmian w ewoluującym od tysięcy lat sposobie rozumienia zaburzeń psychicznych.

Korzenie historyczne

W czasach starożytnych ludzie wierzyli, że wszechobecne siły nadprzyrodzone odpowiadają za pomyślność, choroby i nieszczęścia. W związku z tym wierzono, że zaburzenia psychiczne wywoływane są przez demony i zjawy, które owładnęły ludzką psychiką i ciałem (Sprock, Blashfield, 1991). Gdybyś żył w czasach starożytnych, twoje codzienne praktyki obejmowałyby rytuały mające na celu przechytrzenie lub zjednanie sobie tych nadprzyrodzonych istot.

więcej znajdziesz w **rozdziale 1** tego
tomu

Hipokratesa teoria humorów była teorią temperamentu

Okolo 400 lat p. n. e. grecki lekarz Hipokrates wykonał pierwszy w dziejach ludzkości krok w kierunku naukowego poglądu na zaburzenia psychiczne, oznajmiając, że nienormalne zachowania mają podłoże cielesne. Jak dowiedzieliśmy się w poprzednim rozdziale, Hipokrates wykładał swoim uczniom, że symptomy psychopatologii należy interpretować w kategoriach braku równowagi między czterema płynami wydzielanymi przez ciało, zwanymi „humorami”: krwią, flegmą (śluzem), czarną żółcią i zwykłą żółcią. Na przykład osoby z przewagą czarnej żółci miały, według niego, skłonność do melancholii czy depresji, te zaś, u których występowała obfitość krwi, były sangwinikami lub osobami wielkodusznymi i sympatycznymi. Dzięki tej prostej, acz rewolucyjnej idei, Hipokrates włączył zaburzenia psychiczne do medycyny, a pogląd ten – że zaburzenia psychiczne mają przyczyny naturalne, a nie nadprzyrodzone – wpływał na myślenie wykształconych ludzi Zachodu aż do końca Cesarstwa Rzymskiego.

Później, w okresie Średniowiecza, hipokratejski model zaburzeń psychicznych przyćmiły zabobony. Pod wpływem średniowiecznego Kościoła lekarze i duchowni powrócili do starych sposobów wyjaśniania zaburzeń psychicznych w kategoriach demonów i czarów. W tych okrutnych czasach inkwizycja kierowała się przekonaniem, że niezwykle zachowania są dziełem szatana. „Leczenie” polegało na próbach wypędzenia demonów, które opętały duszę nieszczęsnej ofiary. W wyniku tego w całej Europie poddawano torturom i stracono tysiące zaburzonych psychicznie osób. Nawet już później, w 1692 roku, w młodej amerykańskiej kolonii, w osadzie Salem położonej w obecnym stanie Massachusetts, ten sam pogląd na zaburzenia psychiczne doprowadził do skazania i stracenia za czary grupy jej mieszkanki (Karlsen, 1998). Grupa młodych dziewcząt przestraszyła społeczność serią nieoczekiwanych napadów konwulsji i swoimi doniesieniami o zaburzeniach doznań zmysłowych, co zinterpretowano jako oznaki opętania przez złe duchy. Współczesna analiza procesów czarownic z Salem prowadzi do wniosku, że dziewczęta prawdopodobnie zatruty się grzybami pasożytującymi na ziarnie żyta – tymi samymi, z których produkuje się halucynogenną substancję LSD (Caporeal,

1975; Matossian, 1982, 1989).

Model medyczny

W drugiej połowie XVIII wieku wraz z rozwojem nauki ponownie pojawił się model „chorobowy”, któremu początek dał Hipokrates. Powstały w ten sposób **model medyczny** utrzymywał, że zaburzenia psychiczne są *chorobami* umysłowymi, które – podobnie jak zwykłe choroby cielesne – mają obiektywne przyczyny i wymagają specyficznych metod leczenia. Ludzie zaczęli patrzeć na osoby zaburzone psychicznie jak na osoby chore, a nie jak na osoby opętane przez duchy lub niemoralne. I cóż to była za zmiana! „Leczenie” zaburzeń psychicznych torturami i znęcaniem się przestało mieć sens. Ten nowy pogląd na choroby psychiczne doprowadził do radykalnych reform w „przytułkach” dla „obłąkanych”. W sprzyjającej atmosferze polepszył się stan wielu pacjentów – a niektórzy nawet wyraźnie rozkwitli – dzięki odpoczynkowi, medytacji i prostej, ale użytecznej pracy (Maher, Maher, 1985). Niestety, naciski polityczne zmieniły w końcu zakłady terapeutyczne w zatłoczone przechowalnie dla społecznie odrzuconych.

Mimo tych problemów, odrodzony model medyczny stanowił niewątpliwie postęp w porównaniu ze starym modelem opętania przez demony. Współcześni psycholodzy uważają jednak, że jesteśmy już przygotowani na kolejną rewolucyjną zmianę w podejściu do zaburzeń psychicznych. Jak twierdzą, model medyczny ma swoje słabości, i podkreślają, iż założenie, że zaburzenie psychiczne jest „chorobą”, prowadzi do podejścia typu „lekarz wie najlepiej”, w którym terapeuta bierze na siebie całą odpowiedzialność za diagnozę choroby i zalecone leczenie. Przy założeniu o istnieniu „choroby” pacjent może stać się biernym odbiorcą leków i porad, zamiast aktywnie uczestniczyć w terapii – jak to się dzieje dzisiaj z wieloma pacjentami, którzy są leczeni jedynie przez podawanie im pigułek. Psycholodzy uważają, że postawa ta w niekorzystny sposób sprzyja uzależnieniu od lekarza, zachęca do

niepotrzebnego stosowania leków i w niewielkim stopniu pomaga pacjentom w rozwijaniu umiejętności radzenia sobie.

Nieprzypadkowo podejście „lekarz wie najlepiej” zdejmuje także odpowiedzialność z psychologów, a przekazuje ją psychiatrom. Psycholodzy wzdrygają się na sugestię wynikającą z modelu medycznego, iż stosowane przez nich leczenie „chorób” psychicznych musi być nadzorowane przez lekarza. W konsekwencji model medyczny przypisuje psychologom status specjalistów drugiej kategorii. Jak widzisz, zawłaszczanie całego obszaru zaburzeń psychicznych jest ostro kwestionowane.

więcej znajdziesz w rozdziale 1 tomu

I

Psychiatrzy, a nie psycholodzy, mają wykształcenie medyczne

Modele psychologiczne

Co psychologia ma do zaproponowania zamiast modelu medycznego? Obecnie większość psychologów klinicznych skłania się ku łączeniu podejść psychologicznych wywodzących się z *behawioryzmu*, *psychologii poznawczej*, *teorii uczenia się społecznego* i *psychologii biologicznej*. Przyjrzymy się temu teraz dokładniej.

Podejście społeczno-poznawczo-behawioralne Współcześni psycholodzy często łączą poglądy wywodzące się z podejść, które kiedyś były uważane za niedające się pogodzić: psychologii poznawczej i behawioryzmu. Najkrócej mówiąc, psychologia poznawcza spogląda do wnętrza, kładąc nacisk na procesy psychiczne, natomiast behawioryzm spogląda na zewnątrz, kładąc nacisk na wpływ środowiska. Jak dowiedzieliśmy się w rozdziale dotyczącym uczenia się, pomosty między tymi podejściami

zbudowali między innymi psycholodzy reprezentujący teorię uczenia się społecznego. W efekcie w ostatnich latach doszło do poważnej zmiany w myśleniu psychologicznym i obecnie podejścia te spostrzegane są jako uzupełniające się, a nie konkurencyjne. Poza tym, obie strony przyznają, że poznanie i zachowanie zwykle zachodzą w kontekście społecznym, co wymaga przyjęcia perspektywy społecznej.

Ponadto, *podejście behawioralne* zakłada, że zachowania anormalne mogą być nabywane w ten sam sposób jak zachowania zdrowe – przez uczenie się. Ten pogląd koncentruje się na zachowaniach i warunkach środowiskowych – takich jak nagrody, kary i naciski społeczne – zachowania te podtrzymujących. Podejście behawioralne wskazuje na przykład, że strach przed publicznym wypowiedaniem się może wynikać z przeżycia upokorzenia podczas jakiegoś publicznego wystąpienia i w następstwie unikania wszelkich okazji umożliwiających zdobycie umiejętności publicznego zabierania głosu.

I w końcu, *podejście poznawcze* wskazuje, że musimy także brać pod uwagę to, jak ludzie *spostrzegają* i jak *myślą* o sobie samych i o swoich relacjach z innymi ludźmi. Do ważnych zmiennych poznawczych należą następujące czynniki: to, czy ludzie uważają, że mają kontrolę nad tym, co zdarza się w ich życiu (wewnętrzne lub zewnętrzne umiejscowienie kontroli), to, w jaki sposób radzą sobie z zagrożeniem i stresem, oraz to, czy przyczyny zachowań przypisują czynnikom sytuacyjnym czy osobistym (Bandura, 1986).

Podejście społeczno-poznawczo-behawioralne, łączące trzy główne perspektywy psychologiczne, stanowi więc psychologiczną alternatywę dla modelu medycznego. Typowa dla tego podejścia jest teoria *wzajemnego determinizmu* Alberta Bandury, która głosi, że zachowanie, poznanie i czynniki społeczne/środowiskowe oddziałują na siebie wzajemnie. Z tego punktu widzenia, na przykład lęk przed wystąpieniami publicznymi można rozumieć jako skutek uczenia się społecznego, uczenia się behawioralnego i uczenia się poznawczego. Twój lęk przed wystąpieniami publicznymi może więc mieć swe źródła w *uczeniu się społecznym*: słuchaniu, jak inni ludzie

mówią o „tremie” i swoim lęku przed wystąpieniami publicznymi. Na tym tle mogłeś mieć nieprzyjemne doświadczenia *warunkowania zachowania*, gdy ludzie śmiali się podczas twojej wypowiedzi publicznej. Z kolei przeżycie to, w efekcie uczenia się poznawczego, mogło z łatwością doprowadzić do tego, że zacząłeś spostrzegać siebie jako „kiepskiego mówcę”. Skutkiem tego łańcucha uczenia się społecznego, uczenia się przez warunkowanie i uczenia się poznawczego – w którym każdy krok wzajemnie wzmacnia pozostałe – jest przekonanie, że publiczne zabieranie głosu jest doświadczeniem wywołującym lęk.

więcej znajdziesz w **rozdziale 1 tego tomu**

Koncepcja determinizmu wzajemnego jest częścią teorii uczenia się społecznego autorstwa Bandury

Biopsychologia zaburzeń psychicznych Aczkolwiek większość psychologów ma zastrzeżenia do modelu medycznego, nie kwestionują jednak wpływu biologii na myślenie i zachowanie. Współczesna biopsychologia przyjmuje, że niektóre zaburzenia umysłowe wiążą się w pewien sposób z mózgiem i systemem nerwowym, a pogląd ten zdobywa coraz bardziej znaczącą pozycję. Eksplozja ostatnich badań z dziedziny nauki o układzie nerwowym potwierdza znaczenie mózgu jako złożonego organu, którego funkcje psychiczne zależą od subtelnej równowagi substancji chemicznych i podlegających ciągłym zmianom obwodów elektrycznych. Subtelne zmiany w tkance mózgu lub jego chemicznych przekaźnikach – neurotransmiterach – mogą poważnie zmienić myślenie i zachowanie. Wpływy genetyczne, uszkodzenia mózgu, infekcje i uczenie się to kilka z czynników, które mogą przechylić równowagę w kierunku psychopatologii.

Na froncie badań nad dziedzicznością, międzynarodowy Program

Ludzkiego Genomu określił pełne ludzkie wyposażenie genetyczne. Wielu psychologów spostrzega to dokonanie jako okoliczność sprzyjającą specjalistom zajmującym się genetyką zachowania, poszukującym genów odpowiedzialnych za konkretne zaburzenia psychiczne (National Institute of Mental Health, 2003). Jednakże nie jest to takie łatwe. Dotychczas podejrzewa się, że pewne genetyczne nieprawidłowości wiążą się ze schizofrenią, zaburzeniem dwubiegunowym, zaburzeniami lękowymi i autyzmem, aczkolwiek ich dokładna rola w tych zaburzeniach pozostaje niejasna. Większość ekspertów uważa, że zaburzenia takie wynikają najprawdopodobniej z interakcji między wieloma genami a czynnikami środowiskowymi (zob. National Institute of Mental Health, 2008c). Warto więc śledzić doniesienia o dalszych odkryciach naukowych.

Wskaźniki nienormalności

Chociaż klinicyści czasami nie zgadzają się co do *etiologii* (przyczyn) zaburzeń psychicznych, zgadzają się w zasadzie co do wskaźników nienormalności (Rosenhan, Seligman, 2004). Jakie są to wskaźniki? Wcześniej wspomnieliśmy, że oznakami poważnych zaburzeń psychicznych są halucynacje, urojenia i skrajne zmiany afektywne. Wiele problemów psychologicznych nie przejawia się jednak w tak skrajny sposób. W związku z tym psycholodzy poszukują też następujących, bardziej subtelnych oznak, mogących również wskazywać na występowanie zaburzeń psychicznych, od tych łagodnych do poważnych (zob. tab. 2.1, s. 111):

- *Cierpienie*. Czy jednostka wykazuje niezwykle lub utrzymujący się przez dłuższy czas niepokój lub lęk? Prawie każdy denerwuje się przed ważnym testem, ale jeśli ktoś przez długi czas czuje się obezwładniony przez nieprzyjemne emocje, uniemożliwiające koncentrację, jest to oznaką patologii.
- *Nieprzystosowanie*. Czy jednostka zachowuje się w taki sposób, że inni czują się zagrożeni, lub tak, że koliduje to z jej dobrostanem? Możemy to dostrzec u kogoś, kto pije tak dużo, że nie jest w stanie

utrzymać pracy lub prowadząc samochód naraża innych na niebezpieczeństwo.

- *Irracjonalność*. Czy jednostka zachowuje się albo mówi w sposób irracjonalny lub niezrozumiały dla innych? Kobieta, która rozmawia ze swoją dawno zmarłą siostrą, słysząc jej głos we własnej głowie, zachowuje się irracjonalnie. Podobnie, zachowania lub emocje nieadekwatne do sytuacji, takie jak śmianie się z tragicznej sceny, wskazują na utratę racjonalnego kontaktu z otoczeniem społecznym.
- *Nieprzewidywalność*. Czy jednostka zachowuje się nieobliczalnie i niekonsekwentnie w różnych momentach lub w różnych sytuacjach, tak jakby utraciła kontrolę? Na przykład nieprzewidywalnie zachowuje się dziecko, które nagle, bez wyraźnego powodu, roztrzaskuje pięścią delikatną zabawkę. Podobnie, nieprzewidywalnie zachowuje się szef, który jednego dnia traktuje swoich podwładnych sympatycznie, a następnego dnia obelżywie.
- *Niekonwencjonalność i niepożądane zachowanie*. Czy zachowanie jednostki jest statystycznie rzadkie i narusza normy społeczne lub to, co jest prawnie albo moralnie akceptowane lub uznawane za właściwe? Bycie po prostu kimś „niezwykłym” nie jest oznaką nienormalności – a więc w okresie Bożego Narodzenia możesz spokojnie farbować sobie włosy na czerwono i zielono. Ale jeśli postanowisz przekroczyć granice tego, co jest społecznie akceptowalne i spacerować nago po centrum handlowym, zostanie to uznane za anormalne.

Czy występowanie tylko jednego z tych wskaźników wystarczy, aby wykazać, iż czyjeś zachowanie jest nienormalne? Jest to kwestia oceny. Klinicyści określą jakieś zachowanie jako „anormalne” z większą pewnością, jeśli występują co najmniej dwa wskaźniki. (Pamiętaj, że pseudopacjenci w badaniu Rosenhana demonstrowali tylko jeden symptom: słyszenie głosów.) Im bardziej skrajne są wskaźniki i im większa jest ich liczba, z tym większą pewnością psycholodzy mogą rozpoznać stan nienormalny. Poza tym, żadne z tych kryteriów nie jest warunkiem występującym we wszystkich formach zaburzeń, które opiszemy w dalszej części rozdziału. Jak się

przekonamy, różne diagnozy obejmują odmienne kombinacje kryteriów z przedstawionej listy.

Obecność tych wskaźników może sugerować, iż występuje jakiś rodzaj zaburzenia, jednak to klinicysta musi określić, jaki jest to rodzaj. Może być to trudne, ponieważ zaburzenia przybierają różne formy. Niektóre diagnozy mogą brzmieć znajomo: *depresja*, *fobia* i *zespół paniki*. Inne mogą być mniej znane, na przykład *zaburzenie konwersyjne* lub *schizofrenia katatoniczna*. Wszystkie razem, ponad 300 szczegółowych rodzajów psychopatologii, opisane są w IV wydaniu Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 4th edition*), zwanego przez klinicystów i badaczy *DSM-IV*. Ten system klasyfikacji zaburzeń jest tak wpływowy, że na jego objaśnienie poświęcimy cały następny podrozdział.

Ostrzeżenie dla czytelników

Czytając o symptomach zaburzeń psychicznych, skłonni jesteśmy zastanawiać się, czy sami jesteśmy zdrowi psychicznie. Wszyscy studiujący psychologię kliniczną stają w obliczu tego niebezpieczeństwa. Aby zrozumieć, co mamy na myśli, możesz odpowiedzieć na następujące pytania, oparte na omawianych wcześniej wskaźnikach zdrowia psychicznego:

1. Czy były takie okresy, że miałeś „chandrę” bez żadnego wyraźnego powodu? (cierpienie)
2. Czy zdarzyło ci się pójść na wieczorną zabawę, chociaż wiedziałeś, że powinieneś się uczyć? (nieprzystosowanie)
3. Czy zdarzyło ci się myśleć, że słyszysz lub widzisz coś, co naprawdę nie istnieje? (irracjonalność)
4. Czy miałeś kiedyś przyływ złości, podczas którego powiedziałeś coś, czego potem żałowałeś? (nieprzewidywalność)
5. Czy miałeś kiedyś niezwykle myśli, o których nikomu nie powiedziałeś? (niekonwencjonalność)
6. Czy zdarzyło ci się kogoś przestraszyć lub sprawić, że poczuł się źle

z powodu tego, co powiedziałeś lub zrobiłeś? (nieprzystosowanie)

Właściwie prawie każdy odpowie „tak” przynajmniej na jedno z pytań – a być może na wszystkie. Nie musi to świadczyć o nienormalności. Czy ty lub ktokolwiek inny jest normalny, czy nienormalny, jest kwestią nasilenia i częstotliwości tych objawów – oraz ich oceny klinicznej.

Kiedy więc w następnym podrozdziale zaczniemy się bliżej przyglądać poszczególnym zaburzeniom psychicznym, najpewniej znajdziesz u siebie niektóre symptomy. Podobnie twoi koledzy. Chociaż mogą tego nie mówić, większość studentów stwierdzi u siebie jedno lub więcej zaburzeń, o których będziemy się uczyć. (Podobny problem mają często studenci medycyny, którzy zaczynają dostrzegać u siebie objawy chorób, o których się uczą.) Musisz sobie uświadomić, że *jest to normalne*. Oczywiście, inną przyczyną tego, że w tym rozdziale możesz zobaczyć samego siebie, jest brak ostrej granicy oddzielającej zaburzenia psychiczne od normalności. Wszystkie zaburzenia psychiczne polegają na wyolbrzymieniu normalnych skłonności. Ponadto, osoby zasadniczo zdrowe mogą na przykład czasami stawać się depresyjne – chociaż nie *są stale* depresyjne lub nie rozwija się u nich taka głębia rozpacz, jak u osób z depresją kliniczną. Nie sugerujemy jednak, że obawy o zdrowie psychiczne należy traktować lekko. Jeżeli po przeczytaniu tego rozdziału podejrzewasz, że możesz mieć jakiś problem, to powinieneś porozmawiać o tym ze specjalistą.

ZRÓB TO SAM!

Powoływanie się na niepoczytalność: jaki zakres ma ten problem?

Jak często jako argument obrony stosuje się powoływanie się na niepoczytalność sprawcy?

Zanim przeczytasz o tym w następnej części rozdziału, spróbuj zgadnąć, jaki w przybliżeniu procent oskarżonych przestępców w USA powoływał się w sądzie na niepoczytalność: ____%.
Prawidłową odpowiedź znajdziesz w części **ZAGADNIENIE**

PSYCHOLOGICZNE.

(Odpowiedź mieszcząca się w 10% świadczy, że masz wyjątkowo dobre poczucie rzeczywistości!)

Wskazówka: badania pokazują, że opinia publiczna ma przesadzone wyobrażenie o tej kwestii.

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Niepoczytalność jako okoliczność wyłączająca odpowiedzialność karną

Przyjrzyjmy się teraz pokrewnemu problemowi: powoływaniu się na *niepoczytalność jako okoliczność wyłączającą odpowiedzialność* za popełnione przestępstwo. Jak sądzisz, czy rzeczywiście powoływanie się na niepoczytalność zwalnia od odpowiedzialności za przestępcze zachowania i powoduje, że tysiące niebezpiecznych przestępców znów znajdują się na wolności? Przyjrzymy się krytycznie, jakie są fakty.

W 1843 roku Daniel M'Naughten, chory psychicznie drwal z Glasgow, był przekonany, że „Bóg nakazał mu” zabicie brytyjskiego premiera Roberta Peela. Szczęśliwie dla Peela, jego niedoszły zabójca postrzelił przez pomyłkę jego sekretarza. Schwyty i osądzony M'Naughten został uznany za „niewinnego z powodu niepoczytalności”. Sąd doszedł do wniosku, że choroba psychiczna M'Naughtena uniemożliwiała mu odróżnianie dobra od zła.

Opinia publiczna była oburzona. Przenosząc się szybko do przodu o 138 lat – podobnie oburzona, opinia publiczna potępiła zasadę prawną wyłączającą odpowiedzialność karną w sprawie Johna Hickleya, młodego mężczyzny, który postrzelił i zranił byłego prezydenta Ronalda Reagana.

Takie niesławne przypadki ukształtowały krytyczną ocenę opinii publicznej w kwestii powoływania się na niepoczytalność jako okoliczność zwalniającą od odpowiedzialności karnej. Obywatele oskarżają psychologów i psychiatrów o zawalanie sądów zaświadczeniami o niepoczytalności, co prowadzi do

wypuszczania na wolność maniakałnych morderców i umieszczania przestępców w szpitalach „na leczenie” zamiast w więzieniach, dla odbycia kary. Ale to społeczne wyobrażenie o niepoczytalności bierze się z kilku błędnych założeń.

Przede wszystkim, „niepoczytalność” nie występuje nigdzie w *DSM-IV* na liście zaburzeń uznawanych przez psychologów i psychiatrów. Formalnie biorąc, **niepoczytalność** nie jest terminem psychologicznym ani psychiatrycznym. Jest natomiast terminem *prawnym*, który oficjalnie stosować może jedynie sąd – a nie psycholodzy lub psychiatrzy. Według prawa, niepoczytalność obejmuje nie tylko psychozy, ale także manię zazdrości, niepełnosprawność intelektualną i szeroki zakres innych stanów, w których jednostka może nie kontrolować swojego zachowania lub odróżniać dobra od zła (Thio, 1995).

Dlaczego więc po prostu nie znieść tego przepisu prawnego? Odpowiedź na to pytanie odsyła nas do definicji przestępstwa. Prawnie rzecz biorąc, uznanie jakiegoś czynu za przestępstwo wymaga spełnienia dwóch warunków: (a) popełnienia czynu niezgodnego z prawem (sama chęć popełnienia takiego czynu nie wystarcza) oraz (b) intencji popełnienia tego czynu. Samo pragnienie, aby twój szef umarł, nie jest przestępstwem (ponieważ nie popełniłeś czynu niezgodnego z prawem). Nie jest nim również potrącenie szefa, który na parkingu przypadkowo wszedł przed twój jadący samochód (jeżeli nie zaplanowałeś tego czynu). Ale jeżeli to przygotowałeś i zaplanowałeś, a następnie zacząłeś się, aby przejechać tego drania – popełniłeś zamierzony i zabroniony przez prawo czyn, a sąd może skazać cię za morderstwo. Na tym przykładzie możesz przekonać się, dlaczego nikt nie chce zrezygnować z prawnego wymogu udowodnienia intencji. Ale możesz także zrozumieć, dlaczego to zabezpieczenie zostawia otwarte drzwi dla kontrowersyjnego powoływania się na niepoczytalność.

Mając to na uwadze, przypomnij sobie, jak oszacowałeś procent oskarżonych przestępców powołujących się na niepoczytalność. (Sprawdź w zamieszczonym wcześniej module

ZRÓB TO SAM!) W rzeczywistości oskarżeni posługują się tym argumentem znacznie rzadziej, niż sądzi opinia publiczna. Faktycznie zdarza się to rzadziej, niż w przypadku 1% oskarżonych, a z tej niewielkiej liczby tylko pewnej części udaje się zostać uznanymi za niepoczytalnych (Chiaccia, 2007). Odnotujemy jednak, że w przypadku wielu słynnych morderstw nieskutecznie próbowano powoływać się na niepoczytalność, w tym w przypadkach Davida Berkowitza, Teda Bundy’ego, Charlesa Mansona, Johna Wayne’a Gaceya i Jeffreya Dahmera. Jednakże obawy społeczne, iż argument niepoczytalności jest nadużywany, spowodowały, że w kilku stanach zaczęto wypróbowywać alternatywne rozwiązania. W niektórych z nich wymaga się obecnie oddzielnych orzeczeń w sprawie czynu i zamiaru, co pozwala sądowi wydać werdykt „winny, ale chory psychicznie” (Savitsky, Lindblom, 1986).

Sprawdź, czy rozumiesz

- 1 **PRZYPOMNIENIE:** Jak postąpił Rosenhan, chcąc zbadać, w jaki sposób psychiatrzy diagnozują zaburzenia psychiczne?
- 2 **PRZYPOMNIENIE:** Jakie są trzy klasyczne symptomy poważnego zaburzenia psychicznego?
- 3 **ANALIZA:** Weź pod uwagę symptomy, jakie demonstrowali pseudopacjenci w badaniu Rosenhana. Jakie przyczyny ich halucynacji podaliby prawdopodobnie: (a) Hipokrates, (b) lekarz lub ksiądz w Średniowieczu, (c) lekarz w 1800 roku?
- 4 **PRZYPOMNIENIE:** Jak często psycholodzy diagnozują przestępców jako niepoczytalnych? Jak często w Stanach Zjednoczonych stosowany jest w procesach sądowych argument o niepoczytalności sprawcy?
- 5 **ROZUMIENIE MYŚLI PRZEWODNIEJ:** Podaj przykład, na co zwróciliby uwagę psycholodzy starający się zrozumieć zaburzenie psychiczne jednostki (ale na co prawdopodobnie nie zwracaliby uwagi psychiatrzy stosujący „model medyczny”).

Odpowiedzi: 1. Skłonił on zdrowych psychicznie ochotników, aby zgłosili się do szpitali psychiatrycznych z prośbą o przyjęcie z powodu tego, że słyszą głosy. Rosenhan zinterpretował fakt, że wszyscy zostali przyjęci, jako świadczący o tym, iż diagnozy psychiatryczne nie są rzetelne. 2. Klasycznymi symptomami poważnych zaburzeń psychicznych są halucynacje, urojenia i poważne zaburzenia afektywne. 3. (a) Hipokrates powiedziałby, że źródłem halucynacji są przyczyny cielesne, najpewniej nierównowaga czterech humorów; (b) średniowieczny lekarz lub duchowny prawdopodobnie przypisałby halucynacje owładnięciu przez demona; (c) lekarz z 1800 roku przypisałby prawdopodobnie halucynacje jakiejś chorobie – podobnie jak zrobiłby to Hipokrates. 4. Psycholodzy nie diagnozują ludzi jako poczytalnych lub niepoczytalnych – są to terminy prawne. W sądach Stanów Zjednoczonych niepoczytalność wysuwana jest jako argument obrony w nieco mniej niż 1% przestępstw – najczęściej nieskutecznie. 5. Psycholog mógłby zwracać uwagę na wiele społecznych, poznawczych i behawioralnych czynników, takich jak środowisko rodzinne (czynnik społeczny), niepokojące zachowania (czynnik behawioralny) czy umiejscowienie kontroli (czynnik poznawczy).

2.2

JAK SĄ KLASYFIKOWANE ZABURZENIA PSYCHICZNE W *DSM-IV*?

Wyobraź sobie, że jesteś w sklepie muzycznym i szukasz jakiejś konkretnej płyty. Wszystko, co mógłbyś chcieć kupić, tu się znajduje, ale pracownikom nie chce się pogrupować płyt według poszczególnych kategorii muzyki: wrzucają wszystko przypadkowo do pojemników. Przy tak dużym wyborze, ale braku organizacji, kupowanie tutaj byłoby niemożliwe – i dlatego też sklepy muzyczne nigdy nie działają w ten sposób. Dziela one płyty na kategorie takie jak rock, blues, muzyka klasyczna, rap, country i jazz. Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 4th edition*) w bardzo podobny sposób porządkuje ponad 300 znanych zaburzeń psychicznych. Podręcznik ten, często zwany po prostu **DSM-IV**, przedstawia najszerzej stosowany system klasyfikacji tych zaburzeń. Posłużymy się nim jako schematem systematyzującym zaburzenia, które wybraliśmy do omówienia w tym rozdziale.

Jaki sposób uporządkowania zaburzeń zastosowano w *DSM-IV*? Prawie wszystkie znane zaburzenia są w nim podzielone na kategorie *według objawów psychicznych i behawioralnych*, takich jak lęk, depresja, problemy seksualne i nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Nasza **MYŚL PRZEWODNIA** głosi:

DSM-IV to najszerzej stosowany system, który klasyfikuje zaburzenia na podstawie ich psychicznych i behawioralnych symptomów.

Przedstawienie w tym rozdziale ponad 300 zaburzeń opisanych w *DSM-IV* jest niemożliwe. Musimy zatem skupić się na tych,

z którymi masz największą szansę zetknąć się w codziennym życiu lub ucząc się psychopatologii na dalszych latach studiów.

Ogólna charakterystyka systemu klasyfikacyjnego DSM-IV

Czwarte wydanie *Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych, DSM-IV*, opublikowało w 1994 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Następnie, w 2000 roku wydano jego uaktualnioną wersję, zwaną *DSM-IV-TR*[7] (*TR* to *text revision* – „wersja poprawiona”). Oferuje on praktykom wspólny i zwięzły język opisu psychopatologii. Zawiera także kryteria służące do diagnozy każdego z zaburzeń w nim opisanych. Chociaż podręcznik ten opracowali głównie psychiatrzy, jego terminologię przyjęli wszyscy klinicyści, w tym psychiatrzy, psycholodzy i pracownicy socjalni. Ponadto, większość towarzystw ubezpieczeń zdrowotnych posługuje się standardami DSM-IV-TR w celu określenia, za jaki rodzaj terapii będą płacić – co daje temu podręcznikowi ogromną siłę ekonomiczną.

Czwarte wydanie *DSM* wniosło kilka poważnych zmian. Na przykład, usunięto pojęcie „nerwicy” z oficjalnego języka psychiatrii (aczkolwiek często będziesz słyszał ten termin w potocznych rozmowach). Pierwotnie **nerwice** lub *zaburzenie neurotyczne* pojmowano jako częsty wzorzec subiektywnego cierpienia lub nieskutecznych zachowań, uniemożliwiających realizację własnych celów, któremu nie towarzyszą jednak oznaki anomalii mózgowych czy rażącej irracjonalności myślenia. W skrócie, „neurotykiem” był ktoś, kto był nieszczęśliwy lub niezadowolony z życia, ale nie był uważany za groźnie chorego lub pozbawionego kontaktu z rzeczywistością. W *DSM-IV* termin „nerwica” został pominięty lub zastąpiony terminem „zaburzenie” (Carson i in., 2000; Holmes, 2001). Na przykład „nerwica obsesyjno-kompulsyjna” jest więc obecnie po prostu *zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym*.

Podobnie uważano, że **psychoza** różni się od nerwicy zarówno charakterem, jak i głębokością symptomów. Zburzenie określano często jako psychotyczne, jeśli obejmowało głębokie zakłócenia percepcji, racjonalności myślenia i afektu (emocji) – czyli trzy klasyczne objawy, o jakich pisaliśmy wcześniej. W efekcie klinicysta posługujący się poprzednim wydaniem *DSM* byłby bardziej skłonny zdiagnozować na przykład poważną depresję jako „psychotyczną”. W *DSM-IV* termin „psychotyczny” ogranicza się głównie do zaburzeń, w których występuje utrata kontaktu z rzeczywistością, jak na przykład w *zaburzeniach schizofrenicznych*, które omówimy później.

Jak możesz się domyślać, mając swe źródła w psychiatrii, *DSM-IV* jest ściśle powiązany z medycznym modelem chorób psychicznych. Język, którym się posługuje, jest językiem medycyny – symptomy, zespoły, diagnozy i choroby – a w swej ostatecznej formie jest dziwną mieszaniną nauki i tradycji. (Uwaga: nie ma w nim diagnozy „normalności”.) Jednakże, w przeciwieństwie do wcześniejszych wersji tego podręcznika, które miały wyraźnie freudowskie zabarwienie, w *DSM-IV* udało się uniknąć faworyzowania określonych teorii dotyczących przyczyn zaburzeń czy sposobów ich leczenia. Od wcześniejszych wersji *DSM* różni się także tym, że podaje obszerny i szczegółowy opis symptomów każdego zaburzenia.

Aczkolwiek chociaż *DSM-IV* ma swoich krytyków, potrzeba posługiwania się wspólnym językiem opisu zaburzeń psychicznych przyczyniła się do jego szerokiej akceptacji.

Przejdźmy teraz do przedstawienia próbki zaburzeń opisanych w *DSM-IV*. W kolorowych ramkach znajdziesz skrócony schemat klasyfikacji tych zaburzeń, zastosowany w tym podręczniku. Rozpocznijmy od *zaburzeń nastroju*, zwanych także *zaburzeniami afektywnymi*, polegających na stałym utrzymywaniu się skrajnych emocji.

Zaburzenia nastroju

Oczywiście każdy doświadcza czasami silnych lub nieprzyjemnych reakcji emocjonalnych. Emocjonalność, łącznie z codziennymi „górkami” i „dołkami”, jest normalnym aspektem naszej zdolności interpretowania i adaptowania się do świata. Jednak, kiedy nastrój wymyka się spod kontroli, gwałtownie wzrastając do skrajnego rozradowania lub szybko spadając do głębokiej depresji, prawdopodobnie mamy do czynienia z jednym z **zaburzeń nastroju**.

Zaburzenia nastroju:

krańcowe nastroje, od manii do depresji

- Depresja wielka
- Zaburzenie dwubiegunowe

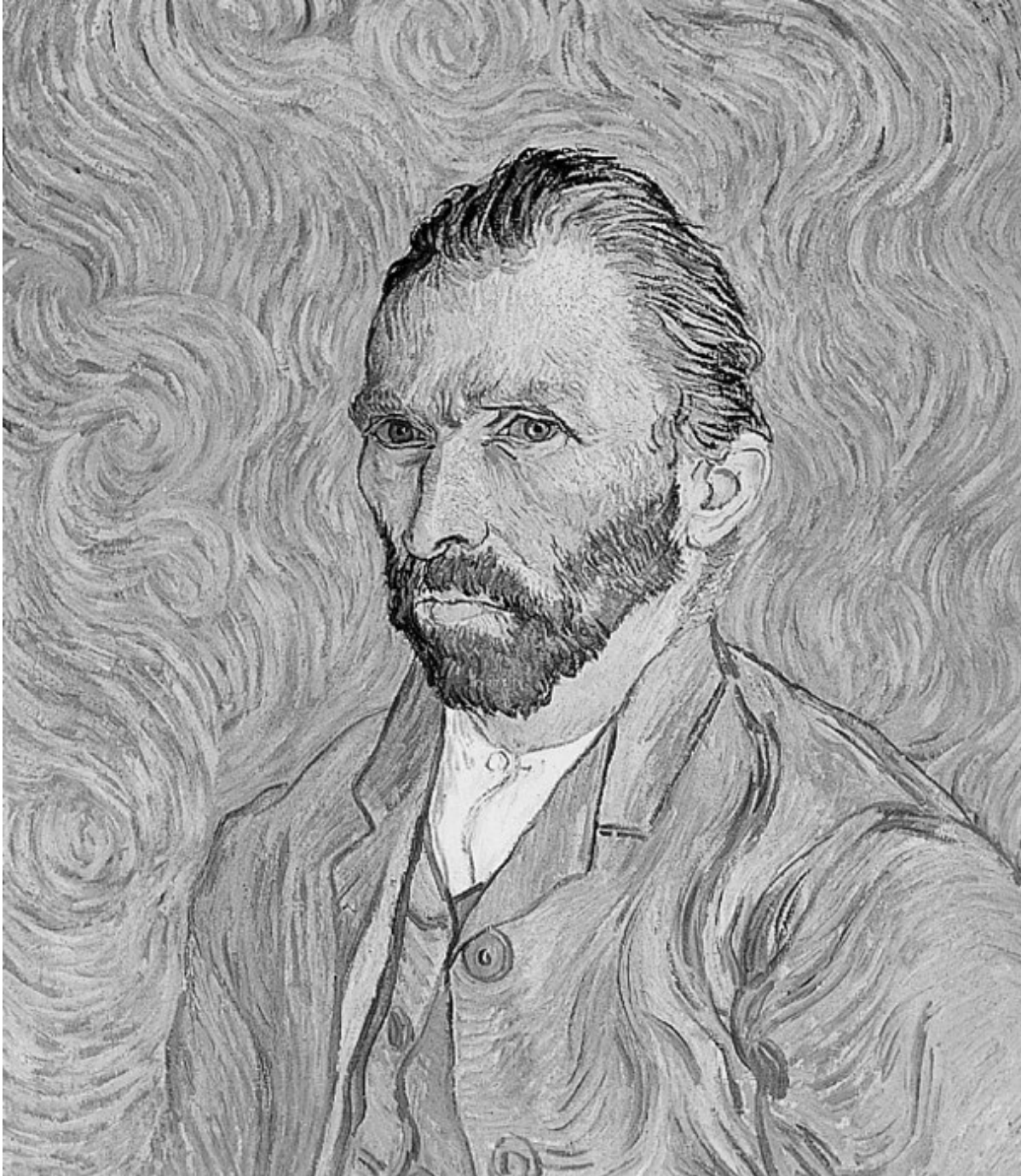
Klinicyści podejrzewać będą zaburzenie afektywne także wtedy, gdy nastrój jednostki jest konsekwentnie nieadekwatny do sytuacji. Omówimy dwa najbardziej znane z tych zaburzeń – depresję wielką i zaburzenie dwubiegunowe.

Depresja wielka

Jeśli nie zdasz ważnego egzaminu, stracisz pracę, utracisz czyjąś miłość, to jest rzeczą normalną, że przez jakiś czas będziesz czuć przygnębienie. Normalne jest także uczucie przygnębienia, gdy umrze bliski przyjaciel. Ale jeśli czujesz się przygnębiony tygodniami czy miesiącami, długo po zajściu przygnębiającego wydarzenia, to możesz cierpieć na klinicznie poważne schorzenie, zwane **depresją wielką** albo *zaburzeniem depresyjnym* wielkim – na jedno z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych.

Powieściopisarz William Styron (1991) w poruszający sposób opisał własne przeżycia związane z głęboką depresją. Doświadczany ból przekonał go, że depresja kliniczna jest czymś znacznie więcej niż tylko złym nastrojem: opisuje ją jako „codzienną obecność, owiewającą mnie zimnymi podmuchami” i „ryczącą burzę

w mózgu”, która może zacząć się od „szarej mżawki przerażenia”. Depresja wielka trwa cały czas, nie ma w niej miejsca na okresy maniakalne.



Holenderski artysta, Vincent van Gogh miał objawy zaburzenia dwubiegunowego. Zaburzenie to często dotyka osoby bardzo twórcze.

Częstotliwość występowania Psycholog Martin Seligman (1973, 1975) nazwał depresję „powszednim przeziębieniem” wśród zaburzeń psychicznych. Prawie każdy w jakimś okresie swojego życia cierpiał albo na wielką depresję, albo na jej lżejszą postać, którą klinicyści nazywają *dystymią*. W Stanach Zjednoczonych depresja jest przyczyną większości przyjęć do szpitali psychiatrycznych, a mimo to klinicyści uważają, że często pozostaje niewykryta i zbyt rzadko jest leczona (Kessler i in., 2003; Robins i in., 1991). Według szacunków National Institute of Mental Health (2006), depresja kosztuje Amerykanów każdego roku około 83 miliardów dolarów, włączając w to koszty pobytu w szpitalu, terapii oraz spadku wydajności pracy. Ale kosztów ponoszonych przez ludzi nie można mierzyć w dolarach. Niezliczona ilość osób cierpiących z powodu depresji czuje się bezwartościowa, nie ma apetytu, wycofuje się z kontaktów z przyjaciółmi i rodziną, ma problemy ze snem, traci pracę i czuje nadmierne pobudzenie albo ospałość. W ciężkich przypadkach osoby takie mogą doświadczać również psychotycznych zniekształceń rzeczywistości. Możesz sprawdzić, czy masz objawy depresji, odpowiadając na pytania przedstawione w module **ZRÓB TO SAM!**.

więcej znajdziesz w **rozdziale 3 tomu IV**

Terapie behawioralne oparte na *przeciwwarunkowaniu* są skutecznym sposobem leczenia fobii

Tabela 2.2

**Ryzyko wystąpienia
w ciągu życia epizodu
depresyjnego trwającego
co najmniej rok**

Tajwan	1,5%
Korea	2,9%
Puerto Rico	4,3%
Stany Zjednoczone	5,2%
Niemcy	9,2%
Kanada	9,6%
Nowa Zelandia	11,6%
Francja	16,4%
Liban	19,0%

Najbardziej niepokojący jest fakt, że konsekwencją depresji jest samobójstwo 1 na 50 osób nią dotkniętych (Bostwick, Pankratz, 2000). Co istotne, ryzyko samobójstwa jest większe na początku epizodu depresyjnego lub w okresie poprawy niż w najgłębszej fazie cyklu depresyjnego. Dlaczego? Ponieważ podczas najgłębszej rozpaczki depresyjnej jednostka nie ma energii lub woli, aby zrobić

cokolwiek, a tym bardziej, aby zrealizować plan popełnienia samobójstwa.

Nawiasem mówiąc, przestrzegamy, że groźba popełnienia samobójstwa zawsze powinna być traktowana poważnie, nawet jeżeli wydaje ci się, że jest to tylko próba zwrócenia na siebie uwagi – i nawet jeżeli nie dostrzegasz żadnych innych objawów depresji. Działać tu mogą inne czynniki. Na przykład nadużywanie alkoholu lub narkotyków zwiększa prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa, podobnie jak chroniczne choroby fizyczne lub anomalie mózgu (Ezzell, 2003). Każdą osobę, która myśli o samobójstwie, powinienes skierować do kompetentnego profesjonalisty, mogącego udzielić jej pomocy.

Badania międzykulturowe pokazują, że depresja jest wszędzie na świecie najbardziej rozpowszechnioną formą zaburzenia (Holden, 2000), aczkolwiek częstość występowania depresji wielkiej różni się znacznie w poszczególnych częściach świata – co pokazano w tabeli 2.2. Wprawdzie część tego zróżnicowania wynikać może z różnic w gotowości lub niechęci do szukania pomocy, jednak wydaje się, że w grę wchodzi tu i inne czynniki. Na przykład w Tajwanie i Korei czynniki te mogą łączyć się z niskim wskaźnikiem separacji i rozwodów – a jak wiemy, prawie we wszystkich kulturach czynniki te wiążą się z większym ryzykiem wystąpienia depresji. Natomiast na Środkowym Wschodzie stres związany z wojną niewątpliwie podwyższył wskaźniki zachorowań na depresję (np. Thabet i in., 2004).

ZRÓB TO SAM!

Sprawdzian depresji

Większość osób myśli, że depresja cechuje się zewnętrznymi oznakami smutku, takimi jak płacz. Aby szybko sprawdzić, czy masz skłonność do depresji odpowiedz „tak” lub „nie” na każde z pytań, opracowanych na podstawie oznak depresji wymienionych w DSM-IV:

1. Czy przez większość dnia czujesz się bardzo przygnębiony, smutny lub nieszczęśliwy?
2. Czy masz poczucie, że przestała cię interesować większość twoich zajęć lub wszelka aktywność?
3. Czy twój apetyt poważnie się zmienił lub straciłeś na wadze, mimo że się nie odchudzasz?
4. Czy zmienił się znacząco charakter twojego snu? Czy jesteś bardziej niespokojny lub bardziej ośpały niż zwykle?
5. Czy czujesz się bardziej zmęczony niż powinien być?
6. Czy stale czujesz, że jesteś do niczego lub czujesz się bez powodu winny?
7. Czy myślenie i koncentracja są dla ciebie coraz trudniejsze?
8. Czy często masz nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie?

Twoje odpowiedzi na te pytania nie stanowią żadnego dowodu, że masz depresję lub jej nie masz. Aczkolwiek nie ma „magicznej liczby” pytań, na które musisz odpowiedzieć „tak”, aby uznać cię za osobę depresyjną, jeśli odpowiedziałeś „tak” na kilka z nich, być może dobrze byłoby, gdybyś zwrócił się po opinię do psychologa lub psychiatry. Pamiętaj, że diagnoza depresji jest nazwą klinicznej oceny, opierającej się na objawach wymienionych w DSM-IV. W istocie o tym, czy masz depresję, czy też nie, decyduje sposób i jakość twojego życia, twoje uczucia i zachowania. Pamiętaj także, że samoopis zawsze jest w pewnym stopniu nieobiektywny. Jeżeli po zastanowieniu się nad objawami depresji w twoim życiu czujesz się zaniepokojony, to radzimy ci, abyś porozmawiał z kompetentnym specjalistą, który weźmie pod uwagę nie tylko twój samoopis, ale także twoje zachowanie, środowisko społeczne oraz nagradzające i awersyjne okoliczności w twoim życiu.

Przyczyny depresji Znamy już wiele elementów składających się na zagadkę depresji, ale jeszcze nikomu nie udało się złożyć ich wszystkich w spójną całość. Czasami depresja prawie na pewno

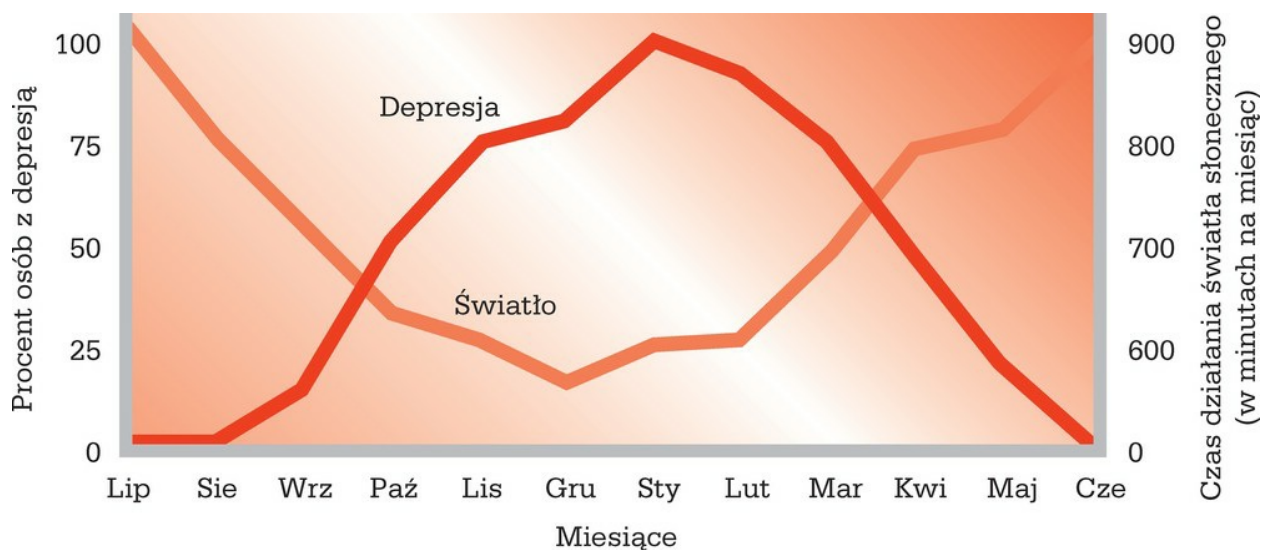
wiąże się z predyspozycjami genetycznymi: poważne przypadki depresji występują rodzinie (Plomin i in., 1994). Dalszych dowodów na biologiczne podłoże depresji dostarcza fakt pozytywnej reakcji wielu pacjentów z depresją na leki wpływające na takie neuroprzekaźniki, jak norepinefryna, serotonina i dopamina (Ezzell, 2003). Leki te pobudzają także rozwój neuronów w hipokampie – aczkolwiek nikt jeszcze nie rozumie, czy jest to klucz do depresji, czy też skutek uboczny (Insel, 2007).

Pewne dowody łączą również depresję ze słabszą aktywnością fal mózgowych w lewym płacie czołowym (Davidson, 1992a, b, 2000; Robbins, 2000). A także, w nielicznych wypadkach, depresja może być wywołana infekcją wirusową (Bower, 1995; Neimark, 2005). Tego typu dowody skłaniają niektórych obserwatorów do traktowania depresji jako zbioru zaburzeń mających rozmaite przyczyny i wiążących się z różnymi częściami mózgu (Kendler, Gardner, 1998).

Ostatnio uzyskane wyniki neuroobrazowania wskazują na powiązanie depresji z częścią kory mózgowej, zwaną polem 25, znajdującą się u podstawy kory czołowej, zaraz nad podniebieniem. W mózgach osób depresyjnych, w których wiele funkcji wydaje się spowolnionych, *pole 25* wygląda na skanach na bardzo „pobudzone”, jak twierdzi Helen Mayberg, badaczka układu nerwowego (Dobbs, 2006b). Co więcej, kiedy leczenie depresji, czy to farmakologiczne, czy psychoterapeutyczne, przynosi efekty – pole 25 „uspokaja się”. Nikt nie wie z pewnością, czym jest pole 25 oraz jak dokładnie działa, aczkolwiek Mayberg przypuszcza, że działa ono jako rodzaj „przełącznika”, kontrolującego „system alarmowy” mózgu. Niezależnie od tego, czym jest ten obszar, nie funkcjonuje on sam, lecz raczej jako element całego zestawu modułów mózgu, które razem wywołują depresję.

Sezonowe zaburzenie afektywne (SAD) Uzupełnieniem tego raczej zagmatwanego obrazu wydaje się fakt, że specyficzną postać depresji może także wywołać brak światła. Ta postać depresji, trafnie nazwana **sezonowym zaburzeniem afektywnym** (*seasonal affective disorder – SAD*), pojawia się najczęściej podczas długich, ciemnych miesięcy zimowych wśród osób żyjących w krajach położonych na

północy (Lewy i in., 2006) (zob. ryc. 2.1). Ma ona związek z poziomem melatoniny, hormonu wrażliwego na światło, regulującego nasz wewnętrzny zegar biologiczny (Campbell, Murphy, 1998; Oren, Terman, 1998). Wiedza ta umożliwiła badaczom opracowanie skutecznej terapii, wpływającej na poziom melatoniny, a polegającej na codziennym poddawaniu osób cierpiących na SAD działaniu jasnego, sztucznego światła. Niektórzy terapeuci donoszą, że jeszcze skuteczniejsze w przypadku SAD jest połączenie terapii światłem z terapią poznawczo-behawioralną lub z lekami przeciwdepresyjnymi (DeAngelis, 2006).



Rycina 2.1

Związek między światłem a SAD

U osób cierpiących na sezonowe zaburzenie afektywne symptomy depresji występują częściej w tych miesiącach, w których działanie światła słonecznego jest krótsze.

Źródło: Adaptacja ryciny 1, s. 74 z Rosenthal i in. (1984)

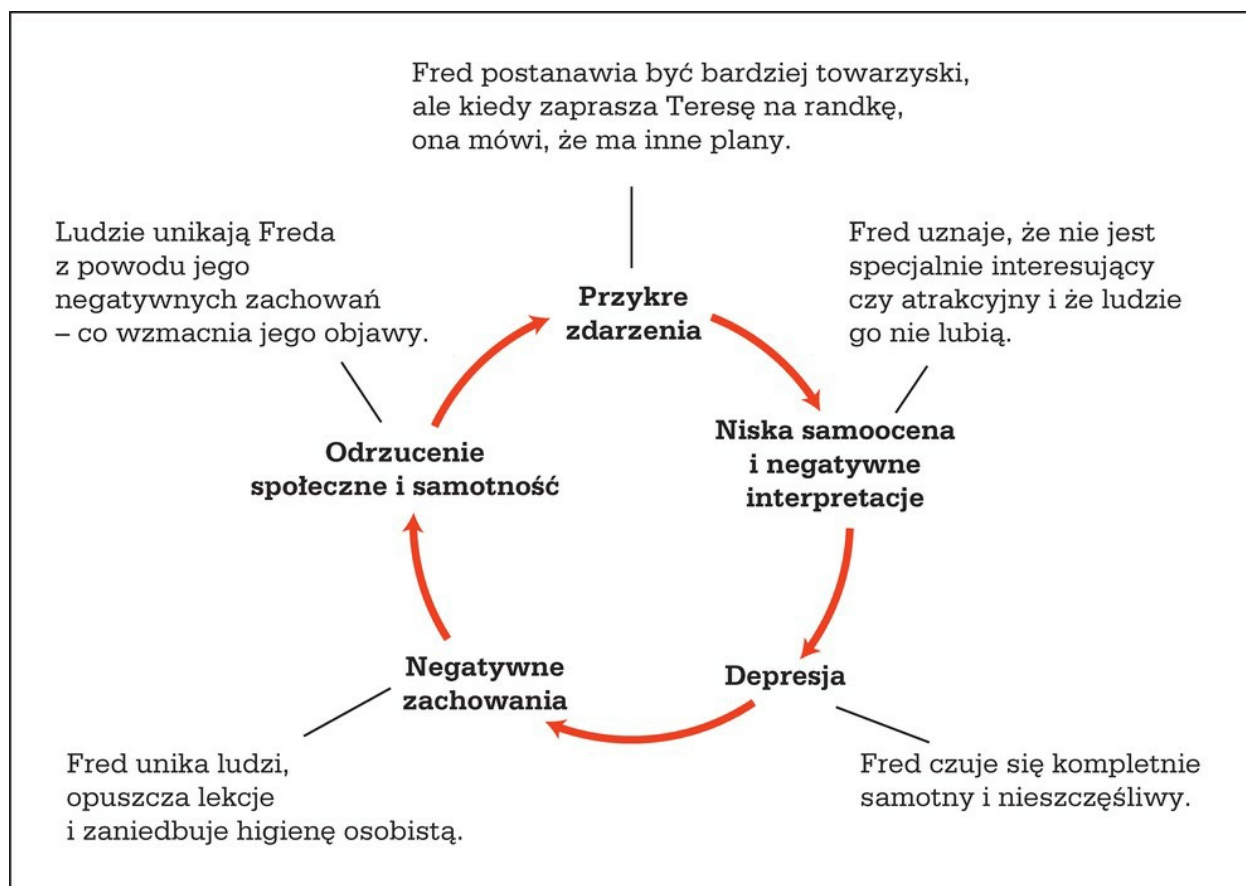
więcej znajdziesz w rozdziale 3 tomu



Umiejscowiony w podwzgórze „zegar biologiczny” reguluje nasze rytmy dobowe

Czynniki psychologiczne Samą biologią nie jesteśmy w stanie w pełni wyjaśnić depresji. Musimy ją traktować również jako schorzenie o charakterze psychicznym, społecznym i behawioralnym. Początkowo, jakieś negatywne zdarzenie, takie jak utrata pracy, u każdego może wywołać przygnębienie, ale niska samoocena i pesymizm mogą podsycać cykl depresyjnych schematów myślenia, nazywanych przez psychologów *ruminacjami* (Law, 2005; Nolen-Hoeksema, Davis, 1999). Ruminacje polegają na rozpamiętywaniu przygnębiających myśli, ciągłym ich powtarzaniu. Początkowo może to wzbudzać sympatię otoczenia, jednak szybko inni się odsuwają, a cierpiąca na depresję osoba pozostaje osamotniona i jeszcze bardziej przygnębiona (zob. ryc. 2.2).

Prawdopodobnie osoby skłonne do depresji z powodu niskiej samooceny stale podtrzymują cykl depresji, przypisując przyczyny negatywnych zdarzeń swoim wadom lub okolicznościom zewnętrznym, wobec których czują się bezradne i uważają, że nie mogą ich zmienić (Azar, 1994). Martin Seligman nazywa to zjawisko **wyuczoną bezradnością**. Rezultatem jest niska samoocena, która powoduje depresyjny sposób funkcjonowania, a to z kolei prowadzi do negatywnych zachowań, takich jak płacz. Zachowania te skłaniają innych do unikania osób cierpiących na depresję. W konsekwencji osoby te czują się odrzucone i samotne, co również podsyca cykl ich rozpacz (Coyne i in., 1991).



Rycina 2.2

Poznawczo-behawioralny cykl depresji

Śledząc cykl zachowań i myśli Freda, zwróć uwagę, jak depresja sama się podsyca.

Poznawcze podejście do depresji wskazuje, że style negatywnego myślenia są wyuczone – a w związku z tym można je modyfikować. Jeżeli więc czujesz się depresyjnie, praca nad zmianą sposobu twojego *myślenia* – na przykład rzadsze oskarżanie siebie i skupianie się raczej na konstruktywnych planach poprawy swego funkcjonowania – może w rezultacie doprowadzić do zmiany twojego samopoczucia i sposobu zachowania. I rzeczywiście, Peter Lewinsohn i jego współpracownicy stwierdzili, że posługując się technikami poznawczo-behawioralnymi są w stanie skutecznie wyleczyć wiele przypadków depresji (Lewinsohn i in., 1980; 1990; Lewinsohn, Gotlib, 1995). Ich podejście polegało na stosowaniu w kilku punktach cyklu depresji odpowiednich interwencji, mających na celu skłonienie ludzi, aby przestali myśleć w kategoriach

bezzadności, nauczenie ich radzenia sobie z nieprzyjemnymi sytuacjami w sposób przystosowawczy oraz włączania w swoje życie większej liczby nagród.

Kto zapada na depresję? Klinicyści odnotowują, że współczynnik zachorowalności na depresję jest u kobiet dwa razy wyższy niż u mężczyzn (Holden, 2005). Według Susan Nolen-Hoeksema (2001), różnica ta może wiązać się z odmiennymi stylami reagowania mężczyzn i kobiet. Jak twierdzi autorka, gdy kobiety czują się smutne, mają skłonność do rozmyślania o możliwych przyczynach i konsekwencjach swych odczuć. W przeciwieństwie do nich, mężczyźni starają się odwrócić uwagę od przygnębiających uczuć, kierując ją na coś innego lub wykonując prace fizyczne, co odciąga ich uwagę od nastroju. Model ten sugeruje, że większa skłonność kobiet do ruminacji – tendencji do koncentrowania się na problemach – powoduje ich większą podatność na depresję (Shea, 1998). Innym możliwym źródłem różnic międzypłciowych pod względem występowania depresji mogą być normy zachęcające kobiety do poszukiwania pomocy, ale zniechęcające do tego mężczyzn. Zatem powodem częstszego występowania depresji u kobiet może być, co najmniej częściowo, ich większa skłonność do mówienia o swoich przygnębiających uczuciach.

Częstotliwość występowania depresji i wiek, w którym się ona rozpoczyna, zmieniają się – przynajmniej w Stanach Zjednoczonych. Według Seligmana, obecnie depresja jest od 10 do 20 razy bardziej rozpowszechniona niż 50 lat temu (National Press Club, 1999). W połowie lat dziewięćdziesiątych większość osób dotkniętych depresją stanowiły kobiety w średnim wieku, ale obecnie jest ona częściej problemem nastolatków – nadal jednak bardziej rozpowszechnionym wśród kobiet niż wśród mężczyzn (National Institute of Mental Health, 2000). Seligman, który prowadził szerokie badania nad depresją, obwinia o ten wzrost częstotliwości i obniżenie wieku jej występowania trzy czynniki: (1) nieopanowany indywidualizm i koncentrację na samym sobie, które wiążą się z zainteresowaniem indywidualnymi sukcesami i porażkami, a nie osiągnięciami grupowymi; (2) ruch na rzecz wysokiego poczucia

własnej wartości, który nauczył pokolenie dzieci w wieku szkolnym, że zawsze powinny mieć dobre mniemanie o sobie, niezależnie od własnych wysiłków i osiągnięć; (3) kulturę *wiktymologii*, która wiąże się z obarczaniem winą za własne błędy kogoś innego, co powoduje, że ludzie myślą o sobie samych jako o ofiarach.

Zaburzenie dwubiegunowe

W innym zaburzeniu afektywnym również występują okresy depresji – ale oprócz nich pojawiają się naprzemiennie okresy skrajnej euforii. Zaburzenie to, poprzednio zwane *zaburzeniem maniakalno-depresyjnym*, jest obecnie określane w *DSM-IV* jako **zaburzenie dwubiegunowe**. Dwa „bieguny” reprezentują naprzemiennie okresy *manii* (skrajnej euforii lub maniakalnego podniecenia) i głębokiego smutku depresji.

Podczas *fazy maniakalnej* jednostka jest w stanie euforii, pełna energii, nadmiernie aktywna, gadatliwa i emocjonalnie nakręcona jak sprężyna. Nierzadko osoby ogarnięte manią trwonią oszczędności całego życia na ekstrawaganckie zakupy lub angażują się w przypadkowe i liczne związki seksualne czy w inne wysoce ryzykowne działania. Kiedy mania ustępuje, muszą uporać się ze szkodami, do których doprowadziły podczas okresu swych szaleństw. Wkrótce, w fazie depresyjnej, ciemna fala melancholii ogarnia umysł, wywołując objawy nieróżniące się od tych, które występują w „jednobiegunowej” postaci depresji, omawianej wcześniej. Jednakże w aspekcie biologicznym te dwie postaci depresji różnią się: świadczy o tym fakt, że leki przeciwdepresyjne, dobrze działające w wypadku depresji wielkiej, zazwyczaj nie są skuteczne w zaburzeniu dwubiegunowym, a czasami nawet powodują pogorszenie.

Dzięki badaniom ustalono, że zaburzenie dwubiegunowe ma komponent genetyczny, aczkolwiek nie wykazano, jakie dokładnie geny są za nie odpowiedzialne (Bradbury, 2001). Podczas gdy zaburzenie dwubiegunowe dotyka 1% populacji ogólnej, posiadanie identycznego bliźniaka cierpiącego na to zaburzenie zwiększa szansę

zachorowania do 70% (Allen, 1976; Tsuang, Faraone, 1990). Na wpływ czynników genetycznych wskazuje także fakt, że zaburzenie dwubiegunowe dobrze reaguje na leki.

Zaburzenia lękowe

Czy podniósłbyś węża lub pozwolił tarantuli siedzieć ci na ramieniu? Sama myśl o węzach lub pająkach powoduje, że niektórym ludziom ciarki chodzą po plecach. Oczywiście każdy czuł kiedyś lęk lub niepokój w sytuacjach zagrażających czy niebezpiecznych. Ale lęk patologiczny jest dużo gorszy niż normalny lęk związany z wyzwaniami, jakie niesie życie. Zaburzenia lękowe są także powszechne – nawet bardziej niż depresja wielka (Barlow, 2000). Jedne z szacunków wskazują, że w ciągu życia 30% z nas – więcej kobiet niż mężczyzn – będzie miało dostatecznie poważne objawy, aby rozpoznać je jako jedno z **zaburzeń lękowych**, wymienionych w klasyfikacji DSM (Hébert, 2006; Holden, 2005).

Zaburzenia lękowe:

strach, lęk, napady paniki

- Uogólnnione zaburzenie lękowe
- Zespół paniki
- Agorafobia
- Fobie specyficzne
- Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Omówimy cztery główne zaburzenia, których dominującą cechą jest lęk: (1) *uogólnione zaburzenie lękowe*, (2) *zespół paniki*, (3) *fobie specyficzne*, (4) *zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne* (są one wymienione w ramce powyżej). Różnią się głównie przedmiotem i czasem trwania lęku. Czy lęk występuje przez większość czasu, czy

pojawia się tylko sporadycznie? Czy lęk nie ma żadnego konkretnego źródła – nie wiąże się ze środowiskiem jednostki? Czy jego źródłem są zewnętrzne przedmioty lub sytuacje, takie jak widok krwi lub węża? Czy wiąże się z rytualistycznymi zachowaniami osoby cierpiącej na to zaburzenie, takimi jak kompulsywne unikanie szczelin w chodniku?

Uogólnione zaburzenie lękowe

Niektórzy ludzie miesiącami lub latami borykają się z lękiem. Charles, operator ciężkiego sprzętu, mówi, że ma zawroty i bóle głowy, zimne poty i częste odczucia lęku. Ale nie wie, dlaczego czuje lęk. Jest to „lęk niezwiązany”, jak to czasami określają klinicyści, którzy zdiagnozowaliby jego dolegliwość jako **uogólnione zaburzenie lękowe**. Ludzie cierpiący na to zaburzenie mają uporczywe i trwałe poczucie lęku. Nie niepokoją się niczym konkretnym, ani nie boją jakiejś konkretnej sytuacji lub obiektu, takich jak duża wysokość czy pająki. Ich lęk nie przychodzi też falami, przerywanymi okresami względnego spokoju. Czują lęk przez większość czasu, nie wiedząc dlaczego.

Jak powszechne jest to zaburzenie? Według National Institute of Mental Health (2008a), na uogólnione zaburzenie lękowe cierpi około 6,8 miliona dorosłych Amerykanów, przy czym dotyka ono dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn. Rozpoczyna się stopniowo, a ryzyko zachorowania jest największe w pierwszej połowie życia.

Zespół paniki

Gdy spokojnie jesz obiad, nieoczekiwanie ogarnia cię fala paniki, na pozór nie wiadomo skąd się biorąca. Serce bije ci szybko, trzęsiesz się, kręci ci się w głowie, ręce robią się wilgotne i spocone, boisz się, że możesz umrzeć. Masz właśnie *atak paniki*.

Wyróżniającą cechą **zespołu paniki** są powtarzające się okresowo doznania lęku, występujące nieoczekiwanie, bez związku z bieżącymi wydarzeniami (Barlow, 2001).

Podobnie jak w uogólnionym zaburzeniu lękowym, odczucie lęku ma charakter „lęku niezwiązanego”, niemającego zewnętrznej przyczyny. Napady trwają zwykle tylko kilka minut, potem ustępują (McNally, 1994). Z powodu nieoczekiwanego charakteru tych „uderzających i znikających” napadów, rozwija się jako dodatkowa komplikacja *lęk antycypacyjny*. Strach przed następnym napadem i obawa jednostki, że zostanie bezradna i nagle utraci kontrolę, mogą skłaniać ją do unikania miejsc publicznych ze strachu przed byciem pozostawioną samej sobie. Przedstawiciele podejścia behawioralno-poznawczego uważają napady paniki za reakcje uwarunkowane na doznania fizyczne, które początkowo mogły być wyuczone podczas doświadczania stresu (Antony i in., 1992).

Jeśli chodzi o uwarunkowania biologiczne zespołu paniki, to istnieją dowody na wpływ czynników genetycznych (Hettema i in., 2001). Mechanizm mózgowy odpowiedzialny za to zaburzenie najwyraźniej wiąże się z układem limbicznym – a szczególnie z ciałem migdałowatym (Hébert, 2006; Mobbs i in., 2007). Co istotne – jest to, jak wiadomo, część szlaku nieświadomego wzbudzenia emocjonalnego, opisanego przez Josepha LeDoux (1996). Nadmierna stymulacja tych obwodów może wywołać trwałe fizyczne zmiany, które sprawiają, że jednostka stanie się w przyszłości bardziej podatna na napady lęku (Rosen, Schulkin, 1998).

więcej znajdziesz w rozdziale 1 tomu

II

W mózgu przebiegają dwa główne nerwowe szlaki emocjonalne; jeden z nich działa przede wszystkim na poziomie nieświadomym

Obraz jest jeszcze bardziej skomplikowany, ponieważ wiele osób cierpiących na zespół paniki ma dodatkowo objawy **agorafobii**. Zaburzenie to charakteryzuje się występowaniem napadów paniki

w sytuacjach i miejscach, z których trudno byłoby uciec, takich jak zatłoczone miejsca publiczne lub otwarte przestrzenie (Antony i in., 1992; Magee i in., 1996). Termin „agorafobia” pochodzi ze starożytnej greki i można go przetłumaczyć jako „strach przed placem miejskim”. Osoby cierpiące na agorafobię często obawiają się, że jeśli napad zdarzy się im w jednym z takich miejsc, nie będą mogły liczyć na pomoc lub sytuacja będzie dla nich krępująca. Te obawy pozbawiają osoby nimi dotknięte swobody, a czasem czynią więźniami we własnych domach. Jeśli zaburzenie to przyjmuje skrajną postać, to jednostka nie jest w stanie pracować, ani prowadzić normalnej aktywności życiowej.

Całkiem możliwe, że znasz kogoś, kto ma zespół paniki lub agorafobię, ponieważ zaburzenia te pojawiają się corocznie u blisko 4% populacji, przy czym znacznie częściej dotyczą kobiety niż mężczyzn (Kessler i in., 2005). Na szczęście perspektywy wyleczenia są dobre. Terapia farmakologiczna polega na podawaniu leków przeciwlękowych w celu złagodzenia napadów paniki. Skuteczna jest również terapia czysto psychologiczna: badania pokazują, że terapia behawioralno-poznawcza może dawać takie same, a nawet lepsze niż podawanie leków, rezultaty w zwalczaniu napadów paniki (Cognitive-Behavior Therapy, 1991; Craske i in., 1991).

Fobie

W odróżnieniu od zespołu paniki, **fobie** cechują się uporczywym i irracjonalnym strachem przed specyficznym obiektem, czynnością lub sytuacją – strachem całkowicie nieproporcjonalnym do okoliczności. (Tego rodzaju fobie określa się jako *fobie specyficzne*, w odróżnieniu od mających szerszy zakres lęków występujących w agorafobii.) Wiele osób reaguje strachem na pewne bodźce, takie jak pająki czy węże – czy nawet na testy z wieloma odpowiedziami do wyboru! Ale takie reakcje emocjonalne uznaje się za stuprocentowe fobie tylko wtedy, gdy powodują istotne zakłócenia w naszym życiu.

I rzeczywiście powodują one poważne zakłócenia w życiu wielu ludzi, każdego roku dotykając ponad 10 milionów Amerykanów

(Winerman, 2005a). Niektóre fobie specyficzne, takie jak na przykład strach przed określonym rodzajem owadów, są rzadkie, inne zaś, takie jak skrajny strach przed publicznym zabieraniem głosu, są dość powszechne – tak powszechne, że prawie wydają się normą (Stein i in., 1996). Inne powszechne fobie to fobie społeczne, które cechuje irracjonalny strach przed normalnymi sytuacjami społecznymi, strach przed wysokością (akrofobia), węzami (ofidofobia) i zamkniętymi pomieszczeniami (klaustrofobia). Jeszcze inne fobie, niekiedy bardzo rzadkie, są przedstawione są w tabeli 2.3.

Co jest przyczyną fobii? Dawno temu, John Watson i Rosalie Rayner zademonstrowali, że strach może być reakcją wyuczoną. Mamy także przekonujące dowody, że strachu i fobii można się *oduczyć* dzięki terapii poznawczo-behawioralnej, opierającej się na warunkowaniu (Mineka, Zinbarg, 2006). Ale uczenie się nie wyjaśnia wszystkiego, mówi Martin Seligman (1971), dowodząc, że ludzie mają biologicznie uwarunkowane predyspozycje do uczenia się pewnych lęków łatwiej niż innych. **Hipoteza wstępnej gotowości** sugeruje, że posiadamy wrodzoną, wytworzoną w drodze naturalnej selekcji, biologiczną skłonność do szybkiego i automatycznego reagowania na bodźce, które kiedyś stanowiły zagrożenie dla przetrwania naszych przodków (Öhman, Mineka, 2001). Wyjaśnia to, dlaczego fobie odnoszące się do węży i błyskawic powstają znacznie łatwiej niż strach przed samochodami czy gniazdkami elektrycznymi – przedmiotami stanowiącymi zagrożenie dopiero w ostatnich czasach. I znów – mechanizmy mózgowe są kojarzone z ciałem migdałowatym oraz szybkim i uproszczonym szlakiem emocjonalnym, opisanym przez Josepha LeDoux i jego współpracowników (Schafe i in., 2005; Wilensky i in. 2006).

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tomu

II

Niesławny eksperyment Watsona i Rayner z małym Albertem pokazał, że strach może być reakcją wyuczoną w drodze warunkowania klasycznego

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Siedemnastoletni Jim wydawał się normalnym nastolatkiem o wielu talentach i zainteresowaniach. Jednakże niemal z dnia na dzień zmienił się w samotnego outsidera, wyłączonego z życia społecznego przez swoje upośledzenie psychiczne. Dokładnie mówiąc, rozwinęła się u niego obsesja mycia się. Dręczony przez poczucie, że jest brudny – wbrew świadectwu swoich zmysłów – zaczął spędzać coraz więcej czasu, obmywając się z brudu. Z początku te rytualne ablucje ograniczały się do weekendów i wieczorów, lecz wkrótce zaczęły pochłaniać cały jego czas, zmuszając go do porzucenia szkoły (Rapoport, 1989).

Tabela 2.3

Fobie

Kategoria według DSM-IV	Obiekt/Sytuacja	Częstość występowania
Agorafobia	Tłum, otwarta przestrzeń	Powszechna (3,5–7% dorosłych)
Fobie społeczne	Strach przed byciem obserwowanym lub robieniem czegoś upokarzającego	Powszechna (11–15%)
Fobie specyficzne	Poszczególne kategorie	Do 16% dorosłych
Zwierzęta	Koty (ajlurofobia) Psy (kynofobia) Owady (insektofobia) Pająki (arachnofobia) Konie (equinofobia) Węże (ofidofobia) Gryzonie (rodentofobia)	
Środowisko fizyczne i zjawiska naturalne	Zamknięte pomieszczenia (klaustrofobia) Brud (myzofobia) Burze (brontofobia) Błyskawice (astrafobia) Wysokość (akrofobia) Ciemność (nyktofobia) Ogień (pirofobia)	
Choroby	Choroba lub zranienie (nozofobia) Widok krwi (hematofobia) Rak (kancerofobia) Choroby weneryczne (cyprydofobia) Śmierć (tanatofobia)	
Inne fobie specyficzne	Liczby (numerofobia) Liczba 13 (tryskaidekafobia) Obcy, cudzoziemcy (ksenofobia) Sznury (linonofobia) Książki (bibliofobia) Praca (ergazjofobia)	Rzadka Rzadka Rzadka Rzadka Rzadka Rzadka

Uwaga: Opisano i nazwano setki fobii; w tej tabeli zamieszczamy jedynie ich próbkę. Niektóre z rzadkich fobii, o obco brzmiących nazwach, zaobserwowano u pojedynczych pacjentów.

Jim cierpiał na **zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne** (inaczej OCD), charakteryzujące się występowaniem uporczywych, niechcianych myśli i zachowań. Zaburzenie to dotyka każdego roku około 1% z nas, niezależnie od kultury (Steketee, Barlow, 2002). I, aby cię uspokoić: prawie wszyscy mają czasami objawy tego zaburzenia w łagodnej postaci.

Komponent *obsesji* w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym tworzą myśli, obrazy lub impulsy, które stale powracają lub utrzymują się,

mimo wysiłków jednostki, aby je stłumić. Na przykład ktoś, kto obsesyjnie boi się zarazków, będzie unikał korzystania z toalety poza domem lub odmawiał podawania ręki nieznanym. A ponieważ osoby cierpiące na to zaburzenie zdają sobie sprawę, że ich obsesyjne myśli i przymusowe rytuały są bezsensowne, ze wszystkich sił starają się ukryć je przed ludźmi. To zaś nakłada ograniczenia na ich życie domowe, społeczne i zawodowe. Nic więc dziwnego, że wśród pacjentów z OCD występuje niezwykle wysoki wskaźnik rozwodów.

Prawdopodobnie i ty miewasz jakieś łagodne obsesje, takie jak drobne niepokoje („Czy nie zapomniałem zamknąć drzwi?”) lub prześladowające cię zwroty czy melodie, które ciągle przychodzą ci do głowy. Takie myśli są czymś normalnym, jeżeli zdarzają się tylko czasami i nie zakłócają twojego życia w poważnym stopniu. Jak wspominaliśmy, omawiając inne zaburzenia, jest to kwestia nasilenia.

Kompulsje, druga część zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, są to powtarzające się czynności celowe, wykonywane według pewnych prywatnych „reguł” w reakcji na jakąś obsesję. Osoby cierpiące na OCD odczuwają, że ich kompulsywne zachowania zredukują w jakiś sposób napięcie wiążące się z ich obsesjami. Kompulsje mogą polegać na nieodpartej potrzebie mycia się, sprawdzania czy jakieś urządzenia elektryczne zostały wyłączone lub liczenia jakichś przedmiotów czy dobytku. Osoby z tym zaburzeniem w momentach spokoju wiedzą, że kompulsje te są bezsensowne, ale gdy ich lęk wzrasta, nie mogą powstrzymać się od wykonywania rytuałów przymusowych zachowań w celu zmniejszenia napięcia. Cierpienie doświadczane przez osoby z OCD wynika częściowo ze świadomości, że ich obsesje są całkowicie irracjonalne, przy jednoczesnej niemożności ich wyeliminowania.

Skłonność do zapadania na to zaburzenie jest rodzinna, co sugeruje jego genetyczne podłoże. Innym wskaźnikiem genetycznego podłoża jest fakt, że wiele osób z OCD przejawia także tiki, ruchy niekontrolowane, takie jak nadmierne mruganie oczami. Obrazowanie mózgu u tych pacjentów często wykazuje pewne osobliwości w obszarach odpowiedzialnych za głęboką kontrolę

motoryczną, co wskazuje na jakieś nieprawidłowości w mózgu (Resnick, 1992). Judith Rapoport, specjalistka od OCD, sugeruje, że powinniśmy myśleć o kompulsjach jako o „stałych elementach oprogramowania” wprowadzonych do mózgu. Stawia hipotezę, że gdy dojdzie do ich uruchomienia, pacjent zostaje złapany w behawioralną „pętlę”, której nie można przerwać (Rapoport, 1989).

Badania wykazują, że pewną rolę odgrywają tu czynniki biologiczne, czego dowodem jest tendencja do dziedzicznego występowania tego zaburzenia. Tezę o roli czynników biologicznych potwierdza fakt, że niektóre leki, powszechnie stosowane w przypadkach depresji, mogą łagodzić zarówno obsesje, jak i rytuały kompulsywne (Poling i in., 1991). Dalszym potwierdzeniem biologicznego podłoża OCD jest odkrycie przez badaczy, że leki te mogą powstrzymać kompulsywne zachowania u zwierząt, takich jak psy, które przesadnie wylizują sierść (Ross, 1992).

Znów jednak musimy zauważyć, że biologia nie wyjaśnia wszystkiego. Niektóre osoby cierpiące na OCD wyraźnie *wyuczyły się*, że ich wzbudzające lęk myśli wiążą się ze szkodliwymi następstwami (Barlow, 2000). Kolejnym dowodem, że uczenie się odgrywa tu pewną rolę, są wyniki terapii behawioralnej, skutecznie redukującej kompulsywne czynności. Strategia behawioralna w przypadku, na przykład, kompulsywnego mycia rąk wykorzystuje pewną formę *wygaszania*, polegającą na tym, że terapeuta brudzi ręce pacjenta i przez coraz dłuższy czas uniemożliwia mu ich umycie. Terapia behawioralna może rzeczywiście wywołać zmiany, które uwidaczniają się na wykonanych metodą PET skanach mózgów osób cierpiących na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (Schwartz in., 1996). Ogólna zasada brzmi: gdy zmieniamy zachowanie, nieuchronnie zmieniamy mózg, co jeszcze raz pokazuje, że biologia i zachowanie nie dają się rozdzielić.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tomu

II

W warunkowaniu klasycznym i sprawczym wygaszanie

polega na eliminowaniu niepożądanej reakcji w efekcie uczenia się reakcji konkurencyjnej

Zaburzenia pod postacią somatyczną

Soma oznacza „ciało”. Używamy zatem określenia **zaburzenia pod postacią somatyczną** w odniesieniu do problemów psychicznych ujawniających się w postaci symptomów cielesnych lub skarg na problemy fizyczne, takich jak osłabienie lub nadmierne obawy o własne zdrowie, jak na przykład u osoby, która stale martwi się, że zachoruje na raka. Chociaż zaburzenia te nie są szczególnie częste – występują u około 2% populacji – opanowały wyobraźnię społeczną pod swoimi potocznymi nazwami „histerii” i „hipochondrii” (Holmes, 2001).

W podręczniku *DSM-IV* występuje kilka rodzajów zaburzeń pod postacią somatyczną, ale tu omówimy tylko dwa z nich: *zaburzenie konwersyjne* i *hipochondrię*, wymienione w ramce poniżej. Prosimy, abyś zwrócił uwagę, że chociaż omawiamy tu zaburzenia pod postacią somatyczną, to łatwo je pomylić z *zaburzeniami psychosomatycznymi*, w których czynniki psychiczne – szczególnie stres – prowadzą do rzeczywistych chorób fizycznych. *DSM-IV* umieszcza zaburzenia psychosomatyczne w odrębnej kategorii, pod nazwą „Czynniki psychologiczne wpływające na stan medyczny”.

Zaburzenia pod postacią somatyczną:

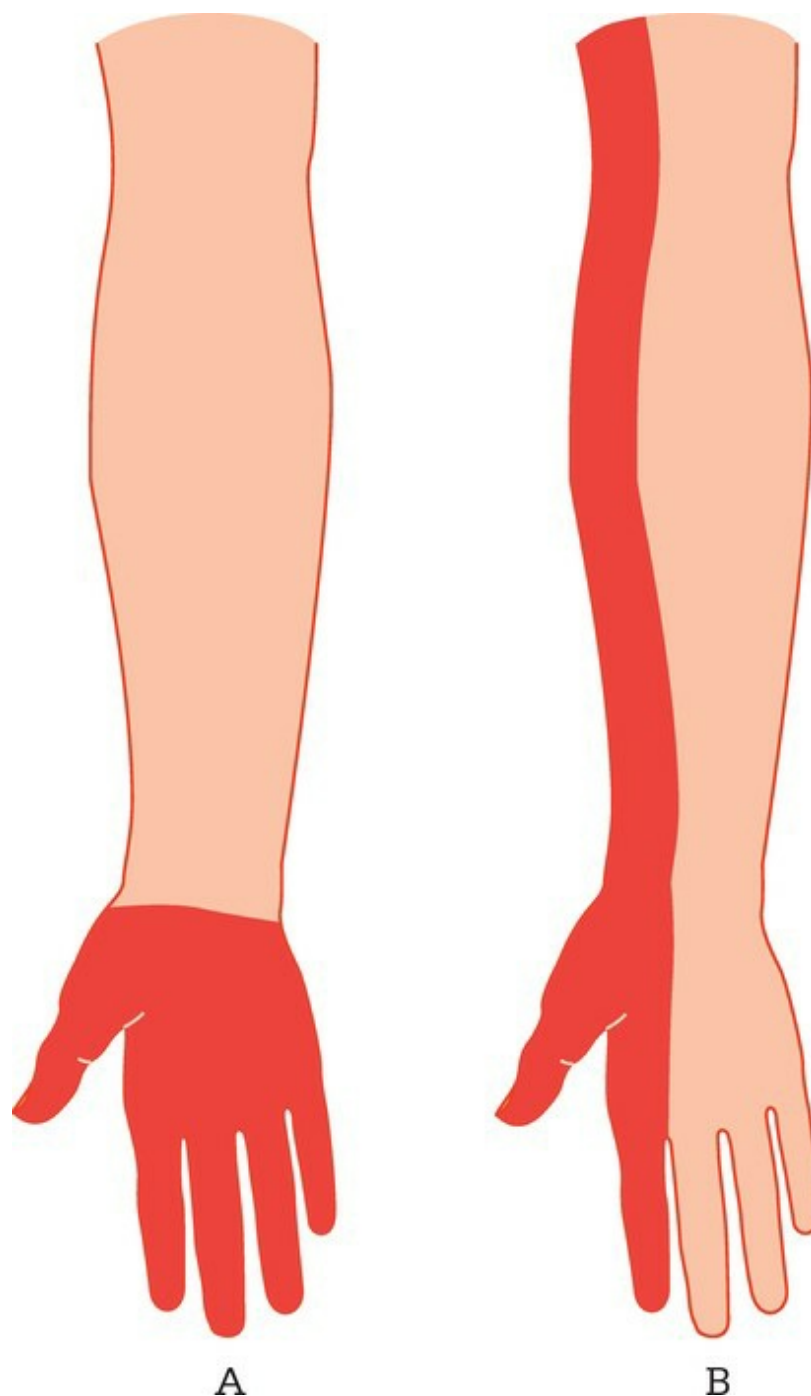
Symptomy cielesne lub nadmierne przejmowanie się własnym zdrowiem

- Zaburzenie konwersyjne
- Hipochondria

Zaburzenie konwersyjne

Paraliż, osłabienie, utrata czucia – bez żadnych dostrzegalnych przyczyn fizycznych – to objawy specyficzne dla **zaburzenia konwersyjnego** (poprzednio zwanego „histerią”). Pacjenci z tą diagnozą mogą na przykład oślepnąć, ogłuchnąć, utracić zdolność chodzenia lub wrażliwość na dotyk w jakiejś części ciała. („Anestezja rękawiczkowa”, zilustrowana na ryc. 2.3, jest klasyczną formą utraty czucia w zaburzeniu konwersyjnym.) Co istotne, jednostki cierpiące na to zaburzenie nie mają żadnych organicznych chorób, które wykazałoby badanie neurologiczne, testy laboratoryjne czy prześwietlenie. W zaburzeniu konwersyjnym problem wydaje się „całkowicie tkwić w głowie”.

Termin „zaburzenie konwersyjne” niesie ze sobą багаż znaczeniowy wywodzący się z freudowskiej przeszłości. Początkowo określenie to sugerowało przekształcenie (lub *konwersję*) lęku w symptom cielesny – aczkolwiek większość klinicystów już nie zgadza się z tym wyjaśnieniem. Jednakże diagnoza ta znana była z tego, że stawia się ją pacjentom – szczególnie kobietom – wykazującym symptomy fizyczne bez żadnych widocznych anomalii medycznych (Kinetz, 2006).



Rycina 2.3

Anestezja rękawiczkowa

Ta postać zaburzenia konwersyjnego, zwana „anestezją rękawiczkową” (A), polega na utracie czucia w dłoni, tak jakby pacjent nosił grubą rękawiczkę. Zaburzenie to nie może mieć przyczyn neurologicznych, ponieważ obszar utraty czucia nie odpowiada rzeczywistemu przebiegowi nerwów w dłoni (B).

Obecnie uważa się, że niektóre przypadki zaburzenia konwersyjnego wynikają z organicznych reakcji na stres. Inne wyjaśnienie, zasugerowane przez Davida Oakleya (1999) z University College w Londynie, przyjmuje, że podłożem zaburzenia konwersyjnego i hipnozy są wspólne mechanizmy mózgowe. Sugeruje zatem, aby zmienić nazwę zaburzenia konwersyjnego i związanych z nim problemów psychicznych na „zaburzenia autosugestyjne”.

Nikt nie wie dlaczego, ale zaburzenie konwersyjne 100 lat temu występowało w Europie i Stanach Zjednoczonych znacznie częściej niż obecnie. Częstość występowania tego zaburzenia zmalała w krajach uprzemysłowionych prawdopodobnie z powodu większej wiedzy społecznej o zaburzeniach fizycznych i psychicznych (American Psychiatric Association, 1994; Nietzel i in., 1998). Tymczasem jest ono nadal powszechne w regionach słabo rozwiniętych ekonomicznie, takich jak pewne części Chin (Spitzer i in., 1989) i Afryki (Binitie, 1975), oraz wśród słabo wykształconych osób w USA (Barlow, Durand, 2005).

Hipochondria

Hipochondrycy martwią się o swoje zdrowie. Każdy ból i dolegliwość traktują jako sygnał choroby. Z powodu przesadnej troski o zdrowie pacjenci z **hipochondrią** często chodzą od lekarza do lekarza, aż znajdą takiego, który wysłucha ich skarg i przepisze im jakieś lekarstwa – często jakieś słabe leki uspokajające lub placebo. Oczywiście osoby te łatwo stają się ofiarami medycznych mód i oszustw. Często trafiają także do podejrzanych osobników działających na obrzeżach medycyny, którzy zachęcają je do podjęcia kosztownej terapii.

Zarazem są i tacy klinicyści, którzy zbyt gorliwie wyciągają wniosek, że problemy pacjenta są wyimaginowane – podobnie jak w przypadku zaburzenia konwersyjnego. Chodzi o to, że wielu lekarzy nastawionych jest na dostrzeganie hipochondrii tam, gdzie nie stwierdzają fizycznego podłoża choroby. Może mieć to

katastrofalne konsekwencje, jeśli błędne wrażenie o hipochondrii nie pozwoli lekarzowi dostrzec bardzo realnej i poważnej choroby, takiej jak rak.

Zaburzenia dysocjacyjne

Wspólnym mianownikiem wszystkich **zaburzeń dysocjacyjnych** jest „fragmentacja” osobowości – poczucie, że pewne części osobowości oderwały się od innych (uległy dysocjacji – rozpadowi). Wśród zaburzeń dysocjacyjnych znajdują się najbardziej fascynujące formy patologii psychicznej (zob. ramkę poniżej), w tym *fuga dysocjacyjna*, *zaburzenie depersonalizacyjne* oraz wzbudzające kontrowersje *dysocjacyjne zaburzenie tożsamości* (poprzednio zwane „osobowością wieloraką”), które stało się znane dzięki fikcyjnym postaciom doktora Jekylla i pana Hyde’a. Niestety przyczyny leżące u podłoża zaburzeń dysocjacyjnych są niejasne.

Amnezja dysocjacyjna

Być może znasz osobę cierpiącą na amnezję, która utraciła pamięć na skutek silnego uderzenia w głowę, na przykład w wypadku samochodowym. W wielu przypadkach utrata pamięci jest wybiórcza, przy czym pamięć bezpośrednia i pamięć zdarzeń odległych pozostaje nieuszkodzona. Oznacza to, że ofiara amnezji jest w stanie powtórzyć to, co przed chwilą usłyszała, a także pamięta zdarzenia z dzieciństwa. Brakuje jej jedynie specyficznych kategorii pamięciowych, odnoszących się do tego, co zdarzyło się wczoraj.

Zaburzenia dysocjacyjne:

Fragmentacja osobowości
niemająca charakteru
psychotycznego

- Amnezja dysocjacyjna

- Fuga dysocjacyjna
- Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości

Przyczyną nie zawsze jest uraz fizyczny. Czasami, w rezultacie urazu psychicznego lub silnie stresującego doświadczenia, u ludzi może wystąpić czysto psychologiczna postać amnezji, zwana **amnezją dysocjacyjną**. W tym zaburzeniu utrata pamięci obejmuje zazwyczaj specyficzne wydarzenia lub ich serię. Może także wystąpić niezdolność przypomnienia sobie niektórych aspektów własnej tożsamości.

Amnezja dysocjacyjna jest blisko powiązana z zespołem *stresu pourazowego*, który omówimy szerzej w rozdziale 2 tomu V. W obu zaburzeniach utrata pamięci odnosi się do stresującego wydarzenia lub okresu w życiu danej osoby. Musimy jednak zwrócić uwagę, że postawienie diagnozy o amnezji dysocjacyjnej może być kontrowersyjne, gdy towarzyszy odzyskanym wspomnieniom o wykorzystywaniu seksualnym w dzieciństwie. Jak pisaliśmy w związku z pamięcią, niektórzy psycholodzy wnosili poważne zastrzeżenia co do wierności takich odzyskanych wspomnień. Jak stwierdza *DSM-IV*, diagnoza amnezji dysocjacyjnej „może być nadużywana w przypadku osób silnie podatnych na sugestię”.

Fuga dysocjacyjna

Rozważ teraz prawdziwą historię „Jane Doe”, kobiety cierpiącej na fugę dysocjacyjną, którą bliską śmierci, zachowującą się niespójnie i wyczerpaną tułaczką znaleziono w parku na Florydzie. W przeciwieństwie do osób dotkniętych amnezją dysocjacyjną, Jane Doe miała rozległe zaburzenia pamięci: nie pamiętała, kim jest i nie potrafiła czytać ani pisać. Podczas terapii wyszły na jaw pewne ogólne dane o jej przeszłości, ale nie było żadnych dobrych wskazówek na temat jej pochodzenia. Po apelach w ogólnokrajowej telewizji, Jane Doe i jej lekarze zostali zalani telefonami od jej potencjalnych krewnych, z których najbardziej obiecujący pochodził

od pary z Illinois, pewnej, że jest ona ich córką. Nie mieli od niej żadnej wiadomości przez cztery lata, od kiedy przeniosła się z Illinois na Florydę. Mimo ich pewności, że znaleźli córkę, ona sama nie była w stanie przypomnieć sobie swojej przeszłości, ani nie pamiętała, co jej się przydarzyło (Carson i in., 2000).

Fuga dysocjacyjna Jane Doe była połączeniem *amnezji* i *fugi* lub „ucieczki”. U takich osób amnezja przybiera formę utraty poczucia tożsamości, natomiast fuga sprawia, że uciekają z domów, od rodzin i pracy. Niektóre ofiary wydają się zdezorientowane i zakłopotane. Inne podróżują do odległych miejsc, rozpoczynają nowe życie i wydają się nie przejmować utraconą pamięcią o przeszłości. Zazwyczaj stan fugi trwa tylko kilka godzin lub dni, a potem następuje całkowite i szybkie odzyskanie pamięci. W niewielu przypadkach może trwać miesiącami lub – jak w przypadku Jane Doe – latami.

Do fugi może predysponować jednostkę poważne nadużywanie alkoholu. Wskazuje to, że może tu wchodzić w grę jakieś uszkodzenie mózgu, aczkolwiek nie ustalono z pewnością, jakie mogą być konkretne przyczyny. Fuga, podobnie jak amnezja dysocjacyjna, występuje częściej u osób, które doświadczyły długotrwałego silnego stresu, szczególnie podczas wojny i innych katastrof. Niektórzy psycholodzy podejrzewają także, iż dysocjacje pamięciowe i wyparcie towarzyszą przypadkom wykorzystywania seksualnego i doświadczania przemocy w dzieciństwie (Spiegel, Cardeña, 1991). Podobnie jak w przypadku amnezji dysocjacyjnej, przypuszczenie to jest jednak kwestionowane.

Zaburzenie depersonalizacyjne

Jeszcze inna forma zaburzeń dysocjacyjnych polega na doznawaniu wrażenia, iż psychika i ciało uległy rozdzieleniu. Pacjenci z **zaburzeniem depersonalizacyjnym** powszechnie mówią o „doświadczeniach przebywania poza ciałem” lub wrażeniach, że są zewnętrznymi obserwatorami własnego ciała. Niektórzy pacjenci czują się tak, jakby znajdowali się we śnie. (Przelotne, łagodne

postacie takich wrażeń są powszechne, a więc nie ma powodu do niepokoju!) Badania nad 30 osobami z tym zaburzeniem pokazały, że często towarzyszą mu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i pewne zaburzenia osobowości (Simeon i in., 1997). Przyczyny nie są znane.

Objawy depersonalizacji mogą wystąpić także u osób, które doznały poważnych urazów fizycznych, na przykład zagrażających życiu obrażeń podczas wypadku samochodowego. O podobnych wrażeniach mówią również pacjenci, którzy byli bliscy śmierci. Zbliżone efekty dają także stosowane okazjonalnie narkotyki. Zazwyczaj wrażenie to szybko mija, chociaż może powracać. Badacze przypisują to zaburzenie halucynacjom i naturalnym zmianom w mózgu, zachodzącym podczas szoku (Siegel, 1980). W jednym z badań stwierdzono, że u pacjentów z zaburzeniem depersonalizacyjnym występowały pewne anomalie w korze wzrokowej, słuchowej i somatoczućciowej (Simeon i in., 2000).

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości

Znana powieść Roberta Louisa Stevensona o doktorze Jekyllu i panu Hyde stała się wprowadzającym w błąd stereotypem na temat **dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości**. W rzeczywistości większość takich przypadków występuje u kobiet, i większość z nich demonstruje więcej niż dwie tożsamości (Ross i in., 1989). W odróżnieniu od niebezpiecznego pana Hyde'a z opowieści Stevensona, osoby dotknięte tym zaburzeniem rzadko stanowią zagrożenie dla innych.

Chociaż kiedyś uważano, że jest ono rzadkie, obecnie niektórzy specjaliści sądzą, że to kontrowersyjne zaburzenie zawsze było rozpowszechnione, ale niedoszacowane lub błędnie diagnozowane. Inni sądzą, że jest ono głównie efektem sugestii terapeutów (Piper, Merskey, 2004a, b). Zwolennicy stosowania tej diagnozy twierdzą, że dysocjacyjne zaburzenie tożsamości zazwyczaj po raz pierwszy pojawia się w dzieciństwie (Vincent, Pickering, 1988). Dotknięte nim osoby często relacjonują, że były wykorzystywane seksualnie (Putnam i in., 1986; Ross i in., 1990). Jeśli tak było, to wytworzenie się

wielorakich tożsamości lub Ja (czasami określanych jako *alter ego*) może być rodzajem obrony stosowanej przez dominujące Ja w celu ochrony siebie przed przerażającymi wydarzeniami.

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości stało się obecnie znane dzięki sportretowaniu go w takich książkach, jak *Sybil* (Schreiber, 1973) i *The Flock* (Drapieżnik) (Casey, Wilson, 1991) oraz w filmach, takich jak *Primal Fear* (Lęk pierwotny) z 1996 roku. Każda wyłaniająca się „osobowość” kontrastuje w pewien sposób z pierwotnym Ja. Na przykład nowa tożsamość może być otwarta, jeśli pierwotna jest nieśmiała, mocna, gdy tamta jest słaba, asertywna pod względem seksualnym, gdy ta pierwotna jest lękliwa i seksualnie naiwna. Te alternatywne tożsamości, z których każda ma najwyraźniej własną świadomość, pojawiają się nagle – zwykle pod wpływem stresu.

Co się kryje za tym tajemniczym zaburzeniem? Teorie psychodynamiczne wyjaśniają je jako rozszczepienie ego w wyniku działania mechanizmów obronnych, które nie pozwalają energii pochodzącej z konfliktów i traum wydostać się z nieświadomej psychiki. Teorie poznawcze rozumieją je jako formę odgrywania ról lub jako zależność od nastroju, rodzaj zakłócenia pamięci, polegającego na tym, że zdarzenia doświadczane w określonym nastroju łatwiej sobie przypominamy, gdy ponownie będziemy w tym samym nastroju (Eich i in., 1997). Inni sugerują, że przynajmniej niektóre przypadki to oszustwa (jak na przykład przypadek studenta, który oskarżony o plagiat pracy semestralnej, twierdził, że ma wieloraką osobowość i jedna z nich przepisała pracę bez wiedzy jego osobowości dominującej). Niektórzy obserwatorzy sugerowali nawet, że zaburzenie to istnieje jedynie w umysłach kilku terapeutów (Piper, 1998). Według tego poglądu, podzielanego przez Elizabeth Loftus, ekspertkę w dziedzinie pamięci, pacjenci początkowo mogą być ukierunkowani przez sugerujące pytania swoich terapeutów, którzy podejrzewają ich o ukrywanie wypartych wspomnień o urazach i molestowaniu (Loftus, Ketcham, 1994).

więcej znajdziesz w rozdziale 3 tomu

II

Loftus jest surowym krytykiem „odzyskiwania” wspomnień o wykorzystywaniu seksualnym

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości jest czasami niefortunnie określane terminem „rozdwojenia osobowości”. Jest to powodem zamieszania, ponieważ schizofrenia (co dosłownie oznacza „rozszczenie psychiki”) nie ma żadnego związku z dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości. W przypadku schizofrenii „rozszczenie” odnosi się do psychotycznego oderwania od rzeczywistości, a nie do fragmentacji jednej osobowości na wiele różnych osobowości. Sugerujemy czytelnikom, aby unikali zamieszania i nie stosowali terminu „rozdwojenie osobowości”.

Schizofrenia

Schizofrenia jest tym zaburzeniem, które ludzie mają na myśli, mówiąc o „szaleństwie”, „psychozie” czy „niepoczytalności”. W terminologii psychologicznej **schizofrenia** oznacza ciężką postać psychopatologii, w której osobowość wydaje się zdeintegrowana, życie emocjonalne zdeorganizowane, a procesy poznawcze zniekształcone. (Była to także diagnoza postawiona wszystkim, oprócz jednego, pseudopacjentom Rosenhana.)

Świat schizofrenii może być ponury i pozbawiony sensu lub tak wypełniony wrażeniami, że wszystko pojawia się w zamęcie wielu rzeczywistości pomieszanych z warstwami halucynacji i urojeń. Emocje w schizofrenii są często stępione, myśli stają się dziwaczne, język zawiera dziwne zwroty, a pamięć jest rozczłonkowana (Danion i in., 1999). Zaburzenie to dezintegruje psychikę, często kierując dotkniętą nim osobę na bezsensowne mentalne pobocza, co powoduje, że wyrzuca ona z siebie sekwencje „dźwiękowych” skojarzeń (skojarzeń podobnie brzmiących słów) i pogmatwanych

werbalizacji, które klinicyści nazywają „sałatką słowną”. Oto przykład mowy schizofrenika:

Lew będzie musiał zmienić się z psów w koty dopóki nie spotkam się z moim ojcem i matką i nie rozerwiemy kilku szczurów. Mieszkam na głowie Whittona. Musisz ciężko pracować, jeśli nie idziesz do łóżka.... To już koniec dla prawdziwej podstawki dla gołębi i nie ma gołębi, nie ma ludzi, nie ma muzyki, nie ma niczego poza moją matką i ojcem, którzy stoją samotni na wyspie Capri, gdzie nie ma lodu. Oto moja walizka, proszę pana (Rogers, 1982).

W jakimś okresie swego życia więcej niż 1 na 100 Amerykanów – ponad 2 miliony osób w wieku powyżej 18 lat – będzie dotkniętych tym zaburzeniem. Z nieznanых dotychczas przyczyn mężczyźni częściej zapadają na schizofrenię, przy czym występuje ona u nich zwykle po raz pierwszy przed 25. rokiem życia, a u kobiet między 25. a 45. rokiem życia (Holden, 2005; National Institute of Mental Health, 2008b).

Schizofrenia:

Psychotyczna degradacja
osobowości, obejmująca
zaburzenia afektu, myślenia
i socjalizacji

- Typ zdezorganizowany
- Typ katatoniczny
- Typ paranoidalny
- Typ niezróżnicowany
- Typ rezydualny

Główne typy schizofrenii

Wielu badaczy uważa schizofrenię za konstelację odrębnych zaburzeń. Pięć jej najbardziej rozpowszechnionych postaci to:

- *Typ zdezorganizowany* odpowiada wyobrażeniu, jakie wszyscy mają o chorobie psychicznej, cechując się niespójną mową,

halucynacjami, urojeniami i dziwacznym zachowaniem. Pacjent rozmawiający z wyimaginowanymi osobami najprawdopodobniej ma właśnie tę diagnozę.

- *Typ katatoniczny*, obejmujący całe spektrum zaburzeń motorycznych, przejawia się w dwóch postaciach. Osoby cierpiące na bardziej powszechny stupor katatoniczny mogą godzinami – a nawet dniami – pozostawać w bezruchu, czasami przybierając sztywną, podobną do posągu pozycję. W innej formie, zwanej podnieceniem katatonicznym, pacjenci są pobudzeni i nadmiernie aktywni.
- *Typ paranoidalny* cechuje się urojeniami i halucynacjami, ale nie występują tu symptomy katatonii ani też niespójność, charakterystyczna dla schizofrenii zdezorgnizowanej. Paranoidalne urojenia prześladowcze lub wielkościowe (bardzo wyolbrzymione poczucie własnej ważności) występujące w tym typie schizofrenii są gorzej zorganizowane – mniej logiczne – niż urojenia cechujące pacjentów z zaburzeniem czysto urojeniowym.
- *Typ niezróżnicowany* służy jako kategoria-worek, obejmująca te symptomy schizofrenii, które nie spełniają wyraźnie kryteriów żadnej z wymienionych kategorii.
- *Typ rezydualny* jest diagnozą stawianą osobom, które w przeszłości doświadczyły epizodu schizofrenii, ale obecnie nie przejawiają głównych objawów, takich jak halucynacje lub myśli urojeniowe. Ich myślenie jest jednak umiarkowanie zaburzone lub ich życie emocjonalne jest zubożałe. Diagnoza schizofrenii rezydualnej może wskazywać, że choroba wkracza w fazę remisji lub pozostaje w uśpieniu. (Taką diagnozę postawiono większości pseudopacjentów Rosenhana, z którymi spotkaliśmy się na początku tego rozdziału.)

W tabeli 2.4 możesz zobaczyć, jakie kryteria muszą być spełnione, zgodnie z DSM-IV, aby można było postawić diagnozę schizofrenii. Sprawdź, czy zgodnie z dzisiejszymi standardami objawy, które przejawiali pseudopacjenci Rosenhana, dawałyby podstawę do takiej diagnozy.

Tabela 2.4

Kryteria diagnostyczne schizofrenii

- Dwa lub więcej z następujących objawów, występujące przez większość czasu w okresie jednego miesiąca (lub krócej, jeśli są skutecznie leczone):
 1. Urojenia
 2. Halucynacje
 3. Zdezorganizowana mowa
 4. Rażąco zdezorganizowane lub katatoniczne zachowanie
 5. Objawy negatywne(Wystarczy jeden objaw, jeśli urojenia są dziwaczne albo halucynacje polegają na słyszeniu przez daną osobę głosu stale komentującego jej zachowanie i myśli lub gdy słyszy ona dwa lub więcej głosów rozmawiających ze sobą.)
- Dysfunkcje w pracy, relacjach społecznych lub samoobsłudze
- Objawy zaburzeń utrzymujące się przez co najmniej 6 miesięcy, przy czym objawy wymienione wcześniej przez co najmniej 2 miesiące

Źródło: Opracowano na podstawie *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. IV (1994), s. 285–286.

Fakt, że większość pacjentów przejawia mieszaną objawów, powoduje, że umieszcza się ich w kategorii „niezróżnicowanej”, co jeszcze bardziej zaciemnia nasz obraz schizofrenii. Wielu badaczy, starając się nadać większą jasność temu problemowi, dzieli obecnie objawy schizofrenii na kategorie objawów *pozytywnych* i objawów *negatywnych* (Javitt, Coyle, 2004; Sawa, Snyder, 2002). *Objawy pozytywne* odnoszą się do procesów aktywnych, takich jak urojenia i halucynacje, natomiast *objawy negatywne* do procesów biernych i obronnych, takich jak wycofanie społeczne, „spłycony” afekt (brak ekspresji emocjonalnej), nieodczuwanie przyjemności w życiu i zubożenie myślenia.

Reakcje pacjentów na leki potwierdzają słuszność podziału na objawy pozytywne i negatywne: osoby przejawiające objawy pozytywne zwykle dobrze reagują na leki przeciwpsychotyczne, natomiast pacjenci z objawami negatywnymi – nie (Andreasen i in., 1995; Heinrichs, 1993). Ale także to rozróżnienie stwarza problemy. Negatywna postać schizofrenii często wygląda jak depresja wielka. Poza tym, u jednej osoby mogą występować zarówno objawy pozytywne, jak i negatywne. Wszystkie te trudności doprowadziły niektórych badaczy do wniosku, że schizofrenia jest nazwą określającą wiele odrębnych zaburzeń.

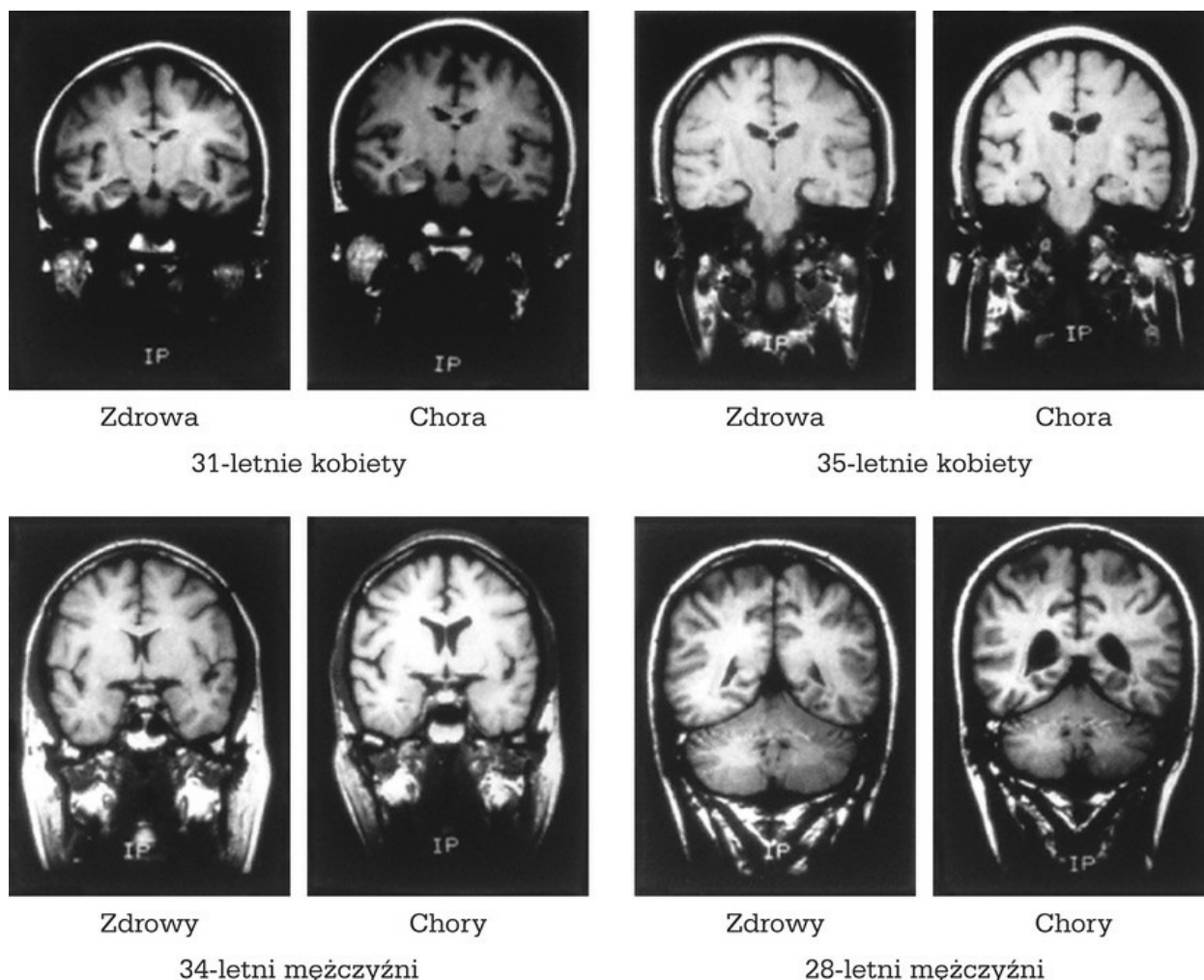
więcej znajdziesz w rozdziale 3 tego
tomu

Działanie wielu leków przeciwpsychotycznych polega na osłabianiu mózgowej aktywności neuroprzekaźnika o nazwie dopamina

Możliwe przyczyny schizofrenii

Większość terapeutów nie patrzy już na schizofrenię oczami Freuda i nie traktuje jej jako rezultatu nieprawidłowych zachowań rodziców czy wypartych urazów z okresu dzieciństwa (Johnson, 1989). Badania pokazują, że w przypadku dzieci, u których w rodzinach biologicznych nie było przypadków schizofrenii, adoptowanych przez rodziny, w których któreś z rodziców chorowało na schizofrenię, ryzyko zachorowania na schizofrenię nie wzrasta (Gottesman, 1991). Coraz więcej psychiatrów i psychologów zgadza się więc z poglądem, że schizofrenia jest zasadniczo zaburzeniem lub grupą zaburzeń organicznych mózgu (Sawa, Snyder, 2002).

Potwierdzeniem tego poglądu jest fakt, o którym już wspominaliśmy, iż leki przeciwpsychotyczne (niekiedy zwane *silnymi środkami uspokajającymi*), które osłabiają działanie mózgowych receptorów dopaminy, mogą stłumić pozytywne objawy schizofrenii (Carlsson, 1978; Snyder, 1986). Zarazem substancje stymulujące wytwarzanie dopaminy (np. amfetaminy) mogą wywołać reakcje schizofreniczne. Ostatnio większą uwagę przykuwa neuroprzekaźnik glutaminian (Javitt, Coyle, 2004). Inne dowody wskazujące na biologiczne podłoże schizofrenii, to anomalie mózgowe, które uwidaczniają się na skanach (Conklin, Iacono, 2004; National Institute of Mental Health, 2005) (zob. ryc. 2.4). Podobne wnioski nasuwają nowe, zastanawiające odkrycia z badań metodą MRI, które sugerują, że w korze mózgowej schizofreników brak jest synchronizacji pobudzeń neuronalnych (Bower, 2005; Symond i in., 2005).



Rycina 2.4

Skany z obrazowania mózgu metodą MRI u bliźniąt cierpiących na schizofrenię i bliźniąt niedotkniętych tą chorobą

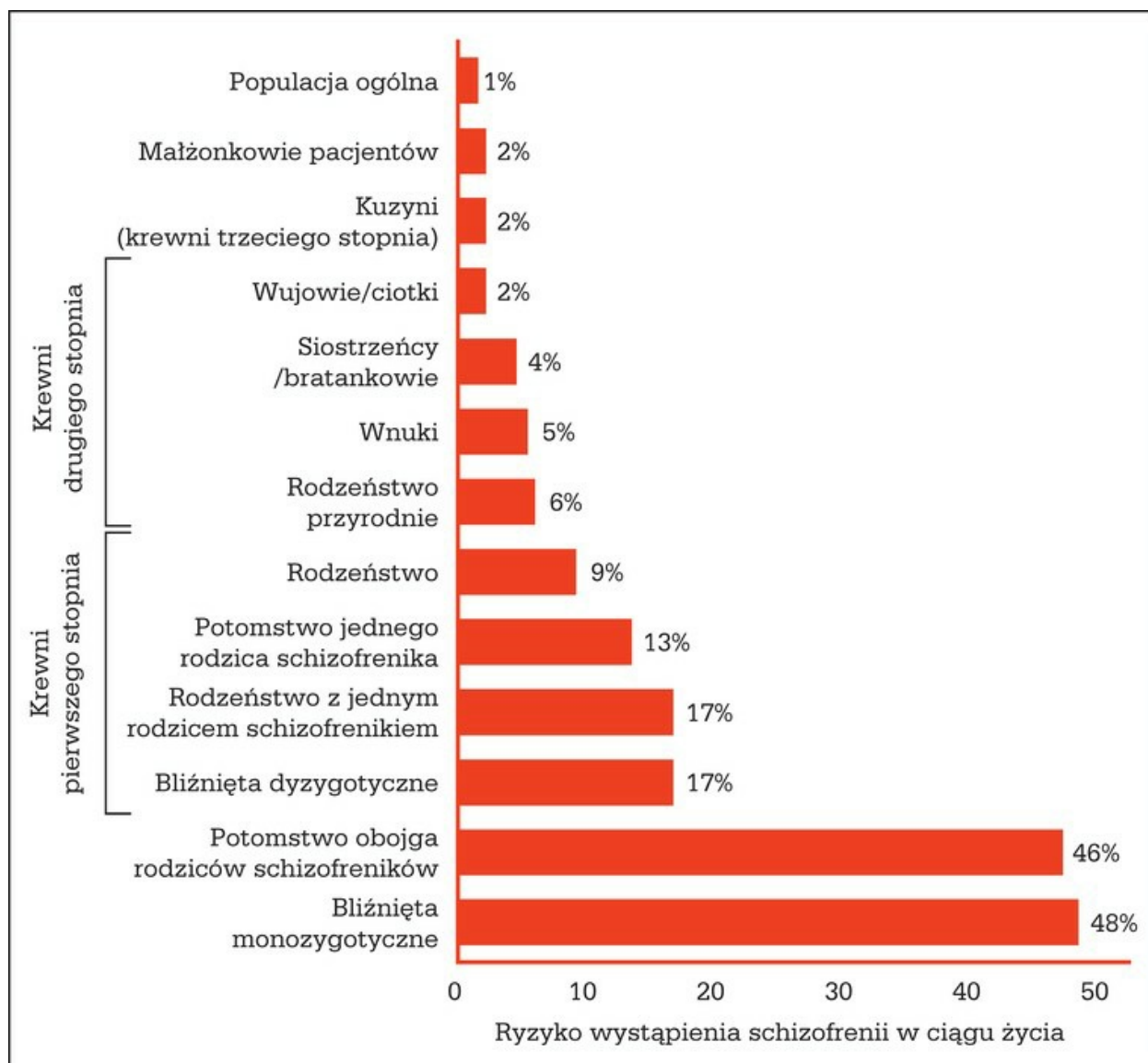
Skan mózgu bliźniaka zdrowego znajduje się po lewej stronie. Zwróć uwagę na powiększone komory mózgowe (przestrzenie wypełnione płynem) u cierpiących na schizofrenię bliźniąt po prawej.

Jeszcze inna grupa dowodów wskazujących na biologiczne podłoże schizofrenii pochodzi z badań nad jej rodzinnym występowaniem. Aczkolwiek nie stwierdzono z pewnością, aby jakiś konkretny gen wiązał się ze schizofrenią, wiadomo, że im bliższy jest stopień pokrewieństwa z osobą cierpiącą na to zaburzenie, tym wyższe prawdopodobieństwo zachorowania na nie (Gottesman, 1991, 2001). Wniosek ten pochodzi z imponujących badań nad

wychowywanymi oddzielnie identycznymi bliźniętami i z badań adopcyjnych nad dziećmi, które miały biologicznych krewnych chorych na schizofrenię. Podczas gdy wśród osób z populacji ogólnej 1% choruje na schizofrenię, u dziecka mającego jedno z rodziców cierpiące na to zaburzenie ryzyko zachorowania jest 14 razy większe. Jeszcze większe ryzyko występuje w przypadku posiadania identycznego bliźniaka, u którego wystąpiło to zaburzenie. W tym przypadku, prawdopodobieństwo, że u drugiej osoby z pary bliźniąt także rozwinie się schizofrenia skacze prawie do 50%.

Podobnie jak w przypadku zaburzeń nastroju, biologia nie mówi wszystkiego o schizofrenii. Możemy na przykład dostrzec wpływ środowiska w tym, że u 90% krewnych pacjentów ze schizofrenią zaburzenie to nie występuje (Barnes, 1987). Nawet u identycznych bliźniąt, posiadających dokładnie te same geny, *współczynnik zgodności* (współczynnik występowania zaburzenia u obu osób z par bliźniąt) w przypadku schizofrenii wynosi 50%. Oznacza to, że w połowie przypadków, w których schizofrenia dotyka jedno z pary identycznych bliźniąt, drugie pozostaje zdrowe (zob. ryc. 2.5).

W napawającym nadzieją badaniu fińskim stwierdzono, że wychowywanie się w zdrowym środowisku rodzinnym może obniżyć ryzyko wystąpienia schizofrenii u adoptowanych dzieci mających genetyczne predyspozycje do tego zaburzenia (Tienari i in., 1987). Najwyraźniej do wystąpienia schizofrenii konieczne są biologiczne predyspozycje oraz jakiś nieznany czynnik środowiskowy, który musi „uruchomić” tę odziedziczoną skłonność (Cromwell, 1993; Iacono, Grove, 1993). Czynnikiem tym może być jakaś chemiczna substancja trująca, stres lub jakiś inny czynnik, o którym jeszcze nam się nie śniło. Ogólnie biorąc, badanie to sugeruje, że same czynniki genetyczne nie są warunkiem wystarczającym wystąpienia tego zaburzenia (Nicol, Gottesman, 1983). Zważywszy na wszystkie dowody, musimy pamiętać, że zaburzenie psychiczne zawsze jest efektem interakcji czynników biologicznych, poznawczych i środowiskowych, jak sugeruje pierwsza **MYŚL PRZEWODNIA** tego rozdziału.



Rycina 2.5

Ryzyko genetyczne wystąpienia schizofrenii

Wykres przedstawia średnie ryzyko wystąpienia schizofrenii u osób posiadających krewnych schizofreników. Dane skompilowano z badań na rodzinach i bliźniętach z populacji europejskiej, prowadzonych w latach 1920–1987; stopień ryzyka silnie koreluje ze stopniem pokrewieństwa genetycznego.

Źródło: Gottesman (1991), ryc., 10, s. 96. Copyright © Irving I. Gottesman 1994. Przedrukowano za zgodą Autora.

Ta szersza perspektywa jest często określana jako **hipoteza podatność–stres**. Głosi ona, że czynniki biologiczne wystawiają jednostkę na ryzyko wystąpienia schizofrenii (jak również wielu

innych zaburzeń), ale stresory środowiskowe przekształcają to potencjalne ryzyko w rzeczywiste zaburzenie (Walker, Diforio, 1997). (Podatność oznacza predyspozycję konstytucjonalną, która sprawia, że jednostka jest szczególnie podatna na zachorowanie.) Zatem schizofrenię możemy rozumieć jako reakcję na stres, występującą u jednostki mającej predyspozycję do tego zaburzenia. Zgodnie z tym poglądem, u osób podatnych na schizofrenię może ona nigdy nie wystąpić, jeżeli osoby te nie będą narażone na szkodliwe czynniki lub stresory, które mogłyby „przekroczyć ich możliwości adaptacji”.

Zaburzenia rozwojowe:

Zaburzenia zwykle rozpoznawane po raz pierwszy w wieku niemowlęcym, w dzieciństwie lub w okresie dorostania:

- Autyzm
- Dysleksja
- Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)

Zaburzenia rozwojowe

Zaburzenia rozwoju mogą pojawiać się w każdym wieku, jednak kilka powszechnych zaburzeń, takich jak *autyzm*, *zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)* i *dysleksja*, po raz pierwszy występuje w dzieciństwie. Przedstawimy tylko krótki opis tych zaburzeń (zob. ramka powyżej), ponieważ spotkałeś się z nimi już w innych rozdziałach.

Autyzm

Złożone i tajemnicze zaburzenie zwane **autyzmem** wiąże się z upośledzeniem zdolności „odczytywania” innych ludzi, posługiwania się językiem i uczestniczenia w interakcjach społecznych. Dla ilustracji wyobraźmy sobie taką sytuację: Sally i Shania bawią się razem i w pewnym momencie Sally wkłada cukierek do pudełka i wychodzi z pokoju. Podczas nieobecności Sally Shania otwiera pudełko, wyjmując cukierek i chowa go w swojej torebce. Gdzie Sally będzie szukała cukierka, kiedy wróci do pokoju? Normalne dzieci obserwujące tę sytuację powiedzą, że zajrzy do pudełka. Dzieci autystyczne powiedzą raczej (jeżeli w ogóle się komunikują), że Sally zajrzy do torebki. Dzieci z autyzmem mają więc słabo rozwiniętą *teorię umysłu* (Frith, 1993). Nie potrafią postawić się na miejscu Sally, która nie wie, że zdarzyło się to, co one widziały. Z powodu tego deficytu mają trudności w relacjach społecznych i zazwyczaj przebywają w świecie skrajnej izolacji społecznej.

Oprócz deficytów w zakresie teorii umysłu i izolacji społecznej, większość osób z autyzmem ma trudności w opanowaniu mowy. W rzeczywistości wiele z nich nigdy nie osiąga zdolności posługiwania się językiem. Być może z powodu tych trudności u wielu autystyków diagnozuje się upośledzenie umysłowe (choć większość osób niepełnosprawnych intelektualnie nie cierpi na autyzm). W ciężkich przypadkach chore dzieci podejmują destrukcyjną autostymulację, taką jak walenie w coś głową. Często przejawiają także powtarzające się zachowania, na przykład kiwanie się przez długi czas. Lekarze i rodzice zaczynają zwykle podejrzewać to zaburzenie, gdy dziecko ma około 1,5 do 2 lat i nie rozwija się u niego mowa (Kobot i in., 2003).

więcej znajdziesz w rozdziale 3 tego
tomu

Teoria umysłu polega na zrozumieniu, że u podłoża zachowań innych ludzi mogą leżeć odmienne od naszych przekonania, pragnienia i emocje

Ostatnio nauka o układzie nerwowym i epidemiologia wniosły kilka innych tropów do zagadki autyzmu. Niektóre dowody sugerują, że istnieje związek między autyzmem a toksycznymi materiałami w środowisku (Neimark, 2007). Ale największe poruszenie wzbudziło odkrycie „neuronów lustrzanych” i ich możliwego powiązania z autyzmem. Badania pokazują, że dzieci autystyczne mają w mózgu albo mniej neuronów lustrzanych, albo też, że te neurony, które mają, są wadliwe (Miller, 2005; Ramachandran, Oberman, 2006). Interesujące w tych odkryciach jest to, że pozwalają sądzić, iż neurony lustrzane są odpowiedzialne dokładnie za to, czego osoby z autyzmem nie potrafią: za wyczuwanie intencji innych ludzi (Dobbs, 2006a; Rizzolatti i in., 2006). Pozostaje jeszcze kwestią otwartą, czy odkrycia te uda się przełożyć na skuteczną terapię.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tomu

I

Neurony lustrzane w mózgu „odzwierciedlają” reakcje innych ludzi

Jak powszechny jest autyzm? Liczby są dyskusyjne. National Institute of Health szacuje, że niektóre formy tego zaburzenia występują u około 1 na 500 dzieci. Aczkolwiek mogłeś widzieć nowe raporty, wskazujące na rosnącą w ostatnich dekadach częstość występowania autyzmu, eksperci wiążą to głównie z rozszerzeniem definicji tego zaburzenia, które wprowadzono szeroko w latach dziewięćdziesiątych XX wieku (Gernsbacher i in., 2005). Większość ekspertów uważa, że autyzm jest w zasadzie zaburzeniem mózgu. Obecnie nie ma jeszcze sposobu jego leczenia, aczkolwiek są programy terapeutyczne, mogące polepszyć socjalizację i mowę – jednak wymagają one znacznego zaangażowania i są drogie.

Dysleksja

We współczesnym społeczeństwie informacyjnym czytanie jest kluczem otwierającym wiele drzwi. Drzwi te mogą jednak pozostać zamknięte dla osób mających trudności w czytaniu – dla osób z **dysleksją**. Zaburzenie to dotyka w jakimś stopniu w przybliżeniu 1 na 5 dzieci, prowadząc w efekcie do słabych osiągnięć szkolnych. A ponieważ szkoła ma tak duże znaczenie w naszym społeczeństwie, prowadzi to często do obniżenia samooceny i ostatecznie do utraty szans na karierę zawodową (Shaywitz, 1996).

Wbrew ogólnym mniemaniom, dysleksja nie jest zaburzeniem wzrokowym. Nie powoduje, że litery i słowa „przeskakują” i „przestawiają się”. Badania prowadzone przez ostatnie 15 lat wskazują natomiast, że zaburzenie to wiąże się z anomaliami w układach mózgowych odpowiedzialnych za przetwarzanie języka (Breier i in., 2003). Jak na ironię, inną „przyczyną” może być sam język: osoby posługujące się angielskim – z jego dziwacznymi zasadami ortografii, w tym 1120 sposobami zapisywania 40 różnych dźwięków – są znacznie bardziej podatne na dysleksję, niż osoby mówiące po włosku, które muszą uporać się jedynie z 33 kombinacjami liter dla 25 dźwięków (Helmuth, 2001; Paulesu i in., 2001).

Dysleksja w pewnym sensie może nawet nie być odrębnym zaburzeniem. Badaczka Sally Shaywitz i jej współpracownicy argumentowali, że nie ma jednoznacznych oznak, które pozwalałyby całkowicie odróżnić osoby z dysleksją od tych, które osiągają przeciętne wyniki w czytaniu. Dowodzi ona, że dysleksja jest po prostu diagnozą, którą stawiamy wybranej arbitralnie grupie osób plasującej się na niższym krańcu spektrum pod względem zdolności czytania (Shaywitz i in., 1990).

Wszyscy zgadzają się, że dysleksja polega na trudnościach w czytaniu. Wszyscy zgadzają się również, że ostatnimi laty poczyniono wielkie postępy w rozumieniu neurologicznych podstaw tego zaburzenia, doskonaleniu metod leczenia i obalaniu pewnych mitów otaczających dysleksję (na dysleksję *mogą* cierpieć zdolni ludzie: Einstein najwyraźniej ją miał!). Obecnie najbardziej skuteczne sposoby terapii polegają na stosowaniu specjalnych

programów nauki czytania, kładących nacisk na dopasowywanie dźwięków do kombinacji liter.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Niektóre dzieci mają większe trudności niż inne ze spokojnym siedzeniem i skupianiem uwagi na takich czynnościach, jak rozwiązywanie zadań matematycznych czy słuchanie poleceń nauczyciela. Przyczyną tych objawów może być wiele rzeczy, w tym rozpraszające uwagę problemy w domu, szyskany ze strony rówieśników czy po prostu tradycja kulturowa, przykładająca małą wagę do zadań wymagających skupionej uwagi. Wydaje się, że, oprócz takich przypadków, występuje także zaburzenie mające podłoże mózgowe, zwane **zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)**, które może kolidować nawet z najlepszymi intencjami skupienia uwagi i spokojnego siedzenia (Barkley, 1998). Szacuje się, że zaburzenie to dotyka jakieś 3 do 5% dzieci w wieku szkolnym (Brown, 2003b).

więcej znajdziesz w **rozdziale 1** tomu

I

Jedzenie cukru nie jest powodem nadpobudliwości

ADHD jest kontrowersyjną diagnozą, a jeszcze bardziej kontrowersyjne jest jego leczenie (Sax, Kautz, 2003). Krytycy utrzymują, że ADHD diagnozuje się zbyt często i stosuje w celu określenia normalnej hałaśliwości dzieci lub aby je oskarżać o błędy wychowawcze popełniane przez niewydolnych rodziców czy nauczycieli. Poza tym leczenie farmakologiczne, polegające na podawaniu leków stymulujących, naznacza wiele osób jako te, które mają „nie po kolei w głowie”. Wiele starannie przeprowadzonych

badania pokazało jednak, że właściwie stosowana terapia farmakologiczna połączona z terapią behawioralną może poprawić uwagę i zmniejszyć nadpobudliwość u większości (około 70%) dzieci z diagnozą ADHD (Daley, 2004; MTA Cooperative Treatment Group, 2004).

Zaburzenia przystosowania i inne stany kliniczne

Chociaż znaczna większość zwykłych problemów psychologicznych wiąże się z dokonywaniem wyborów i radzeniem sobie z niepewnością, frustracją i stratą, DSM-IV rozprawia się z nimi krótko, zaliczając je do kategorii *zaburzeń przystosowania* oraz do niezbyt zręcznie nazwanej kategorii *innych stanów, które mogą przyciągnąć uwagę klinicystów*. Te dwie kategorie łącznie stanowią worek dla łagodnych zaburzeń, niepasujących do innych kategorii. Obejmują one różnego rodzaju problemy, takie jak łagodna depresja, skargi na dolegliwości fizyczne, problemy małżeńskie, problemy z nauką, z pracą, z relacjami rodzice–dziecko, strata bliskiej osoby, a nawet *symulowanie* (udawanie) choroby. W rezultacie największa grupa ludzi mających problemy psychiczne może trafiać do tej kategorii – chociaż *DSM-IV* poświęca im nieproporcjonalnie mało miejsca. Jak na ironię, ponieważ problemy z przystosowaniem są tak powszechne, osoby na nie cierpiące, zwracające się o pomoc do psychologów i psychiatrów stanowią znaczną część ogółu pacjentów, z którymi stykają się profesjonaliści w swojej praktyce.

Różnice między płciami w zakresie zaburzeń psychicznych

Nikt dokładnie nie wie dlaczego, ale dane pokazują, że istnieją duże różnice międzypłciowe pod względem podatności na różne zaburzenia psychiczne (Holden, 2005). Wskazywaliśmy na przykład,

że kobiety częściej zapadają na zaburzenia nastroju, szczególnie na depresję. Również u kobiet częściej diagnozuje się zaburzenia lękowe i zaburzenia jedzenia. U mężczyzn natomiast znacznie częściej występują zaburzenia osobowości wiążące się z agresją i upośledzoną zdolnością kontrolowania własnego zachowania, takie jak nadużywanie alkoholu i narkotyków oraz stosowanie przemocy. U mężczyzn znacznie częściej niż u kobiet diagnozuje się więc antyspołeczne zaburzenie osobowości. Jak wspominaliśmy, prawdopodobnie normy społeczne w większym stopniu zachęcają kobiety do zgłaszania uczuć depresyjnych. Zarazem normy społeczne mogą zachęcać mężczyzn do „odreagowywania” swoich uczuć w sposób fizyczny.

więcej znajdziesz w **rozdziale 1** tego
tomu

Zaburzenia osobowości mają charakter długotrwały
i wpływają na podstawowe cechy osobowości

Możliwe jest także, że różnice te mają źródła biologiczne. Na przykład mózgi mężczyzn wydają się być silniej *zlateryzowane* (to znaczy, że specyficzne funkcje ich kory mózgowej są zlokalizowane po jednej lub po drugiej stronie mózgu). Może to wyjaśniać, dlaczego mężczyźni po lewostronnym udarze mózgu rzadziej niż kobiety odzyskują zdolność posługiwania się językiem. Niektórzy przedstawiciele nauki o układzie nerwowym podejrzewają, że „jednostronność” mózgu męskiego może przyczyniać się do znacznie częstszego występowania u mężczyzn schizofrenii i większości zaburzeń rozwojowych, takich jak autyzm, dysleksja i zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (Holden, 2005). Podobnie, mogą istnieć jeszcze dotychczas niewykryte różnice biologiczne, odpowiedzialne za większą podatność kobiet na depresję. Niestety rozstrzygnięcie między

społecznym a biologicznym wyjaśnieniem różnic między płciami w występowaniu zaburzeń psychicznych wymaga jeszcze dalszych badań. Nie zdziw się jednak, jeżeli ostateczna odpowiedź będzie wskazywała na interakcję między naturą a środowiskiem – prawdopodobnie za różnice odpowiedzialne są oba te czynniki.

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Nieśmiałość

Nieśmiałość jest problemem powszechnym, nie jest to jednak zaburzenie ujęte w DSM-IV. Nieśmiałość jest wywołującym psychiczne cierpienie wzorcem zachowań, polegających na unikaniu kontaktów społecznych lub wycofywaniu się z nich. W skrajnych przypadkach nieśmiałość może przerodzić się w fobię społeczną lub zaburzenie osobowości zwane osobowością unikającą – dotknięte nimi jednostki starają się w miarę możliwości nie uczestniczyć w kontaktach społecznych. Jak już wiele razy wspominaliśmy, jest to kwestia nasilenia. Dramatem osób nieśmiałych jest to, że cierpią z powodu samotności oraz utraty możliwości rozwijania swoich zainteresowań i nawiązywania relacji społecznych.

Jakie są przyczyny tego często bolesnego problemu? U niektórych ludzi może zaczynać się on już od urodzenia: nieśmiałość jest genetycznie uwarunkowaną cechą jednego z trzech rodzajów temperamentu, którą obserwuje się już u niemowląt i następnie w całym dorosłym życiu (Kagan i in., 1988, 1994). Jerome Kagan zasugerował ostatnio, że źródłem nieśmiałości może być nadmiernie pobudliwe ciało migdałowate (Kagan, 2001). Ale nieśmiałość i inne formy lęku społecznego są także reakcjami *wyuczonymi*, a więc nawet ci, którzy nie „urodzili się nieśmiali” mogą przyswoić sobie wzorce zachowań charakteryzujące się nieśmiałością.



Nieśmiałość może być źródłem cierpienia, ale nie jest to zaburzenie ujęte w DSM-IV.

W bardziej optymistycznym tonie – nieśmiałość nie musi być stanem permanentnym. Wiele osób przezwyciężyło ją samodzielnie. Organizacje takie jak Toastmasters pomagają

ludziom rozwijać umiejętności werbalne i pewność siebie w sytuacjach społecznych. A wielu innych uzyskało potrzebną im pomoc, uczestnicząc w grupowej terapii poznawczo-behawioralnej.

Sprawdź, czy rozumiesz

- 1 **ANALIZA:** Jakie są główne różnice między medycznym a psychologicznym modelem zaburzeń psychicznych?
- 2 **PRZYPOMNIENIE:** Opisz jeden rodzaj dowodów sugerujących, że depresja ma podłoże biologiczne.
- 3 **ZASTOSOWANIE:** Która z następujących fobii powinna być, według ciebie, najbardziej rozpowszechniona zgodnie z hipotezą wstępnej gotowości?
 - a) strach przed węzami (ofidofobia)
 - b) strach przed książkami (bibliofobia)
 - c) strach przed końmi (equionofobia)
 - d) strach przed liczbą 13 (tryskaidekafobia)
- 4 **PRZYPOMNIENIE:** Które z następujących zaburzeń jest najbardziej rozpowszechnione: schizofrenia, depresja, fobie, dysocjacyjne zaburzenie tożsamości?
- 5 **PRZYPOMNIENIE:** Jakie procesy psychiczne mogą zostać zakłócone przez schizofrenię?
- 6 **PRZYPOMNIENIE:** W jakim typie zaburzeń lękowych lęk skoncentrowany jest na konkretnym obiekcie lub sytuacji?
- 7 **ROZUMIENIE MYŚLI PRZEWODNIEJ:** DSM-IV kategoryzuje większość zaburzeń psychicznych według ich:
 - a) sposobów leczenia
 - b) przyczyn
 - c) objawów
 - d) podstaw teoretycznych

Odpowiedzi: 1. Model medyczny traktuje zaburzenia psychiczne jako choroby – jako coś złego, co dzieje się z jednostką – natomiast model psychologiczny bierze pod uwagę czynniki biologiczne, środowisko i procesy psychiczne. Model

medyczny podkreśla, że pacjent ma być poddany leczeniu, podczas gdy model psychologiczny traktuje pacjenta w procesie terapii bardziej po partnersku. **2.** Depresja występuje rodzinie, w zaburzeniu tym reakcja na leki jest często korzystna, osoby z depresją często mają specyficzne wzorce EEG i skanów mózgu. **3.** a – strach przed węzami. Pozostałe dotyczą współczesnych obiektów, które nie istniały dostatecznie długo, aby mogły zostać włączone w naszą biologiczną naturę. **4.** Depresja. **5.** Schizofrenia może zaburzyć prawie wszystkie procesy psychiczne, w tym myślenie, spostrzeganie, motywację i emocje. **6.** W fobii. **7.** c.

2.3

JAKIE SĄ KONSEKWENCJE ETYKIETOWANIA LUDZI?

„Wariat”, „maniak”, „chory umysłowo”, „szalony”, „niepoczytalny”, „neurotyk”. Te określenia wraz z oficjalnymi terminami diagnostycznymi występującymi w DSM-IV są etykietami, którymi posługuje się opinia publiczna, sądy i osoby zawodowo zajmujące się zdrowiem psychicznym w celu opisanie jednostek z zaburzeniami psychicznymi. Idealem byłoby oczywiście, gdyby te etykiety diagnostyczne służyły dobremu porozumiewaniu się osób zawodowo zajmujących się zdrowiem psychicznym i opracowywaniu skutecznych programów terapeutycznych dla jednostek dotkniętych zaburzeniami. Czasami jednak etykiety te wywołują zamieszanie i są źródłem cierpienia. **Etykietowanie** może prowadzić do stereotypowego traktowania ludzi, przysłaniającego ich osobiste cechy i niepowtarzalne okoliczności przyczyniające się do ich zaburzeń. Jakby tego było mało, etykiety mogą wywoływać uprzedzenia i społeczne odrzucenie.

Zajmiemy się najpierw tym, jak etykietowanie wpływa na jednostki, wobec których jest stosowane. Następnie omówimy problem etykietowania w szerszym kontekście: czy zaburzenia psychiczne we wszystkich kulturach oznaczają to samo? Na koniec postaramy się uświadomić sobie niebezpieczeństwo posługiwania się etykietami diagnostycznymi w odniesieniu do swoich przyjaciół i rodziny. **MYŚL PRZEWODNIA**, wokół której skupiają się te rozważania brzmi:

Idealnie byłoby, gdyby dokładne diagnozy prowadziły do zastosowania właściwej terapii, ale diagnozy mogą stać się również etykietami depersonalizującymi jednostki oraz pomijającymi

społeczny i kulturowy kontekst, w którym ich problemy się zrodziły.

Etykiety diagnostyczne, etykietowanie i depersonalizacja

Nadanie komuś etykiety osoby zaburzonej psychicznie może mieć poważne i długotrwałe konsekwencje – oprócz konsekwencji samego zaburzenia. Nie dzieje się tak w przypadku chorób fizycznych. Ktoś może mieć złamaną nogę albo zapalenie wyrostka robaczkowego, ale kiedy choroba się kończy, diagnoza odchodzi w przeszłość. Inaczej jest z zaburzeniami psychicznymi. Etykieta „depresji”, „manii” czy „schizofrenii” może stać się trwałym stygmatem (Farina i in., 1996; Wright i in., 2000). A co się dzieje w przypadkach błędnych diagnoz? Jak wskazywał Rosenhan, gdy okaże się, że zdiagnozowanie raka było pomyłką, jest to okazja do radości, ale zdiagnozowanie zaburzenia psychicznego prawie nigdy nie jest wycofywane. Jak sobie przypominasz, w badaniu nad pseudopacjentami, opisywanym na początku rozdziału, rzucający się w oczy fakt, że są oni normalni, nigdy nie został ujawniony, co Rosenhan przypisywał temu, iż dostali oni etykietę schizofreników.

Etykieta diagnostyczna może stać się także częścią procesu lekceważenia, wynikającego z niższego statusu przyznawanego osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne. Niestety, w naszym społeczeństwie poważne problemy psychiczne oznaczają stygmatyzację i lekceważenie. I, jak pokazało badanie Rosenhana, osoby chore psychicznie dotyka także **depersonalizacja** – pozbawianie indywidualności i tożsamości przez traktowanie ich bezosobowo, jak przedmioty, a nie jak osoby ludzkie. Depersonalizacja bez wątpienia może wynikać z etykietowania, ale, podobnie jak w badaniu Rosenhana, może być także efektem bezosobowego środowiska, jakie spotyka się w niektórych szpitalach psychiatrycznych. Wszystko to obniża oczywiście samoocenę

i wzmacnia zaburzone zachowania. Społeczeństwo nakłada więc kosztowne kary na tych, którzy odbiegają od jego norm – i w ten sposób utrwała problem zaburzenia psychicznego.

Przeciwko etykietowaniu chyba najostrzej zaprotestował Thomas Szasz (1961, 1977), psychiatra o radykalnych poglądach, który twierdził, że choroba psychiczna jest „mitem”. Szasz utrzymywał, że objawy traktowane jako dowody istnienia choroby psychicznej są jedynie etykietami medycznymi, dającymi profesjonalistom pretekst do interweniowania tam, gdzie mamy do czynienia w istocie z problemami społecznymi: z dewiantami naruszającymi normy społeczne. Kiedy już osoby te otrzymają etykietę, można je leczyć z powodu „problemu bycia innymi”.

Musimy zatem mieć na uwadze, że celem diagnozy nie jest przyporządkowanie danej osoby do czystej diagnostycznej kategorii lub zidentyfikowanie tych, którzy są „inni”. Diagnoza powinna inicjować proces prowadzący do lepszego zrozumienia pacjenta i opracowania planu pomocy – powinna być pierwszym, a nie ostatnim krokiem procedury leczenia.

Kontekst kulturowy zaburzeń psychicznych

Niewielu innych klinicystów poszłoby tak daleko jak Thomas Szasz, ale wielu z nich popiera **model ekologiczny**, który bierze pod uwagę świat zewnętrzny jednostki (Levine, Perkins, 1987). W tym ujęciu nienormalność jest rozumiana jako interakcja między jednostkami a ich społecznym i kulturowym kontekstem. Zaburzenie jest rezultatem rozziwu między zachowaniem jednostki a wymaganiami sytuacji. Jeśli na przykład byłbyś prywatnym detektywem, to posiadanie nieco podejrzliwego lub „paranoidalnego” rysu osobowości mogłoby być korzystne, ale w przypadku pielęgniarki lub nauczyciela te same cechy mogłyby zostać nazwane „dewiacyjnymi”.

Za modelem ekologicznym przemawiają wyniki badań pokazujące, że kultura niewątpliwie wpływa zarówno na rozpowszechnienie

zaburzeń psychicznych, jak i na objawy, jakie przejawiają zaburzone osoby (Jenkins, Barrett, 2005; Matsumoto, 1996). Na przykład analizy dokonane przez Światową Organizację Zdrowia (1973, 1979) w Kolumbii, byłej Czechosłowacji, Danii, Indiach, Nigerii, na Tajwanie, w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych i byłym ZSRR pokazały, że częstość występowania schizofrenii różni się w zależności od kultury. Nowsze badania również potwierdzają ten wniosek (Jablensky, 2000).

Nawet w ramach jednej kultury mogą występować znaczne różnice pokoleniowe. Jak wskazuje Seligman, jeśli ktoś mieszka w Stanach Zjednoczonych, prawdopodobieństwo zachorowania w jakimś momencie swego życia na depresję zależy od jego wieku (Barber, 2008). W przypadku osób, które urodziły się na początku XX wieku, prawdopodobieństwo to wynosi około 1%. Współczynnik ten wzrasta do 5% dla tych, którzy urodzili się w połowie XX wieku, a dla osób urodzonych w latach sześćdziesiątych i później ryzyko wystąpienia depresji w ciągu życia wzrasta do 10–15%.

Psychiatria również zaczyna dostrzegać wpływ kultury na psychopatologię. Podręcznik *DSM-IV* zawiera część poświęconą zaburzeniom specyficznym dla różnych kultur (aczkolwiek część ta nie obejmuje Stanów Zjednoczonych). Według psychiatrów Arthura Kleinmana i Alexa Cohena (1997), psychiatria zbyt długo trzymała się trzech uporczywych mitów:

1. Mitu, że zaburzenia psychiczne są tak samo rozpowszechnione we wszystkich kulturach.
2. Mitu, że biologia jest źródłem zaburzenia psychicznego, a kultura kształtuje jedynie sposób, w jaki jednostka je odczuwa.
3. Mitu, że naznaczone kulturowo zaburzenia występują jedynie w miejscach egzotycznych, ale nie u nas.

Czy jednak różnice kulturowe są tak wielkie, że ktoś, kto ma halucynacje, w naszej kulturze zostanie uznany za schizofrenika, a w innej za wizjonera lub szamana (uzdrowiciela lub jasnowidza)? Jane Murphy (1976) postanowiła odpowiedzieć na to pytanie, badając dwie grupy ludzi – Eskimosów z północno-zachodniej Alaski i plemię Yorubas z wiejskiej, tropikalnej Nigerii. Społeczeństwa te zostały wybrane ze względu na ich duże geograficzne oddalenie oraz

duże różnice kulturowe. W obu grupach badaczka odkryła występowanie odrębnych terminów i odmiennych ról społecznych dla szamana i osobnika psychotycznego. Od tamtego czasu podobne ustalenia poczyniono w badaniach nad kulturami na całym świecie (Draguns, 1980). Jeśli choroba psychiczna jest społecznie definiowanym mitem, jak twierdził Szasz, to jest to mit tworzony w kulturach całego świata.

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Zastosowanie psychologii do uczenia się psychologii

Nie rób tego! Nie wykorzystuj swojej nowo nabytej wiedzy o zaburzeniach psychicznych do diagnozowania swojej rodziny i przyjaciół. Naruszanie tego zakazu jest powodem kłopotów w przypadku wielu studentów psychologii.

Zdajemy sobie sprawę, jak kuszące jest zastosowanie tego, czego się uczysz, do znanych ci ludzi. Niektóre z tu omawianych zaburzeń występują powszechnie. Czytając ten rozdział z pewnością więc zwrócisz uwagę na oznaki lęku, paranoi, depresji, manii i wielu innych zaburzeń percepcji, pamięci czy emocji, które przypomną ci o twoich znajomych i krewnych. Jest to pewna odmiana wspomnianej wcześniej skłonności do spostrzegania objawów zaburzeń psychicznych u siebie samego. Powinieneś uznać to za znak, że nabywasz nowych wiadomości o zaburzeniach psychicznych. Sugerujemy jednak, abyś te myśli zachował dla siebie.

Pamiętaj, że przeczytanie jednego rozdziału nie czyni z ciebie eksperta w dziedzinie psychopatologii; a więc bądź ostrożny w stawianiu amatorskich diagnoz. W szczególności nie powinieneś nikomu mówić, że według ciebie ma schizofrenię, zaburzenie dwubiegunowe, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne – czy jakiegokolwiek inne zaburzenie psychiczne.

Powiedziawszy to, musimy zauważyć, że przesada w odwrotnym kierunku, czyli ignorowanie oznak patologii, także

może być niebezpieczna. Jeśli ktoś ci znany boryka się z istotnym problemem psychicznym – i nawet jeżeli pyta o twoją opinię – to powinieneś powstrzymać się od nadawania temu problemowi etykiety. Ale możesz, a nawet powinieneś, zachęcić tę osobę, aby poszła do kompetentnego fachowca po diagnozę i ewentualną pomoc.

Leczenie zaburzeń omówimy w następnym rozdziale.

Sprawdź, czy rozumiesz

1 PRZYPOMNIENIE: Które z następujących stwierdzeń jest prawdziwe?

- a) rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych jest takie samo we wszystkich kulturach
- b) w zasadzie większość zaburzeń jest wytworem biologii, natomiast kultura kształtuje sposób ich wyrażania.
- c) specyficzne dla kultury stresory występują głównie w krajach rozwijających się
- d) kultury na całym świecie odróżniają osoby psychicznie chore od wizjonerów i proroków

2 ANALIZA: Dlaczego Rosenhan twierdził, że pacjenci byli depersonalizowani?

3 ROZUMIENIE MYŚLI PRZEWODNIEJ: Jakie są pozytywne i negatywne konsekwencje nadawania etykiet diagnostycznych?

Odpowiedzi: 1. d. 2. Rosenhan twierdził, że personel szpitali psychiatrycznych rzadko wchodził w interakcje z pacjentami, a kiedy już to robiono, to taktowano pacjentów jak przedmioty, a nie jak osoby ludzkie. 3. Jeśli chodzi o pozytywne, to etykiety diagnostyczne ułatwiają profesjonalistom zajmującym się zdrowiem psychicznym porozumiewanie się co do objawów pacjentów i planowania leczenia. Jeśli chodzi o negatywne, to na osoby zaetykietowane patrzy się niekiedy przez pryzmat samych tych etykiet („schizofrenik”). Ponadto, etykiety psychiatryczne stanowią silne piętno społeczne.

WŁĄCZ MYŚLENIE KRYTYCZNE

Ponowne odwiedziny w szpitalach psychiatrycznych – inne spojrzenie na badanie Rosenhana

Prawdopodobnie żaden inny eksperyment w historii psychologii nie wywołał takiego poruszenia, jak badanie Rosenhana z pseudopacjentami. I nic w tym dziwnego: stawiając pytanie o wiarygodność diagnoz psychiatrycznych, zagroziło ono samym podstawom psychiatrii i psychologii klinicznej. Rosenhan podsumował swoje badanie słowami: „To oczywiste, że w szpitalach psychiatrycznych nie potrafimy odróżnić osoby zdrowej psychicznie od chorej”. Jeśli Rosenhan miałby słuszość, to cały sektor zdrowia psychicznego opierałby się na samych mniemaniach. Ale czy jego wniosek był słuszny?

W czym leży problem?

Naszym pierwszym zadaniem przy ocenie badań Rosenhana jest ustalenie, jakie kwestie stanowią istotę sporu. Dla Rosenhana problem dotyczył wiarygodności diagnoz psychiatrycznych i możliwości odróżnienia zaburzeń psychicznych od normalności. Ale jego krytycy twierdzą, że eksperyment nie był nawet zaplanowany tak, aby można było odpowiedzieć na pytanie, które postawił Rosenhan, przez co jego wnioski muszą być wadliwe. Nie powinno nas zdziwić, że każda ze stron tej tak gorącej dyskusji skupiła się na innych kwestiach.

Które pytania z zakresu krytycznego myślenia powinniśmy zadać?

Z punktu widzenia krytycznego myślenia główne pytanie dotyczy stopnia, w jakim rozumowanie każdej ze stron jest poprawne lub wadliwe. W jakim stopniu argumenty Rosenhana i jego krytyków unikają powszechnych błędów rozumowania? Przyjrzyjmy się szczegółom.

Niepoczytalność nie jest diagnozą Robert Spitzer (1973), główny

krytyk Rosenhana, wskazywał, że terminy „poczytalność” (zdrowie psychiczne) i „niepoczytalność” są terminami prawnymi – o czym już wcześniej wspominaliśmy. Ponieważ terminy te, jak mówi Spitzer, nie mają znaczenia psychologicznego i psychiatrycznego, argumenty Rosenhana są w zasadzie bez znaczenia. Aczkolwiek możemy zgodzić się, że Rosenhan rzeczywiście był dość nieprecyzyjny, jeśli chodzi o terminologię, uważamy, że wniosek Spitzera ma charakter wylewania dziecka z kąpielą. W rzeczywistości Spitzer przyznaje, że Rosenhan wyraźnie używa terminu „niepoczytalność” w znaczeniu „psychoza”. Jeden punkt dla krytyków.

Badanie nieuczciwe! Krytycy Rosenhana twierdzą także, że jego badanie było nieuczciwe, ponieważ ludzie zwykle nie kłamią po to, aby ich przyjęto do szpitala psychiatrycznego. Nie powinniśmy więc oskarżać psychiatrów, że zakładają, iż osoba zgłaszająca się po pomoc jest szczerą. Co więcej, lekarze i szpital mogliby zostać obarczeni odpowiedzialnością, gdyby nie przyjęli osoby, która stanowiłaby zagrożenie dla siebie samej lub dla społeczeństwa (Ostow, 1973). Rosenhan ripostował, że nawet jeśli lekarze popełnili błąd z powodu ostrożności, to fakt, że pacjenci byli „poczytalni” powinien zostać wykryty, jeśli nie w trakcie przyjmowania do szpitala, to w jakimś momencie ich hospitalizacji. A więc mamy remis.

Brak dostatecznych danych Trzeci zarzut jest wycelowany w narracyjne podejście, jakie Rosenhan zastosował w swoim raporcie z badania. Artykuł opowiada żywą historię, ale w rzeczywistości jest ubogi w dane. W swych wnioskach Rosenhan kieruje się raczej własnymi wrażeniami niż faktami – co wygląda na ironię w świetle jego zarzutów, że diagnozy psychiatryczne skażone są nierzetelnymi „wrażeniami”. Przyznajemy jeden punkt krytykom Rosenhana.

Wnioski odnoszą się do niewłaściwej grupy Czwarty i najbardziej przekonywający zarzut oskarża Rosenhana o popełnienie błędu nowicjusza. Jak twierdził Spitzer (1973), niewykrycie przez

psychiatrów „poczytalności” pseudopacjentów nic nam nie mówi o ich umiejętności diagnozowania rzeczywistych pacjentów – którzy nie kłamią na temat swoich objawów. Dość trafny zarzut. Ale Rosenhan (1973b) odpowiedział, że jego badanie jest jedynie małą częścią obszernej literatury świadczącej o nierzetelności diagnoz psychiatrycznych. Dość często różni psychiatrzy stawiają temu samemu pacjentowi odmienne diagnozy. W tym punkcie przyznajemy przewagę Rosenhanowi.

Podłoże Możemy potraktować tę kontrowersję jako spór między dwoma obozami, z których każdy czuje się atakowany przez drugi. Psychiatrzy uznali, że oryginalne badanie było frontalnym atakiem na ich zawodową uczciwość, a więc odpłacili tym samym. Kontratak na Rosenhana zakwestionował jego uczciwość jako badacza. W związku z tym krytyczne myślenie stawia pytanie: Czy stanowisko każdej ze stron może być skażone tendencyjnością? Odpowiedź to gromkie tak.

Do czego więc doszliśmy?

Jakie płyną stąd wnioski?

Rosenhan bez wątpienia zawinił, posługując się nieprawidłowo terminami „poczytalność” i „niepoczytalność”. Można go także oskarżyć o przesadę i pogoń za sensacją, kiedy na przykład pisze:

Fakty w tej materii są takie, że od dawna wiedzieliśmy, iż diagnozy [psychiatryczne] są nieprzydatne i nierzetelne, niemniej jednak nadal się nimi posługiwaliśmy. Teraz wiemy, że nie potrafimy odróżnić poczytalności od niepoczytalności.

Mimo to zaskakujący jest fakt, że w przypadku żadnego z pseudopacjentów nie wykryto, iż jest zdrowy psychicznie.

Wpływ sytuacji w szpitalach psychiatrycznych W naszej opinii bardziej istotny jest punkt, na który nie wskazywali krytycy: szpitale psychiatryczne, jak stwierdził Rosenhan, nie są miejscami przede wszystkim leczenia pacjentów. Są one natomiast miejscami,

w których pacjenci są etykietowani, karmieni lekami i ignorowani przez personel. Rosenhan zaobserwował, że personel pomocniczy i pielęgniarki oddziałowe przez większość czasu siedzieli w odosobnieniu, w małych boksach dla personelu, które pacjenci nazywali „klatkami”. Psychiatrzy byli jeszcze mniej dostępni, z rzadka pojawiając się na oddziale. Gdy pacjenci zwracali się do kogoś z personelu z jakimiś pytaniami, dostawali często szorstką odpowiedź albo byli ignorowani.

Rosenhan nie był pierwszą osobą potępiającą szpitale psychiatryczne za ich bezosobowość, ale to on przedstawił pewne przypuszczenia dotyczące przyczyn takiego stanu rzeczy. Jedną z tych przyczyn to postawy społeczeństwa wobec chorych psychicznie, które zabarwione są strachem, podejrzliwością i niezrozumieniem. Postawy te, jak twierdził Rosenhan, nie omijają pracowników opieki psychiatrycznej.

Druga przyczyna wiąże się z *etykietowaniem*: szkodliwym skutkiem diagnozy psychiatrycznej. Gdy diagnoza zostanie już postawiona, lekarze bardzo niechętnie zmieniają zdanie. Częściowo wynika to z dumy, ale nawet większy wpływ ma brak kontaktu personelu – a szczególnie lekarzy – z pacjentami. Terapia w szpitalu psychiatrycznym jest zatem kwestią podawania leków. I czasu.

Jak wspomnieliśmy na początku rozdziału, Rosenhan nie obwiniął lekarzy, pielęgniarek, sanitariuszy czy innych członków personelu. Sugerował, że problem kryje się w „sytuacji” – całym środowisku szpitalnym, które depersonalizuje pacjentów i zniechęca personel do kontaktów z nimi. Ale był to rok 1973. A co się dzieje teraz? Czy problemy te nadal nękają szpitale psychiatryczne?

Wybucha nowy spór Nowy spór wybuchł w 2005 roku wraz z opublikowaniem książki *Opening Skinner's Box* (Otwierając skrzynkę Skinnera). Autorka, Lauren Slater, opisuje w niej własne odtworzenie klasycznego eksperymentu Rosenhana. Podczas 9 wizyt w różnych szpitalach psychiatrycznych opowiadała lekarzom, że słyszała głos mówiący „Dudnienie”. Chociaż nigdy nie była hospitalizowana, twierdzi, że: „przepisano jej w sumie 25 leków przeciwpsychotycznych i 60 przeciwdepresyjnych”. W większości

przypadków postawiono jej diagnozę „depresji z cechami psychotycznymi”. Slater zapewnia, że jej doświadczenie potwierdza odkrycia Rosenhana.

Twierdzenie Slater nie pozostało niezauważone przez Roberta Spitzera, który nadal spostrzega eksperyment Rosenhana jako „zawstydzający” (Jaffe, 2006). Spitzer i jego dwaj współpracownicy poczuli się sprowokowani do napisania krytycznej recenzji, którą opublikowali w *Journal of Nervous and Mental Disease* (2005). W pracy tej odpowiedzieli salwą w postaci własnego badania, w którym przedstawili 74 psychiatrom krótki opis przypadku na podstawie „eksperymentu” Slater. Autorzy twierdzą, że tylko trzech lekarzy postawiło diagnozę depresji psychotycznej. (Zauważmy jednak, że eksperyment Slater ma własne błędy: możemy się domyślać, że prawie wszyscy psychiatrzy na świecie dokładnie znają badanie Rosenhana, a badanie Slater natychmiast mogło przypomnieć o nim większości uczestników.)

Konkluzja? Rosenhan poruszył niektóre ważne problemy związane ze szpitalami i diagnozami psychiatrycznymi. Ale nie udowodnił, że diagnozy w przypadku większości pacjentów szpitali psychiatrycznych są bezużyteczne lub całkowicie niewiarygodne. Dla nas wniosek ten będzie idealnym przejściem do następnego rozdziału, w którym zajmiemy się leczeniem zaburzeń psychicznych.

Podsumowanie rozdziału

2.1 CZYM SĄ ZABURZENIA PSYCHICZNE?

Medycyna przyjmuje podejście „chorobowe”, natomiast psychologia traktuje zaburzenia psychiczne jako efekt interakcji czynników biologicznych, psychicznych, społecznych i behawioralnych.

Zaburzenia psychiczne (psychopatologia) są w Ameryce bardzo częste. O poważnych zaburzeniach świadczą trzy klasyczne objawy: **halucynacje, urojenia** i *skrajne zaburzenia emocjonalne*. Inne oznaki zaburzeń są bardziej subtelne, a diagnoza w dużym stopniu opiera się na ocenie klinicznej.

Nasze współczesne pojęcie o nienormalności ewoluowało od przypisywania zaburzeń owładnięciu przez złe duchy lub brakowi równowagi humorów, do aktualnego **modelu medycznego**, który traktuje psychopatologię jako „niedomogę” lub „chorobę” – z tym podejściem nie zgadza się wielu psychologów. Szerszy od medycznego, model psychologiczny – **podejście społeczno-poznawczo-behawioralne** – uwzględnia czynniki społeczne, psychiczne i behawioralne, a także biologiczne. Oprócz trzech klasycznych objawów zaburzeń, psychopatologię ocenia się na podstawie przejawianego przez jednostkę cierpienia, nieprzystosowania, jej irracjonalności, nieprzewidywalności i niekonwencjonalności.

Jest rzeczą normalną, że niekiedy doświadczamy objawów zaburzeń, a więc studenci psychologii niesłusznie martwią się tym, że cierpią na jakieś zaburzenie psychiczne. Częste oznaki nienormalności powinny jednak skłonić do skonsultowania się z psychologiem lub psychiatrą.

Niepoczytalność jest często błędnie rozumiana przez opinię

publiczną jako argument mający zwalniać od odpowiedzialności karnej. W praktyce prawniczej jest on stosowany rzadko, a jeszcze rzadziej jest skuteczny. Termin „niepoczytalność” jest terminem prawnym, a nie diagnozą psychologiczną czy psychiatryczną.

Halucynacje • Model medyczny • Niepoczytalność • Podejście społeczno-poznawczo-behawioralne • Psychopatologia (zaburzenia psychiczne) • Urojenia

Zasoby w języku angielskim *MyPsychLab* **12.1:**
www.mypsychlab.com

Obejrzyj: *Current diagnostic models* (Współczesne modele diagnostyczne): *Sue Mineka*

2.2 JAK SĄ KLASYFIKOWANE ZABURZENIA PSYCHICZNE W DSM-IV?

DSM-IV to najszerszej stosowany system, który klasyfikuje zaburzenia na podstawie ich psychicznych i behawioralnych symptomów.

Najszerszej stosowanym systemem klasyfikacji zaburzeń psychicznych jest DSM-IV, który wywodzi się z psychiatrii i skłania się w kierunku modelu medycznego. Podręcznik DSM-IV wymienia ponad 300 szczegółowych zaburzeń, wyróżnianych raczej na podstawie objawów niż przyczyn. Wykaz ten nie zawiera kategorii „normalnego” funkcjonowania. W odróżnieniu od poprzednich wydań, nie posługuje się terminem **nerwica**; termin **psychoza** stosuje się w nim wyłącznie w odniesieniu do utraty kontaktu z rzeczywistością.

Jedną z kategorii wymienionych w DSM-IV są **zaburzenia nastroju** (*zaburzenia afektywne*), polegające na zakłóceniach emocjonalnych. Najczęstszym zaburzeniem afektywnym jest **depresja wielka**,

natomiast **zaburzenie dwubiegunowe** występuje rzadziej. Obserwuje się duże różnice związane z płcią pod względem rozpowszechnienia tych zaburzeń. Uważa się, że wszystkie zaburzenia afektywne mają w pewnym stopniu podłoże biologiczne.

Zaburzenia lękowe obejmują **uogólnione zaburzenie lękowe, zespół paniki, fobie i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne**. Aczkolwiek mogą one wiązać się z temperamentem, wpływ na nie ma także doświadczenie jednostki. **Zaburzenia pod postacią somatyczną** (somatoformiczne) dotyczą różnych aspektów relacji psychika–ciało. Osoby z **zaburzeniem konwersyjnym** mają objawy fizyczne mimo braku choroby organicznej, natomiast osoby z **hipochondrią** cierpią z powodu przesadnego martwienia się swoim stanem zdrowia.

Kontrowersyjne **zaburzenia dysocjacyjne** obejmują **amnezję dysocjacyjną, fugę dysocjacyjną, zaburzenie depersonalizacyjne i dysocjacyjne zaburzenie tożsamości**. Wszystkie te zaburzenia zakłócają integralność funkcjonowania pamięci, świadomości lub tożsamości osobistej. Wśród zaburzeń psychotycznych najpowszechniejsza jest **schizofrenia**. Cechują ją skrajne zakłócenia spostrzegania, myślenia, emocji, zachowania i mowy. Ma pięć form: *zdezorganizowaną, katatoniczną, paranoidalną, niezróżnicowaną i rezydualną*. O przyczynach schizofrenii świadczą dowody wskazujące na różne czynniki, w tym genetyczne, anomalie struktur mózgowych i biochemia.

Podręcznik *DSM-IV* wymienia również rozmaite zaburzenia rozwoju psychicznego, w tym **autyzm, dysleksję i zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi**. Wśród spektrum zaburzeń psychicznych występują znaczne różnice pod względem płci, szczególnie w odniesieniu do depresji i antyspołecznego zaburzenia osobowości.

Zaburzeniami występującymi najczęściej ze wszystkich, są zaburzenia określone w *DSM-IV* jako *zaburzenia przystosowania* oraz „inne stany, które mogą przyciągnąć uwagę klinicystów”. Obejmują one szeroki zakres problemów życiowych. Bardzo rozpowszechnionym problemem – i to problemem uleczalnym – jest **nieśmiałość**, nieuznawana za zaburzenie, jeżeli nie przejdzie

w skrajną formę *fobii społecznej* lub zaburzenia w postaci *osobowości unikającej*.

Agorafobia • Amnezja dysocjacyjna • Autyzm • Depresja wielka
• DSM-IV • Dysleksja • Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości • Fobia
• Fuga dysocjacyjna • Hipochondria • Hipoteza podatność–stres
• Hipoteza wstępnej gotowości • Nerwica • Nieśmiałość • Psychoza
• Schizofrenia • Sezonowe zaburzenie afektywne (SAD) • Uogólnione
zaburzenie lękowe • Wyuczona bezradność • Zaburzenia
dysocjacyjne • Zaburzenia lękowe • Zaburzenia nastroju
• Zaburzenia pod postacią somatyczną • Zaburzenie
depersonalizacyjne • Zaburzenie dwubiegunowe • Zaburzenie
konwersyjne • Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne • Zespół
nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)
• Zespół paniki

Zasoby w języku angielskim MyPsychLab 12.2:
www.mypsychlab.com

Obejrzyj: *Bipolar disorder* (Zaburzenie dwubiegunowe): Craig

Obejrzyj: *Donald: Panic disorder* (Donald: zespół paniki)

Obejrzyj: *Panic disorder* (Zespół paniki): Jerry

Obejrzyj: *Anxiety disorders* (Zaburzenia lękowe)

Obejrzyj: *Schizophrenia* (Schizofrenia): Larry

Obejrzyj: *Depression* (Depresja): Helen

2.3 JAKIE SĄ KONSEKWENCJE ETYKIETOWANIA LUDZI?

Idealnie byłoby, gdyby dokładne diagnozy prowadziły do zastosowania właściwej terapii, ale diagnozy mogą stać się również etykietami depersonalizującymi jednostki oraz pomijającymi

społeczny i kulturowy kontekst, w którym ich problemy się zrodziły.

Etykietowanie kogoś jako psychicznie lub umysłowo chorego jest ostatecznie kwestią ludzkich ocen. Ale nawet oceny psychologów i psychiatrów mogą być stronnicze z powodu uprzedzeń. Osoby, którym przypisze się etykietę zaburzenia psychicznego, mogą doświadczać **depersonalizacji**, jakiej nie doznają osoby chore fizycznie.

Kultura wpływa na to, czy jakieś zachowanie nazywamy normalnym, nienormalnym, czy po prostu niezwykłym, aczkolwiek badania międzykulturowe wskazują, że wszędzie odróżnia się osoby psychotyczne od tych, które nazywa się szamanami, prorokami czy wizjonerami.

Idealnie byłoby, gdyby trafna diagnoza prowadziła do zastosowania właściwego leczenia, ale diagnozy mogą stać się etykietami depersonalizującymi ludzi oraz pomijającymi kontekst społeczny i kulturowy, w którym ich problemy powstały. Ostrzeżono czytelników, aby w stosunku do ludzi nie posługiwali się etykietami diagnostycznymi.

Depersonalizacja • Etykietowanie • Model ekologiczny

PYTANIA DO PRZEMYŚLENIA

1. W jakiej sytuacji osoba psychicznie chora, która naruszyła prawo, powinna być uznana za odpowiedzialną za popełnienie przestępstwa? W jakim wypadku powinniśmy uznać tę osobę za zdolną do resocjalizacji?
2. Dlaczego krytykowano *DSM*?
3. Czy homoseksualizm jest zachowaniem odbiegającym od normy?

4. Czy kryteria zdrowia psychicznego są takie same w przypadku kobiet i mężczyzn? Dlaczego większość pacjentów to kobiety?
5. Jak mógłbyś określić, czy twoje zachowania, lęki i nastroje mieszczą się w granicach normy, czy też świadczą o chorobie psychicznej?

ZADANIA DO WYKONANIA

1. Przejrzyj strony z poradami psychologicznymi w takich czasopismach, jak *Claudia*, *Zwierciadło* czy *Charaktery*. O jakich problemach piszą czytelnicy? Jak często redaktorzy kierują ich po poradę do psychologów, psychiatrów czy innych profesjonalistów? Dlaczego ludzie zwracają się do anonimowych osób z prośbą o poradę dotyczącą ich osobistych problemów?
2. Zapytaj kilka osób (niezajmujących się zawodowo psychologią) o definicje terminów „zaburzony emocjonalnie”, „chory psychicznie” i „niepoczytalny”. Poproś je, aby opisały, jakie zachowania są charakterystyczne dla osób zaliczanych do tych kategorii. Czy któryś z tych terminów wskazuje na bardziej skrajne zachowania niż inne? Jak mają się te definicje do podanych w naszej książce? Jakie wnioski możesz wyciągnąć na temat postaw i sposobu rozumienia chorób psychicznych u osób, z którymi rozmawiałeś?
3. Czytając *DSM-IV-TR*, zwróć uwagę, że jest to podręcznik mający podstawy statystyczne. Zachowania określające zaburzenia psychiczne należą do tego samego kontinuum, które obejmuje także symptomy zdrowia psychicznego. Sprawdź, czy w *DSM-IV-TR* występują takie kategorie klasyfikacyjne, których kryteria częściowo pasują do ciebie.

3

TERAPIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

3.1

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU CZYM JEST TERAPIA?

Decyzja o rozpoczęciu terapii

Przymierze terapeutyczne i cele terapii

Terapia w kontekście historycznym i kulturowym

MYŚL PRZEWODNIA

Terapia zaburzeń psychicznych przyjmuje wiele różnych form, wszystkie one jednak opierają się na relacji współpracy ukierunkowanej na poprawę psychicznego, behawioralnego lub społecznego funkcjonowania pacjenta

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Paraprofesjonaliści również prowadzą terapię

Niektóre badania pokazują, że poziom przygotowania zawodowego terapeuty nie jest głównym czynnikiem odpowiadającym za skuteczność terapeutyczną

3.2

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU W JAKI SPOSÓB PSYCHOLODZY LECZĄ ZABURZENIA PSYCHICZNE?

Terapie wglądowe

Terapie behawioralne

Terapia poznawczo-behawioralna: synteza

Ocena terapii psychologicznych

MYŚL PRZEWODNIA

Psycholodzy stosują dwie główne formy leczenia, terapie wglądowe (skoncentrowane na rozwijaniu zrozumienia problemu) oraz terapie behawioralne (skoncentrowane na zmianie zachowania przez warunkowanie)

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Gdzie większość ludzi otrzymuje pomoc?

Znaczna część terapii jest przeprowadzana przez przyjaciół, fryzjerów i barmanów

3.3

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU W JAKI SPOSÓB STOSUJE SIĘ PODEJŚCIE BIOMEDYCZNE W LECZENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH?

Farmakoterapia

Inne medyczne terapie zaburzeń psychicznych

Hospitalizacja i jej alternatywy

MYŚL PRZEWODNIA

Biomedyczne formy terapii zwalczają zaburzenia psychiczne przez zmianę chemii mózgu za pośrednictwem leków, jego przewodnictwa elektrycznego za pomocą zabiegów chirurgicznych lub jego wzorców aktywności przez stosowanie impulsów elektrycznych albo silnych pól magnetycznych

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Jaki rodzaj terapii mógłbyś polecić?

Istnieje wiele terapeutycznych możliwości do przedyskutowania z przyjacielem, który pyta o twoją rekomendację

3.4

KLUCZOWE PYTANIE/ZARYS ROZDZIAŁU JAK WYPADA PORÓWNANIE TERAPII PSYCHOLOGICZNYCH I BIOMEDYCZNYCH?

Depresja: leczenie psychologiczne a leczenie medyczne

Zaburzenia lękowe: leczenie psychologiczne a leczenie medyczne

Schizofrenia: leczenie psychologiczne a leczenie medyczne

„Studnia zmartwień”: nie wszyscy potrzebują leków

MYŚL PRZEWODNIA

Choć w przypadku leczenia niektórych (ale nie wszystkich) zaburzeń psychicznych połączenie terapii psychologicznej i medycznej jest lepsze niż stosowanie którejkolwiek z nich z osobna, większości ludzi cierpiących z powodu niespecyficznych „problemów życiowych” najlepiej służy sama terapia psychologiczna

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Zastosowanie psychologii do uczenia się psychologii

Zastanów się, w czym terapia przypomina twoje doświadczenia związane ze studiowaniem

• WŁĄCZ MYŚLENIE KRYTYCZNE

Stosowanie terapii opartej na dowodach naukowych



Od wielu miesięcy Derek czuł się często zmęczony i nieszczęśliwy i wiedział, że ma to wpływ nie tylko na jego pracę, ale również na związek z jego partnerką. Michele, współpracowniczka i przyjaciółka, delikatnie zasugerowała, by poszukał profesjonalnej pomocy, jednak Derek nie wiedział, dokąd się zwrócić. Podobnie jak czyni wiele osób, poprosił przyjaciela, który 3 lata wcześniej poszukiwał terapii, by polecił mu kogoś. W ten oto sposób znalazł się, z pewnym niepokojem, w gabinecie dr Strum.

Okazało się, że łatwo się z nią rozmawia i nie zajęło im dużo czasu, by zgodzić się co do tego, że Derek ma depresję. Po dalszej rozmowie na temat natury depresji, Dr Strum powiedziała: „Mamy kilka

możliwości leczenia”. Następnie dodała: „Podejście, które stosuję, to terapia poznawczo-behawioralna, traktująca depresję jako wyuczony problem, który można leczyć, zmieniając sposób, w jaki dana osoba myśli o wydarzeniach życiowych i relacjach interpersonalnych. Jeśli obierzemy tę drogę, to będziemy przyglądać się temu, co dzieje się w pracy i w domu, a co mogło wywołać epizody depresji. Co tydzień dawałabym ci również „pracę domową” – zadania pomyślane tak, aby pomóc ci bazować na twoich mocnych stronach, zamiast koncentrować się na słabościach”. „Zupełnie jak w szkole”, dodała ze śmiechem.

„Druga możliwość jest taka – powiedziała – że mogłabym skierować cię do kolegi, który prowadzi terapię psychodynamiczną. Jeśli wybierzesz to podejście, ty i Dr Ewing będziecie badać twoją przeszłość, poszukując wydarzeń, które mogły pchnąć cię na ścieżkę prowadzącą do uczuć, które obecnie przeżywasz. Zasadniczo byłoby to leczenie mające na celu wyciągnięcie na światło dzienne niektórych nieprzyjemnych części twojej nieświadomości”.

„Kolejna rzecz, którą mogłabym zrobić, to ułatwić ci otrzymanie leków, których skuteczność w leczeniu depresji została udowodniona. Byłby to prawdopodobnie jeden z leków, takich jak Prozac, których reklamy widziałeś w prasie i w telewizji. Problemem jest w tym przypadku to, że potrzeba kilku tygodni, by te leki zadziałały. Poza tym nie jestem pewna, czy naprawdę leczą one te problemy, które sprawiają, że odczuwasz depresję”.

„Aha – dodała – są pewne dodatkowe możliwości medyczne, takie jak terapia elektrowstrząsowa – ludzie często nazywają ją „terapią wstrząsową” – ale nie sądzę, by była ona wskazana w twoim przypadku”.

„Samo słuchanie o tym poprawia mi samopoczucie – westchnął Derek. – A więc wybór jest między lekami a terapią psychologiczną?”

„Lub być może połączeniem obu” odparła Dr Strum.

„Jak mam zdecydować?”

PROBLEM

Jaka forma leczenia depresji Dereka jest najlepsza: terapia psychologiczna, terapia farmakologiczna, czy obie? Patrząc szerzej, problem jest następujący: W jaki sposób dokonujemy wyboru spośród dostępnych form terapii dla któregokolwiek z zaburzeń psychicznych?

Mimo różnorodności podejść, które wnoszą do swojej pracy Dr Strum i jej koledzy, przytłaczająca większość osób rozpoczynających **terapię** otrzymuje znaczącą pomoc. Oczywiście nie każda terapia kończy się sukcesem. Niektórzy ludzie czekają zbyt długo, aż ich problemy stają się nie do rozwiązania. Niektórzy nie trafiają na terapię właściwą dla ich problemu. I, niestety, wielu ludzi, którym terapia mogłaby przynieść korzyści, nie ma do niej dostępu w związku z ograniczeniami finansowymi. Mimo to rozwinięcie wielu różnych skutecznych terapii stanowi jeden z sukcesów współczesnej psychologii.

Przegląd terapii rozpoczynamy od zastanowienia się, czym terapia jest, kto jej poszukuje, z jakimi problemami na nią przychodzi oraz do kogo. Zobaczymy tu również, w jaki sposób oddziaływania terapeutyczne podlegały wpływom historii i kultury. W drugim podrozdziale przyjrzymy się stosowanym obecnie głównym rodzajom psychologicznej terapii zaburzeń psychicznych, oraz temu, w jaki sposób działają. Następnie omówimy medyczne formy leczenia zaburzeń psychicznych, w tym farmakoterapię, hospitalizację, psychochirurgię oraz „terapię wstrząsową”. Pod koniec rozdziału popatrzymy krytycznie na dwa nierozwiązane problemy w obszarze terapii: kwestię „leki, czy psychoterapia” oraz sporny problem ograniczania terapii do technik o potwierdzonej skuteczności.

Mamy nadzieję, że w miarę jak będziesz czytać ten rozdział, rozważysz zalety i wady każdej z terapii. Pamiętaj też o tym, że możesz kiedyś zostać poproszony przez przyjaciela lub członka rodziny o to, byś wykorzystał to, czego – podobnie jak Derek –

dowiedziałeś się tu, do tego, by polecić odpowiednią terapię. Jest nawet możliwe, że kiedyś będziesz potrzebował terapeuty dla siebie.

3.1

CZYM JEST TERAPIA?

Kiedy myślisz o „terapii”, najprawdopodobniej w twojej głowie wyskakuje stereotyp, zaczerpnięty z nieskończonej liczby komiksów i filmów: „neurotyczny” pacjent leżący na kozetce analityka z brodatym terapeutą siedzącym u jego wezgłowia, gryzmolącym notatki w notesie i dokonującym interpretacji. W rzeczywistości jest to scena z klasycznej psychoanalizy freudowskiej, która dziś należy do rzadkości, choć dominowała w pierwszej połowie XX wieku.

Rzeczywistość współczesnej terapii różni się od starego stereotypu w kilku kwestiach. Po pierwsze, pacjenci (lub *klienci*) większości terapeutów nie leżą na kozetce. Po drugie, ludzie poszukują teraz pomocy terapeutycznej w odniesieniu do wielu różnych problemów, nie tylko z powodu poważnych zaburzeń opisanych w podręczniku *DSM-IV*. Ludzie przychodzą też do specjalistów zajmujących się poradnictwem lub do terapeutów po pomoc w dokonywaniu trudnych wyborów, w uporaniu się z problemami związanymi z nauką, czy w poradzeniu sobie ze stratą lub z nieszczęśliwymi związkami. Jest jeszcze trzeci powód, dla którego popularne wyobrażenie o terapii jest błędne: niektóre formy terapii wymagają obecnie równie dużo działania, jak rozmowy i interpretacji – o czym wkrótce się przekonasz.

Początkowo psychologiczne menu może oferować pozornie oszałamiającą listę metod leczenia, wśród których są rozmowa i interpretacja, modyfikacja zachowania, leki, a w niektórych przypadkach nawet „terapia wstrząsowa” czy operacje mózgu. Niezależnie jednak od tego, jaką formę przyjmuje terapia, posiada ona jedną stałą cechę, o czym mówi nasza **MYŚL PRZEWODNIA**.

Terapia zaburzeń psychicznych przyjmuje wiele różnych form, wszystkie one jednak opierają się

na relacji współpracy ukierunkowanej na poprawę psychicznego, behawioralnego lub społecznego funkcjonowania pacjenta.

W tym rozdziale, w miarę jak będziemy badać fragment terapeutycznego wszechświata, zobaczymy, że każda forma terapii opiera się na innych założeniach dotyczących zaburzenia psychicznego. Wszystkie jednak wiążą się z relacjami, które mają w jakiś sposób zmienić funkcjonowanie danej osoby. Rozpocznijmy nasze zgłębianie terapii od przyjrzenia się różnorodności osób, które rozpoczynają terapię i problemów, które wnoszą ze sobą do relacji terapeutycznej.

Decyzja o rozpoczęciu terapii

Dlaczego poszedłbyś na terapię? Dlaczego ktokolwiek by to zrobił? Najczęściej ludzie rozpoczynają terapię, kiedy mają problem, którego nie są w stanie sami rozwiązać. Mogą poszukiwać terapii z własnej inicjatywy lub może im to doradzić rodzina, przyjaciele, lekarz czy współpracownik.

Rzecz jasna nie trzeba być uznanym za „szalonego”, by zacząć terapię. Możesz być jednak nazywany „pacjentem” lub „klientem”. Terapeuci przyjmujący podejście do leczenia wychodzące od modelu biologicznego lub medycznego, powszechnie stosują termin „pacjent”, podczas gdy termin „klient” jest zazwyczaj używany przez profesjonalistów, którzy myślą o zaburzeniach psychicznych nie w kategoriach psychicznych *chorób*, ale *problemów z życiem* (Rogers, 1951; Szasz, 1961).

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tego
tomu

Model medyczny zakłada, że zaburzenia psychiczne są podobne do chorób fizycznych

Na dostępność terapii może wpływać kilka czynników. Ludzie, którzy mają pieniądze i odpowiednie ubezpieczenie medyczne, z łatwością mogą otrzymać terapię. W przypadku biednych, zwłaszcza należących do mniejszości etnicznych, przeszkody ekonomiczne blokują dostęp do profesjonalnej opieki związanej ze zdrowiem psychicznym (Bower, 1998b; Nemecek, 1999). Innym problemem może być brak wykwalifikowanych terapeutów. W wielu środowiskach nadal łatwiej jest otrzymać pomoc w zakresie problemów fizycznych, niż problemów natury psychologicznej. Nawet istota problemów psychicznych danej osoby może być przeszkodą w otrzymaniu pomocy. Dla osoby z agorafobią trudne, a nawet niemożliwe jest na przykład wyjście z domu, aby poszukać terapii. Podobnie, osoby paranoidalne mogą nie poszukiwać pomocy, ponieważ nie ufają profesjonalistom zajmującym się zdrowiem psychicznym. Najwyraźniej pozostaje jeszcze do rozwiązania wiele problemów, zanim wszyscy ci, którzy potrzebują terapii, będą mogli ją otrzymać.

Przymierze terapeutyczne i cele terapii

Czasami potrzebujesz jedynie porozmawiać o problemie ze współczującym przyjacielem lub członkiem rodziny, być może po to, by „posłuchać własnych myśli” albo by usłyszeć zapewnienie, że nadal jesteś interesujący lub że można cię lubić. Ale przyjacielom i rodzinie nie tylko brakuje profesjonalnego przygotowania do tego, by uporać się z trudnymi problemami psychicznymi; mają oni również własne potrzeby i plany, które mogą przeszkadzać w udzieleniu ci pomocy. Czasami mogą być też częścią twojego problemu. Z wielu zatem powodów właściwą rzeczą może być poszukanie pomocy zawodowego terapeuty. Możesz również chcieć

profesjonalnej pomocy, gdy pragniesz zachować swoje problemy i troski w tajemnicy. We wszystkich tych aspektach profesjonalna relacja z terapeutą różni się od przyjaźni bądź więzów krwi.

Jakie są składniki terapii?

Niemal we wszystkich formach terapii istnieje jakiś rodzaj *relacji* lub **przymierza terapeutycznego** między terapeutą a pacjentem/klientem poszukującym pomocy – jak wskazuje nasza **MYŚL PRZEWODNIA**. (Choć musimy przyznać, że istnieją komputerowe programy terapii, w których idea „relacji” wydaje się nieco naciągana.) Zaufanie jest jednym z niezbędnych składników dobrego przymierza terapeutycznego. Ty i twój terapeuta musicie być w stanie pracować razem, po tej samej stronie i dążąc do tych samych celów, łącząc siły, by poradzić sobie i rozwiązać problemy, które przywiodły cię na terapię (Horvath, Luborsky, 1993). A w miarę, jak klinicyści stali się bardziej świadomi różnorodności swoich klientów związanej z płcią i pochodzeniem etnicznym, badania pokazały, że najbardziej skuteczni są terapeuci, którzy potrafią nawiązać kontakt z ludźmi w kontekście ich własnej kultury i ojczystego języka (Griner, Smith, 2006).

Oprócz nawiązania relacji między terapeutą a klientem, proces terapii zazwyczaj składa się z następujących kroków:

1. *Zidentyfikowanie problemu*. Może oznaczać jedynie zgodzenie się co do prostego opisu okoliczności lub uczuć, które mają ulec zmianie, lub, w przypadku zaburzenia z *DSM-IV*, krok ten może prowadzić do formalnej diagnozy.
2. *Zidentyfikowanie przyczyn problemu lub warunków, które podtrzymują problem*. W niektórych formach terapii wiąże się to z poszukiwaniem w przeszłości, szczególnie w dzieciństwie, źródeł obecnych problemów pacjenta. Alternatywne formy terapii kładą nacisk na przyczyny istniejące obecnie – na warunki podtrzymujące problem.
3. *Podejmowanie dalszych decyzji i przeprowadzanie jakiejś formy leczenia*. Ten krok wymaga wybrania specyficznego rodzaju

terapii, która ma zminimalizować lub wyeliminować dokuczliwe objawy. Konkretna forma leczenia będzie zależała od problemu oraz od orientacji i przygotowania zawodowego terapeuty.

Kto prowadzi terapię?

Choć obecnie więcej niż kiedyś ludzi poszukuje terapii, zwracają się oni do odpowiednio przygotowanych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego jedynie wówczas, gdy ich problemy stają się poważne lub utrzymują się przez dłuższy okres. A gdy już to zrobią, zazwyczaj zwracają się do jednego z siedmiu typów osób profesjonalnie zajmujących się pomocą: do psychologów zajmujących się poradnictwem, psychologów klinicznych, psychiatrów, psychoanalityków, osób zajmujących się pielęgniarstwem psychiatrycznym, do klinicznych (psychiatrycznych) pracowników socjalnych lub osób zajmujących się poradnictwem duszpasterskim[8].

Różnice między tymi specjalistami zostały przedstawione w tabeli 3.1. Gdy będziesz ją analizować, zwróć uwagę na to, że każda specjalizacja ma swój obszar kompetencji. Na przykład w większości stanów USA jedynymi terapeutami, uprawnionymi do przepisywania leków są lekarze (w tym psychiatrzy) oraz osoby prowadzące psychiatryczną praktykę pielęgniarską[9].

Ostatnimi czasy psycholodzy kliniczni, za pośrednictwem swoich organizacji zawodowych, starają się uzyskać przywileje związane z przepisywaniem leków. Były przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA), Robert Sternberg (2003, s. 5) wysunął następujący argument:

Psycholodzy, podobnie jak inni specjaliści, kiedyś widzieli zaburzenia fizyczne i psychiczne jako odległe od siebie. Już tak nie jest. Teraz wiemy, że objawy fizyczne i psychiczne są w dużym stopniu współzależne. Niektórzy praktykujący psycholodzy mogą zatem być przekonani, że aby leczyć całą osobę, potrzebują wsparcia psychoterapii lekami. I rzeczywiście, model biopsychospołeczny przyjęty przez wielu psychologów, jest kompleksem różnych rodzajów leczenia.

Już teraz kilku psychologów wojskowych przeszło szkolenie, które pozwala im przepisywać leki na zaburzenia psychiczne personelowi wojskowemu (Dittmann, 2004), a w 2002 roku Nowy Meksyk został pierwszym stanem dającym uprawnienia do przepisywania leków cywilnym psychologom, którzy odbyli rygorystyczne szkolenie, obejmujące 850 godzin zajęć i stażu z superwizją (Dittmann, 2003). Podobne ustawodawstwo wprowadzono w ponad tuzinie innych stanów. Niemniej jednak przywileje dla psychologów, związane z przepisywaniem leków, pozostają sprawą bardzo polityczną, której gorąco sprzeciwia się środowisko lekarskie (Clay, 1998). Co zaskakujące, nawet niektórzy psycholodzy kliniczni sprzeciwiają się tym uprawnieniom, w obawie przed tym, że psychologia „zaprzeda swoją duszę”, aby służyć społeczeństwu, które domaga się terapii farmakologicznej. Były przewodniczący APA, George Albee (2006, s. 3), powiedział:

Obecny nacisk na terapeutów, by zaczęli przepisywać leki, jest kwestią przetrwania. Społeczeństwu sprzedano błędne przekonanie, że zaburzenia psychiczne/emocjonalne to choroby mózgu, które trzeba leczyć za pomocą leków. Jedyne sposoby dla psychoterapeutów, by przetrwać, to przyjąć tę bezpodstawną bzdurę.

Tabela 3.1**Typy specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym w USA**

Tytuł zawodowy	Specjalność i miejsca pracy	Kwalifikacje
Psycholog zajmujący się poradnictwem	Zapewnia pomoc w radzeniu sobie z powszechnymi problemami zwykłego życia, takimi jak problemy w relacjach społecznych, wychowywanie dzieci, wybór zawodu czy problemy szkolne. Zazwyczaj psychologzy zajmujący się poradnictwem pracują w szkołach, poradniach lub innych instytucjach	Zależnie od stanu: zazwyczaj przynajmniej tytuł magistra poradnictwa, ale częściej doktorat (tytuł doktora filozofii, pedagogiki/edukacji lub psychologii)
Psycholog kliniczny	Przygotowany przede wszystkim do pracy z osobami dotkniętymi poważnymi zaburzeniami, ale może też pracować z klientami mającymi mniej poważne problemy. Zwykle ma prywatną praktykę lub jest zatrudniony w placówkach zdrowia psychicznego lub szpitalach. Zazwyczaj nie ma uprawnień do przepisywania leków	Zwykle wymagany tytuł doktora filozofii lub psychologii, a często również odbycie stażu i certyfikat stanowy
Psychiatra	Lekarz specjalista; zajmuje się poważnymi problemami psychicznymi – najczęściej przepisując leki. Może prowadzić praktykę prywatną lub być zatrudniony w przychodniach czy szpitalach psychiatrycznych	Tytuł lekarza medycyny, może też być wymagany certyfikat wydany przez lekarską komisję specjalizacyjną
Psychoanalityk	Terapeuta stosujący terapię psychoanalityczną. Zazwyczaj pracuje w prywatnych gabinetach	Tytuł lekarza medycyny (niektórzy specjaliści mają doktorat z psychologii, ale większość z nich to psychiatrzy, którzy odbyli dodatkowe szkolenie w zakresie psychoanalizy)
Pielęgniarka psychiatryczna	Pielęgniarki tej specjalności mają prawo przepisywania leków na zaburzenia psychiczne. Mogą pracować w prywatnych gabinetach lub poradniach (przychodniach) i szpitalach	Wymagane kwalifikacje pielęgniarki dyplomowanej plus specjalistyczne szkolenie z leczenia zaburzeń psychicznych i farmakologii.
Kliniczni lub psychiatryczni pracownicy socjalni	Pracownicy socjalni wyspecjalizowani w radzeniu sobie z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza z punktu widzenia społecznego i środowiskowego kontekstu problemu	Tytuł magistra pracy socjalnej
Osoby zajmujące się poradnictwem duszpasterskim	Członkowie zgromadzeń zakonnych lub duchowni, specjalizujący się w leczeniu zaburzeń psychicznych. Łączą doradztwo duchowe z praktycznym poradnictwem	Różnie

Niezależnie od tego, czy zgadzasz się ze Sternbergiem, czy z Albee, wygląda na to, że era uprawnień psychologów do przepisywania leków nadchodzi. Przekonamy się, jak zmieni ona oblicze psychologii.

Terapia w kontekście historycznym i kulturowym

To, w jaki sposób zajmujesz się zaburzeniem psychicznym, zależy od tego, w jaki sposób *myślisz* o zaburzeniu psychicznym. Jeśli na przykład uważasz, że zaburzenia psychiczne są *chorobami*, to będziesz leczyć je inaczej, niż osoba, która uważa, że wskazują one na skazę czyjegoś charakteru lub są oznaką wpływu złych duchów. Sposób, w jaki społeczeństwo leczy ludzi z zaburzeniami psychicznymi, zawsze zależał od przeważających w nim przekonań na ten temat.

Historia terapii

Jak widzieliśmy w poprzednim rozdziale, ludzie w średniowiecznej, katolickiej Europie interpretowali chorobę psychiczną jako dzieło diabłów i demonów. W tym kontekście zatem rolę „terapeuty” było przeprowadzenie egzorcyzmów lub „wypędzenie diabła” z osoby zaburzonej – aby uczynić ciało miejscem niegościnnym dla ducha bądź demona. W bardziej współczesnych czasach reformatorzy namawiali jednak do tego, by osoby chore psychicznie były umieszczane w instytucjach zwanych azylami[10], w których mogłyby być chronione przed stresami świata zewnętrznego – oraz przed brutalnymi „terapiami”, które były zbyt powszechne. Niestety ideał azylu dla chorych psychicznie często nie był realizowany.

Jednym z cieszących się najgorszą sławą zakładów dla osób chorych psychicznie był – będący jednocześnie jednym z pierwszych – Szpital Betlejemski w Londynie, gdzie za kilka pensów podczas weekendu osoby zwiedzające mogły obserwować pacjentów, którzy często prezentowali przed ciekawską publicznością szalone i głośne „przedstawienie”. W rezultacie „Bedlam” (skrótowa nazwa używana przez Londyńczyków na określenie „Betlejem”) stało się słowem używanym do określania jakiegokolwiek głośnego i pogrążonego w chaosie miejsca[11].

W większości zakładów pacjenci otrzymywali, w najlepszym wypadku, opiekę polegającą jedynie na pilnowaniu. W najgorszych wypadkach byli zaniedbywani lub okrutnie unieruchamiani, na przykład w klatkach i kaftanach bezpieczeństwa. Niektórzy nawet wciąż byli bici, polewani zimnym prysznicem lub poddawani innym

formom przemocy. Nietrudno odgadnąć, że takie leczenie rzadko powodowało poprawę u osób cierpiących na choroby psychiczne.

Współczesne podejścia do terapii

Współcześni specjaliści od zdrowia psychicznego porzucili stary model demonów i otwarcie agresywne metody leczenia na rzecz terapii opartych na psychologicznych i biologicznych teoriach umysłu i zachowania. Jednakże, jak zobaczymy, nawet oni nie są zgodni – przy obecnym stanie wiedzy, który daje nam do wyboru wiele różnych terapii – ani co do przyczyn poszczególnych zaburzeń, ani co do metod leczenia. Aby pomóc ci uzyskać ogólny zarys tego „zaśmieconego” krajobrazu terapeutycznego, proponujemy, wyprzedzając nieco treść następnego podrozdziału, podzielenie go na dwa główne nurty

Terapie psychologiczne często zbiorczo określa się po prostu mianem *psychoterapii*[12]. Koncentrują się one na zmienianiu zaburzonych myśli, uczuć i zachowania, za pomocą technik psychologicznych. Przyjmują dwie formy. Pierwsza, zwana *terapią wglądową*, koncentruje się na tym, by pomóc ludziom zrozumieć własne problemy i zmienić myśli, motywy lub uczucia. Druga, znana jako *terapia behawioralna*, koncentruje się przede wszystkim na zmianie zachowania. Dość niedawno powstało połączenie tych dwóch form, *terapia poznawczo-behawioralna*.

W odróżnieniu od psychoterapii, **terapie biomedyczne** koncentrują się na leczeniu problemów psychicznych przez zmianę leżącą u ich podłoża biologii mózgu, stosując rozmaite leki, w tym antydepresyjne, uspokajające i stymulujące. Niekiedy mózg można leczyć bezpośrednio za pomocą stymulacji elektromagnetycznej lub nawet operacji chirurgicznych. Czasami terapeuci stosują podejście łączone, uwzględniające zarówno leki, jak i psychoterapię.

Zaburzenie i terapia w kontekście kulturowym

To, w jaki sposób myśli się o zaburzeniu psychicznym i jak się je

leczy, bardzo różni się w zależności od kultury (Matsumoto, 1996). Ludzie w indywidualistycznych kulturach Zachodu (to jest w Europie i Ameryce Północnej) ogólnie spostrzegają zaburzenia psychiczne jako rezultat procesu chorobowego, nieprawidłowości genetycznych, zniekształconego myślenia, niezdrowego środowiska lub stresorów. Jednakże kultury kolektywistyczne często patrzą na to z innej perspektywy (Triandis, 1990; Zaman, 1992). Społeczeństwa azjatyckie mogą spostrzegać zaburzenie psychiczne jako odłączenie osoby od grupy. Podobnie, wielu mieszkańców Afryki wierzy, że zaburzenie psychiczne jest wynikiem tego, iż jednostka zrywa z naturą i społecznością, ze społecznością duchów przodków włącznie (Nobles, 1976; Sow, 1977). W takich kulturach leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi przez usunięcie ich ze społeczeństwa jest nie do pomyślenia. Uzdrawianie odbywa się w kontekście społecznym, z naciskiem na system wierzeń (przekonań), rodzinę, pracę i środowisko życiowe cierpiącej osoby. Afrykański sposób stosowania wsparcia grupowego w terapii rozwinął się w procedurę nazywaną „terapią sieciową”, w której cała sieć krewnych, współpracowników i przyjaciół pacjenta zostaje włączona w proces leczenia (Lambo, 1978).

W wielu miejscach na świecie sposoby leczenia problemów zarówno psychicznych, jak i fizycznych wiążą się również z religią i zjawiskami nadprzyrodzonymi – bardzo podobnie, jak w średniowiecznej Europie, choć zazwyczaj nie są tak okrutne. Gdyby Derek był w takiej kulturze, niewątpliwie byłby uzdrawiany przez czarnoksiężnika lub *szamana*, których uważa się za posiadających szczególną mistyczną moc. Jego terapia obejmowałaby ceremonie i rytuały wnoszące do procesu uzdrawiania emocjonalną intensywność i znaczenie. W połączeniu z użyciem symboli, rytuały te łączą pojedynczą cierpiącą osobę, szamana i społeczeństwo z nadprzyrodzonymi siłami, aby wygrać bitwę z szaleństwem (Devereux, 1981; Wallace, 1959).

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Paraprofesjoniści również prowadzą terapię

Czy najlepsza terapia zawsze wymaga dobrze wykwalifikowanego (i drogiego) specjalisty? Czy **paraprofesjoniści** – osoby, które mogły zdobyć kwalifikacje podczas pracy zamiast zdobywać dyplomy i certyfikaty – również mogą być skutecznymi terapeutami? Jeśli poszukujesz odpowiedniego leczenia, to te pytania są ważne, gdyż szpitale, przychodnie i inne placówki w coraz większym stopniu zwracają się ku paraprofesjonalistom w celu obniżania kosztów: ci, którym brakuje pełnych formalnych kwalifikacji zawodowych, mogą zostać zatrudnieni za ułamek zarobków tych z tytułami zawodowymi. Często nazywa się ich „pomocami” lub „doradcami” (choć wiele osób zajmujących się doradzaniem posiada profesjonalne kwalifikacje).

Co zaskakujące, przegląd literatury nie ujawnił żadnych istotnych różnic między tymi dwiema grupami pod względem skuteczności w leczeniu szerokiego spektrum problemów psychicznych (Christensen, Jacobson, 1994). To dobra wiadomość w takim znaczeniu, że zapotrzebowanie na usługi związane ze zdrowiem psychicznym jest znacznie większe, niż możliwości jego zaspokojenia przez istniejącą liczbę profesjonalnych terapeutów. A ponieważ paraprofesjonalni terapeuci mogą być skuteczni, wysoko wykwalifikowani profesjonaliści mogą pełnić inne role, w tym związane z profilaktyką i programami edukacji społecznej, z diagnozowaniem pacjentów, ze szkoleniem i kontrolą superwizyjną paraprofesjonalistów oraz z prowadzeniem badań naukowych. Powinno się jednak ostrzec czytelnika przed nadinterpretacją tego faktu. Równa skuteczność profesjonalistów i paraprofesjonalistów została stwierdzona jedynie w terapiach wglądowych, które omówimy za chwilę (Zilbergeld, 1986). Takich wyników nie zademonstrowano jeszcze w obszarze terapii behawioralnych, które wymagają szerokiej wiedzy na temat warunkowania sprawczego i klasycznego oraz teorii społecznego uczenia się.

Sprawdź, czy rozumiesz

- 1 **PRZYPOMNIENIE:** Ludzie w kulturach indywidualistycznych często widzą zaburzenie psychiczne jako problem, którego źródło tkwi w psychice danej osoby. W przeciwieństwie do tego, kultury kolektywistyczne są bardziej skłonne widzieć zaburzenie psychiczne jako objaw rozłączenia osoby i _____.
- 2 **PRZYPOMNIENIE:** Czym terapeuta różni się od przyjaciela?
- 3 **ZASTOSOWANIE:** Jakiego typu terapeuta będzie najprawdopodobniej leczył depresję, poszukując przyczyny w nieświadomej psychice?
- 4 **ROZUMIENIE MYŚLI PRZEWODNIEJ:** Pod jakim względem wszystkie terapie są podobne?
 - a) wszystkie mogą być legalnie prowadzone jedynie przez licencjonowanych, wykwalifikowanych specjalistów
 - b) wszystkie dokonują wglądu w problemy pacjenta
 - c) wszystkie mają na celu zmienianie funkcjonowania mózgu, zachowania lub relacji społecznych
 - d) wszystkie koncentrują się na podstawowej przyczynie problemu pacjenta, która często jest ukryta w nieświadomej psychice

Odpowiedzi: 1. Rodziny lub społeczeństwa. 2. W odróżnieniu od przyjaciela, terapeuta jest specjalistą, który (a) przeszedł szkolenie w zakresie stosowania technik terapeutycznych (b) nie będzie wnosił własnych potrzeb do relacji terapeutycznej i (c) zachowa tajemnicę (poufność). 3. Terapeuta psychodynamiczny. 4. c.

3.2

W JAKI SPOSÓB PSYCHOLODZY LECZĄ ZABURZENIA PSYCHICZNE?

W Stanach Zjednoczonych i większości innych krajów Zachodu rodzaj terapii, którą otrzymałby Derek, zależałby od tego, czy udałby się do terapeuty z wykształceniem medycznym, czy psychologicznym. Wybierając psychologa, takiego jak dr Strum, niemal na pewno otrzymałby jeden z dwóch głównych typów terapii opisanych przez naszą MYŚL PRZEWODNIĄ:

Psycholodzy stosują dwie główne formy leczenia, terapie wglądowe (skoncentrowane na rozwijaniu zrozumienia problemu) oraz terapie behawioralne (skoncentrowane na zmianie zachowania przez warunkowanie).

Terapie wglądowe, jak zobaczymy, były pierwszymi prawdziwie psychologicznymi formami leczenia, jakie stworzono, i przez długi czas stanowiły jedyne dostępne terapie psychologiczne. W ostatnich latach dołączyły do nich terapie behawioralne, które należą do najskuteczniejszych narzędzi, jakimi obecnie dysponujemy. Zaczniemy jednak od terapii wglądowych.

Terapie wglądowe

Terapie wglądowe próbują zmienić ludzi od *wewnątrz* – zmieniając sposób, w jaki myślą i czują. Nazywane czasem *terapiami mówionymi*, metody te oparte są na założeniu, że pacjenci potrzebują pogłębionego zrozumienia zaburzonych myśli, emocji

i motywów, które leżą u podłoża ich trudności psychicznych.

Terapie wglądowe mają dziesiątki różnych „marek”, wszystkie jednak zmierzają w kierunku odkrywania i zmieniania zaburzonych procesów umysłowych przez dyskusję i interpretację. Niektóre, jak freudowska *psychoanaliza*, zakładają, że problemy leżą ukryte w nieświadomości, stosując zatem złożone i czasochłonne techniki, aby je wydobyć. Inne, jak *niedyrektywna terapia* Carla Rogersa, minimalizują znaczenie nieświadomości i poszukują problemów w sposobie, w jaki ludzie świadomie myślą i wchodzi w interakcje z innymi. W tym miejscu przedstawimy jedynie próbki najbardziej wpływowych podejść. Rozpoczniemy od legendarnych metod stworzonych przez samego Sigmunda Freuda.

Terapie wglądowe:

- Psychoanaliza freudowska
- Terapie neofreudowskie
- Terapie poznawcze
- Terapie grupowe

Psychoanaliza Freuda

W klasycznym podejściu freudowskim problemy psychologiczne rodzą się z napięcia stworzonego w nieświadomej psychice przez zakazane impulsy i zagrażające wspomnienia. Freudowska terapia, znana jako **psychoanaliza**, bada zatem nieświadomość, usiłując wydobyć te sprawy na „światło dzienne” – czyli do świadomości, gdzie mogą zostać unieszkodliwione. Głównym celem psychoanalizy jest więc odkrywanie i interpretowanie zawartości nieświadomej psychiki.

Aby dotrzeć do nieświadomego materiału, Freud poszukiwał sposobów na obejście obron, które ego stworzyło, by się chronić. Jedną z pomysłowych metod zachęcała do tworzenia długich szeregów *wolnych skojarzeń*, przez które pacjent mógł się odprężyć i mówić swobodnie o wszystkim, co tylko przychodziło mu do głowy,

podczas gdy terapeuta słuchał, zawsze zachowując czujność na zawoalowane odniesienia do nieświadomych potrzeb i konfliktów. Inna metoda wiązała się z *interpretacją snów*, którą możesz pamiętać z rozdziału 2 tomu II.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tego tomu

Do mechanizmów obrony ego zalicza się wyparcie, regresję, projekcję, zaprzeczanie, racjonalizację, reakcję upozorowaną, przemieszczenie i sublimację

Za pomocą tych i innych technik psychoanalitik stopniowo tworzy kliniczny obraz problemu i przystępuje do pomagania pacjentowi w zrozumieniu nieświadomych przyczyn objawów. Aby dać ci przedsmak tego procesu, proponujemy interpretację Freuda dotyczącą fascynującego przypadku 19-letniej dziewczyny, u której zdiagnozowano „nerwicę obsesyjną” (obecnie wymienioną w *DSM-IV* jako *zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne*). Pamiętaj proszę o tym, że idee Freuda nie reprezentują już głównego nurtu psychologii ani psychiatrii, ale pozostają ważne, bowiem wiele spośród technik terapeutycznych Freuda zostało przeniesionych do nowych form terapii. Są ważne również dlatego, że wiele jego pojęć teoretycznych, takich jak „ego”, „wyparcie”, „nieświadomość”, „identyfikacja” czy „kompleks Edypa” weszło do naszego codziennego słownika. Interpretacje Freuda możesz uznać za szokujące, ale jego własne studium przypadku da ci wyobrażenie o tym, jakie były początki psychoterapii mniej więcej 100 lat temu.



Gabinet Sigmunda Freuda, w tym słynna kozetka jest w Muzeum Freuda w Londynie; 82-letni Freud uciekł do Londynu w 1938 roku, po zajęciu Austrii przez nazistów, i zmarł tam w następnym roku.

Kiedy pacjentka Freuda rozpoczęła psychoterapię, wywoływała rozpacz swoich rodziców dziwnym rytuałem związanym z kładzeniem się spać, który odbywała każdego wieczoru. Najpierw zatrzymywała duży zegar znajdujący się w jej pokoju oraz usuwała stamtąd wszystkie mniejsze zegary, w tym swój mały zegarek na rękę. Później umieszczała wszystkie wazony i doniczki razem na swoim biurku, tak, by – zgodnie z jej „neurotycznym” sposobem myślenia – nie mogły spaść i potłuc się w nocy. Następnie upewniała się, że drzwi do jej pokoju są na wpół otwarte, umieszczając w przejściu

różne przedmioty. Po przedsięwzięciu tych środków ostrożności, kierowała swoją uwagę na łóżko, gdzie upewniała się, że podglówek nie dotyka wezglowia, poduszka zaś musiała leżeć ukośnie na środku podglówka. Następnie strzepywała puchową pierzynę w poszewce, aż cały puch opadł na dół, po czym skrupulatnie ponownie rozmieszczała go równomiernie. Wreszcie wślizgiwała się do łóżka i starała się spać z głową ułożoną dokładnie na środku ukośnie położonej poduszki.

Rytuał ten nie przebiegał jednak gładko. Wykonywała, a następnie powtarzała pierwszy, a potem następny element rytuału, zaniepokojona, że nie wykonała wszystkiego właściwie – choć przyznała Freudowi, że wszystkie aspekty jej nocnych środków ostrożności były irracjonalne. W rezultacie dziewczynie tej przygotowanie się do spania zajmowało każdego wieczoru około dwóch godzin.

Zanim przeczytasz interpretację Freuda, możesz pomyśleć o tym, jak wytłumaczyłbyś takie dziwne zachowanie. A oto, opisana własnymi słowami Freuda (2010, s. 193, 194), psychoanalityczna interpretacja tego przypadku:

Pacjentka nasza uczy się z wolna pojmować, że wykluczyła ona ze swych przygotowań do nocy zegar jako symbol kobiecego narządu płciowego. Zegar, dla którego znamy jeszcze inne interpretacje symboliczne, otrzymuje tu rolę przez swój stosunek do przejawów okresowych i do równych interwałów. Kobieta może się na przykład przechwalać, że jej menstruacja jest tak prawidłowa jak mechanizm zegara. Lecz obawa naszej pacjentki była skierowana głównie przeciw temu, że tykanie zegara będzie jej przeszkadzało we śnie. Tykanie zegara odpowiada pulsowaniu clitoris przy podnieceniu płciowym. To przykre dla niej uczucie budziło ją w rzeczy samej wielokrotnie ze snu i teraz wyraziła się owa obawa erekcji w nakazie usunięcia na noc z jej pokoju zegarów. Doniczki i kwiaty są, jak wszystkie naczynia, również symbolami kobiecymi. Ostrożność, przedsięwzięta w tym celu, by nocą nie spadły i nie rozbiły się, nie jest pozbawiona pewnego sensu. [...] Jej przezorność skierowana przeciw rozbiciu się wazonów oznacza więc usunięcie całego kompleksu będącego w związku z dziewictwem [...].

Główny sens swego ceremoniału odgadła ona pewnego dnia, gdy nagle zrozumiała przepis, że poduszka nie powinna dotykać ściany łóżka. Poduszka była w jej pojęciu – jak mówiła – zawsze niewiastą, zaś prosto

stojąca ściana – mężczyzną. Chciała więc – w sposób, możemy dodać, magiczny – trzymać w rozłące mężczyznę i kobietę, to znaczy rozdzielić rodziców, nie dopuścić do obcowania małżeńskiego. [...]

Jeżeli poduszka oznaczała kobietę, to miało sens wstrząsanie pierzyny tak długo, aż całe pierze znalazło się w dolnej części i tam wywoływało nabrzmienie. Znaczyło to uczynić kobietę brzemienną, lecz nie zapominała ona usunąć znów tej ciąży, gdy żyła lata całe w strachu, że wynikiem stosunku rodziców mogłoby być drugie dziecko, które by współzawodniczyło z nią. Z drugiej strony, jeżeli poduszka była kobietą, matką, mała poduszczyka mogła przedstawiać tylko córkę. [...] Ona sama odgrywała wówczas rolę mężczyzny, ojca, i zastępowała organ męski swoją głową (porównaj symbolikę ścięcia głowy dla oznaczenia kastracji). Brzydkie rzeczy, powiecie, które jakoby błakają się po głowie niewinnej dziewczyny. Przyznaję, ale nie zapominajcie: to nie ja stworzyłem te rzeczy, wytłumaczyłem je tylko.

Ten przypadek pokazuje, w jaki sposób Freud używał objawów pacjenta jako symbolicznych drogowskazów dotyczących podstawowych i nieświadomych konfliktów, pragnień i wspomnień. Podczas terapii pomagał więc pacjentce zrozumieć, w jaki sposób jej nieświadome problemy zostały zmienione w obsesyjne rytuały przez mechanizmy obrony jej ego, takie jak *przemieszczenie* (które przekształciło obawy dziewczyny przed utratą dziewictwa w rytuał chronienia wazonów w jej sypialni). Bez względu jednak na objawy pacjenta, ego usiłuje utrzymać „prawdziwy” problem poza świadomością za pośrednictwem obronnego mechanizmu *wyparcia*. Głównym zadaniem psychoanalityka jest zatem pomóc pacjentowi przedostać się przez tę barierę i wprowadzić zagrażające myśli do świadomości. Robiąc tak, pacjent zyskuje wgląd w związek między obecnymi objawami a wypartymi konfliktami. W końcowej fazie psychoanalizy pacjenci dowiadują się, w jaki sposób relacja, którą stworzyli z terapeutą, odzwierciedla nierozwiązane konflikty, szczególnie problemy, które mieli z własnymi rodzicami. Ta projekcja atrybutów rodzicielskich na terapeutę nazywana jest *przeniesieniem*, a zatem ostatnia faza terapii jest znana jako **analiza przeniesienia**. Według teorii psychoanalitycznej, ostatni krok w zdrowieniu następuje wówczas, gdy pacjenci zostają wreszcie uwolnieni od nieświadomych problemów, powstałych dużo

wcześniej, w relacji z ich rodzicami we wczesnym dzieciństwie (Munroe, 1955).

więcej znajdziesz w **rozdziale 1** tego
tomu

Wyparcie jest freudowskim mechanizmem obrony ego,
który powoduje zapomnianie przez zatrzymanie
zagrożających wspomnień w nieświadomości

Neofreudowskie terapie psychodynamiczne

Wybacz nam proszę odrobinę analizy dokonanej na osobie Freuda: niewątpliwie miał on dar dramatyzowania, jak również posiadał silną, charyzmatyczną osobowość – lub, jak on sam mógłby powiedzieć, silne ego. Zachęcał zatem swoich uczniów do debatowania nad zasadami psychoanalizy, nie tolerował jednak fundamentalnych zmian w swoich doktrynach. W nieunikniony sposób doprowadziło to do konfliktów z niektórymi z jego równie upartych następców, takimi jak Alfred Adler, Carl Jung i Karen Horney, którzy ostatecznie zerwali z Freudem, by stworzyć własne szkoły terapii.

Ogólnie rzecz biorąc, neofreudowscy renegaci zachowali wiele z podstawowych idei i technik Freuda, dodając jedne i modyfikując inne. Zgodnie z prawdziwą tradycją psychoanalizy, **neofreudowskie terapie psychodynamiczne** zachowały nacisk kładziony przez Freuda na motywację. Większość z nich porzuciła kozetkę psychoanalityczną, wybierając kontakt z pacjentem twarzą w twarz. Większość zakładała spotykanie się z pacjentami raczej raz w tygodniu przez kilka miesięcy, niż kilka razy w tygodniu przez kilka lat, jak to występuje w klasycznej psychoanalizie.

Jak zatem terapeutom neofreudowskim udaje się wykonać pracę w krótszym czasie? Większość przesunęła nacisk na *świadomą* motywację – nie spędzają więc tyle czasu na poszukiwaniu ukrytych

konfliktów i wypartych wspomnień. Większość zerwała też z Freudem w jednym lub kilku spośród następujących punktów:

- Uważają, że znaczenie ma raczej self (Ja) lub ego niż id.
- Uwzględniają wpływ doświadczeń życiowych występujących po okresie dzieciństwa (w przeciwieństwie do przeceniania przez Freuda znaczenia najwcześniejszych doświadczeń).
- Uważają, że rola potrzeb społecznych i relacji interpersonalnych jest ważniejsza niż rola potrzeb seksualnych i agresywnych pragnień.

Poza tym, jak widzieliśmy w poprzednim rozdziale, każdy z nich stworzył teorię zaburzeń i terapii, która kładła akcent na inne zagadnienia. Nie mamy tu miejsca, by bardziej szczegółowo omawiać te podejścia, ale zastanówmy się pokrótce, w jaki sposób terapeuta neofreudowski mógłby podejść do przypadku obsesyjnej dziewczyny opisywanej przez Freuda. Współczesny neofreudysta najprawdopodobniej skupiłby się na aktualnych relacjach między dziewczyną a jej rodzicami, być może na tym, czy ma ona poczucie niższości, które kompensuje sobie, stając się centrum uwagi rodziców na dwie godziny każdego wieczoru.

Zamiast tak intensywnie pracować z dziewczyną, terapeuta mógłby równie dobrze pracować z rodzicami nad zmianą ich sposobu radzenia sobie z problemem. A co z Derekiem, którego poznaliśmy na początku rozdziału? Tu znów analityk freudowski zgłębiałby jego wspomnienia z wczesnego dzieciństwa w poszukiwaniu wskazówek dotyczących jego depresji. Natomiast współczesny terapeuta psychodynamiczny raczej szukałby wskazówek w jego obecnych związkach z innymi ludźmi, zakładając, że przyczyna jest raczej natury społecznej niż seksualnej.

Terapie humanistyczne

Kwestionując tezę, że przyczyną problemów psychicznych są pozostające w konflikcie motywy, terapeuci *humanistyczni* uważają, że wynikają one z niskiej samooceny, źle ukierunkowanych celów oraz niedających satysfakcji relacji. Rzeczywiście, pierwszymi objawami, z powodu których studenci uczelni poszukują terapii, są

między innymi uczucia wyobcowania, niepowodzenia w osiąganiu tego, co czują, że powinni osiągnąć, trudne związki oraz ogólny brak zadowolenia z własnego życia. Terapeuci często nazywają takie problemy w codziennym życiu mianem kryzysów egzystencjalnych – termin ten podkreśla, jak wiele ludzkich problemów wiąże się z pytaniami o sens i cel własnej egzystencji. Psycholodzy humanistyczni stworzyli terapie ukierunkowane specyficznie na tego typu problemy.

Przeciwnie niż zwolennicy stanowiska psychodynamicznego, terapeuci humanistyczni uważają, że ludzie są przede wszystkim motywowani przez zdrowe potrzeby wzrostu i dobrostanu psychicznego. Dyskutują więc z założeniem Freuda dotyczącym psychiki podzielonej na pozostające w konflikcie części, zdominowanej przez samolubne id i napędzanej hedonistycznymi instynktami oraz wypartymi konfliktami. Zamiast tego humaniści podkreślają koncepcję całej osoby zaangażowanej w nieustanny proces wzrostu i zmiany. Zaburzenie psychiczne pojawia się zatem jedynie wtedy, gdy warunki zakłócają normalny rozwój i tworzą niską samoocenę. **Terapie humanistyczne** starają się więc pomóc klientom skonfrontować się z własnymi problemami przez uznanie własnej wolności, wzmocnienie samooceny i zrealizowanie swojego najpełniejszego potencjału (Schneider, May, 1995). Terapeuta humanistyczny (gdyby taki istniał około wieku temu) prawdopodobnie pracowałby z pacjentką Freuda, eksplorując jej samowiedzę i jej uczucia związane z rodzicami. Jeśli chodzi o Dereka, to terapeuta humanistyczny mógłby przypuszczać, że jego depresja pojawiła się w wyniku albo niesatysfakcjonujących relacji, albo też poczucia własnej niższości.

Terapia nastawiona na klienta, stworzona przez Carla Rogersa (1951, 1977), zakłada, że klient jest osobą (czyli niepowtarzalną indywidualnością – *przyp. red. nauk.*), której zdrowy rozwój może zostać wypaczony przez konflikt między pragnieniem posiadania pozytywnego obrazu siebie a krytyką ze strony innych oraz samokrytyką. Ów konflikt wywołuje lęk i poczucie bycia nieszczęśliwym. Zadaniem terapii jest zatem stworzenie przyjaznego

środowiska, w którym klienci mogą przepracować swoje niepokoje i ostatecznie osiągnąć szacunek do samych siebie oraz samorealizację.

Jedną z głównych technik używanych przez terapeutów rogeriańskich polega na **odzwierciedlaniu uczuć** (nazywanym również *stuchaniem odzwierciedlającym*), mającym pomóc klientom zrozumieć własne emocje. Za pomocą tej techniki terapeuci parafrazują słowa swoich klientów, starając się uchwycić wyrażony w nich ton emocjonalny, aby stworzyć rodzaj psychologicznego „lustra”, w którym klienci mogą zobaczyć siebie. Zwróć uwagę na to, jak terapeuta rogeriański stosuje tę technikę w następujących fragmentach sesji terapeutycznej z młodą kobietą (Rogers, 1951, s. 152):

KLIENTKA: To prawdopodobnie sięga aż do mojego dzieciństwa. ... Moja matka mówiła mi, że jestem pupilką ojca. Chociaż ja nigdy tego nie dostrzegałam – mam na myśli, że nigdy nie traktowali mnie ani trochę jak pupilkę. A wszyscy inni ludzie zawsze byli zdania, że jestem w jakiś sposób uprzywilejowana... I jak daleko sięgam pamięcią, gdy teraz patrzę na to, to było po prostu tak, że rodzina pozwalała innym dzieciakom na więcej, niż zazwyczaj pozwalali mnie. I wygląda na to, że z jakiegoś powodu stosowali wobec mnie wyższe standardy niż wobec innych dzieci.

TERAPEUTA: Nie jesteś zbyt pewna tego, że w jakimkolwiek sensie byłaś pupilką, a bardziej, że sytuacja rodzinna wydawała się stawiać wobec ciebie dość wysokie wymagania.

KLIENTKA: Mhm. Właśnie przyszło mi to do głowy; i że inni ludzie mogli jakoś popełniać błędy, albo robić jako dzieci rzeczy, które były niegrzeczne ... ale Alice miała nie robić takich rzeczy.

TERAPEUTA: Mhm. W przypadku kogoś innego to byłoby po prostu – och, trochę niegrzeczne, ale jeśli chodzi o ciebie, to nie powinnaś tego robić.

KLIENTKA: Tak właśnie mi się wydaje. Myślę, że ta cała sprawa z moimi standardami ... to jest coś, nad czym muszę się raczej uważnie zastanowić, ponieważ od dłuższego czasu wątpię, czy nawet mam jakieś prawdziwe standardy.

TERAPEUTA: Mhm. Nie masz pewności, czy tak naprawdę masz jakieś głębokie wartości, których jesteś pewna.

KLIENTKA: Mhm. Mhm.

Zwróć uwagę na to, że większość wypowiedzi terapeuty w tym przykładzie parafrazowała lub „odzwierciedlała” to, co klientka właśnie powiedziała.

Podsumowując, terapeuta rogeriański zakłada, że ludzie w zasadzie mają zdrowe motywy. Te motywy mogą jednak być zdławione lub wypaczone przez społeczne naciski i niską samoocenę. Zadaniem terapeuty jest przede wszystkim udzielenie klientowi pomocy w wyjaśnieniu uczuć, które stoją na drodze osobistego wzrostu. Osiągane jest to w niezagrażającej atmosferze *autentyczności, empatii i bezwarunkowej pozytywnej uwagi* – to jest, nieosądzającej akceptacji i szacunku wobec klienta.

Czy takie podejście jest skuteczne, czy to jedynie naiwna nadzieja? W rzeczywistości posiada ono poparcie naukowe. Grupa robocza Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, która miała znaleźć oparte na badaniach naukowych oddziaływania przyczyniające się do skuteczności terapii, stwierdziła, że czynnikiem wspólnym dla skutecznych terapii były właśnie ich rogeriańskie właściwości w postaci *empatii, pozytywnej uwagi, szczerości i informacji zwrotnych* (Ackerman i in., 2001).

Terapie poznawcze Terapie wglądowe, które omawialiśmy dotąd, koncentrują się przede wszystkim na emocjach lub motywach ludzi (ryc. 3.1). **Terapia poznawcza** natomiast opiera się na założeniu, że problemy psychiczne wynikają z błędnego myślenia, i w racjonalnym myśleniu widzi klucz do pozytywnej zmiany terapeutycznej (Butler i in., 2006). Terapia poznawcza przybiera wielorakie formy, ale możemy ci dać jej przedsmak za pomocą jednego przykładu: terapii depresji według Aarona Becka.

Beck, który pierwotnie szkolił się w klasycznej psychoanalizie, zerwał z freudowską tradycją, gdy zaczął dostrzegać, że sny i wolne skojarzenia jego depresyjnych pacjentów były wypełnione negatywnymi myślami (Beck, 1976; Bowles, 2004). Powszechnie wypowiadali oni takie wyrażające dezaprobatę wobec siebie stwierdzenia, jak: „Nikt by mnie nie chciał, gdyby naprawdę mnie znał” i „Nie jestem wystarczająco bystry, by udało mi się w szkole, gdzie panuje takie współzawodnictwo”. Stopniowo Beck doszedł do

przekonania, że depresja pojawia się z powodu tego negatywnego wewnętrznego monologu. Zadaniem terapeuty jest więc pomóc klientowi nauczyć się bardziej pozytywnych sposobów myślenia.



Rycina 3.1

Typy psychoterapii

Każda z dwóch głównych gałęzi psychoterapii ma wiele odmian

Oto przykład podejścia Becka, zaczerpnięty z sesji terapeutycznej ze studentem college'u mniej więcej w wieku Dereka (Beck i in., 1979, s. 145, 146):

KLIENT: Wpadam w depresję, gdy idzie mi źle. Na przykład, gdy obleję test.

TERAPEUTA: W jaki sposób oblanie testu może wpędzić cię w depresję?

KLIENT: No, jeśli obleję, to nigdy nie dostanę się na prawo.

TERAPEUTA: Czy zgadzasz się, że sposób, w jaki interpretujesz wyniki testu będzie wpływał na ciebie? Możesz czuć się przygnębiony, możesz mieć problemy ze snem, nie mieć ochoty na jedzenie i możesz nawet zastanawiać się nad rezygnacją z zajęć.

KLIENT: Myślałem, że nie uda mi się. Tak, zgadzam się.

TERAPEUTA: A co oznaczało oblanie?

KLIENT: (ze łzami) Że nie mogę dostać się na prawo.

TERAPEUTA: A co to dla ciebie oznacza?

KLIENT: Że nie jestem wystarczająco mądry.

TERAPEUTA: Czy coś jeszcze?

KLIENT: Że nigdy nie będę mógł być szczęśliwy.

TERAPEUTA: A jak czujesz się, gdy tak myślisz?

KLIENT: Bardzo nieszczęśliwy.

TERAPEUTA: A więc to interpretowanie możliwości niezdania testu czyni cię bardzo nieszczęśliwym. W rzeczywistości przekonanie, że nigdy nie będziesz szczęśliwy, jest silnym czynnikiem w wytwarzaniu poczucia nieszczęścia. Wpędzasz się więc w pułapkę – definiując porażkę

polegającą na niedostaniu się na prawo jako równoznaczną z twierdzeniem: „nigdy nie będę mógł być szczęśliwy”.

Jak widać z tej rozmowy, terapeuta poznawczy pomaga klientowi skonfrontować się z depresyjnymi myślami, które wzmacniają depresję. Badania pokazały, że podejście Becka może być w leczeniu depresji przynajmniej tak samo skuteczne, jak leki (Antonuccio, 1995; Beck, 2005).

W przypadku Dereka terapeuta poznawczy poszukiwałby prawdopodobnie negatywnego monologu wewnętrznego, który może być pożywką dla depresji. A jak terapeuta poznawczy mógłby podejść do 19-letniej obsesyjnej pacjentki Freuda? Położyłby nacisk na irracjonalne przekonania, takie jak pomysł, że doniczki i wazony mogłyby w nocy same spaść i potłuc się. Terapeuta poznawczy podważałby również założenie, że mogłaby się wydarzyć jakaś katastrofa (np. niemożność zaśnięcia!) gdyby dziewczyna nie wykonała swojego cowieczornego rytuału. W obu przypadkach założeniem byłoby, że objawy znikną, kiedy negatywne myśli zostaną zastąpione pozytywnymi.

Terapie grupowe

Wszystkie omawiane przez nas do tej pory formy leczenia wiążą się z relacją „jeden na jeden” między pacjentem lub klientem a terapeutą. Jednakże w leczeniu różnych trudności, zwłaszcza problemów z zachowaniem społecznym i relacjami, cenna może być **terapia grupowa**. Można ją prowadzić na wiele sposobów – z parami, rodzinami lub grupami ludzi, którzy mają podobne problemy, takie jak depresja czy uzależnienie od narkotyków. Zwykle spotykają się oni raz w tygodniu, ale niektóre z innowacyjnych grup terapeutycznych są nawet dostępne przez Internet (Davison i in., 2000). Podejścia grupowe najczęściej przyjmują perspektywę humanistyczną, choć nierzadkie są również grupy psychodynamiczne. Wśród korzyści z terapii grupowej jest to, że klienci mają możliwość obserwowania i naśladowania nowych zachowań społecznych w tolerancyjnej, wspierającej atmosferze.

Spójrzmy jedynie na niewielką próbkę terapii grupowych: na grupy samopomocowe oraz terapie małżeńską i rodzinną.

Samopomocowe grupy wsparcia Być może najbardziej godnym uwagi osiągnięciem w terapii grupowej jest gwałtowny wzrost zainteresowania **samopomocowymi grupami wsparcia**. Istnieją tysiące takich grup. Wiele z nich jest bezpłatnych, szczególnie te, które nie są prowadzone przez specjalistę z dziedziny zdrowia psychicznego. Tego typu grupy dają ludziom okazję spotkania się w niezagrażających warunkach, aby wymienić się przemyśleniami z innymi osobami mającymi podobne problemy, z osobami, które je przetrwały, a czasem nawet świetnie się mają (Schiff, Bargał, 2000).

Jedną z najstarszych grup, Anonimowi Alkoholicy (AA), zapoczątkowała koncepcję samopomocy w połowie lat trzydziestych XX wieku. Kluczowa dla oryginalnego procesu AA jest koncepcja „12 kroków” do wyzdrowienia z uzależnienia od alkoholu, oparta nie na teorii psychologicznej, ale na zdobywanym metodą prób i błędów doświadczeniu pierwszych członków AA. Pierwszy krok rozpoczyna się od uznania, że stało się bezsilnym wobec alkoholu, drugi przyznaje, że wiara „w siłę większą od nas samych” jest konieczna do wyzdrowienia. W ramach pozostałych kroków jednostka poszukuje pomocy ze strony Boga i ustanawia cele związane z zadośćuczynieniem wobec tych, którzy zostali skrzywdzeni przez jej działania. Grupa zachęca swoich członków do zaakceptowania możliwie największej liczby kroków, aby osiągnąć wyzdrowienie.

Feministyczny ruch zwiększania świadomości w latach sześćdziesiątych XX w. przedstawił ideę samopomocy szerszej publiczności. W rezultacie grupy samopomocowe istnieją obecnie w odniesieniu do olbrzymiego zakresu problemów, takich jak:

- radzenie sobie z przemianami życiowymi lub innymi kryzysami, jak rozwód czy śmierć dziecka;
- radzenie sobie z zaburzeniami fizycznymi i psychicznymi, jak depresja czy atak serca;
- radzenie sobie z uzależnieniami i innymi niekontrolowanymi zachowaniami, jak alkoholizm, hazard, nadmierne objadanie się, ekscesy seksualne czy uzależnienie od narkotyków;

- radzenie sobie ze stresem odczuwanym ze strony zmagających się z uzależnieniami członków rodziny lub przyjaciół.

Terapia grupowa ma też cenny wkład w pomaganie pacjentom nieuleczalnie chorym. W przypadku tej grupy terapia ma na celu pomóc pacjentom i ich rodzinom żyć najpełniej, jak jest to możliwe, w realistyczny sposób radzić sobie z nieuchronnie zbliżającą się śmiercią oraz przystosować się do nieuleczalnej choroby (Adams, 1979; Yalom, Greaves, 1977). Nadrzędnym przedmiotem zainteresowania tego typu grup wsparcia dla osób nieuleczalnie chorych jest nauczenie ich „jak żyć pełnią życia do chwili pożegnania” (Nungesser, 1990).

Terapia par i rodzin Prawdopodobnie najlepszym otoczeniem, w którym można dowiedzieć się czegoś na temat relacji, jest grupa ludzi, którzy sobie z nimi nie radzą. *Terapia par* (lub poradnictwo małżeńskie) może na przykład uwzględniać jedną lub więcej par, które uczą się wyjaśniać swoje wzorce komunikacji i poprawić jakość swoich interakcji (Napier, 2000). Spotykając się z parami, terapeuta może pomóc partnerom zidentyfikować werbalne i niewerbalne style, których używają, by dominować, kontrolować lub dezorientować się nawzajem. Terapeuta pomaga im następnie wzmocnić bardziej pożądane reakcje drugiej osoby i wycofać się z konfliktów. Pary uczą się również umiejętności niewymuszonego słuchania, które pomagają wyjaśniać i wyrażać uczucia i myśli (Jacobson i in., 2000; Wheeler, in., 2001).

Terapia par najczęściej koncentruje się nie na osobowościach partnerów, ale na *procesach* zachodzących w związku, zwłaszcza na wzorcach konfliktu i komunikacji (Gottman, 1994; Christensen, Heavey, 1999). Chociaż zmiana wzorców interakcji pary jest czasami bardzo trudna, może być skuteczniejsza niż indywidualna terapia z każdą z osób oddzielnie (Gottman, 1994, 1999).

W *terapii rodzinnej* „klientem” jest cała grupa rodzinna, w której każdego członka rodziny traktuje się jak część *systemu relacji* (Fishman, 1993). Terapeuta rodzinny pomaga przeżywającym trudności członkom rodziny spostrzec sprawy lub wzorce, które powodują ich problemy. Celem jest zmiana dynamiki

interpersonalnej (interakcji) między ludźmi (Foley, 1979; Schwebel, Fine, 1994). Terapia rodzinna może nie tylko zmniejszyć napięcia w obrębie rodziny, ale również poprawić funkcjonowanie jej poszczególnych członków, pomagając im dostrzec własne role w grupie. Dowiedziono, że jest szczególnie skuteczna w leczeniu anoreksji, depresji i innych zaburzeń nastroju, a nawet jest dobrodziejstwem dla rodzin zmagających się ze schizofrenią (Miklowitz, 2007).

Virginia Satir, pionierka w dziedzinie terapii rodzinnej, zwróciła uwagę na to, że terapeuta również ma pewne role do odegrania podczas terapii. Między innymi działa jako tłumacz i osoba wyjaśniająca interakcje zachodzące podczas sesji terapeutycznej, jak również jako doradca, mediator i sędzia (Satir, 2000; Satir i in., 1991). Podobnie jak w przypadku terapii par, terapia rodzinna koncentruje się raczej na *sytuacyjnych* niż na *dyspozycyjnych* aspektach problemu. Oznacza to, że terapeuta pomaga członkom rodziny zobaczyć to, w jaki sposób wchodzi ze sobą w interakcje. Terapeuta raczej pokazuje, jak nieszczęście jednej osoby wpływa na uczucia i relacje pozostałych, niż poszukuje kogoś, kogo można obarczyć winą za bycie „problemem”. Celem spotkania podczas terapii rodzinnej jest zatem nie to, by mieć „sesję narzekania”, ale to, by rozwinąć w rodzinie umiejętność zjednoczenia się dla konstruktywnego rozwiązania problemów.

Terapie behawioralne

Jeśli problemem jest objadanie się, moczenie nocne, nieśmiałość, zachowanie antyspołeczne lub cokolwiek innego, co można opisać w czysto behawioralnych kategoriach, to istnieje duża szansa, że może on zostać zmodyfikowany przez jedną z terapii behawioralnych (znanych również jako **modyfikacja zachowania**). Oparta na założeniu, że takie niepożądane zachowania zostały wyuczone i w związku z tym mogą zostać **oduczone**, **terapia behawioralna** wykorzystuje zasady warunkowania sprawczego

i klasycznego. Poza radzeniem sobie z trudnościami już wymienionymi, terapeuci behawioralni odnotowują sukcesy w walce z lękami, kompulsjami, depresją, uzależnieniami, agresją i zachowaniami przestępczymi.

Terapie behawioralne:

- Systematyczna desensytyzacja
- Terapia awersyjna
- Program zarządzania wzmocnieniami
- Gospodarki żetonowe
- Modelowanie uczestniczące

Jak sugeruje sama nazwa, terapeuci behawioralni koncentrują się na *zachowaniach* problemowych, a nie na wewnętrznych myślach, motywach czy emocjach. Starają się zrozumieć, w jaki sposób zachowania problemowe mogły zostać wyuczone i, co nawet ważniejsze, w jaki sposób mogą zostać wyeliminowane i zastąpione bardziej skutecznymi wzorcami. Aby zobaczyć, jak to się robi, najpierw przyjrzymy się technikom terapeutycznym zapożyczonym z *warunkowania klasycznego*.

Terapie oparte na warunkowaniu klasycznym

W pierwszym przykładzie terapii behawioralnej, który opisała psycholog Mary Cover Jones (1924), leczono przestraszonego małego chłopca o imieniu Peter, który bał się obiektów pokrytych futrem. Jones potrafiła w ciągu kilku tygodni zdesensytyzować strach chłopca, stopniowo umieszczając królika coraz bliżej Petera, gdy ten jadł. W końcu Peter był w stanie pozwolić królikowi usiąść na swoich kolanach i głaskał go. (Możesz tu dostrzec podobieństwo do eksperymentów Johna Watsona z Małym Albertem. Rzeczywiście, Jones była współpracownicą Watsona i знаła badanie dotyczące

Małego Alberta. W odróżnieniu jednak od Alberta, Peter przyszedł już na leczenie z silnym strachem przed królikami i innymi futrzanymi obiektami.)

Co zaskakujące, upłynęło kolejne 14 lat, zanim terapia behawioralna pojawiła się ponownie, tym razem jako forma leczenia moczenia nocnego (Mowrer, Mowrer, 1938). Metoda ta polegała na umieszczeniu na łóżku pod pacjentem wrażliwej na płyn podkładki. Wilgoć uruchamiała alarm i pacjent się budził. Leczenie było skuteczne w 75% przypadków – niezwykle wskaźnik sukcesu, w obliczu ponurej porażki terapii psychodynamicznej w przeciwdziałaniu nocnemu moczeniu przez rozmawianie o „znaczeniu” objawu. Kolejne 20 lat minęło, zanim terapia behawioralna weszła do głównego nurtu leczenia psychologicznego. Skąd to opóźnienie? Stary freudowski pogląd – że każdy objaw ma swoją ukrytą, nieświadomą przyczynę, która musi zostać odkryta i zlikwidowana – był niezwykle dobrze zakorzeniony w tradycji klinicznej. Terapeuci nie mieli śmiałości bezpośrednio atakować objawów (zachowań) w obawie przed *substytucją objawu*: zgodną z poglądem, że wyeliminowanie jednego objawu może spowodować zajęcie jego miejsca przez inny, który może być znacznie gorszy.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tomu

II

W warunkowaniu klasycznym bodziec warunkowy (BW) zaczyna wywoływać w zasadzie taką samą reakcję, jak bodziec bezwarunkowy (BB)

Systematyczna desensytyzacja Trzeba było psychiatry Josepha Wolpego, by podważyć pogląd o substytucji objawu. Wolpe dowiódł, że rozwój irracjonalnych reakcji strachu i innych niepożądanych zachowań opartych na emocjach, przebiega zgodnie z modelem *warunkowania klasycznego*, a nie z modelem freudowskim. Jak sobie przypominasz, warunkowanie klasyczne wiąże się ze skojarzeniem

nowego bodźca z bodźcem bezwarunkowym, tak że jednostka na oba reaguje w ten sam sposób. Reakcja strachu może być zatem skojarzona z, powiedzmy, tłumami, pajakami lub błyskawicami. Wolpe zdał sobie również sprawę z innej prostej prawdy: układ nerwowy nie może być jednocześnie rozluźniony i wzbudzony, gdyż te dwa przeciwstawne procesy nie mogą zachodzić równocześnie. Połączenie tych dwóch idei stworzyło podstawy metody Wolpego, zwanej **systematyczną desensytyzacją** (Wolpe, 1958, 1973).

Systematyczna desensytyzacja rozpoczyna się programem treningowym, w którym pacjentów uczy się rozluźniania własnych mięśni i umysłów (Rachman, 2000). Gdy pacjent znajduje się w stanie głębokiego relaksu, terapeuta rozpoczyna proces wygaszania, prosząc go o wyobrażanie sobie budzących coraz większy strach sytuacji. Robi się to w kolejnych krokach, zwanych hierarchią lęku, które postępują od dalekich skojarzeń do wyobrażania sobie sytuacji budzącej silny strach.

Aby stworzyć hierarchię lęku, terapeuta i klient najpierw identyfikują wszystkie sytuacje wzbudzające lęk tego ostatniego, a następnie układają je poziomami, od najsłabszego do najsilniejszego (Shapiro, 1995). Na przykład pacjent cierpiący z powodu silnego strachu przed publicznym przemawianiem, skonstruował hierarchię bodźców bezwarunkowych widoczną w tabeli 3.2.

Tabela 3.2

Przykładowa hierarchia lęku

Następująca lista jest typową hierarchią lęku, jaką mogą stworzyć terapeuta i pacjent, aby dokonać desensytyzacji strachu przed publicznym przemawianiem. Terapeuta ukierunkowuje głęboko zrelaksowanego pacjenta na wyobrażanie sobie następujących sytuacji:

1. Oglądanie zdjęcia innej osoby przemawiającej.
2. Patrzenie na inną osobę przemawiającą.
3. Przygotowywanie przemówienia, które wygłoszę.
4. Konieczność przedstawienia się dużej grupie.
5. Oczekiwanie na to, by zostać wywołanym do zabrania głosu podczas spotkania.
6. Bycie przedstawionym grupie jako przemawiający.
7. Podchodzenie do podium, aby wygłosić przemowę.
8. Wygłaszanie przemowy przed dużą grupą.

Później, podczas desensytyzacji, zrelaksowany klient ze szczegółami wyobraża sobie najsłabszy bodziec lękowy z listy. Jeśli uda mu się wyobrazić go sobie bez poczucia dyskomfortu, to przechodzi do następnego, silniejszego. Po pewnej liczbie sesji klient jest w stanie bez odczuwania lęku wyobrazić sobie wywołujące najsilniejszy dystres sytuacje z listy (Lang, Lazowik, 1963) – stąd pojęcie „*systematyczna desensytyzacja*”. W niektórych formach systematycznej desensytyzacji, zwanych **terapią ekspozycyjną**, terapeuta może faktycznie doprowadzać do konfrontacji pacjenta z budzącą strach sytuacją lub obiektem, jak na przykład pajak lub wąż, zamiast jedynie z jego wyobrażeniem. Przypomnij sobie, że Sabra, którą poznałeś w rozdziale 2 tomu II, przeszła przez rodzaj desensytyzacji, aby uporać się ze swoim strachem przed lataniem. Tę technikę z powodzeniem stosuje się wobec ogromnej rzeszy pacjentów z fobiami, również tych, którym lęki związane z krwią, zastrzykami i zarazkami uniemożliwiają korzystanie z potrzebnej pomocy medycznej lub dentystycznej (Dittmann, 2005b).

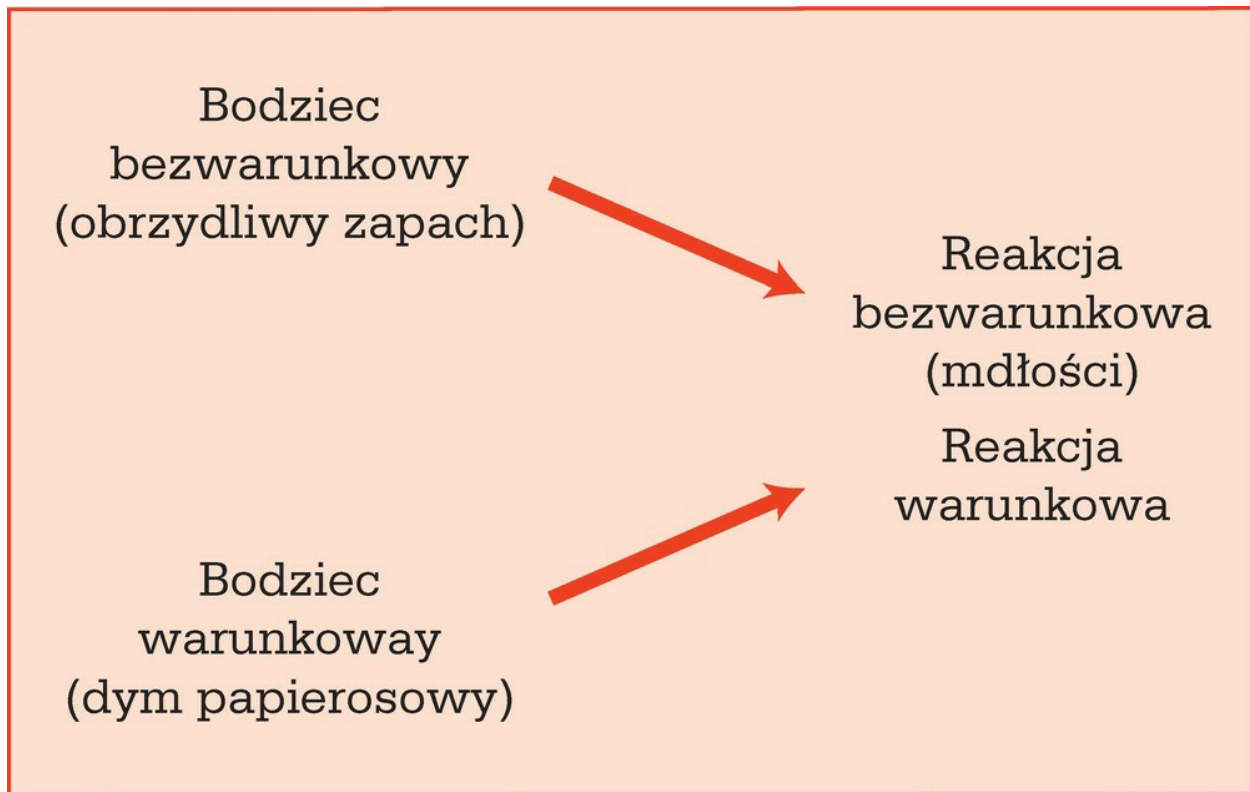
Wiele badań pokazało, że desensytyzacja działa szczególnie dobrze w przypadku specyficznych fobii (Smith, Glass, 1977). Stosuje się ją również z powodzeniem wobec różnych problemów związanych

z lękiem, do których należą: trema przed występami, fobie społeczne, agorafobia i lęk związany ze sprawnością seksualną (Dittmann, 2005a). W ostatnich kilku latach niektórzy terapeuci poznawczo-behawioralni dodali element nowoczesnej techniki, stosując komputerowo wygenerowane obrazy budzących strach sytuacji, które pokazują pacjentowi z fobią w bezpiecznym środowisku rzeczywistość wirtualną. Aby wkroczyć do tej wirtualnej rzeczywistości, pacjenci przywdziewają kask z ekranem wideo pokazującym obrazy, na które będą odwrażliwiani: pająki, węże, wysoko położone miejsca, zamknięte przestrzenie – wszystkie te często wywołujące fobie obiekty lub obrazy (Winerman, 2005b).

Terapia awersyjna A zatem terapia odwrażliwiająca pomaga klientom radzić sobie z bodźcami, których chcą uniknąć. A co z sytuacją odwrotną? Co można zrobić, by pomóc tym, których pociągają bodźce, które są szkodliwe lub nielegalne? Przykładem mogą być uzależnienie od narkotyków, określone rodzaje pociągu seksualnego i tendencja do przemocy – wszystkie będące problemami, w których niepożądane zachowanie jest wywołane przez pewne specyficzne bodźce. **Terapia awersyjna** zabiera się za takie problemy za pomocą procedury warunkowania, mającej uczynić budzące pokusę bodźce odrażającymi przez kojarzenie ich z bodźcami nieprzyjemnymi (awersyjnymi). Terapeuta mógłby na przykład stosować rażenie prądem lub leki wywołujące mdłości, których skutki są wysoce nieprzyjemne, ale same w sobie nie są niebezpieczne. Z upływem czasu negatywne reakcje (reakcje bezwarunkowe) na bodźce awersyjne zostają skojarzone z bodźcami warunkowymi (takimi jak uzależniający narkotyk), a u klienta rozwija się awersja, która zastępuje niepożądane pragnienie.

Teraz kolejny przykład: gdybyś wybrał terapię awersyjną, aby pomóc sobie w rzuceniu palenia, być może kazano by ci palić jednego papierosa za drugim, a jednocześnie w twarz wionąłby ci obrzydliwy zapach – do czasu, aż wytworzyłoby się u ciebie silne skojarzenie między paleniem a mdłościami (zob. ryc. 3.2). Podobny efekt warunkowania występuje u alkoholików, którzy piją podczas przyjmowania Anticolu, leku mającego wspomagać zachowanie

trzeźwości.



Rycina 3.2

Warunkowanie awersji do dymu papierosowego

Awersyjna terapia palenia może kojarzyć obrzydliwy zapach z dymem papierosowym wydychanym równocześnie w twarz palacza. Ten obrzydliwy zapach (np. zgniłych jajek) powoduje mdłości. Reakcja staje się zatem reakcją warunkową związaną z dymem papierosowym.

Źródło. Wolpe (1991). Copyright © Pearson Education. Przedrukowano za zgodą wydawcy.

W pewien sposób terapia awersyjna przypomina niemalże torturę. Dlaczego więc ktokolwiek dobrowolnie by jej się poddawał? Czasami sądy mogą skierować na terapię awersyjną osoby znajdujące się pod ich dozorem. Zwykle jednak ludzie poddają się takiemu rodzajowi leczenia, ponieważ mają dokuczliwe uzależnienie, które okazało się odporne na inne terapie.

Terapie oparte na warunkowaniu sprawczym

Czteroletni Tyler ma napad wrzasku, gdy idzie z rodzicami do sklepu spożywczego, a oni odmawiają kupienia mu cukierka. Nauczył się tego denerwującego zachowania przez warunkowanie sprawcze, otrzymując nagrodę, gdy rodzice poddawali się jego żądaniom. W rzeczywistości problemy występujące zarówno u dzieci, jak i u dorosłych zostały w większości ukształtowane przez nagrody i kary. Zastanów się na przykład nad podobieństwami między przypadkiem Tylera a przypadkiem pracownika, który chronicznie spóźnia się do pracy czy studenta, który do ostatniej chwili zwleka z uczeniem się do egzaminu. Zmiana takich zachowań wymaga technik warunkowania sprawczego. Przyjrzyjmy się dwóm terapeutycznym wersjom tego zagadnienia.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tomu

II

W warunkowaniu sprawczym zachowanie zmienia się z powodu konsekwencji, takich jak nagrody i kary

Program zarządzania wzmocnieniami Rodzice Tylera mogą nauczyć się wygaszać jego napady w sklepie spożywczym, wycofując po prostu swoją uwagę; tak przy okazji – wcale niełatwe zadanie. Ponadto terapeuci mogą pokazać im, jak „przyłapać Tylera na byciu grzecznym” i dopiero wówczas poświęcić mu uwagę, której tak się domaga. Wraz z upływem czasu zmieniający się system wzmocnień zadziała, wygaszając stare, niepożądane zachowania i podtrzymując nowe. Takie podejście jest przykładem **programu zarządzania wzmocnieniami**: zmiany zachowania przez modyfikowanie jego konsekwencji. Okazało się ono skuteczne w radzeniu sobie z problemami z zachowaniem występującymi w tak różnych środowiskach, jak rodziny, szkoły, praca, więzienia, wojsko czy szpitale psychiatryczne. Przemyślane stosowanie nagród i kar może również ograniczyć autodestrukcyjne zachowania u dzieci

autystycznych (Frith, 1997). A jeśli chciałbyś zmienić jakiś niepożądany nawyk lub wyrobić w sobie nowy, możesz nawet zastosować techniki programu zarządzania wzmocnieniami wobec samego siebie: popatrz na moduł **ZRÓB TO SAM!**

Ekonomie żetonowe Szczególna forma terapii zwana **ekonomią żetonową**, często stosowana wobec grup, takich jak klasy szkolne i instytucje, stanowi behawioralną wersję terapii grupowej (Ayllon, Azrin, 1968; Martin, Pear, 1999). Nazwa metody pochodzi od plastikowych żetonów przyznawanych przez terapeutów lub nauczycieli jako natychmiastowe wzmocnienie pożądanых zachowań. W klasie można zarobić żeton za ciche siedzenie przez kilka minut, uczestniczenie w dyskusji klasowej lub oddanie zadanej pracy. Zdobywcy żetonów mogą je później wymienić na jedzenie, towary lub przywileje. Często w miejsce żetonów używa się „punktów” lub pieniędzy do zabawy. Ważne jest to, że jednostka otrzymuje coś jako wzmocnienie bezpośrednio po wykonaniu pożądaney reakcji. Przy odpowiednich modyfikacjach ekonomia żetonowa dobrze też działa w odniesieniu do dzieci z opóźnionym rozwojem, pacjentów psychiatrycznych oraz populacji więziennych (Higgins i in., 2001).

ZRÓB TO SAM!

Modyfikacja własnego zachowania

Czy jest jakiś nawyk, który chciałbyś w sobie wyrobić – uczenie się, inicjowanie rozmów z innymi, ćwiczenie, aby zachować dobrą formę? Zapisz tę czynność w kategoriach behawioralnych w pustej linii. (Nie używaj słów odwołujących się do psychiki, takich jak „czuć się” czy „chcieć”. Behawioryści wymagają, byś zachował obiektywizm, określając jedynie obserwowalne zachowanie.)

Pożądane

nowe

zachowanie:

Kiedy lub w jakich okolicznościach chciałbyś podjąć to nowe zachowanie? W kolejnej pustej linii zapisz czas lub okoliczności, w jakich chciałbyś zainicjować zachowanie (np. w klasie, podczas odpoczynku z przyjaciółmi lub o określonej porze każdego ranka).

Czas lub okoliczności nowego zachowania:

Aby zwiększyć prawdopodobieństwo uzyskania pożądanej reakcji, zastosuj wobec siebie terapię opartą na pozytywnych wzmocnieniach. Wybierz odpowiednią nagrodę, którą sobie dasz, gdy osiągniesz pożądane zachowanie w odpowiednim czasie. Zapisz nagrodę, której sobie udzielisz.

Twoja

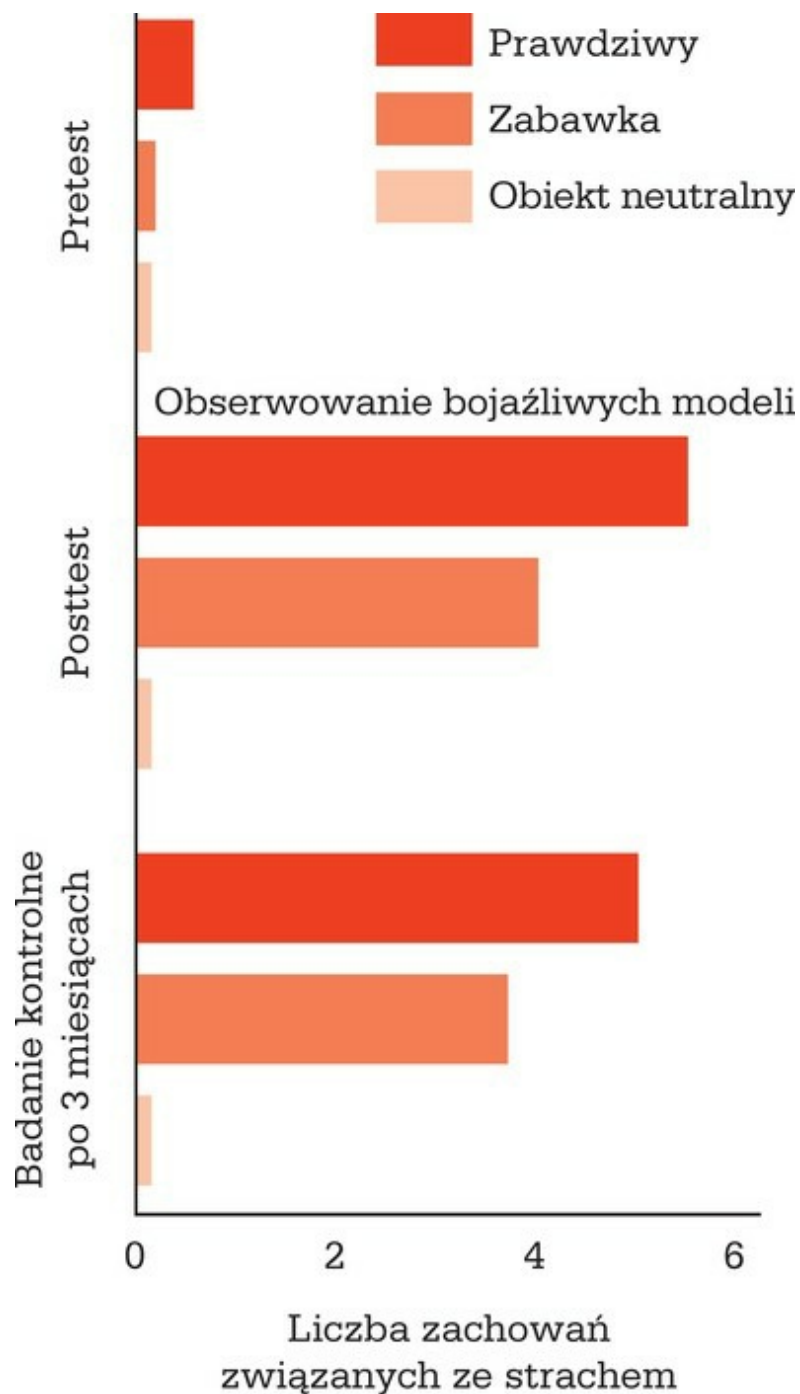
nagroda:

Udziel sobie informacji zwrotnej na temat własnych postępów, prowadząc codzienny zapis pojawiania się twojego nowego zachowania. Można to zrobić na przykład w postaci kalendarza lub wykresu. Z czasem odkryjesz, że pożądane zachowanie zwiększy swoją częstotliwość. Zobaczysz również, że twój nowy nawyk pociągnie za sobą własne nagrody, takie jak lepsze oceny czy bardziej satysfakcjonujące interakcje społeczne (Kazdin, 1994).

Modelowanie uczestniczące: terapia oparta na uczeniu się przez obserwację „Małpa widzi – małpa robi”, mówimy. I rzeczywiście, małpy uczą się lęków przez obserwację i naśladowanie. Jedno z badań pokazało, że laboratoryjne małpy, bez wcześniejszej awersji do węży, mogły nabyć małpiej wersji *ofidiofobii* przez obserwowanie swoich rodziców reagujących bojaźliwie na prawdziwe węże i na węże zabawki. (Nie pamiętasz tej fobii? Zajrzyj znów do tabeli 2.3 w poprzednim rozdziale.) Im bardziej zaniepokojeni na widok węży byli rodzice, tym większy był powodowany tym strach u ich

potomstwa (Mineka i in., 1984). Badanie kontrolne pokazało, że takie lęki nie były jedynie sprawą rodzinną. Kiedy innym małpom, niewykazującym wcześniej strachu przed węzami, dano możliwość obserwowania niespokrewnionych osobników dorosłych reagujących bojaźliwie na węże, szybko nabyły tej samej reakcji, co widać na rycinie 3.3 (Cook i in., 1985).

Podobnie jak małpy, ludzie również uczą się strachu przez obserwowanie cudzego zachowania. Dla celów terapeutycznych, uczenie się przez obserwację w formie *modelowania uczestniczącego* może być stosowane również, by zachęcać do *zdrowych* zachowań. W **modelowaniu uczestniczącym** klient, lub *uczestnik*, obserwuje i naśladuje kogoś *modelującego* pożądane zachowania. Oczywiście trenerzy sportowi stosują modelowanie uczestniczące od lat. Podobnie, terapeuta behawioralny leczący fobię przed węzami może modelować pożądane zachowanie, podchodząc najpierw do węża w klatce, później dotykając go itd. Następnie klient naśladuje modelowane zachowanie, ale nigdy nie jest zmuszany do określonego działania. Jeśli terapeuta widzi opór, to klient może powrócić do poziomu, na którym poprzednio odniósł sukces. Jak widzisz, procedura jest podobna do systematycznej desensytyzacji, z ważnym dodatkiem uczenia się przez obserwację. W rzeczywistości modelowanie uczestniczące wykorzystuje koncepcje zarówno warunkowania sprawczego, jak i klasycznego.



Rycina 3.3

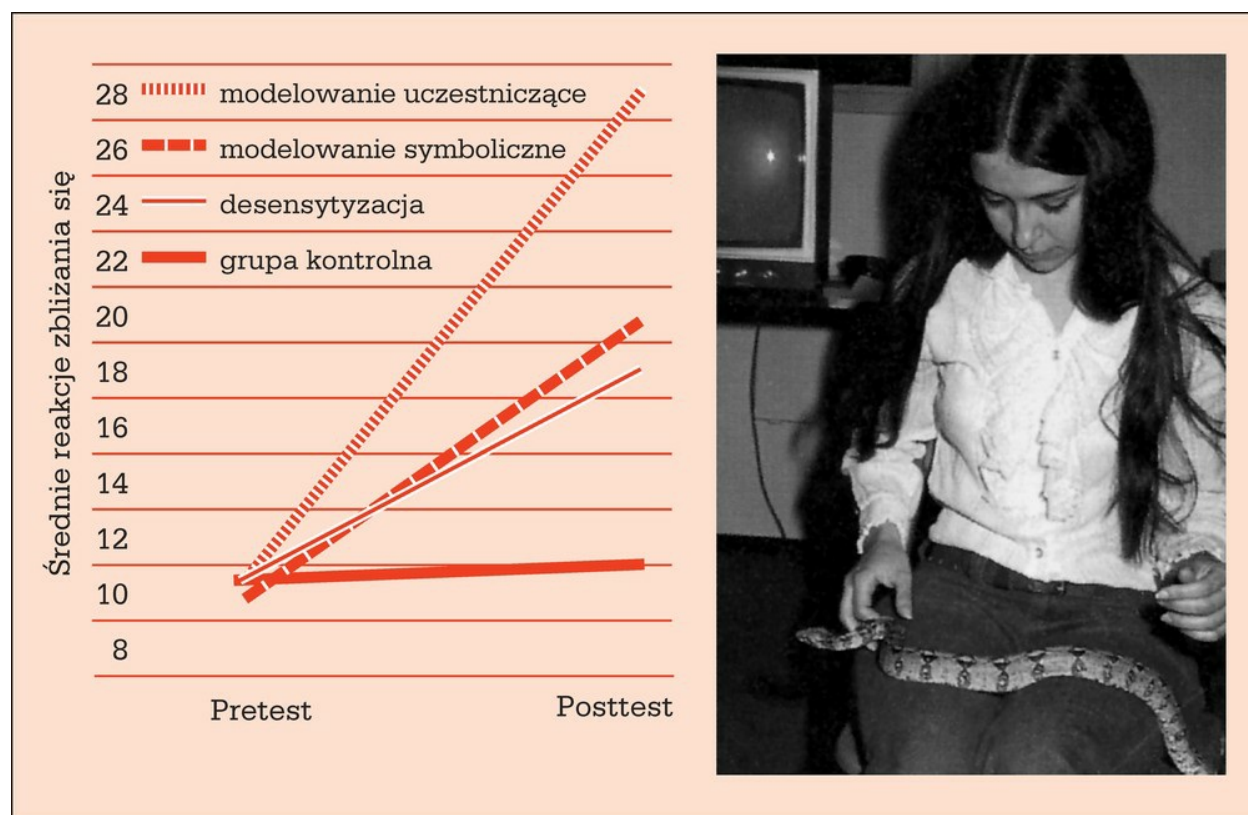
Reakcje lękowe u małp

Podczas pretestu młode małpy wychowane w laboratoriach wykazują niewielki strach przed węzami (górne paski). Jednak po obserwowaniu innych małp okazujących silny strach przed węzami, zostają uwarunkowane, aby bać się zarówno węży prawdziwych, jak i tych do zabawy (środkowe paski). Badanie kontrolne

pokazuje, że strach utrzymuje się po 3-miesięcznej przerwie (dolne paski).

Źródło: Cook i in. (1985). Copyright ©1985, American Psychological Association. Przedrukowano za zgodą.

Siłę modelowania uczestniczącego w eliminowaniu fobii przed węzami można zobaczyć w badaniu, które porównywało technikę modelowania uczestniczącego z kilkoma innymi podejściami: (1) *modelowaniem symbolicznym*, techniką, w której badani otrzymują pośrednią ekspozycję, oglądając filmy lub nagrania wideo, gdzie modele radzą sobie z budzącą strach sytuacją; (2) terapią opartą na desensytyzacji, która, jak pamiętasz, wiąże się z ekspozycją na wyobrażoną sytuację budzącą strach; oraz (3) brakiem interwencji terapeutycznej (warunki kontrolne). Jak widać na rycinie 3.4, modelowanie uczestniczące było najbardziej skuteczne. Fobia przed węzami została praktycznie wyeliminowana u 11 spośród 12 badanych w grupie modelowania uczestniczącego (Bandura, 1970).



Rycina 3.4

Terapia modelowania uczestniczącego

Klientka pokazana na zdjęciu najpierw przygląda się modelowi wykonującemu stopniowo wiele reakcji zbliżania się do węża, a następnie sama je powtarza. W końcu jest w stanie podnieść węża i pozwolić mu swobodnie poruszać się po swojej nodze. Wykres porównuje liczbę reakcji zbliżania się, wykonywanych przez klientkę przed i po terapii modelowania uczestniczącego, z liczbą reakcji tych, którzy zostali poddani dwóm innym technikom terapeutycznym, oraz z liczbą reakcji grupy kontrolnej. Wykres pokazuje, że modelowanie uczestniczące wykazało w postępie znacznie większą skuteczność.

Źródło: Bandura (1970). Przedrukowano za zgodą autora.

Terapia poznawczo-behawioralna: synteza

Założmy, że zawsze, gdy osoba, którą kochasz, zachowuje się przyjaźnie wobec kogoś innego, masz trudność z kontrolowaniem uczucia zazdrości. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że ten problem ma swoje źródło w twojej wiedzy na temat siebie i innych osób zaangażowanych w tę sytuację („Marty kradnie mi Terry’ego!”). Te myśli mogą również wpływać na twoje zachowanie, sprawiając, że będziesz zachowywać się w taki sposób, który może odstraszyć Terry’ego od ciebie. Dawka terapii skierowanej *zarówno* na twoje reprezentacje poznawcze, jak i na zachowania, może być lepszym pomysłem niż terapia zajmująca się jedynie którąś z tych sfer.

Mówiąc w skrócie, **terapia poznawczo-behawioralna (CBT)** łączy poznawczy nacisk na myśli i postawy ze strategiami, które właśnie omówiliśmy. To podwójne podejście zakłada, że u podłoża nieprzystosowanego zachowania leży irracjonalne przekonanie na temat własnej osoby. Nałogowy palacz może na przykład automatycznie mówić sobie: „Jeszcze jeden papieros nie zrobi mi krzywdy” albo: „Zwariuję, jeśli teraz nie zapalę”. Takie irracjonalne stwierdzenia na własny temat muszą zostać zmienione lub zastąpione racjonalnymi, konstruktywnymi stwierdzeniami umożliwiającymi radzenie sobie, zanim można będzie zmodyfikować nieakceptowany wzorec zachowania. Oto przykład zdrowszego myślenia: „Mogę pokonać to pragnienie, jeśli odwrócę

swoją uwagę za pomocą czegoś innego, co lubię robić, na przykład pójścia do kina”.

Zatem w leczeniu poznawczo-behawioralnym terapeuta i klient wspólnie pracują nad zmodyfikowaniem irracjonalnego monologu wewnętrznego, ustaleniem osiągalnych celów behawioralnych, wypracowaniem realistycznych strategii ich osiągnięcia oraz nad stopniowym rozwijaniem nowych umiejętności i poczucia własnej skuteczności (Bandura, 1986, 1992; Schwarzer, 1992).

Racjonalno-emotywna terapia zachowania: podważanie stwierdzeń typu „powinieniem” i „muszę”

Jedna z najbardziej znanych form terapii poznawczo-behawioralnej została stworzona przez barwnego i znanego Alberta Ellisa (1990, 1998; Ellis, Dryden 1987), aby pomóc ludziom wyeliminować samoograniczające wzorce myślenia. Ellis nadał swojej formie leczenia nazwę **racjonalno-emotywniej terapii zachowania (REBT)**, wywodzącą się z metody podważania określonych „irracjonalnych” przekonań i zachowań.

Czym są irracjonalne przekonania, którym REBT rzuca wyzwanie, i w jaki sposób prowadzą one do nieprzystosowawczych uczuć i działań? Według Ellisa, jednostki nieprzystosowane opierają swoje życie na zestawie nierealistycznych wartości i nieosiągalnych celów. Owe wyolbrzymione cele i wartości prowadzą ludzi do utrzymywania nierealistycznych oczekiwań, że muszą zawsze odnieść sukces, że zawsze powinni zdobyć uznanie ze strony innych, że powinni zawsze być traktowani sprawiedliwie oraz że ich doświadczenia powinny zawsze być przyjemne. (Możesz zobaczyć najbardziej powszechne irracjonalne przekonania w module kolejnym **ZRÓB TO SAM!**) Na przykład we własnym codziennym życiu możesz często mówić sobie, że „powinieneś” dostać piątkę z matematyki lub że „powinieneś” spędzać codziennie godzinę na ćwiczeniach fizycznych. Co więcej, mówi Ellis, jeśli nie jesteś w stanie zrealizować swoich celów i rzadko kwestionujesz ten neurotyczny monolog wewnętrzny, może on zacząć kontrolować twoje działania lub nawet powstrzymać cię

przed wyborem takiego życia, jakiego byś chciał. Gdybyś rozpoczął terapię REBT, twój terapeuta nauczyłby cię rozpoznawania tego typu założeń, kwestionowania ich racjonalności oraz zastępowania błędnych idei bardziej trafnymi. Nie uważaj ciągle, że „powinieneś to lub tamto” przestrzegał Ellis.

więcej znajdziesz w rozdziale 1 tego
tomu

Porównaj „neurotyczne” cele Ellisa z neurotycznymi
tendencjami według Karen Horney

ZRÓB TO SAM!

Badanie własnych przekonań

Może być oczywiste, że następujące stwierdzenia nie są zdrowymi przekonaniami, jednak Albert Ellis odkrył, że wielu ludzi je ma. A ty? Bądź szczery: zaznacz te spośród wymienionych stwierdzeń, które dobrze opisują twoje uczucia na swój temat.

- 1 ____ Muszę być kochany i akceptowany przez wszystkich.
- 2 ____ Muszę być całkowicie kompetentny, adekwatny i mieć osiągnięcia.
- 3 ____ To katastrofa, jeśli sprawy nie idą tak, jak bym chciał.
- 4 ____ Moje nieszczęścia są rezultatem działania sił, nad którymi nie mam żadnej kontroli.
- 5 ____ Ludzie muszą zawsze traktować się nawzajem sprawiedliwie; ci, którzy tak nie robią, są wstrętnei i okropni.
- 6 ____ Muszę stale mieć się na baczności przed niebezpieczeństwami i tym, co mogłoby pójść nie tak.
- 7 ____ Życie jest pełne problemów i zawsze muszę dla nich znaleźć szybkie rozwiązania.
- 8 ____ Łatwiej jest uciec przed moimi problemami, niż stawić im czoła.

9 _____ Nieprzyjemne doświadczenia w mojej przeszłości wywarły na mnie głęboki wpływ. Muszą zatem nadal wpływać na moje aktualne uczucia i działania.

10 _____ Mogę osiągnąć szczęście po prostu dobrze się bawiąc każdego dnia. Przyszłość sama się sobą zajmie.

Zdaniem Ellisa, wszystkie te stwierdzenia są irracjonalnymi przekonaniem, które mogą powodować problemy psychiczne. Im więcej stwierdzeń zaznaczyłeś, tym bardziej „irracjonalne” są twoje przekonania. Poznawcze podejście Ellisa do terapii, znane jako racjonalno-emotywna terapia zachowania, koncentruje się na pomaganiu ludziom w dostrzeżeniu, że tego typu irracjonalnymi stwierdzeniami mogą „doprowadzić się do szaleństwa”. Na przykład student, który imprezuje zamiast uczyć się do egzaminu, wyznaje przekonanie nr 8. Osoba, która ma depresję z powodu tego, że nie dostała określonej pracy, wyznaje przekonanie nr 3. Więcej informacji na temat systemu Ellisa możesz znaleźć w jego książkach.

Jak zatem terapeuta poznawczo-behawioralny mógłby zająć się obsesyjną pacjentką Freuda? Najpierw, przyjmując podejście poznawcze, terapeuta podważyłby irracjonalne przekonania dziewczyny, tak jak sugerowaliśmy wcześniej. Następnie, przełączając się na tryb behawioralny, mógłby nauczyć dziewczynę stosowania technik relaksacji każdego wieczoru, gdy szykuje się do spania. Techniki te zastąpiłyby potem obsesyjny rytuał. Jest również prawdopodobne, że terapeuta pracowałby z rodzicami, koncentrując się na tym, by pomóc im nauczyć się nie nagradzać dziewczyny za jej rytualne zachowanie obdarzaniem jej swoją uwagą.

Psychoterapia pozytywna (PPT) Nasz depresyjny klient Derek mógłby być szczególnie dobrym kandydatem do nowej formy leczenia poznawczo-behawioralnego, zwanej **psychoterapią pozytywną (PPT)**, którą rozwinął Martin Seligman. Podobnie jak humaniści, Martin Seligman i jego koledzy, *psycholodzy pozytywni*,

jako swoją misję widzą równoważenie negatywnego nacisku psychologii na zaburzenia psychiczne pozytywnym naciskiem kładzionym na rozwój, zdrowie i szczęście. Było więc dla Seligmana czymś „naturalnym”, by podejść do problemu depresji przez zaakcentowanie pozytywów (Seligman i in., 2006). Inaczej jednak niż w przypadku humanistów, podejście PPT jest bardzo znacznym stopniu poznawczo-behawioralne, i dużą wagą przywiązuje do badań naukowych.

W terapii PPT Derek mógłby poczuć się bardziej jak student niż jak pacjent. Terapeuta mógłby mu na przykład dać „zadanie domowe”, takie jak ćwiczenie dotyczące „trzech dobrych rzeczy”: „Zanim położysz się spać, zapisz trzy rzeczy, które poszły ci dziś dobrze oraz dlaczego tak się stało”. Derek nauczyłby się również koncentrować na pozytywnych emocjach, konstruktywnie reagować wobec innych oraz jeszcze inaczej poszukiwać więcej przyjemności we własnej pracy i życiu domowym. Jak dobrze to działa? Seligman i jego grupa zastosowali to podejście wobec dziesiątek klientów i przytaczają wstępne wyniki, pokazujące, że PPT przynosiła ulgę w depresji znacznie skuteczniej niż konwencjonalne leczenie lub leki antydepresyjne (Seligman i in., 2006).

Zmienianie mózgu przez zmianę psychiki

Tomografie mózgu pokazują nam obecnie, że terapia poznawczo-behawioralna nie tylko pomaga ludziom zmieniać ich psychikę, ale może również zmienić sam mózg (Dobbs, 2006b). W jednym z badań, pacjenci cierpiący z powodu obsesji, takich jak martwienie się o to, że nie wyłączyli kuchenek lub nie zamknęli drzwi, byli poddawani poznawczej modyfikacji zachowania (Schwartz i in., 1996). Gdy mieli ochotę, by pójść do domu i osobiście coś sprawdzić, uczono ich nazywania tego stanu obsesją lub kompulsją – a nie racjonalnym zmartwieniem. Następnie przez około 15 minut koncentrowali się – przez odwracanie uwagi innymi czynnościami – na tym, aby przeczekać to napięcie, zamiast mu ulegać. Tomografia pozytronowa (PET) mózgów osób badanych, które uczono stosowania tej techniki, pokazała, że wraz z upływem czasu część

mózgu odpowiadająca za ów dręczący strach lub potrzebę stopniowo stawała się mniej aktywna.

Jak pokazuje to badanie, psychologia przebyła długą drogę od czasów, gdy zastanawialiśmy się, czy myśli i zachowanie są wytworem natury, czy wychowania. Dzięki terapii poznawczo-behawioralnej wiemy, że doświadczenie może zmienić biologię stojącą za zachowaniem.

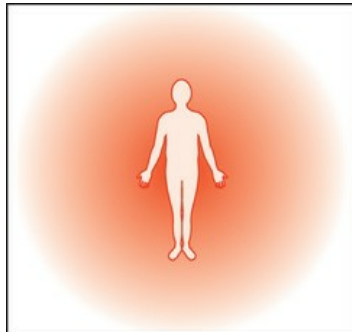
Ocena terapii psychologicznych

Teraz gdy przyjrzeliliśmy się różnym terapiom psychologicznym (zob. ryc. 3.5), cofnijmy się o krok i zapytajmy o to, w jakim stopniu skuteczna jest terapia. Pomyśl: na jakiej podstawie mógłbyś obiektywnie powiedzieć, czy terapia rzeczywiście działa? Odpowiedź na to pytanie nie zawsze była jasna (Kopta i in., 1999; Shadish i in., 2000).

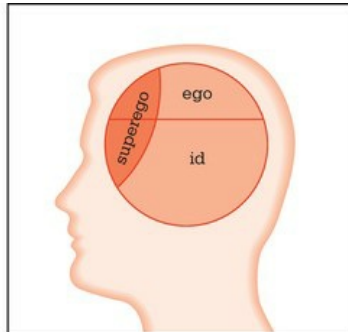
Wiele dowodów naukowych mówi nam o tym, że ludziom, którzy przeszli terapię, *podoba się* to. Zostało to pokazane na przykład w ankiecie przeprowadzonej wśród tysięcy prenumeratorów pisma *Consumer Reports* (1995). Respondenci wskazywali, jak bardzo terapia im pomogła, jak zadowoleni byli ze sposobu leczenia ich problemu przez terapeutę, jak bardzo w następstwie terapii zmienił się ich „ogólny stan emocjonalny”, oraz jaki rodzaj terapii przeszli. Dla około 3000 spośród 7000 respondentów, którzy odpowiedzieli na ankietę, „terapia” oznaczała po prostu rozmowę z przyjacielem, członkiem rodziny lub duchownym (jak można było oczekiwać na podstawie naszej wcześniejszej dyskusji w tym rozdziale).

Kolejne 2900 osób spotykało się ze specjalistą w zakresie zdrowia psychicznego; reszta odwiedzała lekarza rodzinnego lub przyłączała się do grup wsparcia. Wśród rezultatów badania były następujące: (a) terapia działa – to znaczy była spostrzegana jako coś, co pomogło klientom zmniejszyć lub wyeliminować ich problemy psychiczne; (b) terapia długoterminowa jest lepsza niż krótkoterminowa; oraz (c) wszystkie formy terapii są mniej więcej jednakowo skuteczne

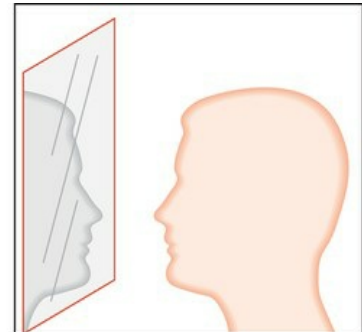
w wywoływaniu poprawy w zakresie problemów klientów (zob. Jacobson, Christensen, 1996).



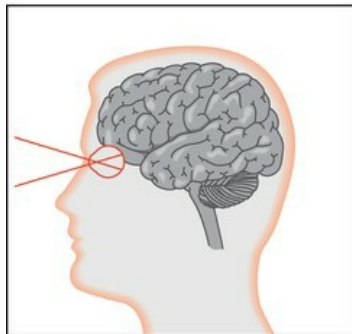
Terapie behawioralne
mają na celu zmianę stanu rzeczy *poza jednostką*: nagród, kar i sygnałów występujących w środowisku po to, by zmienić zewnętrzne zachowania danej osoby.



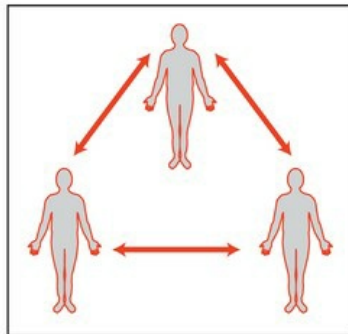
Terapie psychodynamiczne
mają na celu poczynienie zmian *wewnątrz psychiki danej osoby*, zwłaszcza w jej nieświadomości.



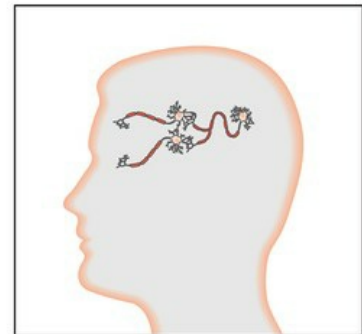
Terapie humanistyczne
mają na celu zmianę sposobu, w jaki ludzie *spozstrzegają siebie*.



Terapie poznawcze
mają na celu zmianę sposobu, w jaki ludzie *myślą i spozstrzegają rzeczywistość*.



Terapie grupowe
mają na celu zmianę sposobu, w jaki ludzie *wchodzą w interakcje*.



Terapie biomedyczne
mają na celu zmianę struktury lub funkcji mózgu.

Rycina 3.5

Porównanie różnych rodzajów terapii

Nie możemy jednak wyrażać uznania dla terapii jedynie dlatego, iż ludzie mówią, że im się podoba lub że im pomogła (Hollon, 1996). Dowody uznania nie tworzą dobrej nauki – dlatego psycholodzy wymagają teraz, by terapia była oceniana na podstawie badań, w których jest *grupa porównawcza* lub *grupa kontrolna*. Zwróćmy się zatem ku kontrolowanym badaniom skuteczności psychoterapii, rozpoczynając od raportu, który niemal całkowicie zakwestionował

jej przydatność.

więcej znajdziesz w rozdziale 1 tomu

I

Grupa kontrolna jest poddawana takim samym oddziaływaniom, jak grupa eksperymentalna, z wyjątkiem kluczowej zmiennej niezależnej

Kontrowersyjne oświadczenie Eysencka

Problem skuteczności terapii wyłonił się w roku 1952, kiedy brytyjski psycholog Hans Eysenck oświadczył, że stan mniej więcej dwóch trzecich wszystkich osób, u których rozwijają się niepsychotyczne zaburzenia psychiczne, polepszy się w ciągu 2 lat *niezależnie od tego, czy skorzystają z terapii, czy też nie*. Dowody zebrane przez Eysencka pochodziły z przeglądu kilku badań nad rezultatami różnych rodzajów terapii wglądowej, porównujących pacjentów otrzymujących terapię z tymi, którzy byli na listach oczekujących na swoją kolej w leczeniu. Tym, na co zwrócił uwagę, był fakt, że wyzdrowiało tyle samo osób z list oczekujących, ile tych, które skorzystały z terapii. Gdyby zakładać prawdziwość tych wniosków, oznaczałoby to, że psychoterapia jest w zasadzie bezwartościowa – nie lepsza od braku jakiegokolwiek leczenia! Mówiąc najogólniej, nie zostało to ochoczo przyjęte przez terapeutów. Jednakże wyzwanie rzucone przez Eysencka miało niezwykle pożyteczny skutek: zmobilizowało terapeutów do przeprowadzania badań nad skutecznością ich rzemiosła.

W odpowiedzi Eysenckowi

Obszerniejsze przeglądy rosnącej liczby dowodów dotyczących terapii zaczęto publikować w roku 1970 (Meltzoff, Kornreich), 1975 (Luborsky i in.) oraz w 1977 (Smith, Glass). Ogólnie rzecz biorąc, ta

literatura – obejmująca około 375 badań – poparła dwa główne wnioski. Po pierwsze, terapia jest, koniec końców, bardziej skuteczna niż brak terapii – ku powszechnej uldze! Po drugie, Eysenck przecenił stopień poprawy w grupach kontrolnych nieotrzymujących terapii.

Stopniowo zatem pojawił się naukowy konsensus dotyczący wartości psychoterapii (Meredith, 1986; VandenBos, 1986). W odniesieniu do szerokiego spektrum zaburzeń efekt psychoterapii w rzeczywistości okazał się porównywalny z efektem wielu uznanych oddziaływań medycznych lub lepszy od niego (Wampold, 2007). Co więcej, badania zaczęły pokazywać, że psychoterapia jest skuteczna nie tylko w uprzemysłowionych państwach Zachodu (w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Europie), ale również w wielu innych kręgach kulturowych na całym świecie (Beutler, Machado, 1992; Lipsey, Wilson, 1993). Część autorów ostrzega jednak, że terapeuci muszą być wrażliwi na różnice kulturowe i odpowiednio dostosowywać używane przez siebie techniki (Matsumoto, 1996; Shiraev, Levy, 2001).

Nowe pytania

Jednakże nowe badania przyniosły nowe pytania. Czy niektóre terapie są lepsze od innych? Czy wiadomo, które terapie najlepiej nadają się do leczenia specyficznych zaburzeń? Badanie Smitha i Glassa (1977) sugerowało, że odpowiedzi na te pytania powinny brzmieć „tak” i „tak”. Smith i Glass stwierdzili, że terapie behawioralne wydawały się mieć przewagę nad terapiami wglądowymi w zakresie leczenia wielu zaburzeń lękowych. W nowszych badaniach stwierdzono, że terapie wglądowe mogą być nie mniej skuteczne w leczeniu innych problemów, takich jak konflikty małżeńskie i depresja. Ostatnio pojawiła się wyraźna tendencja do dopasowywania specyficznych terapii do specyficznych problemów. Ważne jest jednak, by zdawać sobie sprawę z tego, że owe techniki terapeutyczne nie zawsze „leczą” zaburzenia psychiczne. Na przykład stosowanie terapii psychologicznych w przypadku schizofrenii, upośledzenia umysłowego czy autyzmu, można uznać za skuteczne nawet wtedy,

gdy osoby cierpiące na te dolegliwości nauczą się tylko trochę bardziej adaptacyjnych zachowań (Hogarty i in., 1997).

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Gdzie większość ludzi otrzymuje pomoc?

Skuteczność psychoterapii w odniesieniu do wielu różnych problemów wydaje się nie budzić wątpliwości. Rzekłszy to jednak, musimy ponownie zauważyć, że *większość ludzi doświadczających psychicznego cierpienia nie zwraca się po pomoc do specjalistów*. Zwracają się oni raczej do wybranych osób ze swojej społeczności (Wills, DePaulo, 1991). Osoby cierpiące z powodu problemów psychicznych często szukają pomocy u przyjaciół, duchownych, fryzjerów, barmanów i innych osób, z którymi łączy je więź oparta na zaufaniu. W rzeczywistości w przypadku niektórych rodzajów problemów – być może najbardziej powszechnych problemów codziennego życia – współczujący przyjaciel może być równie skuteczny, jak profesjonalny terapeuta (Berman, Norton, 1985; Christensen, Jacobson, 1994).

Ujmując tę kwestię inaczej: większość problemów psychicznych to nie te wyniszczające zaburzenia, które omawialiśmy w poprzednim rozdziale. Psychologiczne trudności, wobec których większość z nas staje, są raczej skutkiem utraty pracy, trudnych małżeństw, nieposłusznych dzieci, psujących się przyjaźni, umierających bliskich... Krótko mówiąc, najbardziej znane problemy wiążą się z chaosem, nieporozumieniami, dokonywaniem wyboru, frustracją, stresem i stratą. Ludzie, którzy zmagają się z tymi trudnościami w przystosowaniu się, mogą nie wymagać długiej psychoterapii, leków, czy też innego specjalnego leczenia. Potrzebują kogoś, kto pomoże im uporządkować ich problemy. Zazwyczaj oznacza to, że zwracają się do kogoś takiego, jak ty.

Co więc możesz zrobić, gdy ktoś poprosi cię o pomoc? Po pierwsze, powinieneś zdać sobie sprawę z tego, że niektóre problemy rzeczywiście wymagają natychmiastowej uwagi

specjalisty. Należy do nich groźba popełnienia samobójstwa lub zamiar skrzywdzenia innych osób. Nie powinieneś zwlekać ze znalezieniem kompetentnej pomocy dla kogoś przejawiającego takie tendencje. Po drugie, powinieneś pamiętać, że większość metod terapeutycznych wymaga odbycia specjalnego szkolenia, zwłaszcza te polegające na stosowaniu technik terapii poznawczo-behawioralnej lub interpretacji psychodynamicznych. Zachęcamy cię, byś dowiedział się jak najwięcej na temat tych metod, ale zdecydowanie zalecamy, byś ich stosowanie pozostawił profesjonalistom. Jednakże niektóre inne techniki są po prostu rozszerzeniem dobrych ludzkich relacji i mieszczą się w ramach możliwości laika w zakresie udzielenia psychologicznej „pierwszej pomocy”. Pokróćce przyjrzymy się trzem z nich:

- *Słuchanie*. Rzadko możesz popełnić błąd, jeśli jedynie słuchasz. Czasem słuchanie to cała terapia, jakiej potrzebuje cierpiąca osoba. Działa ono w ten sposób, że mobilizuje mówiącego do tak dobrego uporządkowania problemu, by można go było zakomunikować. W konsekwencji ci, którzy mówią o swoich problemach, często sami znajdują ich rozwiązania. Twoja rola jako **aktywnego słuchacza** sięga o krok dalej dzięki dostarczaniu mówiącemu informacji zwrotnych: potakiwaniem, utrzymywaniem wyrazu twarzy okazującego zainteresowanie, parafrazowaniem i proszeniem o doprecyzowanie wówczas, gdy czegoś nie rozumiesz. Jak widzieliśmy we fragmentach zaczerpniętych z terapii skoncentrowanej na kliencie na stronach ... i ..., aktywne słuchanie sprawia, że mówiący wie, iż słuchający jest zainteresowany i *empatyczny* (dostrojony do uczuć drugiej osoby). Jednocześnie dobrze zrobisz, unikając pokusy udzielania rad. Rady pozbawiają odbiorcę możliwości wypracowania własnych rozwiązań.
- *Akceptacja*. Terapeuci niedyrektywni nazywają to *neutralną (nieoceniającą) postawą*. Oznacza ona akceptowanie osoby i problemu takimi, jakimi są. Oznacza również powstrzymywanie reakcji wyrażających szok, obrzydzenie lub

potępienie, które stworzyłyby klimat niesprzyjający rozwiązywaniu problemu.

- *Poszukiwanie alternatyw.* Ludzie w sytuacji stresu mogą widzieć tylko jeden kierunek działania, możesz więc im pomóc, identyfikując inne potencjalne wybory i eksplorując konsekwencje każdego z nich. (Możesz wskazać na to, że *nierobienie niczego* również jest wyborem.) Pamiętaj, że ostatecznie wybór rodzaju działania nie zależy od ciebie, ale od osoby, która ma problem.

Poza tymi podstawowymi technikami pomagania leży terytorium wyszkolonego terapeuty. Ponownie stanowczo odradzamy ci wypróbowywanie technik terapeutycznych omówionych w tym rozdziale w odniesieniu do któregośkolwiek z poważnych zaburzeń psychicznych omawianych w poprzednim rozdziale lub wymienionych w podręczniku *DSM-IV*.

Sprawdź, czy rozumiesz

- 1 **PRZYPOMNIENIE:** Na jakiej formie uczenia się zachowania opiera się behawioralna technika przeciwwarunkowania?
- 2 **ZASTOSOWANIE:** Możesz zastosować program zarządzania wzmocnieniami, aby zmienić zachowanie dziecka, które wraca do domu spóźnione na kolację, przez:
 - a) łączenie jedzenia z karą
 - b) stwarzanie sytuacji, w której dziecko obserwuje kogoś innego, kto wraca do domu punktualnie i otrzymuje nagrodę
 - c) odmówienie dziecku kolacji, gdy wraca do domu spóźnione
 - d) stworzenie sytuacji, w której dziecko odpręża się i wyobraża sobie, że wraca do domu punktualnie na kolację
- 3 **PRZYPOMNIENIE:** Jaki jest główny cel terapii psychoanalitycznej? To znaczy, co ją różni od terapii behawioralnej lub terapii poznawczych?
- 4 **PRZYPOMNIENIE:** Carl Rogers stworzył specjalną technikę, aby pomóc ludziom wyraźniej zobaczyć własne myślenie. Stosując tę

technikę, terapeuta parafrazuje wypowiedzi klienta. Rogers nazwał to _____.

5 PRZYPOMNIENIE: Która forma terapii bezpośrednio konfrontuje się z samoutrudniającymi i irracjonalnymi wzorcami myślenia klienta?

6 PRZYPOMNIENIE: Eysenck wywołał poruszenie swoim stwierdzeniem, że ludzie, którzy otrzymują terapię _____.

7 ROZUMIENIE MYŚLI PRZEWODNIEJ: Do leczenia fobii najlepsza byłaby _____, podczas gdy do rozwiązania problemu wyboru specjalizacji na uczelni bardziej odpowiednia byłaby _____.

a) terapia behawioralna/terapia wglądowa

b) terapia poznawcza/psychoanaliza

c) terapia wglądowa/terapia behawioralna

d) terapia humanistyczna/terapia behawioralna

Odpowiedzi: 1. Na warunkowaniu klasycznym. 2. c. 3. Psychoanaliza dąży do odkrycia i rozwiązania problemów w nieświadomości pacjenta, szczególnie wypartych wspomnień traumatycznych, niezaspokojonych pragnień i nieświadomych konfliktów. 4. Odzwierciedleniem uczuć. 5. Racjonalno-emotywna terapia zachowania. 6. Często nie osiągają większej poprawy, niż ludzie, którzy nie otrzymują żadnej terapii. 7. a.

3.3

W JAKI SPOSÓB STOSUJE SIĘ PODEJŚCIE BIOMEDYCZNE W LECZENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH?

Psychika funkcjonuje w delikatnej równowadze biologicznej. Mogą nią zachwiać nieprawidłowości w systemie naszych genów, hormonów, enzymów i metabolizmu, jak również uszkodzenia spowodowane wypadkami i chorobami. Gdy coś dzieje się źle z mózgiem, konsekwencje tego mogą przejawiać się w nienormalnych wzorcach zachowań lub w dziwnych reakcjach poznawczych i emocjonalnych. Terapie biomedyczne starają się zatem leczyć owe zaburzenia psychiczne przez bezpośrednią ingerencję w mózg. Nasza **MYŚL PRZEWODNIA** określa cele tych terapii:

Biomedyczne formy terapii zwalczają zaburzenia psychiczne przez zmianę chemii mózgu za pośrednictwem leków, jego przewodnictwa elektrycznego za pomocą zabiegów chirurgicznych lub jego wzorców aktywności przez stosowanie impulsów elektrycznych albo silnych pól magnetycznych.

Każda z terapii biomedycznych wyłania się z medycznego modelu anormalnego funkcjonowania psychicznego, który zakłada organiczne podstawy chorób psychicznych i leczy je tak, jak inne choroby – co widzieliśmy w poprzednim rozdziale. Rozpoczynamy naszą analizę terapii biomedycznych od przejrzania arsenału leków psychoaktywnych przepisywanych na receptę.

Farmakoterapia

W historii leczenia chorób psychicznych, nic nigdy nie dorównało rewolucji wywołanej odkryciem leków, które mogłyby uspokajać pacjentów lękowych, podnosić nastrój pacjentów depresyjnych i tłumić omamy u pacjentów psychotycznych. Ta nowa odważna era w terapii rozpoczęła się w roku 1953, wraz z wprowadzeniem pierwszych leków antypsychotycznych (często nazywanych „trankwilizatorami”). Ponieważ leki te znalazły szerokie zastosowanie, wielu niezdyscyplinowanych, agresywnych pacjentów cudownie zmieniło się w osoby współpracujące i towarzyskie. Ponadto wielu pacjentów chorych umysłowo, zaabsorbowanych wcześniej swoimi urojeniami i omamami, zaczęło reagować na otaczające ich środowisko fizyczne i społeczne.

Farmakoterapie:

- Leki antypsychotyczne
- Antydepresanty i stabilizatory nastroju
- Leki przeciwlękowe (trankwilizatory)
- Stymulanty

Skuteczność farmakoterapii miała wyraźny wpływ na cenzus państwowych szpitali psychiatrycznych. W 1955 roku ponad pół miliona Amerykanów przebywało w instytucjach psychiatrycznych, a każdy z nich pozostawał tam przeciętnie kilka lat. Potem, wraz z wprowadzeniem leków uspokajających, liczba ta zaczęła się stale zmniejszać. W ciągu nieco ponad 10 lat w szpitalach psychiatrycznych rezydowała mniej niż połowa tych osób, a ci, którzy w nich przebywali, zazwyczaj byli hospitalizowani jedynie przez kilka miesięcy.

Farmakoterapia dawno już przetrąciła sobie drogę ze szpitala psychiatrycznego do naszego codziennego życia. Obecnie miliony

ludzi przyjmują leki z powodu lęku, stresu, depresji, nadpobudliwości, bezsenności, strachów i fobii, obsesji i kompulsji, uzależnień i licznych innych problemów. Najwyraźniej wybuchła wywołana przez leki rewolucja. Jakież są owe cudowne leki?

Prawdopodobnie słyszałeś o Prozacu i Valium, ale to jedynie dwa spośród dziesiątek leków psychoaktywnych, które mogą zmienić twój nastrój, percepcję, pragnienia i być może twoją podstawową osobowość. Zajmiemy się tu czterema głównymi kategoriami obecnie stosowanych leków: lekami *antypsychotycznymi*, *antydepresantami* i *stabilizatorami nastroju*, *lekami przeciwlękowymi* i *stymulantami*.

Leki antypsychotyczne (inaczej: przeciwpsychotyczne, zwane też neuroleptykami)

Jak wskazuje ich nazwa, **leki antypsychotyczne** leczą objawy psychozy: urojenia, omamy, wycofanie społeczne i pobudzenie (Dawkins i in., 1999). Większość z nich działa przez ograniczanie w mózgu aktywności neuroprzekaźnika dopaminy, choć nie jest znany dokładny powód, dla którego może to mieć efekt antypsychotyczny. Wiemy na przykład, że *Chlorpromazyna* (sprzedawana pod nazwą branżową Thorazine[13]) i *Haloperidol* (nazwa branżowa: Haldol) blokują receptory dopaminowe w synapsie między komórkami nerwowymi. Nowszy lek antypsychotyczny, *Klozapina* (Clozaril[14]), jednocześnie zmniejsza aktywność dopaminy i zwiększa aktywność innego neuroprzekaźnika, serotoniny, która również działa hamująco na układ dopaminowy (Javitt, Coyle, 2004; Sawa, Snyder, 2002). Chociaż leki te ograniczają ogólną aktywność mózgu, ich działanie nie sprowadza się po prostu do „uspokajania” pacjenta. Redukują raczej „pozytywne” objawy schizofrenii (omamy, urojenia, zakłócenia emocjonalne i pobudzone zachowanie), choć niewiele robią w zakresie „negatywnych” objawów w postaci dystansu społecznego, pogmatwanych myśli i wąskiego zakresu uwagi, widocznych u wielu pacjentów (Wickelgren, 1998). Niedawno przeprowadzone badanie

sugeruje, że nowe leki antypsychotyczne „drugiej generacji”, promowane przez firmy farmaceutyczne, mogą wcale nie być bardziej skuteczne w redukowaniu objawów psychotycznych niż te starsze (Lieberman i in., 2005; Rosenheck i in., 2006).

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tego tomu

Pozytywne objawy schizofrenii to między innymi omamy, urojenia i skrajne emocje; do objawów negatywnych należą wycofanie i „spłaszczony” emocje

Niestety długotrwałe przyjmowanie leków antypsychotycznych może mieć niepożądane skutki uboczne. Odnotowano fizyczne zmiany w mózgu (Gur, Maany, 1998). Najbardziej jednak niepokojąca jest **dyskineza późna**, która wywołuje nieuleczalne zakłócenie kontroli motorycznej, zwłaszcza mięśni twarzy. Choć niektóre z nowszych leków, takie jak Kłozapina, ograniczyły motoryczne efekty uboczne w związku ze swoim bardziej selektywnym blokowaniem dopaminy, one również mogą powodować poważne problemy. Czy leki antypsychotyczne warte są tego ryzyka? Nie ma tu prostej odpowiedzi. Należy oszacować ryzyko biorąc pod uwagę nasilenie rzeczywistego cierpienia pacjenta.

Antydepresanty i stabilizatory nastroju

Arsenał farmakoterapii zawiera również kilka związków chemicznych, które zrewolucjonizowały leczenie depresji i zaburzenia dwubiegunowego. Podobnie jak inne leki psychoaktywne, ani *antydepresanty*, ani *stabilizatory nastroju* nie mogą zapewnić „wyleczenia”. Ich zastosowanie przyniosło jednak dużą różnicę w jakości życia wielu ludzi cierpiących na zaburzenia nastroju.

Antydepresanty Wszystkie trzy główne klasy **antydepresantów** działają przez „podkreśnianie dźwięku” w wiadomościach przekazywanych przez określone szlaki mózgowe, zwłaszcza te używające noradrenaliny (norepinefryny) i serotoniny (Holmes, 2001). Związki *trójpierścieniowe*, takie jak Tofranil i Elavil, ograniczają reabsorpcję neuroprzekaźników w komórce nerwowej po ich uwolnieniu w synapsie między komórkami mózgu – proces nazywany wychwytem zwrotnym. Do drugiej grupy zalicza się słynny lek przeciwdepresyjny Prozac (fluoksetyna). Leki z tej grupy, znane jako SSRI (selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny), stosowane przez dłuższy czas zakłócają wychwyt zwrotny serotoniny w synapsie. W przypadku wielu osób, ten przedłużony efekt serotoninowy poprawia depresyjny nastrój (Hirschfeld, 1999; Kramer, 1995). Trzecia grupa leków przeciwdepresyjnych, inhibitory monoaminooksydazy (MAO), ogranicza aktywność enzymu MAO, substancji chemicznej, która rozbija noradrenalinę (norepinefrynę) w synapsie. Kiedy działanie MAO zostanie zahamowane, większa ilość noradrenaliny może przenosić informacje nerwowe przez synapsę.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tomu

I

Wychwyt zwrotny jest procesem, za pośrednictwem którego neuroprzekaźniki są pobierane z synapsy w stanie nienaruszonym i ponownie przekazywane do kolbek synaptycznych aksonu. Wychwyt zwrotny „tonuje” zatem informacje przesyłane z jednego neuronu do drugiego

O dziwo, większość pacjentów zgłasza, że mija około dwóch tygodni zanim antydepresanty zaczną spełniać swoją rolę. Najnowsze badania wydają się sugerować, dlaczego tak się dzieje. Stwierdzono w nich, że u zwierząt antydepresanty stymulują wzrost

neuronów w hipokampie mózgu. Nikt nie jest pewien, dlaczego hipokamp wydaje się być związany z depresją, jednak badania nad zwierzętami oferują nam jeszcze jedną obiecującą wskazówkę: stres spowalnia wzrost nowych neuronów w tej części mózgu – a uważa się, że depresja jest reakcją na stres (Santarelli i in., 2003).

Możliwość popełnienia samobójstwa stanowi szczególne zagrożenie w leczeniu depresji. Obecnie wydaje się, że te same leki, które stosuje się w leczeniu depresji, mogą prowokować lub nasilać myśli samobójcze, szczególnie podczas kilku początkowych tygodni terapii i zwłaszcza u dzieci (Bower, 2004). Jedno z niedawnych badań na nowo obudziło nadzieję, pokazując, że to krótkotrwale zwiększone ryzyko jest niewielkie – wynosi mniej niż 1% (Bridge i in., 2007). Inne zaś badanie pokazuje, że u pacjentów przyjmujących antydepresanty ryzyko samobójstwa w dłuższej perspektywie jest *niższe* (Bower, 2007). Najwyraźniej obraz jest obecnie niejednoznaczny, a amerykański Federalny Urząd Żywności i Leków zaleca rozagę osobom wystawiającym recepty (Bower, 2006b; Jick i in., 2004).

Kontrowersje wokół SSRI

W swojej książce *Wstuchując się w Prozac*, psychiatra i zwolennik Prozacu Peter Kramer (1995) zachęca do stosowania tego leku, aby poradzić sobie nie tylko z depresją, ale także z ogólnymi uczuciami społecznego niepokoju i strachu przed odrzuceniem. Tego typu stwierdzenia wywołały gwałtowne reakcje terapeutów, obawiających się, że leki mogą po prostu maskować problemy psychologiczne, którym ludzie muszą stawić czoła i rozwiązać je. Niektórzy obawiają się, że powszechne stosowanie antydepresantów może spowodować zmiany w strukturze osobowości ogromnej części naszej populacji – zmiany, które mogą przynieść nieoczekiwane konsekwencje społeczne (Breggin, Breggin, 1994; Sleek, 1994). Faktycznie wypisuje się więcej recept na leki przeciwdepresyjne, niż jest osób, u których zdiagnozowano kliniczną depresję (Coyne, 2001). Problem wydaje się być szczególnie zastrzony na kampusach uniwersyteckich, gdzie coraz więcej studentów przyjmuje antydepresanty (Young, 2003).

Nikt obecnie nie wie, czym może grozić długotrwała zmiana chemii mózgu u dużej liczby osób.

Podobnie niepokojący dla modelu medycznego jest inny raport sugerujący, że antydepresanty mogą zawdzięczać swoją popularność niemal w równym stopniu związanej z nimi nadziei, jak i uzyskiwanym efektem leczniczym. Według danych z dokumentacji Federalnego Urzędu Żywności i Leków, badania pokazujące pozytywne efekty trafiają do druku znacznie częściej, niż badania pokazujące nieskuteczność tych leków. Choć działają one ogólnie lepiej niż placebo, doniesienia o ich skuteczności wydają się wyolbrzymione przez wybiórcze publikowanie pozytywnych rezultatów (Turner i in., 2008).

Stabilizatory nastroju Prosta substancja chemiczna, *lit* (pod postacią *węglanu litu*), okazała się wysoce skuteczna jako stabilizator nastroju w leczeniu zaburzenia dwubiegunowego (Paulus, 2007; Schou, 1997). Lit jest nie tylko antydepresantem, bowiem oddziałuje na oba krańce emocjonalnego spektrum, studząc huśtawki nastrojów, które w innym wypadku wahałyby się od niekontrolowanych okresów nadmiernego podniecenia do depresyjnego letargu i rozpacz. Niestety ma on jedną poważną wadę: w wysokich stężeniach jest toksyczny. Lekarze nauczyli się, że bezpieczna i skuteczna terapia wymaga podawania niewielkich dawek przez okres jednego lub dwóch tygodni. Następnie, dla ostrożności, pacjenci muszą poddawać się okresowym badaniom krwi, aby upewnić się, że stężenie litu nie wzrosło do niebezpiecznego poziomu. W dobrze przyjętej pracy badawczej, naukowcy odkryli obiecującą alternatywę wobec litu w leczeniu zaburzenia dwubiegunowego (Azar, 1994; Walden i in., 1998) – *kwasy walproinowe* (nazwa firmowa Depakote[15]), pierwotnie przeznaczony do leczenia epilepsji, w przypadku większości pacjentów wydaje się bardziej skuteczny niż lit, przy mniejszej ilości niebezpiecznych skutków ubocznych (Bowden i in., 2000).

Leki przeciwlękowe (trankwilizatory)

Aby zredukować stres i stłumić lęk związany z codziennymi kłopotami, niezliczone miliony Amerykanów biorą **leki przeciwlękowe**, *barbiturany* lub *benzodiazepiny*. Barbiturany wpływają uspokajająco na układ nerwowy, mają więc działanie odprężające. Mogą być jednak niebezpieczne, jeśli są przyjmowane w zbyt dużej ilości lub w połączeniu z alkoholem. W odróżnieniu od barbituranów, benzodiazepiny, takie jak Valium i Xanax, działają przez zwiększenie aktywności neuroprzekaźnika GABA (kwasu aminomasłowego), zmniejszając tym samym aktywność w okolicach mózgu bardziej specyficznie związanych z lękiem. Benzodiazepiny nazywa się czasem „małymi trankwilizatorami”.

więcej znajdziesz w **rozdziale 2** tomu

I

GABA jest głównym hamującym neuroprzekaźnikiem w mózgu

Wielu psychologów uważa, że te leki przeciwlękowe – podobnie jak antydepresanty – są zbyt często przepisywane na problemy, którym ludzie powinni raczej stawić czoła, niż je maskować za pomocą substancji chemicznych. Niemniej jednak przeciwlękowe związki chemiczne mogą być pomocne w radzeniu sobie ze specyficznymi sytuacjami, takimi jak lęk przed operacją. Oto kilka ostrzeżeń, o których należy pamiętać w związku z tymi lekami:

- Używane przez długi czas, barbiturany i benzodiazepiny mogą uzależniać fizycznie i psychicznie (Holmes, 2001; Schatzberg, 1991).
- W związku ze swoim silnym wpływem na mózg, leki te nie powinny być przyjmowane, aby przynieść ulgę w lękach, które są częścią zwykłych stresów codziennego życia.
- Używane w przypadku skrajnego lęku, leki przeciwlękowe nie powinny być przyjmowane przez okres dłuższy niż kilka dni. Jeśli

stosuje się je dłużej, to lekarz powinien stopniowo zmniejszać dawkę. Nagłe przerwanie stosowania leku może doprowadzić do objawów odstawienia, takich jak drgawki, wstrząs oraz skurcze brzucha i mięśni.

- Ponieważ leki przeciwlękowe uspokajają pewne części centralnego układu nerwowego, mogą osłabić zdolność do kierowania pojazdami i innymi urządzeniami lub do wykonywania zadań wymagających dużej mobilizacji (takich jak nauka do egzaminu).
- W połączeniu z alkoholem (również działającym uspokajająco na centralny układ nerwowy) lub z tabletkami nasennymi, leki przeciwlękowe mogą doprowadzić do utraty świadomości, a nawet do śmierci.

Wreszcie powinniśmy wspomnieć o tym, że niektóre antydepresanty okazały się również pomocne w redukowaniu objawów określonych zaburzeń lękowych, takich jak zaburzenia z lękiem napadowym (napady paniki), agorafobia i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. (Współczesny psychiatra mógłby przepisać antydepresanty obsesyjnej pacjentce Freuda.) Ponieważ jednak te problemy mogą wynikać z niskiego poziomu serotoniny, skuteczniejsze mogą być tu takie leki, jak Prozac, które wpływają specyficznie na funkcję przekąźnictwa serotoniny.

Stymulanty (środki pobudzające)

Od kofeiny po nikotynę, amfetaminę i kokainę – każda substancja, która wywołuje podniecenie lub nadpobudliwość należy do kategorii **stymulantów**. Widzieliśmy już, że stymulanty znajdują zastosowanie w leczeniu narkolepsji. Mają też uznaną niszę w leczeniu *zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)*. Choć przepisywanie dzieciom nadpobudliwym stymulantów (powszechnie używany jest Ritalin) może wydawać się dziwne, badania porównujące terapię stymulującą z terapią behawioralną i placebo, pokazały wyraźną przewagę stymulantów (American Academy of Pediatrics, 2001). Choć dokładny mechanizm nie jest znany, stymulanty mogą działać na dzieci nadpobudliwe przez

zwiększenie dostępności dopaminy, kwasu glutaminowego i/lub serotoniny w ich mózgach (Gainetdinov i in., 1999).

Jak możesz sobie wyobrazić, stosowanie stymulantów w leczeniu ADHD wywołało kontrowersje (O'Connor, 2001). Niektóre zastrzeżenia wynikają z nieznamości dobrze udokumentowanego wpływu uspokajającego tych leków na dzieci z ADHD. Inne obawy mają poważniejsze podstawy. W przypadku niektórych pacjentów lek będzie zakłócał normalne wzorce snu. Ponadto istnieją dowody na to, że terapia z użyciem stymulantów może spowalniać wzrost dziecka (National Institute of Mental Health, 2004). Uzasadnione obawy koncentrują się też na potencjalnych nadużyciach, czających się w pokusie, by dostrzegać każdy problem z zachowaniem dziecka jako objaw ADHD (Smith, 2002). I wreszcie, krytycy sugerują, że przepisywanie stymulantów dzieciom może sprzyjać przyszłemu nadużywaniu przez nie narkotyków (Daw, 2001). Na szczęście w niedawnych badaniach odkryto, że efekty lecznicze terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) są porównywalne z efektami leczenia ADHD stymulantami (Sinha, 2005). Jeszcze lepszy, zdaniem wielu ekspertów, jest program *terapii mieszanej*, włączający zarówno terapię poznawczo-behawioralną (CBT), jak i stymulanty.

Ocena farmakoterapii

Terapie farmakologiczne zrewolucjonizowały leczenie poważnych zaburzeń psychicznych, począwszy od roku 1950, kiedy praktycznie jedynymi dostępnymi formami leczenia były terapie oparte na rozmowie, hospitalizacja, ograniczanie (unieruchamianie), „terapia wstrząsowa” (elektrowstrząsy) i lobotomia. Oczywiście żaden z odkrytych dotąd leków nie może „uleczyć” żadnego zaburzenia psychicznego. Jednakże w wielu przypadkach mogą one stłumić objawy, zmieniając chemię mózgu.

Ale czy cały ten entuzjazm jest uzasadniony? Według neurobiologa Elliota Valensteina, bliższe zajrzenie za kuliszy farmakoterapii rodzi poważne pytania (Rolnick, 1998; Valenstein, 1998). Valenstein uważa, że spora część wiary w farmakoterapię zaburzeń psychicznych opiera się na dużym szumie wokół niej. Przypisuje powszechną akceptację

farmakoterapii ogromnym nakładom włożonym przez firmy farmaceutyczne w marketing własnych produktów. Szczególnie niepokojące są podnoszone ostatnio obawy związane z gotowością przepisywania przez lekarzy leków dzieciom – mimo że bezpieczeństwo i skuteczność wielu leków nie zostały nadal potwierdzone w grupie tak młodych ludzi (Brown, 2003a).

Niewiele osób kwestionuje to, że leki są właściwą pierwszą linią leczenia w przypadku określonych dolegliwości, takich jak zaburzenie dwubiegunowe czy schizofrenia. Jednakże w wielu innych przypadkach widoczne korzyści farmakoterapii to szybkie efekty i niski koszt. Z niektórych badań wynikają jednak wątpliwości co do upraszczających założeń dotyczących czasu i pieniędzy. Badania pokazują na przykład, że leczenie depresji, zaburzeń lękowych i zaburzeń odżywiania za pomocą terapii poznawczo-behawioralnej – samej lub w połączeniu z lekami – może być w dłuższej perspektywie czasowej zarówno skuteczniejsze, jak i bardziej ekonomiczne, niż poleganie na samych lekach (Clay, 2000).

Inne medyczne terapie zaburzeń psychicznych

Nagłówek artykułu, opisującego w *Los Angeles Times* współczesnego odpowiednika Phineasa Gage’a, głosił: „Próba samobójcza kalibru 22 leczy zaburzenie psychiczne” (23 lutego, 1988). Artykuł donosił, że 19-letni mężczyzna cierpiący na poważne zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne podczas próby samobójczej przestrzelił przednią część swojego mózgu pociskiem kalibru 22. Co niezwykle, przeżył, jego patologiczne objawy ustąpiły, a zdolności intelektualne nie ucierpiały.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tomu

Phineas Gage przeżył – ze zmienioną osobowością – po

tym, jak stalowy pręt przebił jego płat czołowy

Nie polecamy takiej formy terapii, ale przypadek ten rzeczywiście ilustruje potencjalne skutki fizycznej ingerencji w mózg. W związku z tym przyjrzymy się pokrótce dwóm medycznym alternatywom farmakoterapii, stworzonym po to, by zmienić strukturę i funkcję mózgu – psychochirurgii i bezpośredniej stymulacji mózgu.

Psychochirurgia

Ze skalpelami zamiast broni, chirurdzy od dawna próbują leczyć zaburzenia psychiczne przez przerywanie połączeń między częściami mózgu lub usuwanie niewielkich jego fragmentów. W dzisiejszych czasach **psychochirurgia** jest zwykle uważana za metodę ostateczną. Niemniej jednak jej historia sięga przynajmniej czasów średniowiecza, kiedy to chirurdzy potrafili otworzyć czaszkę, aby usunąć nieszczęsnemu szaleńcowi „kamień szaleństwa”. (Rzecz jasna taki „kamień” nie istnieje – a podczas tych procedur nie stosowano żadnego znieczulenia poza alkoholem.)

Najbardziej znana współcześnie forma psychochirurgii wiązała się z obecnie zdyskredytowaną *lobotomią przedczołową*. Operacja ta, przedstawiona po raz pierwszy przez portugalskiego psychiatrę Egasa Moñiza[16], polegała na przecięciu określonych włókien nerwowych, łączących płaty czołowe z głębokimi strukturami mózgu, zwłaszcza ze wzgórzem i podwzgórzem – w dużym stopniu to samo przypadkowo przydarzyło się Phineasowi Gage’owi. Pierwszymi kandydatami do skalpela Moñiza byli pobudzeni pacjenci ze schizofrenią oraz pacjenci owładnięci nadmiernym pobudzeniem i lękiem. Minusem było to, że operacja trwale zmieniała podstawowe aspekty osobowości pacjentów.

Często wychodzili oni z tej procedury okaleczeni brakiem zainteresowania swoim osobistym dobrostanem i własnym otoczeniem. Gdy zgromadzono więcej doświadczeń z lobotomią, lekarze zobaczyli, że niszczyła ona zdolność pacjentów do

planowania przyszłości, czyniła ich obojętnymi na opinie innych, sprawiała, że ich zachowanie stawało się dziecinne oraz przydawała im intelektualnej i emocjonalnej płaskości osoby bez spójnego poczucia Ja. Nie jest więc zaskakujące, że gdy w latach pięćdziesiątych XX wieku na scenie pojawiły się farmakoterapie antypsychotyczne obiecujące kontrolowanie objawów psychotycznych bez oczywistego ryzyka uszkodzenia mózgu, epoka lobotomii dobiegła końca (Valenstein, 1980).

Psychochirurgię nadal czasami się stosuje, jednak ogranicza się ona teraz do znacznie bardziej precyzyjnych i sprawdzonych procedur związanych z bardzo specyficznymi zaburzeniami mózgu. Na przykład, przecięcie włókien spoidła wielkiego podczas operacji rozszczepienia półkul mózgowych może ograniczyć stanowiące zagrożenie dla życia ataki w określonych przypadkach padaczki, dając niewiele skutków ubocznych. Operacje psychochirurgiczne przeprowadza się również na fragmentach mózgu związanych z doznawaniem bólu w przypadkach jego uporczywego występowania. Dzisiaj jednak żadnej z diagnoz przedstawionych w *DSM-IV* nie leczy się rutynowo za pomocą psychochirurgii.

Terapie polegające na stymulacji mózgu

Elektryczna stymulacja mózgu, znana również jako **terapia elektrowstrząsowa (ECT)**, jest nadal powszechnie stosowana, zwłaszcza w przypadku pacjentów z głęboką depresją, którzy nie reagowali na leki ani na psychoterapię. (Przypomnij sobie, że terapeutka powiedziała, iż Derek nie jest dobrym kandydatem do ECT.) Terapia wywołuje wstrząs w wyniku krótkotrwałego – trwającego od jednej dziesiątej do pełnej sekundy – rażenia prądem (o mocy 75 do 100 woltów) skroni pacjenta. Wstrząs zazwyczaj trwa nie dłużej niż minutę. Pacjentów przygotowuje się do tej traumatycznej interwencji, „usypiając” ich za pomocą krótko działającego barbituranu oraz środka zwiotczającego mięśnie. To nie tylko czyni ich nieświadomymi, ale również minimalizuje gwałtowne spazmy podczas ataku (Abrams, 1992; Malitz, Sackheim, 1984).

W ciągu pół godziny pacjent budzi się, ale nie pamięta ataku drgawek ani przygotowań do zabiegu.

Czy to działa? Jakkolwiek prymitywne wydawałoby się przepuszczanie prądu elektrycznego przez czaszkę i mózg człowieka, badania pokazały, że ECT jest użytecznym narzędziem w leczeniu depresji, zwłaszcza w przypadku tych osób, u których tendencje samobójcze wymagają interwencji działającej dużo szybciej niż leki czy psychoterapia (Shorter, Healy, 2007). Objawy depresji zazwyczaj ustępują w ciągu 3- lub 4-dniowego leczenia ECT, w przeciwieństwie do 1–2 tygodni w przypadku farmakoterapii.

Choć większość klinicystów uważa właściwie wykonaną ECT za bezpieczną i skuteczną, niektórzy krytycy obawiają się, że może ona być również nadużywana do wyciszania sprzeciwu lub karania pacjentów, którzy nie chcą współpracować (Butcher i in., 2008; Holmes, 2001). Inne obawy związane z ECT wynikają z faktu, że jej efekty nie są dobrze rozumiane. Jak dotąd żadna teoria nie wyjaśnia, dlaczego wywoływanie łagodnych drgawek miałoby łagodzić objawy zaburzeń, choć istnieją pewne wskazówki, że może to również pobudzać wzrost neuronów w niektórych częściach mózgu, zwłaszcza w hipokampie.

Prawdopodobnie największy niepokój budzą deficyty pamięci spowodowane czasami terapią elektrowstrząsową (Breggin, 1979, 1991). Orędownicy tej metody uważają jednak, że pacjenci zazwyczaj odzyskują pełne funkcje pamięciowe w ciągu kilku miesięcy od zakończenia leczenia (Calev i in., 1991). W obliczu takich obaw, Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego zbadał zastosowanie ECT i w 1985 roku udzielił jej ograniczonego poparcia w odniesieniu do leczenia wąskiego zakresu zaburzeń, zwłaszcza głębokiej depresji. Następnie, w 1990 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne również uznało ECT za uzasadnioną formę leczenia. Aby jednak zminimalizować nawet krótkotrwałe efekty uboczne, ECT podaje się zazwyczaj „jednostronnie” – tylko na prawą skroń – aby ograniczyć możliwość wystąpienia zaburzeń mowy.

więcej znajdziesz w rozdziale 2 tomu

I

U większości ludzi mowa jest kontrolowana przez lewą półkulę

Inne obiecujące nowe narzędzie terapeutyczne, służące do stymulowania mózgu za pomocą pola magnetycznego, może zaoferować wszystkie korzyści ECT bez ryzyka utraty pamięci. Pozostająca nadal w stadiach eksperymentalnych, **przezczaszkowa stymulacja magnetyczna mózgu (TMS)** wiąże się z kierowaniem do określonych części mózgu stymulacji magnetycznej o dużej mocy. Badania wskazują, że TMS może być użyteczna w leczeniu nie tylko depresji, ale również schizofrenii i zaburzenia dwubiegunowego (George, 2003). Ponieważ większość przypadków zastosowania terapii TMS nie wymaga wywołania ataku drgawek, badacze mają nadzieję, że stanowi ona bezpieczniejszą alternatywę wobec ECT.

Ostatnio neurolog Helen Mayberg opisała zastosowanie *głębokiej stymulacji mózgu*, która wymaga chirurgicznego wszczepienia mikroelektrody przez niewielki otwór w czaszce bezpośrednio do mózgu, dokąd nieustannie dostarcza ona strumień prądu elektrycznego.

Doktor Mayberg przyrównuje to leczenie do „rozzusznika” tej okolicy kory mózgowej, która w depresji wydaje się wymykać spod kontroli (Gutman, 2006). Choć obecnie ta forma leczenia jest nadal w fazie bardzo eksperymentalnej i była stosowana jedynie wobec kilku chorych, Mayberg opisuje wiele jej pozytywnych rezultatów oraz niewielkie ryzyko dla pacjentów (Mayberg i in., 2005). Spostrzega ją nie tylko jako alternatywę wobec innych terapii, ale jako obiecującą, ostatnią deskę ratunku dla głęboko depresyjnych pacjentów, którzy nie zareagowali na inne metody leczenia.

Hospitalizacja i jej alternatywy

Widzieliśmy, że szpitale psychiatryczne początkowo były tworzone jako miejsca schronienia – „azyle” – dokąd ludzie chorzy umysłowo mogli uciec przed naciskami normalnego życia. Często działały one bardzo dobrze (Maher, Maher, 1985). W XX wieku szpitale te zaczęły się jednak przepełniać i w najlepszym wypadku stanowiły jedynie przechowalnię dla osób chorych umysłowo, które nie miały dokąd pójść. Ludzie zamożni rzadko byli oddawani do szpitali psychiatrycznych; otrzymywali raczej prywatną opiekę, w tym indywidualną psychoterapię (Doyle, 2002). W przeciwieństwie do tego, w dużych publicznych szpitalach psychiatrycznych nieudolna forma „terapii grupowej” była często prowadzona z udziałem całego oddziału – jakichś 50 pacjentów – na raz. Jednakże zbyt wielu pacjentów i zbyt mało terapeutów oznaczało małą, jeśli nie żadną, skuteczność leczenia. Leki, które tak głęboko zmieniły leczenie w szpitalach psychiatrycznych, pojawiły się dopiero w latach pięćdziesiątych, a zanim to nastąpiło, pacjenci przebywający w tych instytucjach często byli krępowani kaftanami bezpieczeństwa, zamykani w pokojach i, czasami, poddawani lobotomii. Szkoda, że Maxwell Jones ze swoim frontalnym atakiem na system szpitalnictwa psychiatrycznego nie przybył na ratunek pół wieku wcześniej.

Spółeczność terapeutyczna

W roku 1953 – mniej więcej w tym samym czasie, w którym wprowadzono leki antypsychotyczne – psychiatra Maxwell Jones zaproponował zastąpienie tradycyjnego szpitalnego „leczenia” zaburzeń psychicznych **społecznością terapeutyczną**, która miała nadać sens życiu pacjentów. Wyobrażał sobie, że sama codzienna rutyna szpitalna zyska sens terapii, która pomoże pacjentom nauczyć się radzić sobie ze światem zewnętrznym. Kierując się tymi celami, zniósł typowe dotąd dla szpitali warunki mieszkalne przypominające pokoje w akademikach i dał pacjentom kwatery oferujące więcej prywatności. Wymagał od nich, by podejmowali decyzje w sprawie posiłków i codziennej aktywności. Następnie, gdy pacjenci byli już gotowi przyjąć więcej obowiązków, przejmowali

zadania codziennego życia, takie jak pranie, prowadzenie domu i utrzymanie porządku. Ponadto Jones włączał pacjentów do pomocy w planowaniu własnego leczenia, które uwzględniało nie tylko grupową psychoterapię, ale również terapię zajęciową i rekreacyjną (Jones, 1953).

Ostatecznie różne odmiany koncepcji społeczności terapeutycznej zostały przyjęte w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Wielkiej Brytanii i w Europie – czasem bardziej na papierze, niż w rzeczywistości, co wiedzieliśmy w przedstawionym w poprzednim rozdziale badaniu Rosenhana dotyczącym „pseudopacjentów”. Jednakże zmiany nie były tanie. Nowe podejście w oczywisty sposób wymagało więcej personelu i bardziej kosztownej bazy. Wysokie koszty doprowadziły do poszukiwania jeszcze innej możliwości, która nadeszła pod postacią terapii środowiskowej – i która wraz z rosnącą dostępnością terapii farmakologicznych zaczęła wyglądać coraz bardziej atrakcyjnie.

Deinstytucjonalizacja i psychiatria środowiskowa

Dla specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego wszystkich szczebli celem **deinstytucjonalizacji** było wyjście pacjentów ze szpitali psychiatrycznych i ich powrót do własnych społeczności, gdzie mieli kontynuować leczenie w bardziej znanym i wspierającym środowisku. Koncepcja deinstytucjonalizacji zyskała również popularność wśród polityków, którzy widzieli ogromne sumy pieniędzy wkładane w szpitale psychiatryczne (nawiasem mówiąc, pełne niegłosujących pacjentów). Tak oto w latach siedemdziesiątych politycy i środowisko związane ze zdrowiem psychicznym osiągnęli konsensus co do tego, że główne miejsce leczenia powinno przesunąć się ze szpitali psychiatrycznych z powrotem do środowiska lokalnego. Tam zarówno terapie psychologiczne, jak i farmakologiczne miały być prowadzone ambulatoryjnie przez przychodnie, a dochodzący do zdrowia pacjenci mieli mieszkać z rodzinami, w domach zastępczych lub we wspólnych mieszkaniach. Ta wizja stała się znana pod nazwą **ruchu**

psychiatrii środowiskowej.

Niestety rzeczywistość nie pasowała do tych ambitnych wizji (Doyle, 2002; Torrey, 1996, 1997). Środowiskowe poradnie zdrowia psychicznego – chluba ruchu psychiatrii środowiskowej – rzadko kiedy otrzymywały pełne finansowanie, jakiego potrzebowały. Chroniczni pacjenci byli wypuszczani ze szpitali psychiatrycznych, ale często powracali do środowiska, które mogło zaproponować im niewielkie wsparcie terapeutyczne, oraz do rodzin nieprzygotowanych do tego, by sobie z nimi radzić (Smith i in., 1993). Następnie, w miarę jak pacjenci powracali do swojej społeczności i wymagali opieki, zgłaszali się na oddziały psychiatryczne lokalnych szpitali ogólnych – zamiast do szpitali psychiatrycznych. W rezultacie opieka szpitalna nadal pochłania znaczną część wydatków na zdrowie psychiczne w Stanach Zjednoczonych (Kiesler, 1993; U. S. Department of Health and Human Services, 2002).

Część chorych osób, które wcześniej byłyby hospitalizowane, obecnie po prostu zniknęła z pola widzenia w swoim środowisku. Spośród nich około 150 000 osób, zwłaszcza tych z chroniczną schizofrenią, skończyło jako bezdomni, bez żadnej sieci wsparcia (Torrey, 1997). Choć szacunki bardzo się różnią, nawet 52% bezdomnych mężczyzn i 71% bezdomnych kobiet w Stanach Zjednoczonych prawdopodobnie cierpi na zaburzenia psychiczne, a znaczna część z nich to byli pacjenci szpitali psychiatrycznych (Lamb, 1998). Wiele z tych osób ma również problemy z alkoholem lub narkotykami. W takiej sytuacji żyją, kursując od placówki do placówki. Nie mając nikogo, kto monitorowałby ich zachowanie, zazwyczaj przestają brać leki, a więc ich stan pogarsza się, aż zaczynają wymagać ponownej hospitalizacji.

Mimo ponurego obrazu, który namalowaliśmy, leczenie środowiskowe nie okazało się całkiem nieudane. Po dokonaniu przeglądu dziesięciu badań, w których pacjenci psychiatryczni byli losowo przypisani do leczenia szpitalnego lub do różnych programów środowiskowych, Kiesler (1982) stwierdził, że stan pacjentów częściej poprawiał się w programach leczenia

środowiskowego. Co więcej – ci, którzy otrzymali terapię w środowisku, rzadziej byli ponownie hospitalizowani. Gdy programy leczenia środowiskowego mają odpowiednie środki, mogą być wysoce skuteczne (McGuire, 2000).

Niestety około 60 milionów Amerykanów zamieszkuje tereny wiejskie, gdzie nie ma łatwego dostępu do usług związanych ze zdrowiem psychicznym. Jednakże dzięki Internetowi i telefonom, niektórzy z nich mogą obecnie otrzymać pomoc za pośrednictwem sesji „telezdrowotnych” na odległość (Winerman, 2006). Stosując podejście „telezdrowotne”, psycholodzy i inni specjaliści mogą szybko połączyć się ze swoimi klientami mieszkającymi na wsi, aby odpowiedzieć na ich pytania, skierować gdzieś, a nawet zapewnić im terapię. Poza wygodą, oszczędności związane z dojazdami terapeutów są ogromne.

W ostatnim czasie w pięciu społecznościach lokalnych w USA wypróbowywane jest śmiało nowe podejście psychiatrii środowiskowej. Liderem tej inicjatywy jest William McFarlane, który uważa – i ma dowody na poparcie swojego przekonania – że można zapobiec psychozie, jeśli wczesne objawy zostaną zauważone i poddane intensywnemu leczeniu (Schmidt, 2007). Aby to zrobić, grupa McFarlane’a identyfikuje młodzież obciążoną ryzykiem na podstawie takich symptomów, jak pogorszenie wyników w nauce, bezładne myśli, trudność w wyraźnym mówieniu oraz słyszenie nieistniejących dźwięków; około jednej trzeciej tych osób faktycznie staje się psychotyczna. Po zapisaniu się do programu (co jest nieobowiązkowe), młodzi ludzie otrzymują pomoc w radzeniu sobie ze stresem, a ci z najwyższymi czynnikami ryzyka dostają również niską dawkę leku antypsychotycznego. Krytycy sprzeciwiają się temu programowi z uwagi na jego wysoki fałszywie dodatni wskaźnik identyfikacji (u dwóch trzecich spośród nieleczonych osób z tymi objawami *nie* rozwija się psychoza) oraz w związku z tym, że leki przeciwpsychotyczne mogą mieć poważne skutki uboczne. Niemniej jednak program jest w toku i trzeba poczekać na ostateczne wyniki.

Jaki rodzaj terapii mógłbyś polecić?

Teraz, gdy przyjrzelismy się zarówno terapiom psychologicznym, jak i biomedycznym, zastanów się nad następującą sytuacją. Przyjaciel opowiada ci o jakimś osobistym problemie, który ma, i prosi cię o pomoc w znalezieniu terapeuty. Ponieważ studiujesz psychologię, twój przyjaciel uważa, że możesz wiedzieć, jaki rodzaj terapii byłby najlepszy. W jaki sposób odpowiesz?

Przede wszystkim, możesz po przyjacielsku go wysłuchać, stosując techniki aktywnego słuchania, akceptacji i zbadania alternatyw, które omawialiśmy wcześniej w tym rozdziale. Tak naprawdę, to może być wszystko, czego twój przyjaciel potrzebuje. Jeśli jednak chce on spotkać się z terapeutą lub jeśli sytuacja w jakikolwiek sposób wygląda na wymagającą profesjonalnego wsparcia, to możesz wykorzystać swoją wiedzę na temat zaburzeń psychicznych i terapii, aby pomóc przyjacielowi podjąć decyzję co do tego, jaki typ terapeuty mógłby być najbardziej odpowiedni. Aby zdjąć część ciężaru z twoich barków, obaj powinniście rozumieć, że kompetentny terapeuta zawsze skieruje klienta gdzie indziej, jeśli potrzebna terapia nie należy do jego specjalności.

Pytania kontrolne na temat terapii: Oto więc kilka pytań, nad którymi warto się zastanowić, zanim polecisz określony rodzaj terapeuty:

- *Czy potrzebne jest leczenie medyczne?* Choć nie powinieneś starać się sformułować diagnozy, to powinieneś zachęcić swojego przyjaciela, by udał się do specjalisty, jeśli podejrzewasz, że problem wiąże się z poważnym zaburzeniem psychicznym, takim jak psychoza, mania czy zaburzenie dwubiegunowe. Ocena medyczna jest wskazana również wtedy, kiedy podejrzewasz narkolepsję, bezdech senny, padaczkę, chorobę Alzheimera lub inne problemy o podłożu biologicznym. Jeśli twoje podejrzenie się potwierdzi, to leczenie może uwzględniać połączenie farmakoterapii i psychoterapii.
- *Czy istnieje specyficzny problem behawioralny?* Czy na przykład twój przyjaciel chce pozbyć się strachu przed pajakami lub

przed lataniem? Czy problemem jest buntujące się dziecko? Problem seksualny? Czy przyjaciel ma depresję – ale nie jest psychotyczny? Jeśli tak, najlepsza będzie najprawdopodobniej terapia behawioralna lub poznawczo-behawioralna prowadzona przez specjalistę od poradnictwa psychologicznego lub przez psychologa klinicznego. (Większość psychiatrów i innych lekarzy zazwyczaj nie jest wyszkolona w zakresie tych procedur.) Możesz zadzwonić do gabinetu potencjalnego terapeuty i poprosić o informacje na temat konkretnych obszarów jego przygotowania zawodowego i specjalizacji.

- *Czy pomocna mogłaby być terapia grupowa?* Wiele osób znajduje cenną pomoc i wsparcie w warunkach grupowych, gdzie mogą się uczyć nie tylko od terapeuty, ale również od innych członków grupy. Grupy mogą być szczególnie skuteczne w pokonywaniu nieśmiałości, braku asertywności i uzależnień, oraz w przypadku złożonych problemów w relacjach interpersonalnych. (Dodatkową zaletą jest to, że terapia grupowa jest często tańsza niż indywidualna.) Grupy są prowadzone przez specjalistów z różnych dyscyplin, w tym psychologii, psychiatrii i pracy socjalnej. Również tu, twoim najlepszym wyborem będzie terapeuta, który ma specjalistyczne przygotowanie w zakresie stosowania tej metody, i którego chwalą byli klienci.
- *Czy problem jest związany ze stresem, zdezorientowaniem lub dokonywaniem wyboru?* Większość ludzi nękanych problemami nie mieści się dokładnie w jednej z kategorii omawianych w poprzednich punktach. Częściej jest tak, że potrzebują uporządkowania chaosu w swoim życiu, znalezienia jakiegoś wzorca i stworzenia planu radzenia sobie. Jest to terytorium terapii wglądowych.

Kilka ostrzeżeń Wiemy obecnie wystarczająco dużo o ludzkiej biologii, zachowaniu i procesach psychicznych, aby wiedzieć też, których form leczenia należy unikać. Oto parę szczególnie ważnych przykładów:

- *Terapie farmakologiczne, których należy unikać.* Małe

trankwilizatory (leki przeciwlękowe) są zbyt często przepisywane pacjentom, którzy żyją w stanie chronicznego stresu. Jak już powiedzieliśmy, z uwagi na swoje działanie uzależniające i uspokajające, leki te, jeśli w ogóle powinny być przyjmowane, to przez krótki czas. Niektórzy lekarze ignorują też niebezpieczeństwa związane z lekami nasennymi, które przepisują swoim pacjentom cierpiącym na bezsenność. Choć zastosowanie tych leków jest uzasadnione, wiele przepisanych w ten sposób kuracji niesie ze sobą ryzyko uzależnienia od leku oraz zakłócenia zdolności jednostki do zmiany warunków, które mogły spowodować jej pierwotny problem.

- *Rady i interpretacje, których należy unikać.* Choć terapia psychodynamiczna może pomagać, pacjentów należy przestrzec, że niektórzy terapeuci mogą udzielać niewłaściwych porad dotyczących opanowania gniewu. Zwolennicy Freuda tradycyjnie wierzą w to, że osoby ze skłonnością do wybuchów złości lub przemocy kryją głęboko zakorzenioną agresję, której trzeba dać upust. Jednak, jak widzieliśmy, badania pokazują, że próba wyładowania swojej agresji przez agresywne zachowania, takie jak krzyczenie czy walenie w poduszkę, może w rzeczywistości zwiększyć prawdopodobieństwo późniejszego zachowania agresywnego.

Mając zatem na uwadze te ostrzeżenia, twój przyjaciel może skontaktować się z kilkoma terapeutami, aby zobaczyć, który z nich łączy umiejętności i sposób bycia najlepiej pasujące do jego problemu i osobowości.

Sprawdź, czy rozumiesz

- 1 **ZASTOSOWANIE:** Wyobraź sobie, że jesteś psychiatrą. Jaki rodzaj leku przepisałbyś pacjentowi, u którego zdiagnozowano zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)?
- 2 **PRZYPOMNIENIE:** Która grupa leków blokuje receptory dopaminowe w mózgu? Który rodzaj zwiększa efekty działania serotoniny?

- 3 **PRZYPOMNIENIE:** Wymień trzy rodzaje terapii medycznych stosowanych do zaburzeń psychicznych, w tym tę, która została już w dużym stopniu porzucona jako nieskuteczna i niebezpieczna.
- 4 **PRZYPOMNIENIE:** Ruch psychiatrii środowiskowej realizował plan _____ pacjentów psychiatrycznych.
- 5 **ROZUMIENIE MYŚLI PRZEWODNIEJ:** _____, _____ i _____ są medycznymi technikami leczenia zaburzeń psychicznych przez bezpośrednią zmianę funkcji mózgu.

Odpowiedzi: 1. Stymulant. 2. Leki antypsychotyczne blokują receptory dopaminowe w mózgu. Antydepresanty, zwłaszcza selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), wzmacniają efekty działania serotoniny. 3. Terapia elektrowstrząsowa, farmakoterapia i lobotomia przedczołowa; tej ostatniej nie stosuje się już jako formy leczenia zaburzeń psychicznych. 4. Deinstytucjonalizacji. 5. Jakikolwiek trzy spośród następujących odpowiedzi będą właściwe: terapie farmakologiczne, psychochirurgia, ECT i magnetyczna stymulacja mózgu.

3.4

JAK WYPADA PORÓWNANIE TERAPII PSYCHOLOGICZNYCH I BIOMEDYCZNYCH?

Teraz, kiedy przyjrzelśmy się zarówno terapiom psychologicznym, jak i medycznym, czy możemy powiedzieć, które podejście jest lepsze? W tym podrozdziale zobaczymy, że odpowiedź na to pytanie zależy od zaburzenia. Zanim jednak przyjrzymy się możliwościom leczenia kilku poważnych schorzeń, powinniśmy uświadomić sobie okoliczności, które komplikują rozstrzygnięcie sporu: terapie medyczne *versus* psychologiczne.

Zobaczyliśmy, że psycholodzy i psychiatrzy długo nie zgadzali się co do najlepszej formy terapii zaburzeń psychicznych. Spór dotyczy kompetencji i pieniędzy: kto ma leczyć osoby z problemami psychicznymi – i wystawić rachunki ich ubezpieczycielom? Duże firmy farmaceutyczne, obracające miliardami dolarów, również odgrywają w tym sporze ogromną rolę. Możesz zyskać pewne pojęcie o tej twardej grze prowadzonej przez firmę Big Pharma, zwracając uwagę na reklamę leków na receptę, skierowaną do ogółu społeczeństwa. Z powodu sprzecznych interesów i nacisków, badania naukowe dotyczące terapii medycznych i psychologicznych są prowadzone równolegle z promowaniem przez każdą ze stron własnego podejścia i ignorowaniem podejścia drugiej strony.

Niestety oznacza to, że niewiele badań koncentrowało się na efektach **terapii łączonych**, stosujących zarówno farmakoterapię, jak i psychoterapię.

Zobaczmy teraz, w jaki sposób moglibyśmy porównać możliwości leczenia medycznego i psychologicznego w przypadku pewnych specyficznych zaburzeń, które już poznałeś. Oto **MYŚL PRZEWODNIA**:

Choć w przypadku leczenia niektórych (ale nie wszystkich) zaburzeń psychicznych połączenie

terapii psychologicznej i medycznej jest lepsze niż stosowanie którejkolwiek z nich z osobna, większości ludzi cierpiących z powodu niespecyficznych „problemów życiowych” najlepiej służy sama terapia psychologiczna.

Mówiąc konkretniej – przekonamy się, że bardzo wielu ludzi nie ma zaburzeń z *DSM-IV*, ale potrzebuje poradnictwa lub terapii psychologicznej, aby przejść przez trudne okresy w życiu. Jednocześnie wiele spośród znanych zaburzeń z *DSM-IV*, w tym zaburzenia nastroju, większość lęków i schizofrenię, najlepiej leczy się połączeniem terapii medycznych i psychologicznych. Zaczniemy od tych ostatnich.

Depresja: leczenie psychologiczne a leczenie medyczne

Fluoksetyna (Prozac) jest najczęściej przepisywanym lekiem na naszej planecie. Wraz z innymi lekami typu SSRI, reprezentuje wart 10 miliardów dolarów ogólnoswiatowy przemysł (Bower, 2006b). Prozac może być jednak wart każdej ceny, jeśli jest skuteczny w leczeniu depresji, uważanej za najbardziej powszechne zaburzenie na świecie. Ale do jakiego stopnia jest skuteczny? I jak wygląda jego skuteczność w porównaniu ze skutecznością terapii psychologicznych?

Terapia poznawczo-behawioralna *versus* leki

Badania pokazują, że leki antydepresyjne i terapia poznawczo-behawioralna (CBT) – terapia psychologiczna, dla której mamy najwięcej dowodów skuteczności – są równie skutecznymi sposobami leczenia depresji, przynajmniej w krótkiej perspektywie

czasowej (DeRubeis i in., 1999; Hollon, 1996; Hollon i in., 2002). W niedawnym badaniu stwierdzono jednak, że długofalowo CBT może mieć przewagę nad farmakoterapią. Podczas gdy w obu programach leczenia u 58% pacjentów odnotowano poprawę, to w grupie leczonej CBT tylko u jednej czwartej nastąpił nawrót depresji w badaniu kontrolnym po dwóch latach od zakończenia terapii, natomiast w grupie otrzymującej leki nawrotu doświadczyła połowa pacjentów.

Co się jednak dzieje, gdy pacjenci depresyjni otrzymują antydepresanty i CBT? Badania pokazują, że generalnie radzą sobie nawet lepiej niż w przypadku którejkolwiek terapii stosowanej z osobna (Keller i in., 2000; Thase i in., 1997). Coraz większa wiedza dotycząca mózgowego podłoża depresji sugeruje nam teraz, dlaczego zastosowanie terapii łączonej wydaje się najlepsze. Neurobiolog Helen Mayberg pokazała, że CBT i antydepresanty czynią swoje cuda, oddziałując na różne części mózgu. Antydepresanty wydają się działać poprzez system limbiczny, który zawiera główne emocjonalne szlaki w mózgu. W przeciwieństwie do tego, CBT oddziałuje na część kory czołowej związanej z rozumowaniem. Wspólnym elementem obu podejść jest „przycisk alarmowy”, który zostaje wyłączony – albo przez wpływ leków na „szybki” szlak emocjonalny układu limbicznego, albo też przez wpływ CBT na „wolny” emocjonalny obwód elektryczny w korze (Goldapple i in., 2004). Zatem, gdy zbierzemy razem badania z kliniki i z laboratorium, wielu klinicystów przychyli się do stosowania w odniesieniu do depresji podejścia polegającego na *terapii łączonej*, z zastosowaniem zarówno leków, jak i CBT. Niedawne badanie przemawia również za stosowaniem podejścia łączonego w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniem dwubiegunowym (Miklowitz i in., 2007).

Terapia elektrowstrząsowa

A co z terapią elektrowstrząsową (ECT)? Choć klinicyści powszechnie oceniają, że ECT jest najbardziej skuteczną terapią depresji psychicznej (Hollon i in., 2002), zaledwie jedno badanie,

przeprowadzone w Szwecji, porównywało ECT bezpośrednio z antydepresantami. Oto najważniejszy wynik: próby samobójcze były mniej powszechne wśród pacjentów otrzymujących ECT, niż wśród tych przyjmujących antydepresanty (Br^dvik, Berglund, 2006). Jeśli chodzi o przeczaszkową stymulację magnetyczną mózgu, to jest za wcześnie, by coś powiedzieć. W chwili pisania tej książki żadne z badań nie opisywały bezpośredniego porównania TMS z innymi terapiami depresji.

Zaburzenia lękowe: leczenie psychologiczne a leczenie medyczne

Dowody wskazują na prosty wniosek dotyczący zaburzeń lękowych – z jednym wyjątkiem. Tu znów wiele badań pokazuje, że w przypadku większości zaburzeń lękowych, skuteczna może być zarówno terapia poznawczo-behawioralna, jak i farmakoterapia. Wśród niewielu badań, które uwzględniały porównanie połączenia leków i psychoterapii, dwa wykazały, że najskuteczniejszym sposobem leczenia lęku napadowego (paniki) jest połączenie terapii poznawczo-behawioralnej i antydepresantów (Barlow i in., 2000; Roy-Byrne i in., 2005). Podobnie, psycholog Richard Heimberg, który bada *fobię społeczną*, dotykającą ponad 5 milionów Amerykanów, pisze, że CBT i antydepresanty zmniejszają lęk u około 80% jego pacjentów (Dittman, 2005a).

Powiedzieliśmy, że istnieje ważny wyjątek od reguły terapii łączonej w odniesieniu do zaburzeń lękowych. Oto on: leki nie są skuteczne w leczeniu *fobii specyficznych*. Badania sugerują, że mogą one wręcz zakłócać *terapię opartą na ekspozycji*, która jest w tym przypadku jedynym trafnym wyborem (Antony, Barlow, 2002).

Schizofrenia: leczenie psychologiczne a leczenie medyczne

Od czasu odkrycia ponad 50 lat temu leków antypsychotycznych, stanowią one pierwszą linię leczenia schizofrenii. Leczenie uzupełniające, w postaci terapii rodzinnej, treningu umiejętności społecznych (często w środowiskowych ośrodkach terapeutycznych) oraz terapii zajęciowej (w zakładach pracy chronionej), przywróciło schizofrenikom kontakt z własnym środowiskiem. Do niedawna jednak konwencjonalne terapie psychologiczne były używane w niewielkim stopniu. Natomiast w ostatnich kilku latach zwolennicy terapii poznawczo-behawioralnej próbują swoich sił w leczeniu schizofrenii, a rezultaty są zachęcające, nawet w przypadku pacjentów, którzy nie reagowali na leki (McGurk i in., 2007; Rector, Beck, 2001).

„Studnia zmartwień”: nie wszyscy potrzebują leków

Choć w odniesieniu do niektórych zaburzeń połączenie terapii psychologicznej i leków może być najlepsze, widzieliśmy, że *leki* nie są użyteczne w leczeniu specyficznych fobii. Podobnie, leki mają niewielką wartość jako forma terapii w przypadku większości problemów z uczeniem się, dysfunkcji seksualnych, większości zaburzeń zachowania oraz większości zaburzeń rozwojowych (z wyjątkiem ADHD). Ponadto powinniśmy pamiętać, że wielu ludzi mających problemy natury psychologicznej nie ma zdiagnozowanego zaburzenia psychicznego, takiego jak depresja, fobia czy schizofrenia. Są to te osoby, które klinicyści określają czasem mianem „studni zmartwień”. Nie chodzi tu o to, że ich problemy nie są prawdziwe i autentycznie niepokojące. Nie noszą one jednak jednej z „nazw firmowych” zaburzeń, zwłaszcza tych wymienionych w *DSM-IV*. Formalnie rzecz biorąc, osoby takie klasyfikowane są pod nagłówkiem: „inne stany, mogące stanowić przedmiot klinicznej uwagi”, ale cierpią na to, co moglibyśmy określić mianem ogólnych „problemów życiowych” – często problemów związanych z trudnymi wyborami (np. „Czy powinienem pozostać w tym małżeństwie?” albo „Jaką drogę kariery powinienem

obrać?”). Problemy te same w sobie nie wymagają leków ani innych interwencji medycznych. Trudność polega na tym, że osoby z tego rodzaju problemami życiowymi zbyt często przekonują lekarza, by przepisał im leki antydepresyjne lub przeciwlękowe. Tymczasem tym, czego naprawdę potrzebują, jest skierowanie do specjalisty w dziedzinie zdrowia psychicznego, który mógłby im pomóc przyjrzeć się własnym problemom i wyborom oraz zaprowadzić w nich jakiś porządek.

ZAGADNIENIE PSYCHOLOGICZNE

Zastosowanie psychologii do uczenia się psychologii

Zastanów się nad tym, w czym psychoterapia przypomina twoje doświadczenia związane ze studiowaniem:

- Większość terapeutów, podobnie jak większość profesorów, to profesjonaliści ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym do tego, czym się zajmują.
- Większość pacjentów/klientów przypomina studentów, w tym sensie, że poszukują specjalistycznej pomocy, aby w jakiś sposób zmienić swoje życie.
- Wiele z tego, co dzieje się w terapii i w sali wykładowej, jest związane z uczeniem się: nowych idei, nowych zachowań, nowego wglądu i nowych powiązań.

Uczenie się jako terapia

W uczeniu się psychologii (jak również innych przedmiotów) może ci pomóc pomyślenie o swojej edukacji uniwersyteckiej w kategoriach terapeutycznych. Jak widzieliśmy, terapia działa najlepiej, gdy terapeuta i klient zgodnie współpracują i gdy klient wierzy w wartość tego doświadczenia – niemal na pewno to samo dotyczy relacji student–profesor. Możesz przejąć inicjatywę w budowaniu osobistej, ale jednak profesjonalnej relacji ze swoim profesorem psychologii, robiąc dwie następujące rzeczy: (a) zadając pytania lub w inny sposób uczestnicząc w zajęciach (oczywiście we właściwych momentach i bez dominowania) oraz

(b) poszukując pomocy swojego nauczyciela (w godzinach jego dyżurów) w punktach, których nie rozumiesz lub w związanych z przedmiotem zagadnieniach, które chciałbyś dokładniej zgłębić. Efektem będzie to, że dowiesz się więcej na temat psychologii, ponieważ będziesz aktywniej uczestniczył w procesie uczenia się. Jednocześnie aktywne podejście do przedmiotu pozwoli ci wyróżnić się z tłumu w świadomości profesora, co może się przydać, jeśli będziesz później potrzebował rekomendacji z wydziału.

Zastanów się teraz nad podobieństwem terapii grupowej i edukacji. W terapii grupowej pacjenci uczą się zarówno od siebie nawzajem, jak i od terapeuty. Coś bardzo podobnego może wystąpić podczas zajęć z psychologii, jeśli potraktujesz innych studentów jako źródło wiedzy. Jak zauważyliśmy wcześniej w tej książce, odnoszący największy sukces studenci często spędzają część swojego czasu przeznaczonego na naukę na dzieleniu się informacjami w grupie.

Zmień zachowanie, a nie tylko myślenie

Oto jeszcze jedna wskazówka dotycząca uczenia się psychologii, zapożyczona z sukcesu terapii behawioralnych: ważna jest zmiana zarówno zachowania, jak i myślenia. Łatwo jest biernie „intelektualizować” fakt czy ideę, gdy czytasz o nich lub słuchasz na zajęciach. Prawdopodobnie jednak zobaczysz, że owa idea ma na ciebie niewielki wpływ („Wiem, że o tym *czytałem*, ale nie *pamiętam* tego!”), jeśli jej nie stosujesz. Lekarstwem jest zrobienie czegoś ze swoją nową wiedzą: opowiedz komuś o niej, podaj przykłady z własnego doświadczenia lub spróbuj w jakiś inny sposób działać. Na przykład po tym, jak przeczytasz w tym rozdziale o aktywnym słuchaniu, wypróbuj je podczas następnej rozmowy z przyjacielem. Nauczyciele nazywają to czasem „aktywnym uczeniem się”.

Ponadto jest to, według nas, jedna z tych terapii psychologicznych, które najlepiej działają bez leków!

WŁĄCZ MYŚLENIE KRYTYCZNE

Stosowanie terapii opartej na dowodach naukowych

Obszar terapii zaburzeń psychicznych jest pełen kontrowersji. Psycholodzy i psychiatrzy spierają się o wartość leków w porównaniu z wartością terapii psychologicznych. Zaciekle dyskusje toczą się nad korzyściami i wadami terapii elektrowstrząsowej w leczeniu depresji. A jak widzieliśmy w poprzednim rozdziale, w tych debatach nadal brzmi echo problemów poruszonych ponad 30 lat temu przez Rosenhana, związanych ze skutecznością szpitali psychiatrycznych i wiarygodnością psychiatrycznych diagnoz. Żaden spór nie jest jednak tak zajadły, jak ten dotyczący *stosowania terapii opartej na dowodach naukowych*, szczególnie zażarty wśród psychologów klinicznych (Bower, 2005a).

W czym leży problem?

Dziesięć lat temu Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne powołało specjalną grupę roboczą odpowiedzialną za przeprowadzenie oceny skuteczności różnych terapii psychologicznych (Chambless i in., 1996). Najważniejszy wniosek jest taki, że dosłownie dziesiątki specyficznych zaburzeń mogą być skutecznie leczone za pomocą terapii, których trafność została potwierdzona w dobrze zaplanowanych eksperymentach (Barlow, 1996). Oto kilka przykładów terapii uznanych za skuteczne przez grupę roboczą APA:

- Terapia behawioralna w przypadku specyficznych fobii, moczenia mimowolnego, autyzmu i alkoholizmu.
- Terapia poznawczo-behawioralna w przypadku chronicznego bólu, anoreksji, bulimii, agorafobii i depresji.
- Terapia wglądowa dla par doświadczających problemów w związku.

Nowszy raport innego amerykańskiego stowarzyszenia psychologów, American Psychological Society^[17] – APS – koncentrował się szczególnie na formach leczenia depresji opartych na dowodach naukowych (Hollon i in., 2002). Ów dokument

utrzymuje, że skutecznych może być kilka rodzajów terapii: terapia poznawcza, behawioralna i rodzinna. (Raport donosi również, że w leczeniu depresji uzasadnione jest stosowanie zarówno leków, jak i terapii elektrowstrząsowych.) Jak widzieliśmy, niektóre badania sugerują obecnie, że w przypadku depresji połączenie terapii poznawczo-behawioralnej i farmakologicznej może dawać lepszy efekt, niż każda z tych form leczenia stosowana oddzielnie (Keller i in., 2000).

Skąd więc to całe zamieszanie? Kwestią sporną jest to, czy psycholodzy i terapeuci powinni być *ograniczeni* do stosowania metod terapeutycznych znanych jako **terapie poparte empirycznie**, czyli takie formy leczenia, których trafność została potwierdzona dowodami z badań naukowych, pokazujących, że faktycznie skutecznie działają (Westen i in., 2005). Możesz zapytać, jak ktokolwiek mógłby się z tym nie zgadzać? Być może zaskoczy cię, jeśli dowiesz się, że w tym sporze psycholodzy ustawiają się po obu stronach barykady (Johnson, 2006). Ci w opozycji mówią, że diabeł tkwi w szczegółach: twierdzą, że nie są przeciwni nauce, ale uważają, iż „terapie poparte empirycznie” to pojęcie niejasne (Westen, Bradley, 2005). Obawiają się również nadmiernie surowej interpretacji, która mogłaby hamować wolność terapeuty w odpowiadaniu na potrzeby indywidualnego klienta. Spójrzmy krytycznie na te szczegóły.

Które pytania z zakresu krytycznego myślenia powinniśmy zadać?

Nikt nie wątpi w to, że po obu stronach sporu na temat praktyki terapeutycznej opartej na dowodach stoją przyzwoici i szanowani ludzie, wśród nich prawdziwi eksperci od terapii, nie będziemy zatem kwestionować ich wiarygodności. Może jednak dobrze byłoby zapytać: jaki rodzaj tendencyjności, występujący u każdej ze stron, nakazuje im odmiennie oceniać dostępne opcje?

Ruch na rzecz stosowania terapii opartej na dowodach Ci, którzy

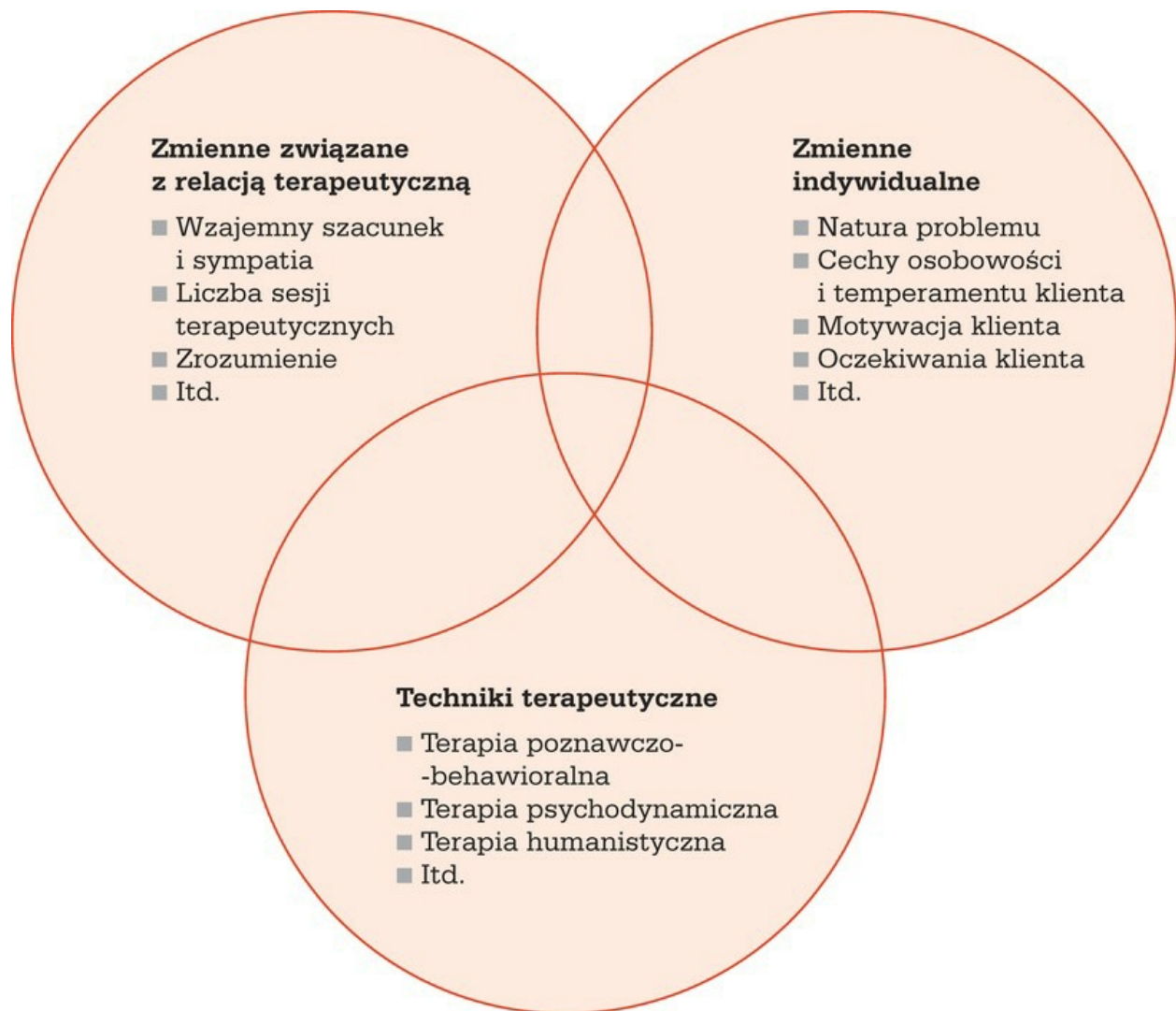
promują koncepcję terapii opartej na dowodach naukowych, wskazują na długą historię błędnych, a nawet szkodliwych, terapii – od bicia po lobotomię – którym poddawani byli ludzie z problemami psychicznymi. Nawet w obecnych czasach niektórzy terapeuci nadal popierają techniki, które potencjalnie mogą wyrządzić krzywdę ich klientom (Lilienfeld, 2007). Są to między innymi interwencje wobec młodocianych przestępców polegające na „straszeniu, żeby wyszli na prostą”, wspomagana komunikacja w odniesieniu do autyzmu, terapie oparte na odzyskanej pamięci, wywoływanie „alterosobowości” w przypadkach zdiagnozowanych jako dysocjacyjne zaburzenie osobowości, programy antynarkotykowe DARE wprowadzane w szkołach, programy obozów dla osób z zaburzeniami zachowania w populacjach więziennych, zmiana orientacji seksualnej u homoseksualistów oraz oparte na „katharsis” („wyrzucić to z siebie”) programy leczenia zaburzeń związanych ze złością. Natomiast na jeszcze dłuższej liście (stworzonej na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród psychologów klinicznych) metod wahających się od po prostu nieskutecznych po zwariowane, znalazłyby się również: terapia anielska, terapia przywołująca poprzednie wcielenia, leczenie PTSD wywołanego porwaniem przez kosmitów, aromaterapia, terapeutyczny dotyk, neurolingwistyczne programowanie, terapia pierwotnego krzyku oraz analiza charakteru pisma (Norcross i in., 2006).

W bardziej pozytywnym tonie – ci, którzy opowiadają się za terapią opartą na dowodach, argumentują, że jeśli psychologia jest nauką, to osoby zajmujące się nią muszą iść za nauką, dokądkolwiek ich powiedzie, nawet jeśli oznacza to porzucenie ulubionych metod terapii, które nie działają. Co jednak wówczas pozostałoby w terapeutycznej skrzynce z narzędziami? Jak widzieliśmy, liczne dowody wspierają zasadność stosowania terapii behawioralnej w odniesieniu do fobii, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, określonych dysfunkcji seksualnych, autyzmu i moczenia mimowolnego. Ponadto wykazano, że terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna w przypadku depresji, zaburzeń lękowych oraz chronicznego bólu, podczas gdy terapie wglądowe znakomicie sprawdzają się w leczeniu problemów w związkach.

Zwolennicy ostrożności Choć przyznają, że poczyniliśmy ogromne postępy w rozwijaniu skutecznych terapii wielu zaburzeń, osoby zalecające ostrożność podkreślają, że znajdujemy się lata świetlne od posiadania narzędzi do leczenia wszystkich zaburzeń psychicznych – nawet przy zastosowaniu leków. W konsekwencji obawiają się, że firmy ubezpieczeniowe i kasy chorych nie będą chciały płacić za terapie nieznajdujące się na oficjalnych wykazach lub za jakiegokolwiek odchylenia od „zatwierdzonych” form leczenia, niezależnie od potrzeb indywidualnego pacjenta. Mają również obawy, że instytucje zajmujące się opieką kierowaną będą zmuszały terapeutów do podejścia typu „jeden rozmiar dla wszystkich”, które ignoruje zarówno ocenę klinicysty, jak i indywidualne potrzeby klienta (Shedler, 2006). Ponieważ terapia jest procesem tak czasochłonnym, zwolennicy ostrożności obawiają się również, że terapeuci nieposiadający wykształcenia medycznego będą wypierani z rynku przez osoby przepisujące leki, którym kontakt z każdym pacjentem może zająć zaledwie kilka minut.

Ci, którzy mają wątpliwości co do terapii opartej na dowodach, mają też kilka innych, bardziej subtelnych, obaw (Westen, Bradley, 2005). Wskazują na przykład, że terapia jest czymś więcej niż zastosowaniem specyficznych *technik*: badacze uważają, że powszechnym elementem udanej terapii jest relacja oparta na opiece i nadziei oraz nowy sposób patrzenia na siebie i świat (Wampold i in., 2007). Ten wniosek został poparty badaniami, które wykazują, że skuteczność terapii zależy w mniejszym stopniu od *typu terapii*, który zastosowano, a w większym od *jakości relacji* (nazywanej również *przymierzem* lub *sojuszem terapeutycznym*) między terapeutą a klientem (Wampold, Brown, 2005). Terapia powinna uwzględniać również mnóstwo *indywidualnych czynników związanych z klientem*, takich jak motywacja, inteligencja oraz sama natura problemu. Możemy przedstawić graficznie te trzy aspekty terapii, tak jak na rycinie 3.6. W odniesieniu do niektórych problemów (takich jak jakiś problem dotyczący związku czy też wyboru pracy – owe omawiane wcześniej „problemy życiowe”), nie istnieją żadne specyficzne EST. Co więcej, specyficzny rodzaj terapii

stosowany w takich przypadkach może być mniej ważny niż wspierająca relacja terapeutyczna (DeAngelis, 2005; Martin i in., 2000).



Rycina 3.6

Trzy aspekty terapii

Terapia jest czymś więcej niż zestawem technik. Obejmuje również wiele indywidualnych zmiennych (w tym naturę problemu) oraz relację między klientem a terapeutą – przymierze terapeutyczne. Wszystkie one muszą współgrać, aby terapia była udana.

Na koniec, krytycy terapii opartej na dowodach wskazują również na to, że większość pacjentów/klientów ma wielorakie problemy, na

przykład zaburzenie lękowe i zaburzenie osobowości. Jednakże trafność większości EST została dowiedziona na niezwykle „czystej” próbie osób prezentujących pojedyncze problemy. Co więcej, większość badań mających na celu walidację technik terapeutycznych, zostaje poważnie ograniczona do niewielu sesji – zwykle nie więcej niż dwunastu – po których duża część pacjentów nadal ma pewne pozostałości problemów. Istnieje jednak niewiele danych na temat tego, jaki rodzaj długoterminowej terapii byłby potrzebny, aby zakończyć ten proces.

Aby zamknąć tę dyskusję w bardziej zachęcającym tonie – w niedawnym badaniu z udziałem 200 terapeutów stwierdzono, że wszyscy oni mieli skłonność do modyfikowania swojego podejścia do terapii, tak by odpowiadało ono potrzebom ich klientów, w miarę rozwoju sytuacji podczas udzielania porad psychologicznych lub prowadzenia psychoterapii (Holloway, 2003). Oznacza to, że mimo nacisku, jaki kładliśmy w tym rozdziale na sprzeczność opinii dotyczących leczenia zaburzeń psychicznych, większość terapeutów jest gotowa raczej dostosowywać swoje metody do indywidualnego klienta, niż trzymać się sztywno określonej orientacji teoretycznej. To rzeczywiście dobra wiadomość, napływająca z dziedziny, w której tradycyjnie obowiązywała bezwzględna lojalność wobec mistrzów. Wydaje się, że nacisk na praktykę terapeutyczną opartą na dowodach naukowych pokonuje w końcu stare terapeutyczne granice.

Jakie płyną stąd wnioski?

Obie strony przytaczają słuszne argumenty (zob. tab. 3.3). Z jednej strony, terapeuci powinni preferować empirycznie potwierdzone sposoby leczenia, gdy są one wyraźnie odpowiednie i skuteczne. Z pewnością powinni też wyrzec się terapii, które są nieskuteczne lub szkodliwe. Z drugiej strony jednak, kto ma o tym decydować: poszczególni terapeuci, towarzystwa ubezpieczeniowe, prawodawcy czy też organizacje zawodowe? Uważamy, że stowarzyszenia zawodowe psychologów, takie jak APA, muszą zająć stanowisko sprzeciwiające się włożeniu terapeutów w kaftan bezpieczeństwa, ograniczający ich do „wrytej w kamieniu” listy terapii oraz

zaburzeń, wobec których można je zastosować.

Tabela 3.3

Podsumowanie sporu dotyczącego stosowania terapii opartej na dowodach naukowych (EBT)

Argumenty na rzecz EBP	Argumenty przeciw EBP
Niektóre formy leczenia są wyraźnie szkodliwe i terapeutom nie powinno pozwalać się ich stosować.	„Terapie poparte empirycznie” (EST) to słabo zdefiniowane, a nawet nic nieznaczące pojęcie.
Wykazano, że specyficzne terapie poparte empirycznie (EST) są skuteczne w postępowaniu z określonymi zaburzeniami.	EBP to podejście typu „jeden rozmiar dla wszystkich”, które mogłoby ograniczyć elastyczność klinicystów w traktowaniu problemów indywidualnych klientów, zwłaszcza tych, którzy mają wielorakie problemy lub nie pasują do żadnej kategorii z <i>DSM-IV</i> .
Psychologia jest nauką, a psychologzy praktycy powinni kierować się tym, co badania pokazały jako najlepsze.	Towarzystwa ubezpieczeniowe nie będą płaciły za terapię, której nie ma na zaakceptowanej liście potwierdzonych empirycznie form leczenia.
Przyznawanie równej wagi ocenie klinicznej i nauce, doprowadziłoby do anarchii, w której klinicyści mogliby ignorować dowody naukowe i robić, co im się tylko podoba.	EBP mogłoby przeszkodzić terapeutom w wypróbowywaniu nowych pomysłów i rozwijaniu nawet bardziej skutecznych terapii.
	Naukowcy nie zatwierdzili jeszcze skutecznych metod leczenia wielu zaburzeń, a zatem przy stosowaniu podejścia EBP wielu ludzi pozostawałoby bez terapii.
	Dowody naukowe wskazują, że pewne społeczne czynniki (np. przymierze terapeutyczne) są równie ważne, jak specyficzny rodzaj terapii.

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne rzeczywiście rozpatruje pewną strategię w tej sprawie (APA Presidential Task Force, 2006). Definiowałaby ona *opartą na dowodach psychoterapię* jako „integrację najlepszych dostępnych badań naukowych z doświadczeniem klinicznym w kontekście cech, kultury i preferencji klienta”. Któż by się z tym nie zgodził? Jak się okazuje, wiele osób. W szczególności zwolennicy psychoterapii opartej na dowodach, obawiający się, że „doświadczenie kliniczne” przebiję „badania naukowe”, w efekcie czego klinicyści będą mogli ignorować naukę i robić, co im się podoba (Stuart, Lilienfeld, 2007). To zawiły problem, bez prostego rozstrzygnięcia.

Czy są widoki na jego rozwiązanie? Częściowo może ono leżeć w propozycji Davida Barlowa (2004), który sugerował, żeby psychologzy dokonali rozróżnienia między *terapiami*

psychologicznymi a tym, co nazywa „ogólną psychoterapią”. Empirycznie potwierdzone terapie dla specyficznych zaburzeń wymienionych w *DSM-IV* należałyby do kategorii *terapii psychologicznych*, podczas gdy termin „psychoterapia” byłby zarezerwowany dla pracy z niespecyficznymi „problemami życiowymi”, które stanowią duży odsetek przypadków, z jakimi stykają się specjaliści od poradnictwa i klinicyści. Propozycja Barlowa mogłaby przynajmniej zmniejszyć obszar sporu.

Podsumowanie rozdziału

3.1 CZYM JEST TERAPIA?

Terapia zaburzeń psychicznych przyjmuje wiele różnych form, wszystkie one jednak opierają się na jakimś rodzaju relacji współpracy ukierunkowanej na poprawę psychicznego, behawioralnego lub społecznego funkcjonowania pacjenta.

Ludzie poszukują **terapii** z powodu wielu różnych problemów, w tym zaburzeń z DSM-IV i problemów codziennego życia. Leczenie przyjmuje wiele form, zarówno psychologicznych, jak i biomedycznych, ale większość z nich polega na diagnozowaniu problemu, poszukiwaniu jego źródła, stawianiu prognoz i przeprowadzaniu terapii. Dawniej formy leczenia osób z problemami psychicznymi były zwykle okrutne i odczłowieczające, oparte często na przekonaniu, że chory jest opętany przez demony. Dopiero od niedawna zaczęto traktować ludzi z problemami emocjonalnymi jako osoby cierpiące na jakieś „choroby”, co doprowadziło do bardziej humanitarnego leczenia.

Obecnie w Stanach Zjednoczonych funkcjonują dwa podejścia do terapii: **psychologiczne** oraz **medyczne**. Inne kultury mają często odmienne sposoby rozumienia i leczenia zaburzeń psychicznych, często wykorzystujące rodzinę i lokalną społeczność. W Stanach Zjednoczonych występuje tendencja do szerszego korzystania z paraprofesjonalistów (osób bez pełnych kwalifikacji medycznych lub psychologicznych) jako osób zapewniających opiekę w zakresie zdrowia psychicznego, a literatura na ogół potwierdza ich skuteczność.

Paraprofesjonalista • Przymierze terapeutyczne • Terapia • Terapia

biomedyczna • Terapia psychologiczna

Zasoby w języku angielskim MyPsychLab 13.1:
www.mypsychlab.com

Obejrzyj: *Asylum: History of mental institutions in America* (Zakład dla obłąkanych: Historia instytucji psychiatrycznych w Ameryce)

Dowiedz się: *Psychotherapy practitioners and their actions* (Psychoterapeuci i ich działania)

3.2 W JAKI SPOSÓB PSYCHOLODZY LECZĄ ZABURZENIA PSYCHICZNE?

Psycholodzy stosują dwie główne formy leczenia, terapie wglądowe (skoncentrowane na rozwijaniu zrozumienia problemu) oraz terapie behawioralne (skoncentrowane na zmianie zachowania przez warunkowanie).

Psychoanaliza, pierwsza z *terapii wglądowych*, wyrosła z teorii osobowości Sigmunda Freuda. Stosuje takie techniki, jak *wolne skojarzenia* i interpretacja snów, mając na celu wydobyć z nieświadomości wypartego materiału i przeniesienie go do świadomości, gdzie może zostać zinterpretowany i zneutralizowany, szczególnie za pomocą **analizy przeniesienia**. **Neofreudowskie terapie psychodynamiczne** zazwyczaj kładą nacisk na aktualną sytuację społeczną pacjenta, relacje interpersonalne i samowiedzę.

Inną formą terapii wglądowej jest **terapia humanistyczna**, która koncentruje się na osiąganiu przez jednostki większej samorealizacji. W jednej z jej form, **terapii skoncentrowanej na kliencie**, terapeuta stara się w sposób *niedyrektywny* pomóc klientowi zbudować pozytywny obraz samego siebie.

Wśród pozostałych terapii wglądowych **terapia poznawcza**,

koncentruje się na zmianie negatywnych lub irracjonalnych wzorców myślowych dotyczących siebie i własnych relacji społecznych. Klient musi nauczyć się stosowania bardziej konstruktywnych wzorców myślowych oraz wykorzystywania tej nowej techniki w różnych sytuacjach. Okazało się to szczególnie skuteczne w przypadku depresji.

Terapia grupowa może przyjmować wiele form. **Samopomocowe grupy wsparcia**, takie jak AA, pomagają milionom ludzi, choć zazwyczaj nie są prowadzone przez profesjonalnych terapeutów. *Terapia rodzinna* i *terapia par* koncentrują się zwykle raczej na trudnościach sytuacyjnych i dynamice interpersonalnej jako całym systemie wymagającym poprawy, niż na wewnętrznych motywach.

Terapie behawioralne stosują zasady uczenia się – zwłaszcza warunkowania sprawczego i klasycznego – wobec zachowań problemowych. Wśród technik opartych na warunkowaniu klasycznym jest **systematyczna desensytyzacja**, którą powszechnie stosuje się do leczenia lęków. **Terapia awersyjna** może również być stosowana do eliminowania niepożądanych reakcji. Do technik opartych na warunkowaniu sprawczym należy **program zarządzania wzmocnieniami**, który wykorzystuje przede wszystkim strategię pozytywnego wzmocnienia i wygaszania. Na większą zaś skalę terapia behawioralna może być stosowana do leczenia grup lub do zarządzania nimi, przyjmując postać **ekonomii żetonowej**. **Modelowanie uczestniczące**, oparte na badaniach dotyczących uczenia się przez obserwację, może wykorzystywać zarówno zasady warunkowania klasycznego, jak i sprawczego, w tym także modelowanie i trening umiejętności społecznych, aby pomóc jednostkom ćwiczyć własne umiejętności i zdobywać zaufanie do nich.

W ostatnich latach pojawiła się synteza terapii poznawczych i behawioralnych, łącząca techniki terapii wglądowej z metodami opartymi na behawioralnej teorii uczenia się. **Racjonalno-emotywna terapia zachowania** pomaga klientom dostrzec, że ich irracjonalne przekonania na własny temat przeszkadzają w życiu, oraz pomaga im nauczyć się, w jaki sposób zmienić te wzorce myślenia. **Psychoterapia pozytywna** jest podobnym podejściem, wywodzącym

się z ruchu psychologii pozytywnej. Zdjęcia wykonane podczas tomografii mózgu wskazują, że **terapia poznawczo-behawioralna** wywołuje fizyczne zmiany w jego funkcjonowaniu.

Skuteczność terapii została podważona w 1950 roku przez Eysencka. Od tego czasu jednak badania pokazały, że psychoterapia może być skuteczna w odniesieniu do wielu różnych problemów psychicznych. Często jest skuteczniejsza od farmakoterapii. W miarę jak badania nad zaburzeniami psychicznymi stają się coraz doskonalsze, uczymy się dopasowywać specyficzne rodzaje psychoterapii do specyficznych zaburzeń.

Większość ludzi nie otrzymuje pomocy psychologicznej od profesjonalistów. Otrzymują ją raczej ze strony nauczycieli, przyjaciół, duchownych oraz innych życzliwych osób w swoim środowisku. Przyjaciele mogą często pomóc przez **aktywne słuchanie**, akceptację i badanie alternatyw, jednak poważne problemy wymagają profesjonalnego wsparcia.

Aktywny słuchacz • Analiza przeniesienia • Ekonomia żetonowa
• Modelowanie uczestniczące • Modyfikacja zachowania
• Neofreudowska terapia psychodynamiczna • Odzwierciedlanie uczuć • Program zarządzania wzmocnieniami • Psychoanaliza
• Psychoterapia pozytywna (PPT) • Racjonalno-emotywna terapia zachowania (REBT) • Samopomocowe grupy wsparcia
• Systematyczna desensytyzacja • Terapia awersyjna • Terapia behawioralna • Terapia ekspozycyjna • Terapia grupowa • Terapia humanistyczna • Terapia nastawiona na klienta • **Terapia poznawcza** • Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) • Terapia wglądowa

Zasoby w języku angielskim MyPsychLab 13.2:
www.mypsychlab.com

Obejrzyj: *Cognitive behavioral therapy* (Terapia poznawczo-behawioralna)

Dowiedz się: *Key components of psychoanalytic, humanistic, behavior and cognitive therapies* (Najważniejsze elementy terapii)

psychoanalitycznych, humanistycznych, behawioralnych i poznawczych)

3.3 W JAKI SPOSÓB STOSUJE SIĘ PODEJŚCIE BIOMEDYCZNE W LECZENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH?

Biomedyczne formy terapii zwalczają zaburzenia psychiczne przez zmianę chemii mózgu za pośrednictwem leków, jego przewodnictwa elektrycznego za pomocą zabiegów chirurgicznych lub jego wzorców aktywności przez stosowanie impulsów elektrycznych albo silnych pól magnetycznych.

Terapie biomedyczne koncentrują się na zmianie fizjologicznych aspektów choroby psychicznej. Farmakoterapia obejmuje leki **antypsychotyczne**, **przeciwdepresyjne** (antydepresanty), **stabilizujące nastrój**, **przeciwłękowe** oraz **stymulanty**. Większość z nich wpływa na funkcję neuroprzekaźników, jednak nieznany jest dokładny sposób działania żadnego z nich. Niemniej jednak tego typu leki spowodowały rewolucję w medycznym leczeniu zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia, depresja, zaburzenie dwubiegunowe, zaburzenia lękowe i ADHD. Krytycy ostrzegają jednak przed ich nadużywaniem, zwłaszcza w radzeniu sobie ze zwykłym stresem codziennego życia.

Psychochirurgię stosuje się już rzadko ze względu na jej radykalne, nieodwracalne efekty uboczne. Natomiast **terapia elektrowstrząsowa** jest nadal powszechnie stosowana – zwłaszcza wobec pacjentów depresyjnych – choć i ona jest kontrowersyjna. Nowa, potencjalnie mniej szkodliwa, alternatywa to **przezczaszkowa stymulacja magnetyczna** określonych okolic **mózgu**. Tymczasem

filarem leczenia medycznego stanowi hospitalizacja, choć występuje tendencja do odchodzenia od niej na rzecz leczenia środowiskowego. Polityka **deinstytucjonalizacji** opierała się na najlepszych intencjach, ale wielu pacjentów psychiatrycznych zostało skierowanych z powrotem do swojego środowiska, znajdując tam niewielkie środki na leczenie i ograniczony dostęp do terapii. Gdy jednak dostępne są odpowiednie środki, to terapia środowiskowa jest często skuteczna.

Jeśli ktoś poprosi cię o radę dotyczącą znalezienia terapeuty, to możesz skierować go do jakiegokolwiek kompetentnego specjalisty z dziedziny zdrowia psychicznego. Choć powinienś unikać stawiania diagnozy lub podejmowania terapii zaburzeń psychicznych, możesz wykorzystać swoją znajomość psychologii do tego, by skierować tę osobę do lekarza specjalisty, terapeuty behawioralnego, na terapię grupową lub inną terapię psychologiczną, która w twoim przekonaniu mogłaby być odpowiednia. Istnieją jednak pewne specyficzne terapie i techniki terapeutyczne, których należy unikać.

Antydepresanty (leki przeciwdepresyjne) • Deinstytucjonalizacja
• Dyskineza późna • Leki antypsychotyczne • Leki przeciwłękowe
• Przewodząca stymulacja magnetyczna mózgu (TMS)
• Psychochirurgia • Ruch psychiatrii środowiskowej • Społeczność terapeutyczna • Stymulanty (środki pobudzające) • Terapia elektrowstrząsowa (ECT)

Zasoby w języku angielskim *MyPsychLab* **13.3:**
www.mypsychlab.com

Dowiedz się: *Drugs commonly used to treat psychiatric disorders*
(Leki powszechnie stosowane w leczeniu zaburzeń psychicznych)

Obejrzyj: *Alternative approaches to treating ADHD* (Alternatywne podejścia do leczenia ADHD)

3.4 JAK WYPADA PORÓWNANIE TERAPII

PSYCHOLOGICZNYCH I BIOMEDYCZNYCH?

Choć w przypadku leczenia niektórych (ale nie wszystkich) zaburzeń psychicznych połączenie terapii psychologicznej i medycznej jest lepsze niż stosowanie którejkolwiek z nich z osobna, większości ludzi cierpiących z powodu niespecyficznego „problemów życiowych” najlepiej służy sama terapia psychologiczna.

Zarówno terapie medyczne, jak i biologiczne mogą wykazać się sukcesami, jednak do niedawna tylko nieliczne badania bezpośrednio porównywały ich skuteczność ze skutecznością terapii psychologicznej. Nowe badania pokazują, że w odniesieniu do depresji często najlepsza jest **terapia łączona**, złożona z CBT i leków. Badania porównawcze dotyczące ECT i nowej metody stymulacji magnetycznej mózgu są bardzo skąpe. Jeśli chodzi o zaburzenia lękowe, to niektóre badania pokazały skuteczność połączenia leków i CBT.

Wyraźnym wyjątkiem są fobie specyficzne, w przypadku których terapia behawioralna jest lepsza niż leki – które mogą nawet nasilać problem. Przy schizofrenii leki stanowią pierwszą linię leczenia, choć nie powodują wyleczenia. Do niedawna w przypadku schizofrenii rzadko była stosowana konwencjonalna psychoterapia, ale nowe badania wykazują, że skuteczna może być terapia łączona.

Leki nie są użyteczne w leczeniu wielu problemów psychicznych, takich jak trudności w nauce, wiele dysfunkcji seksualnych, większość zaburzeń osobowości oraz zaburzeń rozwojowych. Ponadto większość ludzi, którzy mają problemy natury psychicznej, nie cierpi na zaburzenia wymienione w *DSM-IV*, ale raczej z powodu „problemów życiowych”.

Edukacja i psychoterapia mają wiele punktów wspólnych. W szczególności obie wiążą się z uczeniem się oraz z ostatecznym

celem w postaci zmian w zachowaniu. Uważamy, że zarówno edukacja, jak i psychoterapia są skuteczniejsze, jeśli uczeń lub klient odgrywa w nich aktywną rolę.

Terapia łączona • Terapia poparta empirycznie (EST)

PYTANIA DO PRZEMYŚLENIA

1. Dlaczego behawioralne i medyczne podejścia do tego samego problemu psychologicznego mogą mieć podobny wpływ na mózg? Czy oznacza to, że w przyszłości można będzie rozwijać skuteczne behawioralne formy leczenia w przypadkach, które wcześniej kończyły się sukcesem jedynie dzięki interwencji medycznej?
2. W jaki sposób podejmuje się decyzję co do tego, jaka terapia będzie odpowiednia?
3. Czy każdy może odnieść korzyść z psychoterapii, czy też sądzisz, że nadaje się ona tylko dla osób z poważnymi problemami?
4. Dlaczego czasami z poszukiwaniem profesjonalnej pomocy w rozwiązywaniu problemów psychicznych wiąże się stygmatyzacja? W jaki sposób można by skutecznie to zmienić?
5. Gdybyś uważał, że masz specyficzną fobię, czy byłbyś gotów poddać się terapii opartej na ekspozycji?

ZADANIA DO WYKONANIA

1. Dowiedz się, jakie usługi i możliwości są dostępne w twojej okolicy na wypadek, gdybyś kiedykolwiek potrzebował emocjonalnego wsparcia w kryzysie, albo chciał poszukać terapii lub pomóc komuś, kto potrzebuje takiej informacji. Ile

kosztują takie usługi? Poszukaj nazwisk uznanych profesjonalnych terapeutów i osób zajmujących się poradnictwem, a także grup wsparcia, telefonów zaufania, usług medycznych i edukacyjnych oraz programów kościelnych i środowiskowych. Czy trudno jest znaleźć takie informacje?

2. Czy masz jakieś samoograniczające oczekiwania? Czy czujesz, że mógłbyś odnieść korzyść z terapii poznawczej? Zapisz stwierdzenia będące pozytywnymi oczekiwaniami dotyczącymi własnej osoby. Następnie staraj się korzystać z nich w sytuacjach, w których czujesz niepokój lub niepewność. Czy przynoszą jakiś efekt?
3. Poszukaj w Internecie informacji na temat grup wsparcia dla osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi. W jaki sposób pełnią one rolę terapeutyczną? W jaki sposób są pomocne, a jak potencjalnie mogłyby przynieść efekt przeciwny do zamierzonego?

Słownik pojęć

Agorafobia Strach przed publicznymi miejscami i otwartą przestrzenią, towarzyszący powszechnie zespołowi paniki

Aktywny słuchacz Osoba, która dostarcza mówiącemu informacji zwrotnych za pomocą przytakiwania, parafrazowania, utrzymywania wyrazu twarzy oznaczającego zainteresowanie oraz zadawania pytań wyjaśniających

Amnezja dysocjacyjna Wywołana psychologicznie utrata pamięci informacji osobistych, takich jak własna tożsamość czy miejsce zamieszkania

Analiza przeniesienia Freudowska technika analizowania i interpretowania relacji pacjenta z terapeutą, oparta na założeniu, że relacja ta odzwierciedla nierozwiązane rodzinne konflikty z przeszłości pacjenta

Antydepresanty (leki przeciwdepresyjne) Leki, które leczą depresję, zazwyczaj poprzez wpływanie na szlaki serotoninowe i/lub noradrenergiczne (norepinefrynowe) w mózgu

Archetyp Jedno z pradownych wyobrażeń pamięciowych w nieświadomości zbiorowej. Archetypy pojawiają się i powracają w sztuce, literaturze i ludowych baśniach na całym świecie

Autonarracje „Historie”, jakie jednostka opowiada o samej sobie. Autonarracje pozwalają ludziom dostrzec spójną w czasie ośnowę swej osobowości

Autyzm Zaburzenie rozwojowe cechujące się deficytami w zakresie

posługiwania się językiem, wchodzenia w interakcje społeczne i zdolności rozumienia stanów umysłu innych osób

Cechy Stałe właściwości osobowości, które od wewnątrz kierują myślami jednostki oraz jej działaniami w różnych okolicznościach

Deinstytucjonalizacja Polityka wypisywania pacjentów ze szpitali psychiatrycznych, gdy tylko jest to możliwe

Depersonalizacja Pozbawianie ludzi ich tożsamości i indywidualności przez traktowanie ich jak przedmioty, a nie jak osoby. Depersonalizacja może być skutkiem etykietowania

Depresja wielka Forma depresji nieprzeplatająca się z manią

Determinizm psychiczny Założenie Freuda, że wszystkie nasze reakcje psychiczne i zachowania powodowane są przez nieświadome urazy, pragnienia i konflikty

Determinizm wzajemny Proces, w którym poznanie, zachowanie i środowisko wywierają na siebie wzajemny wpływ

DSM-IV Czwarte wydanie podręcznika *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych), opublikowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne; przedstawia najszerzej przyjęty w USA psychiatryczny system klasyfikacji zaburzeń DSM-IV.

Dyskineza późna Nieuleczalne zaburzenie kontroli motorycznej, dotyczące zwłaszcza mięśni twarzy i głowy, będące rezultatem długotrwałego przyjmowania leków antypsychotycznych

Dysleksja Upośledzenie czytania, przez niektórych ekspertów wiązane z uszkodzeniem mózgu

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości Osoba dotknięta tym zaburzeniem przekonana jest, że posiada więcej niż jedną tożsamość lub osobowość

Dyspozycja Względnie stała właściwość osobowości, taka jak temperament, cecha lub typ osobowości

Ego Świadoma, racjonalna część osobowości, której zadaniem jest utrzymywanie pokoju między superego a id

Eklektyzm Dobieranie odpowiednich teorii w celu wyjaśnienia określonych zjawisk, albo tworzenie własnej teorii z elementów zapożyczonych z różnych podejść

Ekonomia żetonowa Technika warunkowania sprawczego stosowana wobec takich grup, jak klasy szkolne czy oddziały szpitali psychiatrycznych, związana z uzależnioną od pożądanых zachowań dystrybucją „żetonów” lub innych sygnałów wzmocnienia. Żetony mogą być później zamienione na przywileje, jedzenie lub inne nagrody

Ekstrawersja W teorii Junga tendencja do kierowania swej uwagi na zewnątrz, w stronę innych ludzi

Etykietowanie Odnosi się do niewłaściwej praktyki przypisywania ludziom diagnoz zaburzeń psychicznych i posługiwania się nimi jako stereotypami – traktowania dotkniętych nimi ludzi tak, jakby etykieta wyjaśniała całość ich osobowości. Etykiety psychiatryczne mogą również stygmatyzować ludzi

Fiksacja Dochodzi do niej, gdy rozwój psychoseksualny zostaje zablokowany w którymś z niedojrzałych stadiów

Fobia Jedno z zaburzeń lękowych, charakteryzujące się patologicznym strachem przed jakimś obiektem lub sytuacją

Fuga dysocjacyjna W zasadzie to samo, co amnezja dysocjacyjna, ale z dodatkiem „ucieczki” z własnego domu, od rodziny i pracy. *Fugue* to po francusku „ucieczka”

Halucynacje Fałszywe doznania zmysłowe, mogące wskazywać na zaburzenia psychiczne. Halucynacje mogą mieć inne przyczyny, takie jak zażywanie narkotyków lub deprivacja sensoryczna

Hipochondria Zaburzenie pod postacią somatyczną polegające na przesadnym zajmowaniu się własnym zdrowiem i chorobami

Hipoteza podatność-stres W odniesieniu do schizofrenii głosi ona, że czynniki genetyczne wystawiają jednostkę na ryzyko zachorowania, natomiast środowiskowe czynniki stresujące przekształcają to potencjalne ryzyko w rzeczywiste zaburzenie schizofreniczne

Hipoteza wstępnej gotowości Pogląd, że posiadamy wytworzoną w drodze selekcji naturalnej wrodzoną skłonność do szybkiego i automatycznego reagowania na bodźce, które stanowiły zagrożenie dla przetrwania naszych przodków

Humory Cztery płyny organizmu – krew, flegma, czarna żółć i żółć – które według starożytnej teorii sterują osobowością dzięki swej względnej obfitości

Id Prymitywna, nieświadoma część psychiki, w której mieszczą się najbardziej podstawowe popędy, i w której są przechowywane wyparte wspomnienia

Identyfikacja Proces psychiczny, przez który jednostka próbuje stać się podobna do innej osoby, szczególnie do rodzica tej samej płci

Indywidualizm Przekonania, powszechne w świecie euroamerykańskim, przywiązujące dużą wagę do osiągnięć i wyróżniania się jednostki

Introwersja W teorii Junga tendencja do koncentrowania się na wewnętrznych doznaniach – na własnych myślach i uczuciach – powodująca, że introwertyk jest mniej otwarty i towarzyski niż ekstrawertyk

Ja wybawicielskie Powszechna autonarracja odkryta przez McAdamsa u produktywnych Amerykanów. Wybawicielskie Ja czuje się powołane do przezwyciężania przeszkód w swoich dążeniach do pomagania innym

Kolektywizm Przekonania, powszechne w Azji, Afryce, Ameryce Łacińskiej i na Środkowym Wschodzie, przywiązujące większą wagę do lojalności grupowej i honoru niż do wyróżniania się jednostki

Kompleks Edypa Według Freuda, w dużej mierze nieświadomy proces, w którym chłopcy przenoszą swój pociąg seksualny do matek na kobiety w swoim wieku i w tym samym czasie identyfikują się z własnymi ojcami

Kontrowersja osoba-sytuacja Spór teoretyczny dotyczący względnego udziału w kontroli zachowania czynników osobowościowych i sytuacyjnych

Leki antypsychotyczne (inaczej: przeciwpsychotyczne lub neuroleptyki) Leki, które zmniejszają objawy psychotyczne, zazwyczaj przez wpływanie na szlaki dopaminowe w mózgu

Leki przeciwlękowe Kategoria leków, do której należą barbiturany i benzodiazepiny zmniejszające uczucie lęku

Lęk podstawowy w teorii Horney poczucie niepewności i samotności we wrogim świecie, które może prowadzić do nieprzystosowania

Libido Freudowskie pojęcie określające energię psychiczną, która

popycha jednostkę do doświadczania przyjemności zmysłowej

Mechanizmy obronne ego Strategia psychiczna, w dużej mierze nieświadoma, stosowana w celu zredukowania przeżywanego konfliktu lub odczuwanego lęku

MMPI-2 Powszechnie stosowane narzędzie oceny osobowości, pozwalające zdiagnozować 10 ważnych cech klinicznych. Znane także jako Wielowymiarowy Minnesocki Inwentarz Osobowości

Model ekologiczny Podobny do modelu społeczno-poznawczo-behawioralnego, ale z naciskiem na kontekst społeczny i kulturowy

Model medyczny Pogląd, że zaburzenia psychiczne są chorobami, które – podobnie jak zwykłe choroby fizyczne – mają obiektywne fizyczne przyczyny i wymagają specyficznego leczenia

Modelowanie uczestniczące Technika społecznego uczenia się, w której terapeuta demonstruje pożądane zachowanie i zachęca klienta do naśladowania

Modyfikacja zachowania Inne określenie terapii behawioralnej

Neofreudowska terapia psychodynamiczna Terapia zaburzeń psychicznych, stworzona przez następców Freuda, którzy przejęli niektóre z jego idei, ale nie zgadzali się z innymi

Neofreudysta Dosłownie „nowy freudysta”; termin odnoszący się do teoretyków, którzy zerwali z Freudem, lecz ich teorie zachowały charakter psychodynamiczny

Nerwica Przed wprowadzeniem systemu klasyfikacyjnego *DSM-IV* termin ten stosowano jako nazwę dla subiektywnego cierpienia lub zachowań uniemożliwiających realizację własnych celów, przy braku oznak anomalii mózgowych lub rażąco irracjonalnego myślenia

Niepoczytalność Termin prawny, a nie psychologiczny lub psychiatryczny, odnoszący się do osoby, która z powodu zaburzenia psychicznego lub upośledzenia umysłowego niezdolna jest do zachowywania się zgodnego z prawem

Nieśmiałość Często występująca właściwość temperamentu, nieuznawana za zaburzenie przez *DSM-IV* (mimo, że jej głównym objawem jest lęk społeczny – *przyp. red. nauk.*)

Nieświadomość W teorii Freuda jest to ta sfera psychiki, której jednostka sobie nie uświadamia, magazyn wypartych impulsów, popędów i konfliktów niedostępnych świadomości

Nieświadomość indywidualna Termin stosowany przez Junga na określenie tej części nieświadomości, która z grubsza odpowiada Freudowskiemu id

Nieświadomość zbiorowa Jungowski dodatek do nieświadomości, obejmujący rezerwuar instynktownych „wspomnień”, w tym archetypów, które istnieją u wszystkich ludzi

Odzwierciedlanie uczuć Technika Carla Rogersa polegająca na parafrazowaniu słów klienta, starającym się uchwycić wyrażony w nich ton emocjonalny

Osoba w pełni funkcjonująca termin stosowany przez Carla Rogersa, określający zdrową, samorealizującą się osobę, której pojęcie jest zarówno pozytywne, jak i zgodne z rzeczywistością

Osoba samorealizująca się zdrowa osoba, która zaspokoili swoje podstawowe potrzeby i może twórczo realizować własne możliwości

Osobowość Właściwości psychologiczne stanowiące o ciągłości zachowań jednostki w różnych sytuacjach i w różnym czasie

Paraprofjonalista Osoba, która podczas pracy zdobyła kwalifikacje (oraz, w niektórych przypadkach, posiada wykształcenie na poziomie licencjatu) w zakresie leczenia problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, ale nie ma pełnego wykształcenia magisterskiego i odpowiednich certyfikatów zawodowych

Podejście społeczno-poznawczo-behawioralne Alternatywa psychologiczna dla modelu medycznego, rozpatrująca zaburzenia psychiczne przez połączenie podejścia społecznego, poznawczego i behawioralnego

Podstawowy błąd atrybucji Tendencja do przeceniania wewnętrznych, dyspozycyjnych przyczyn zachowań innych ludzi i minimalizowania przyczyn zewnętrznych, sytuacyjnych. Błąd ten jest bardziej powszechny w kulturach indywidualistycznych niż w kolektywistycznych

Pole fenomenologiczne rzeczywistość psychologiczna jednostki, złożona z jej spostrzeżeń i uczuć

Potrzeby neurotyczne w teorii Horney oznaki nerwicy – dziesięć nasilonych do neurotycznej skrajności potrzeb stanowiących normalne pragnienia

Proces osobowościowy Wewnętrzny proces, w który osobowość angażuje motywację, emocje, spostrzeganie i uczenie się na poziomie świadomym i nieświadomym

Produktywność Proces angażowania się w sprawy wykraczające poza własne Ja – rodzinę, społeczeństwo lub przyszłe pokolenia. W teorii Eriksona produktywność jest, obok poczucia więzi pokoleniowej, zadaniem rozwojowym środkowego okresu życia

Program zarządzania wzmocnieniami Oparte na warunkowaniu sprawczym podejście do modyfikacji zachowania, polegające na

zmianie jego konsekwencji, zwłaszcza nagród i kar

Przezczaszkowa stymulacja magnetyczna mózgu (TMS) Leczenie związane ze stymulacją magnetyczną określonych rejonów mózgu. W odróżnieniu od ECT, TMS nie wywołuje ataku drgawek

Przymierze terapeutyczne Relacja współpracy między terapeutą a klientem stworzona po to, by pomóc klientowi uporać się z problemami psychologicznymi lub behawioralnymi

Psychoanaliza Forma terapii psychodynamicznej stworzona przez Sigmunda Freuda. Celem psychoanalizy jest wydobywanie konfliktów i wspomnień z nieświadomości

Psychoanaliza Metoda terapii zaburzeń psychicznych opierająca się na teorii psychoanalitycznej Sigmunda Freuda. Celem psychoanalizy jest uwolnienie z nieświadomości nierozpoznanych konfliktów, pragnień i wspomnień. (W praktyce termin ten często stosuje się szeroko, zarówno w odniesieniu do psychoanalitycznej teorii Freuda, jak i do jego psychoanalitycznej metody terapii.)

Psychochirurgia Ogólny termin na określenie chirurgicznej ingerencji w mózg, aby leczyć zaburzenia psychiczne

Psychologia pozytywna Niedawno powstały w psychologii ruch, koncentrujący się na pożądanym aspekcie funkcjonowania człowieka, w przeciwieństwie do nacisku na psychopatologię

Psychopatologia (zaburzenia psychiczne) Wzorzec emocji, zachowań lub myślenia niedostosowany do sytuacji, związany z cierpieniem lub niemożnością osiągnięcia ważnych celów. Inne terminy, mające zasadniczo to samo znaczenie, to „choroba psychiczna”, „zaburzenie umysłowe” lub „zaburzenie psychiczne”

Psychoterapia pozytywna (PPT) Stosunkowo nowa forma terapii poznawczo-behawioralnej, która kładzie nacisk na rozwój, zdrowie

i szczęście

Psychoza Zaburzenie polegające na głębokich zakłóceniach spostrzegania, racjonalnego myślenia oraz afektu

Racjonalno-emotywna terapia zachowania (REBT) Rodzaj terapii poznawczej, autorstwa Alberta Ellisa, oparty na przekonaniu, że irracjonalne myśli i zachowania są przyczyną zaburzeń psychicznych

Ruch psychiatrii środowiskowej Próba deinstytucjonalizacji pacjentów psychiatrycznych i zapewnienia im terapii ambulatoryjnej w przychodniach. Rzecznicy psychiatrii środowiskowej wyobrażali sobie, że wracający do zdrowia pacjenci będą mieszkali ze swoimi rodzinami, w domach zastępczych lub we wspólnych mieszkaniach

Rzetelność Właściwość testu psychologicznego zapewniająca uzyskiwanie zgodnych/ konsekwentnych rezultatów w kolejnych pomiarach

Samopomocowe grupy wsparcia Grupy, takie jak Anonimowi Alkoholicy, które zapewniają wsparcie społeczne i możliwość dzielenia się pomysłami na poradzenie sobie z częstymi problemami. Tego typu grupy są zazwyczaj organizowane i prowadzone raczej przez nieprofesjonalistów niż przez zawodowych terapeutów

Schizofrenia Zaburzenie psychotyczne, obejmujące zniekształcenia myślenia, percepcji i emocji

Sezonowe zaburzenie afektywne (SAD) Postać depresji wywołana prawdopodobnie brakiem światła

Społeczność terapeutyczna Termin Jonesa na określenie programu leczenia zaburzeń psychicznych, polegającego na uczynieniu

środowiska szpitalnego bardziej wspierającym i ludzkim dla pacjentów

Stadia psychoseksualne Sukcesywne, instynktowne fazy rozwojowe, w których przyjemność wiąże się ze stymulowaniem innych obszarów ciała w różnych okresach życia

Stymulanty (środki pobudzające) Substancje, które zwykle zwiększają poziom aktywności przez pobudzanie komunikacji między neuronami w mózgu. Stymulanty okazały się jednak tłumić poziom aktywności u osób z ADHD

Superego Psychiczny magazyn wartości, w tym wyuczonych przez rodziców i społeczeństwo postaw moralnych; z grubsza to samo, co powszechne pojęcie „sumienia”

Systematyczna desensytyzacja Technika terapii behawioralnej, w której lęk jest wygaszany przez ekspozycję pacjenta na bodziec wzbudzający ten lęk

Teoria pięcioczynnikowa Teoria cech, zakładająca, że osobowość składa się z pięciu wymiarów (zwanymi także „wielką piątką”): otwartości na doświadczenie, sumienności, ekstrawersji, ugodowości i neurotyczności

Teoria psychoanalityczna Freudowska teoria osobowości i zaburzeń psychicznych

Teoria psychodynamiczna Grupa teorii wywodzących się od Freuda; wszystkie one kładą nacisk na motywację – często nieświadomą – oraz na wpływ przeszłości na powstawanie zaburzeń psychicznych

Teoria systemów rodzinnych Podejście do osobowości i terapii, uznające za podstawową jednostkę analizy rodzinę, a nie pojedynczą osobę

Teorie dyspozycyjne Są to podejścia do osobowości, które odwołują się do temperamentu, cech i typów

Teorie humanistyczne Grupa teorii osobowości koncentrujących się bardziej na rozwoju i potencjale człowieka niż na zaburzeniach psychicznych; wszystkie one kładą nacisk na funkcjonowanie jednostki w teraźniejszości, a nie na wpływ przeszłych zdarzeń

Teorie społeczno-poznawcze Grupa teorii zajmujących się wyjaśnianiem ograniczonych, lecz ważnych aspektów osobowości (np. umiejscowienia kontroli); wszystkie one wyrastają z psychologii eksperymentalnej

Terapia Ogólny termin na określenie każdego procesu leczenia. W psychologii i psychiatrii termin ten odnosi się do wielu różnych technik psychologicznych i biomedycznych mających na celu poradzenie sobie z zaburzeniami psychicznymi lub problemami życiowymi

Terapia awersyjna Jako procedura oparta na warunkowaniu klasycznym, awersyjne przewarunkowanie polega na prezentowaniu jednostce atrakcyjnego bodźca skojarzonego z nieprzyjemną (awersyjną) stymulacją, aby uwarunkować reakcję odrzuty

Terapia behawioralna Każda forma psychoterapii oparta na zasadach behawioralnego uczenia się, zwłaszcza warunkowania sprawczego i klasycznego

Terapia biomedyczna Leczenie, które koncentruje się na wywoływaniu zmian w mózgu, szczególnie za pomocą leków, psychochirurgii lub terapii elektrowstrząsowej

Terapia ekspozycyjna Forma terapii opartej na desensytyzacji, w której pacjent bezpośrednio konfrontuje się z wywołującym lęk bodźcem (w odróżnieniu od wyobrażania sobie tego bodźca)

Terapia elektrowstrząsowa (ECT) Forma leczenia stosowana głównie w przypadku depresji, polegająca na przepuszczeniu przez czaszkę prądu elektrycznego, powodującego uogólniony atak drgawek. Nazywana czasem „terapią wstrząsową”

Terapia grupowa Każda forma psychoterapii z udziałem więcej niż jednego klienta/pacjenta w tym samym czasie. Terapia grupowa prowadzona jest często zgodnie z humanistycznym punktem widzenia

Terapia humanistyczna Technika leczenia oparta na założeniu, że ludzie mają tendencję do pozytywnego wzrostu i samorealizacji, które mogą być blokowane przez niezdrowe (np. zbyt wymagające) środowisko

Terapia łączona Podejście terapeutyczne, które uwzględnia zarówno techniki psychologiczne, jak i medyczne – najczęściej farmakoterapię w połączeniu z terapią behawioralną lub poznawczo-behawioralną

Terapia nastawiona na klienta Humanistyczne podejście do leczenia stworzone przez Carla Rogersa, podkreślające tendencję jednostki do zdrowego rozwoju (wzrostu) psychicznego przez samorealizację

Terapia poparta empirycznie (EST) Sposób leczenia, którego skuteczność została wykazana w badaniach

Terapia poznawcza Kładzie nacisk na racjonalne myślenie (w odróżnieniu od subiektywnych emocji, motywacji czy wypartych konfliktów), które uważa za klucz do leczenia zaburzeń psychicznych

Terapia poznawczo-behawioralna Nowsza forma psychoterapii, która łączy techniki terapii poznawczej i behawioralnej

Terapia psychologiczna Terapia oparta na zasadach psychologicznych; często nazywana „psychoterapią”

Terapia wglądowa Psychoterapia, w której terapeuta pomaga pacjentowi/klientowi zrozumieć (uzyskać wgląd w) swoje problemy

Test Apercepcji Tematycznej (TAT) Test projekcyjny, w którym badani mają wymyślać historyjki wyjaśniające wieloznaczne obrazki

Test Plam Atramentowych Rorschacha Test projekcyjny, w którym zadaniem osób badanych jest opisanie, co widzą na każdym z 10 obrazków przedstawiających plamy atramentowe

Test projekcyjny Technika służąca do oceny osobowości, taka jak Test Rorschacha i TAT, opierająca się na projekcji – Freudowskim mechanizmie obrony ego

Trafność Właściwość testu psychologicznego zapewniająca, że test mierzy to, co w założeniu ma mierzyć

Typ osobowości Podobny do cechy, ale nie jest *wymiarem*, lecz *kategorią*, którą uważa się za wiązkę właściwości osobowościowych

Uczenie się obserwacyjne Forma uczenia się poznawczego, w której nowe reakcje nabywa się po zaobserwowaniu zachowań innych ludzi i konsekwencji, jakie następują po tych zachowaniach

Ukryta teoria osobowości Zbiór niekwestionowanych założeń, jaki jednostka przyjmuje na temat osobowości, służący jej do uproszczenia sposobu rozumienia innych

Umiejscowienie kontroli Poczucie jednostki dotyczące stopnia, w jakim jej kontrola nad własnym życiem ma charakter

wewnętrzny lub zewnętrzny

Uogólnione zaburzenie lękowe Zaburzenie psychiczne, cechujące się uporczywymi i ciągłymi doznaniem lęku, bez żadnej zewnętrznej przyczyny

Urojenia Skrajne zaburzenia myślenia, polegające na stałym utrzymywaniu się fałszywych przekonań. Urojenia są cechą charakterystyczną zaburzenia paranoidalnego

Wskaźnik Typów Myers-Briggs (MBTI) Szeroko stosowany test osobowości, opierający się na Jungowskiej koncepcji typów osobowości

Wyparcie Nieświadomy proces, wykluczający nieakceptowane myśli i uczucia ze świadomości i pamięci

Wyuczona bezradność Stan polegający na tym, że człowiek uczy się przypisywać przyczyny nieprzyjemnych zdarzeń własnym wadom lub okolicznościom zewnętrznym, wobec których czuje się bezradny i uważa, że nie jest w stanie ich zmienić. Osoby cechujące się wyuczoną bezradnością można uznać za mające skrajnie zewnętrzne *umiejscowienie kontroli*

Zaburzenia dysocjacyjne Jedna z kategorii zaburzeń polegająca na „fragmentacji” osobowości, w której pewne części oderwały się lub odszczepiły od innych

Zaburzenia lękowe Problemy psychiczne cechujące się głównie lękiem. Zaburzenia lękowe obejmują zespół paniki, fobie specyficzne i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Zaburzenia nastroju Anormalne zakłócenia emocji lub nastroju, obejmujące zaburzenie dwubiegunowe i zaburzenie jednobiegunowe. Zaburzenia nastroju określa się także jako zaburzenie afektywne

Zaburzenia pod postacią somatyczną Problemy psychiczne ujawniające się w postaci symptomów cielesnych lub skarg na problemy fizyczne, takie jak osłabienie lub nadmierne obawy o własne zdrowie. Do zaburzeń pod postacią somatyczną należą zaburzenia konwersyjne i hipochondria

Zaburzenie depersonalizacyjne Anomalia polegająca na wrażeniu, że psychika i ciało uległy rozdzieleniu, tak jak w przypadku „doświadczenia przebywania poza ciałem”

Zaburzenie dwubiegunowe Anomalia psychiczna polegająca na huśtawkach nastroju od manii do depresji

Zaburzenie konwersyjne Rodzaj zaburzenia pod postacią somatyczną, charakteryzującego się paraliżem, osłabieniem lub utratą czucia, przy braku jakichkolwiek widocznych przyczyn fizycznych

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne Zaburzenie cechujące się występowaniem uporczywych, niechcianych myśli i zachowań

Zaburzenie osobowości Stan polegający na chronicznym, całościowym, sztywnym i nieprzystosowawczym wzorcu myślenia, emocji, relacji społecznych lub kontroli nad impulsami

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) Zaburzenie rozwojowe, które charakteryzuje się znacznym ograniczeniem zakresu uwagi i bardzo małą jej trwałością. Towarzyszy mu skrajna trudność z pozostawianiem w bezruchu przez jakiś czas

Zespół paniki Zaburzenie charakteryzujące się napadami paniki, niemającymi żadnego widocznego związku ze zdarzeniami z teraźniejszego doświadczenia jednostki. Odmienne niż w uogólnionym zaburzeniu lękowym, osoba cierpiąca na zespół paniki zwykle nie odczuwa lęku między napadami paniki

Bibliografia

- Abrams, A.R. (1992). *Electroconvulsive therapy*. New York: Oxford University Press.
- Ackerman, S.J., Benjamin, L.S., Beutler, L.E., Gelso, C.J., Goldfried, M.R., Hill, C., Lambert, M.J., Norcross, J.C., Orlinsky, D.E., Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 task force. *Psychotherapy*, 38, 495–497.
- Adams, J. (1979). Mutual-help groups: Enhancing the coping ability of oncology clients. *Cancer Nursing*, 2, 95–98.
- Adler, J. (2006, March 27). Freud in our midst. *Newsweek*, 157 (13), 43–49.
- Adolphs, R., Jansari, A., Tranel, D. (2001). Hemispheric perception of emotional valence from facial expressions. *Neuropsychology*, 35, 516–524.
- Ahern, G.L., Schwartz, G.E. (1985). Differential lateralization for positive and negative emotion in the human brain: EEG spectral analysis. *Neuropsychologia*, 23, 744–755.
- Albee, G.W. (2006, Fall) Is it time for the Third Force in American psychology? *The General Psychologist*, 41 (2), 1–3. Dostępne 16 lutego 2008 pod adresem internetowym: www.apa.org/divisions/div1/archive.html.
- Allen, M.G. (1976). Twin studies of affective illness. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1476–1478.
- Allport, G.W., Odbert, H.S. (1936). Trait-names, a psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47 (1, Whole No. 211).
- American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Committee on Quality Improvement (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108, 1033–1044 [zob też: Henker, Whalen, 1989; Poling i in., 1991; Welsh

i in., 1993].

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 4). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N.C., Arndt, S., Alliger, R., Miller, D. i in. (1995). Symptoms of schizophrenia: Methods, meanings, and mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 52, 341–351.
- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H.L., Costello, E.J. (2000). Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 975–984.
- Antonuccio, D. (1995). Psychotherapy for depression: No stronger medicine. *American Psychologist*, 50, 450–452.
- Antony, M.M., Barlow, D.H. (2002). Specific phobias. W: D.H. Barlow (red.), *Anxiety and its disorders* (wyd. 2, s. 380–417). New York: Guilford.
- Antony, M.M., Brown, T.A., Barlow, D.H. (1992). Current perspectives on panic and panic disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 79–82.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Aronson, E. (2004). *The social animal* (wyd. 9). New York: Worth [zob. wyd. pol. 2009 *Człowiek – istota społeczna* (wyd. 12 zm., na podstawie 10 wyd. oryg.) Warszawa: WN PWN] [zob. też: Feingold, 1990; Tesser, Brodie, 1971].
- Ayllon, T., Azrin, N.H. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Azar, B. (1994, October). Seligman recommends a depression „vaccine”. *APA Monitor*, 4 [zob. też: Robins, 1988; Seligman, 1996; Seligman i in., 1979].
- Azar, B. (1997, October). Was Freud right? Maybe, maybe not. *American Psychological Association Monitor*, 28, 30.
- Azar, B. (2002, September). Searching for genes that explain our personalities. *Monitor on Psychology*, 33 (8), 44–45.
- Babiak, P., Hare, R.D. (2006). *Snakes in suits: When psychopaths go to*

- work*. New York: Harper Collins.
- Balch, P., Ross, A.W. (1975). Predicting success in weight reduction as a function of locus of control: A uni-dimensional and multi-dimensional approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 119.
- Bandura, A. (1970). Modeling therapy. W: W.S. Sahakian (red.), *Psychopathology today: Experimentation, theory and research*. Itasca, IL: Peacock.
- Bandura, A. (1981). In search of pure unidirectional determinants. *Behavior Therapy*, 12, 30–40.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. W: L.A. Pervin, O.P. John (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (wyd. 2, s. 154–196). New York: Guilford.
- Barash, D.P. (2007, October 5). The targets of aggression. *The Chronicle of Higher Education*, B6–B9.
- Barber, C. (2008, February/March). The medicated Americans. *Scientific American Mind*, 19 (1), 44–51.
- Barinaga, M. (1996, January 19). Social status sculpts activity of crayfish neurons. *Science*, 271, 290–291.
- Barker, L.M., Best, M.R., Domjan, M. (red.). (1978). *Learning mechanisms in food selection*. Houston: Baylor University Press.
- Barkley, R.A. (1998, September). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Scientific American*, 279 (9), 66–71.
- Barlow, D.H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1050–1058.
- Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247–1263.
- Barlow, D.H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4–32.
- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869–878.
- Barlow, D.H., Durand, V.M. (2005). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Belmont, CA: Wadsworth.

- Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., Woods, S.W. (2000, May). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 283, 2529–2536.
- Barnes, D.M. (1987). Biological issues in schizophrenia. *Science*, 235, 430–433.
- Baumeister, R.F. (red.). (1993). *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum.
- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I., Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1–44.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bem, D.J., Allen, A. (1974). On predicting some of the people some of the time: The search for cross-situational consistencies in behavior. *Psychological Review*, 81 (6), 506–520.
- Benassi, V.A., Sweeney, P.D., Dufour, C.L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 357–367.
- Benedict, R. (1966). *Wzory kultury*, Warszawa: PWN.
- Berman, J.S., Norton, N.C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401–407.
- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segall, M.H., Dasen, P.R. (1992). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. New York: Cambridge University Press.
- Beutler, L.E., Machado, P.P. (1992). Research on psychotherapy. W: M.R. Rosenzweig (red.), *International psychological science: Progress, problems, and prospects* (s. 227–252). Washington, DC: American Psychological Association.
- Binitie, A. (1975). A factor-analytical study of depression across cultures (African and European). *British Journal of Psychiatry*, 127,

559–563.

- Birenbaum, M., Montag, I. (1986). On the location of the sensation seeking construct in the personality domain. *Multivariate Behavioral Research*, 21, 357–373.
- Blatt, S.J., Sanislow, C.A. III, Pilkonis, P.A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276–1284.
- Borod, J., Koff, E., Lorch, M.P., Nicholas, M., Welkowitz, J. (1988). Emotional and non-emotional facial behavior in patients with unilateral brain damage. *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, 5, 826–832.
- Bostwick, J.M., Pankratz, V.S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1925–1932.
- Bouchard, T.J., Lykken, D.T., McGue, M., Segal, N.L., Tellegen, A. (1990). Sources of human psychological differences: The Minnesota study of twins reared apart. *Science*, 250, 223–228.
- Bourguignon, E. (1979). *Psychological anthropology: An introduction to human nature and cultural differences*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bowden, C.L., Calabrese, J.R., McElroy, S.L., Gyulai, L., Wassef, A., Petty, E., Pope, H.G. Jr, Chou, J.C., Keck, P.E. Jr, Rhodes, L.J., Swann, A.C., Hirschfeld, R.M., Wozniak, P.J. (2000). A randomized, placebo-controlled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. Divalproex Maintenance Study Group. *Archives of General Psychiatry*, 57, 481–489.
- Bower, B. (1995, March 4). Virus may trigger some mood disorders. *Science News*, 147, 132.
- Bower, B. (1998a, November 28). Dr. Freud goes to Washington. *Science News*, 154, 347–349.
- Bower, B. (1998b, June 20). Psychology's tangled web. *Science News*, 153, 394–395.
- Bower, B. (2004, July 24). Suicide watch: Antidepressants get large-

- scale inspection. *Science News*, 166, 51.
- Bower, B. (2005a, November 5). Questions on the couch: Researchers spar over how best to evaluate psychotherapy. *Science News*, 168, 299–301.
- Bower, B. (2005b, March 19). Schizophrenia syncs fast: Disconnected brain may lie at heart of disorder. *Science News*, 167, 180.
- Bower, B. (2006, March 18). Prescription for controversy: Medications for depressed kids spark scientific dispute. *Science News*, 169, 168–172.
- Bower, B. (2007, July 28). Antidepressants trim suicide tries. *Science News*, 172, 61 [zob. też: Gibbons in., 2007; Simon, Savarino, 2007].
- Bowles, A. (2004). Beck in action: Grawemeyer-winning psychiatrist influential in psychology. *APS Observer*, 27 (3), 7–8.
- Bradbury, J. (2001, May 19). Teasing out the genetics of bipolar disorder. *Lancet*, 357, 1596.
- Brødvik, L., Berglund, M. (2006). Long-term treatment and suicidal behavior in severe depression: ECT and antidepressant pharmacotherapy may have different effects on the occurrence and seriousness of suicide attempts. *Depression and Anxiety*, 23, 34–41.
- Breggin, P.R. (1979). *Electroshock: Its brain-disabling effects*. New York: Springer.
- Breggin, P.R. (1991). *Toxic psychiatry*. New York: St. Martin's Press.
- Breggin, P.R., Breggin, G.R. (1994). *Talking back to Prozac*. New York: St. Martin's Press.
- Breier, J.I., Simos, P.G., Fletcher, J.M., Castillo, E.M., Zhang, W., Papanicolaou, A.C. (2003). Abnormal activation of temporoparietal language areas during phonetic analysis in children with dyslexia. *Neuropsychology*, 17, 610–621.
- Bridge, J.A., Satish, I., Salary, C.B., Barbe, R.P., Birmaher, B., Pincus, H.A., Ren, L., Brent, D.A. (2007, April 18). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 297, 1683–1696.
- Brislin, R.W. (1981). *Cross-cultural encounters: Face-to-face*

- interaction*. Boston: Allyn & Bacon.
- Brown, J.D. (1991). Accuracy and bias in self-knowledge. W: C.R. Snyder, D.F. Forsyth (red.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. New York: Pergamon.
- Brown, K. (2003a, March 14). The medication merry-go-round. *Science*, 299, 1646–1649.
- Brown, K. (2003b, July 11). New attention to ADHD genes. *Science*, 301, 160–161.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L., Ben-Porath, Y. (1989). *Development and use of the MMPI-2 content scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., Mineka, S., Hooley, J.M. (2008). *Abnormal psychology: Core concepts*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Butcher, J.N., Williams, C.L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive–behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Calev, A., Nigal, D., Shapira, B., Tubi, N., Chazan, S., Ben-Yehuda, Y., Kugelmass, S., Lerer, B. (1991). Early and long-term effects of electroconvulsive therapy and depression on memory and other cognitive functions. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 179, 526–533.
- Calkins, M.W. (1906). A reconciliation between structural and functional psychology. *Psychological Review*, 13, 61–81. Zarchiwizowano na stronie Classics in the History of Psychology: <http://psychclassics.yorku.ca/Calkins/reconciliation.htm>.
- Calkins, M.W. (1930). Autobiography of Mary Whiton Calkins. W: C. Murchison (red.), *History of psychology in autobiography* (t. 1, s. 31–61). Zarchiwizowano na stronie Classics in the History of Psychology: <http://psychclassics.yorku.ca/Calkins/murchison.htm>.
- Campbell, S.S., Murphy, P.J. (1998, January 16). Extraocular circadian phototransduction in humans. *Science*, 279, 396–399.
- Canli, T., Sivers, H., Whitfield, S.L., Gotlib, I.H., Gabrieli, J.D.E. (2002, June 21). Amygdala response to happy faces as a function of

- extraversion. *Science*, 296, 2191.
- Caporeal, L.R. (1976). Ergotism: The Satan loosed in Salem? *Science*, 192, 21–26.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgoni, L., Perugini, M. (1993). The Big Five Questionnaire: A new questionnaire for the measurement of the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 15, 281–288.
- Carlsson, A. (1978). Antipsychotic drugs, neurotransmitters, and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 135, 164–173.
- Carpenter, S. (2001, February). Different dispositions, different brains. *Monitor on Psychology*, 32 (2), 66–68.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. (2000). *Abnormal psychology and modern life* (wyd. 11). Boston: Allyn & Bacon.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (2008). *Perspectives on personality* (wyd. 6). Boston: Allyn & Bacon [zob. też: Digman, 1990; Goldberg, 1981, 1993].
- Casey, J.F., Wilson, L. (1991). *The flock*. New York: Fawcett Columbine.
- Cervone, D. (2004). The architecture of personality. *Psychological Review*, 111, 183–204.
- Cervone, D., Shoda, Y. (1999). Beyond traits in the study of personality coherence. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 27–32.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Johnson, S.B., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A., McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5–18.
- Chiacchia, K.B. (2007). Insanity defense. Encyclopedia of Psychology. Dostępne 9 lutego 2008 pod adresem internetowym: http://findarticles.com/p/articles/mi_g2699/is_0005/ai_269900050 [zob. też: Consensus Project (n.d.)].
- Christensen, A., Heavey, C.L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 165–190.
- Christensen, A., Jacobson, N.S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science*, 5, 8–14.

- Church, A.T., Katigbak, M.S., Del Prado, A.M., Ortiz, F.A., Mastor, K.A., Harumi, Y., Tanaka-Matsumi, J., De Jesús Vargas-Flores, J., Ibáñez-reyes, J., White, F.A., Miramontes, L.G., Reyes, J.A.S., Cabrera, H.F. (2006). Implicit theories and self-perceptions of traitedness across cultures: Toward integration of cultural and trait psychology perspectives. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37, 694–716.
- Church, A.T., Katigbak, M.S., Ortiz, F.A., Del Prado, A.M., De Jesús Vargas-Flores, J., Ibáñez-Reyes, J., Pe-Pua, R., Cabrera, H.F. (2005). Investigating implicit trait theories across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36, 476–496.
- Clay, R.A. (1998, November). Preparing for the future: Practitioners seek training for prescribing medication. *APA Monitor*, 22–23.
- Clay, R.A. (2000, January). Psychotherapy is cost-effective. *Monitor on Psychology*, 31 (1), 40–41.
- Cochran, S.D., Sullivan, J.G., Mays, V.M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 53–61.
- Cognitive-behavior therapy effective for panic disorder. (1991, November). *APS Observer*, 8.
- Cohen, D., Gunz, A. (2002). As seen by the other...: Perspectives on the self in the memories and emotional perceptions of Easterners and Westerners. *Psychological Science*, 55–59 [zob. też: Gardiner i in., 1998; Markus, Kitayama, 1994].
- Conklin, H.M., Iacono, W.G. (2004). Schizophrenia: A neurodevelopmental perspective. W: T.F. Oltmans, R.E. Emery (red.), *Current Directions in Abnormal Psychology* (s. 122–129). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Consensus Project (n.d.). The advocacy handbook. Dostępne 9 lutego 2008 pod adresem internetowym: http://consensusproject.org/advocacy/step2_main.
- Consumer Reports* (1995, November). Mental health: Does therapy help? 734–739.
- Cook, M., Mineka, S., Wolkenstein, B., Laitsch, K. (1985). Observational conditioning of snake fear in unrelated rhesus

- monkeys. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 591–610.
- Corrigan, P.W. (1995). Use of token economy with seriously mentally ill patients: Criticisms and misconceptions. *Psychiatric Services*, 46, 1258–1263.
- Costa, P.T., Jr, McCrae, R.R. (1992a). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653–665.
- Costa, P.T., Jr, McCrae, R.R. (1992b). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Coyne, J.C., Burchill, S.A.L., Stiles, W.B. (1991). An interactional perspective on depression. W: C.R. Snyder, D.O. Forsyth (red.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (s. 327–349). New York: Pergamon Press.
- Coyne, K.J.C. (2001, February). Depression in primary care: Depressing news, exciting research opportunities. *APS Observer*, 14 (2), 1, 18.
- Craik, F.I.M., Moroz, T.M., Moscovitch, M., Stuss, D.T., Winocur, G., Tulving, E., Shitij, K. (1999). In search of the self: A positron emission tomography study. *Psychological Science*, 10, 26–34.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today. *American Psychologist*, 55, 637–646.
- Craske, M.G., Brown, T.A., Barlow, D.H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two year follow-up. *Behavior Therapy*, 19, 577–592.
- Cromwell, R.L. (1993). Searching for the origins of schizophrenia. *Psychological Science*, 4, 276–279.
- Daley, K.C. (2004). Update on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Opinion in Pediatrics*, 16, 217–226.
- Dana, R.H. (1993). *Multicultural assessment perspectives for professional psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Danion, J., Rizzo, L., Bruant, A. (1999). Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 56, 639–644.
- Davidson, R.J. (1992a). Anterior cerebral asymmetry and the nature

- of emotion. *Brain and Cognition*, 20, 125–151.
- Davidson, R.J. (1992b). Emotion and affective style: Hemispheric substrates. *Psychological Science*, 3, 39–43.
- Davidson, R.J. (2000a). Affective neuroscience. Address given at the American Psychological Association's annual convention, Washington, DC.
- Davidson, R.J. (2000b). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196–1214.
- Davidson, R.J. (2002, April). Synaptic substrates of the implicit and explicit self. *Science*, 296, 268.
- Davidson, R.J., Jackson, D.C., Kalin, N.H. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126, 890–909 [zob. też: Adolphs i in., 2001; Ahern, Schwartz, 1985; Borod i in., 1988].
- Davison, K.R., Pennebaker, J.W., Dickerson, S.S. (200). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 55, 205–217.
- Daw, J. (2001, June). The Ritalin debate. *Monitor on Psychology*, 32 (6), 64–65.
- Dawkins, K., Lieberman, J.A., Lebowitz, B.D., Hsiao, J.K. (1999). Antipsychotics: Past and future. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 395–405 [zob. też: Gitlin, 1990; Holmes, 2001; Kane, Marder, 1993].
- DeAngelis, T. (2005, November). Where psychotherapy meets neuroscience. *Monitor on Psychology*, 36 (11), 72–73.
- DeAngelis, T. (2006, February). Promising new treatments for SAD. *Monitor on Psychology*, 37 (2), 18–20.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z., Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Megaanalysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007–1013.
- Devereux, G. (1981). Mohave ethnopsychiatry and suicide: The psychiatric knowledge and psychic disturbances of an Indian tribe. *Bureau of American Ethnology Bulletin* 175. Washington, DC: Smithsonian Institution.
- DiFebo, H. (2002). *Psylography: Mary Whiton Calkins*. Dostępne 11

stycznia 2008 pod adresem internetowym:
<http://faculty.frostburg.edu/mbradley/psyography/marywhiton-calkins.html>.

- Digman, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417–440.
- Dittmann, M. (2003). Psychology's first prescribers. *Monitor on Psychology*, 34 (2), 36.
- Dittmann, M. (2004). Prescriptive authority. *Monitor on Psychology*, 35 (5), 34–35.
- Dittmann, M. (2005a, July/August). Stemming social phobia. *Monitor on Psychology*, 36 (7), 92–94 [zob. też: Kazdin, 1994; Kazdin, Wilcoxin, 1976].
- Dittmann, M. (2005b, July/August). When health fears hurt health. *Monitor on Psychology*, 36 (7), 100–103.
- Dobbs, D. (2006a). A revealing reflection. *Scientific American Mind*, 17 (2), 22–27.
- Dobbs, D. (2006b, August/September). Turning off depression. *Scientific American*, 17 (4), 26–31.
- Doyle, R. (2002). Deinstitutionalization: Why a much maligned program still has life. *Scientific American*, 287, 38.
- Draguns, J. (1980). Psychological disorders of clinical severity. W: H. Triandis, J. Draguns (red.), *Handbook of cross-cultural psychology*, T. 6: *Psychopathology* (s. 99–174). Boston: Allyn & Bacon.
- Draguns, J.G. (1979). Culture and personality. W: A.J. Marsella, R.G. Tharp, T.J. Caborowski (red.), *Perspectives on cross-cultural psychology* (s. 179–207). New York: Academic Press.
- Druckman, D., Bjork, R.A. (1991). *In the mind's eye: Enhancing human performance*. Washington, DC: National Academy Press.
- Dubuc, B. (2002). Antidepressants and the growth of new neurons. McGill University, Canada. Dostępne 14 lutego 2008 pod adresem internetowym: http://thebrain.mcgill.ca/flash/a/a_08/a_08_cl/a_08_cl_dep/a_08_cl_dep.html.
- Eich, E., Macaulay, D., Loewenstein, R.J., Dihle, P.H. (1997). Memory, amnesia, and dissociative identity disorder. *Psychological Science*, 8, 417–422.

- Ellis, A. (1990). *The essential Albert Ellis: Seminal writings on psychotherapy*. New York: Springer.
- Ellis, A. (1998). *Terapia krótkoterminowa: lepiej, głębiej, trwalej*. Gdańsk: GWP.
- Ellis, A., Dryden, W. (1987). *The practice of rational emotive therapy (RET)*. New York: Springer.
- Epstein, S. (1980). The stability of confusion: A reply to Mischel and Peake. *Psychological Review*, 90, 179–184.
- Erdberg, P. (1990). Rorschach assessment. W: G. Goldstein, M. Hersen (red.), *Psychological assessment* (wyd. 2). New York: Pergamon.
- Exner, J.E. Jr. (1974). *The Rorschach: A comprehensive system: T. 1*. New York: Wiley.
- Exner, J.E. Jr. (1978). *The Rorschach: A comprehensive system: T. 2: Current research and interpretation*. New York: Wiley.
- Exner, J.E. Jr, Weiner, I.B. (1982). *The Rorschach: A comprehensive system: T. 3: Assessment of childrens and adolescents*. New York: Wiley.
- Ezzell, C. (2003, February). Why??? The neuroscience of suicide. *Scientific American*, 288, 45–51 [zob. też: Hirschfeld, Goodwin, 1988; Nemeroff, 1998].
- Fadiman, J., Frager, R. (2001). *Personality and personal growth*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Fajans, J. (1985). The person in social context: The social character of Baining „psychology”. W: G.M. White, J. Kirkpatrick (red.), *Person, self, and experience* (s. 367–400). Berkeley: University of California Press.
- Farina, A., Fischer, E.H., Boudreau, L.A., Bek, W.E. (1996). Mode of target presentation in measuring the stigma of mental disorder. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 2147–2156.
- Feingold, A. (1990). Gender differences in effects of physical attractiveness on romantic attraction: A comparison across five research paradigms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 981–993.
- Findley, M.J., Cooper, H.M. (1983). Locus of control and academic achievement: A literature review. *Journal of Personality and Social*

- Psychology*, 44, 419–427.
- Fishman, H.C. (1993). *Intensive structural therapy: Treating families in their social context*. New York: Basic Books.
- Fiske, S.T., Neuberg, S.L. (1990). A continuum of impression formation, from category-based to individuating processes: Influences of information and motivation on attention and interpretation. W: M.P. Zanna (red.), *Advances in experimental social psychology* (t. 23). San Diego, CA: Academic Press.
- Fleeson, W. (2004). Moving personality beyond the person-situation debate: The challenge and the opportunity of within-person variability. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 83–87.
- Foley, V.D. (1979). Family therapy. W: R.J. Corsini (red.), *Current psychotherapies* (wyd. 2, s. 460–469). Itasca, IL: Peacock.
- Freud, S. (2010). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: WN PWN.
- Frith, U. (1993, June). Autism. *Scientific American*, 268, 108–114.
- Frith, U. (1997). Autism. *Scientific American (Special Issue: The Mind)*, 7 (1), 92–98.
- Funder, D.C. (1983a). Three issues in predicting more of the people: A reply to Mischel & Peake. *Psychological Review*, 90, 283–289.
- Funder, D.C. (1983b). The „consistency” controversy and the accuracy of personality judgments. *Journal of Personality*, 51, 346–359.
- Funder, D.C., Ozer, D.J. (1983). Behavior as a function of the situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 107–112.
- Furnham, A., Moutafi, J., Crump, J. (2003). The relationship between the revised NEO-Personality Inventory and the Myers-Briggs Type Indicator. *Social Behavior and Personality*, 31, 577–584 [zob. też: McCrae, Costa, 1989; Pittenger, 1993].
- Furumoto, L. (1979). Mary Whiton Calkins (1863–1930), fourteenth president of the American Psychological Association. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 15, 346–356. W: Milar, K.S. (n.d.). An historical view of some early women psychologists and the psychology of women. Zarchiwizowano na stronie Classics in the History of Psychology: <http://psychclassics.yorku.ca/Special/Women/variability.htm>.
- Gainetdinov, R.R., Wetsel, W.C., Jones, S.R., Levin, E.D., Jaber, M.,

- Caron, M.G. (1999). Role of serotonin in the paradoxical calming effect of psychostimulants on hyperactivity. *Science*, 283, 397–401 [zob. też: Barkley, 1998; Wu, 1998].
- Gallo, P.S., McClintock, C.G. (1965). Cooperative and competitive behavior in mixed-motive games. *Journal of Conflict Resolution*, 9, 68–78.
- Gardiner, H.W., Mutter, J.D., Kosmitzki, C. (1998). *Lives across cultures: Cross-cultural human development*. Boston: Allyn & Bacon.
- George, M.S. (2003, September). Stimulating the brain. *Scientific American*, 289 (3), 67–73 [zob. też: George i in., 1999; Helmuth, 2001b; Travis, 2000b; Wassermann, Lisanby, 2001].
- George, M.S., Nahas, Z., Kozel, F.A., Goldman, J., Molloy, M., Oliver, N. (1999). Improvement of depression following transcranial magnetic stimulation. *Current Psychiatry Reports*, 1, 114–124.
- Gernsbacher, M.A., Dawson, M., Goldsmith, H.H. (2005). Three reasons not to believe in an autism epidemic. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 55–58.
- Gibbons, R.D., Brown, C.H., Hur, K., Marcus, S.M., Bhaumik, D.K., Mann, J.J. (2007). Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the veterans health administration data sets. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1044–1049.
- Gilbert, R.M. (1992). *Extraordinary relationships: A new way of thinking about human interactions*. New York: Wiley.
- Gitlin, M.J. (1990). *The psychotherapists guide to psychopharmacology*. New York: The Free Press.
- Glass, R.M. (2001, March). Electroconvulsive therapy: Time to bring it out of the shadows. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 285, 1346–1348.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., Mayberg, H. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: Treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 61, 34–41.
- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. W: L. Wheeler (red.), *Review of personality and social psychology* (t. 2, s. 141–165).

- Beverly Hills, CA: Sage.
- Goldberg, L.R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26–34.
- Golden, C., Figueroa, M. (2007). Facing cultural challenges in personality testing: *A review of Assessing hispanic clients using the MMPI-2 and MMPI-A*. Dostępne 16 kwietnia 2008 pod adresem internetowym PsycCritiques: <http://content.apa.org/critiques/52/41/l.html?sid=7903CA01-0711-4940-886C-9E3D3DB7D4AA>.
- Gottesman, I.I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. New York: Freeman.
- Gottesman, I.I. (2001). Psychopathology through a life span-genetic prism. *American Psychologist*, 56, 867–878.
- Gottman, J.M. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gottman, J.M. (2006). *Siedem zasad udanego małżeństwa*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gould, S.J. (1996). *The mismeasure of man* (wyd. 2). New York: Norton.
- Graham, J.R. (1990). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Greene, R.L. (1991). *The MMPI-2/MMPI: An interpretive manual*. Boston: Allyn & Bacon.
- Griner, D., Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531–548.
- Guisinger, S., Blatt, S.J. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist*, 49, 104–111.
- Gur, R.E., Maany, V. (1998). Subcortical MRI volumes in neuroleptic-naïve and treated patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1711–1718.
- Guthrie, G.M., Bennett, A.B. (1970). Cultural differences in implicit personality theory. *International Journal of Psychology*, 6, 305–312.
- Gutman, A.R. (2006, January 5). Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: An expert interview with Helen S. Mayberg, MD. Dostępne 16 lutego 2008 pod adresem

internetowym: www.Medscape.com/viewarticle/520659.

- Harris, J.R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102, 458–489.
- Hatfield, E., Rapson, R. (1998). On love and sex in the 21st century. *The General Psychologist*, 33 (2), 45–54.
- Heatherton, T.F., Macrae, C.N., Kelley, W.M. (2004). What the social brain sciences can tell us about the self. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 190–193.
- Hébert, R. (2006, October). We love to be scared on Halloween but fears and phobias are no laughing matter. *APS Observer*, 19 (10), 14–19.
- Hecht, A. (1986, April). A guide to the proper use of tranquilizers. *Healthline Newsletter*, 5–6.
- Heine, S.J., Lehman, D.R., Markus, H.R., Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard? *Psychological Review*, 106, 766–794.
- Heinrichs, R.W. (1993). Schizophrenia and the brain: Conditions for a neuropsychology of madness. *American Psychologist*, 48, 221–233.
- Helmes, E., Reddon, J.R. (1993). A perspective on developments in assessing psychopathology: A critical review of the MMPI and MMPI-2. *Psychological Bulletin*, 113, 453–471 [zob. też: Butcher i in., 1989; Butcher, Williams, 1992; Greene, 1991].
- Helmuth, L. (2001, March 16). Dyslexia: Same brains, different languages. *Science*, 291, 2064–2065.
- Henker, B., Whalen, C.K. (1989). Hyperactivity and attention deficits. *American Psychologist*, 44, 216–223.
- Hettema, J.M., Neale, M.C., Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568–1578.
- Hibbard, S. (2003). A critique of Lilienfeld et al.'s (2000) „The scientific status of projective techniques”. *Journal of Personality Assessment*, 80, 260–271 [zob. też: Exner, 1974, 1978; Exner, Weiner, 1982].
- Higgins, J.W., Williams, R.L., McLaughlin, T.F. (2001). The effects of

- a token economy employing instructional consequences for a third-grade students with learning disabilities. A data-based case study. *Education and Treatment of Children*, 24, 99–106 [zob. też: Corrigan, 1995; Le Blanc i in., 2000; Morisse i in., 1996].
- Hirschfeld, R.M.A. (1999). Efficacy of SSRIs and newer antidepressants in severe depression: Comparison with TCAs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 326–335.
- Hirschfeld, R.M.A., Goodwin, F.K. (1988). Mood disorders. W: J.A. Talbott, R.E. Hales, S.C. Yudofsky (red.), *The American Psychiatric Press text book of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hochwälder, J. (1995). On stability of the structure of implicit personality theory over situations. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 386–398.
- Hoffman, H.G. (2004, August). Virtual-reality therapy. *Scientific American*, 291, 58–65.
- Hogan, R., Hogan, J., Roberts, B.W. (1996). Personality measurement and employment decisions: Questions and answers. *American Psychologist*, 51, 469–477.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., DiBarry, A.L., Cooley, S., Ulrich, R.F., Carter, M., Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1504–1513.
- Holden, C. (2000, April 7). Global survey examines impact of depression. *Science*, 288, 39–40.
- Holden, C. (2003a, January 17). Deconstructing schizophrenia. *Science*, 299, 333–335 [zob. też: Lencer i in., 2000; Plomin i in., 1994].
- Holden, C. (2003b, October 31). Future brightening for depression treatments. *Science*, 302, 810–813.
- Holden, C. (2003c). A hard road to mental health. *Science*, 302, 1145.
- Holden, C. (2003d). Posttrauma counseling questioned. *Science*, 302, 49.
- Holden, C. (2005, June 10). Sex and the suffering brain. *Science*, 308, 1574–1577 [zob. też: Leutwyler, 1995; Strickland, 1992; Weissman

i in., 1996].

- Hollon, S.D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist*, 51, 1025–1030.
- Hollon, S.D., Thase, M.E., Markowitz, J.C. (2002, November). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39–77.
- Holloway, J.D. (2003, December). Snapshot from the therapy room. *Monitor on Psychology*, 34 (11), 31.
- Holmes, D.S. (2001). *Abnormal psychology* (wyd. 4). Boston: Allyn & Bacon [zob. też: Linsheid i in., 1990; Lovaas, 1977; Lovaas i in., 1974].
- Horgan, J. (1996, November). Multicultural studies: Rates of depression vary widely throughout the world. *Scientific American*, 275 (6), 24–25.
- Horney, K. (2001). *Nowe drogi w psychoanalizie*, Poznań: Rebis.
- Horney, K. (2000). *Autoanaliza*, Poznań: Rebis.
- Horney, K. (2003). *Psychologia kobiety*, Poznań: Rebis.
- Horvath, A. O., Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573.
- Iacono, W.G., Grove, W.M. (1993). Schizophrenia reviewed: Toward an integrative genetic model. *Science*, 4, 273–276.
- Insel, T.R. (2007, August 10). Shining light on depression. *Science*, 317, 757–758.
- Jablensky, A. (2000). Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 250, 274–283.
- Jacobson, N.S., Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job? *American Psychologist*, 51, 1031–1039.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, J., Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351–355.
- Jaffe, E. (2006, March). *Opening Skinner's Box* causes controversy. *APS Observer*, 19 (3), 17–19.

- Javitt, D.C., Coyle, J.T. (2004). Decoding schizophrenia. *Scientific American*, 290, 48–55.
- Jenkins, J.H. (1994). Culture, emotion, and psychopathology. W: S. Kitayama, H.R. Markus (red.), *Emotion and culture: Empirical studies of mutual influence*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Jenkins, J.H., Barrett, R.J. (red.). (2005). *Schizofrenia, kultura i subiektywność – na krawędzi doświadczenia*. Kraków: „Libron”.
- Jick, H., Kaye, J.A., Jick, S.S. (2004, July 21). Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 292, 338–343.
- John, O.P., Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. Dostępne 24 stycznia 2008 pod adresem internetowym: www.uoregon.edu/~sanjay/pubs/bigfive.pdf [zob. też: Caprara i in., 1993; Costa, McCrae, 1992a, b].
- Johnson, D.L. (1989). Schizophrenia as a brain disease: Implications for psychologists and families. *American Psychologist*, 44, 553–555.
- Johnson, R.L. (2006, Fall). Editorial: The science-practice divide. *The General Psychologist*, 41 (2), 4.
- Jones, M. (1953). *The therapeutic community*. New York: Basic Books.
- Jones, M.C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308–315.
- Jung, C.G. (1959). The concept of the collective unconscious: *The archetypes and the collective unconscious, collected works* (t. 9, cz. 1, s. 54–77). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1936).
- Kabot, S., Masi, W., Segal, M. (2003). Advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 26–33.
- Kagan, J. (2001). Temperamental contributions to affective and behavioral profiles in childhood. W: S.G. Hofmann, P.M. DiBartolo (red.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives*. (s. 216–234). Boston: Allyn & Bacon.
- Kagan, J., Reznick, J.S., Snidman, N. (1988). Biological basis of childhood shyness. *Science*, 20, 167–171.

- Kagan, J., Snidman, N. (1998). Childhood derivatives of high and low reactivity in infancy. *Child Development*, 69, 1483–1493.
- Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D., Reznick, J.S. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. New York: Basic Books.
- Kane, J.M., Marder, S.R. (1993). Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 287–302.
- Karlsen, C.F. (1998). The devil in the shape of a woman: Witchcraft in colonial New England. New York: W.W. Norton & Company.
- Kazdin, A.E. (1994). *Behavior modification in applied settings* (wyd. 5). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kazdin, A.E., Wilcoxin, L.A. (1976). Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729–758.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., Arnow, B., Dunner, D.L., Gelenberg, A.J., Markowitz, J.C., Nemeroff, C.B., Russell, J.M., Thase, M.E., Trivedi, M.H., Zajecka, J. (2000, May 18). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462–1470.
- Kendler, K.S., Gardner, C.O. Jr (1998). Boundaries of major depression: An evaluation of DSM-IV criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155, 172–177.
- Kenrick, D.T., Funder, D.C. (1988). Profiting from controversy: Lessons from the person-situation debate. *American Psychologist*, 43, 23–34.
- Kenrick, D.T., Stringfield, D.O. (1980). Personality traits and the eye of the beholder: Crossing some traditional philosophical boundaries in the search for consistency in all of the people. *Psychological Review*, 87, 88–104.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., Wang, P.S. (2003, June). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095–3105.
- Kessler, R.C., Chiu W.T., Demler, O., Walters, E.E. (2005). Prevalence,

- severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Kiesler, C.A. (1982). Mental hospitals and alternative care: Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist*, 37, 349–360.
- Kiesler, C.A. (1993). Mental health policy and mental hospitalization. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 93–95.
- Kinetz, E. (2006, September 26). Is hysteria real? Brain images say yes. *New York Times*. Dostępne 5 lutego 2008 pod adresem internetowym:
[www.nytimes.com/2006/09/26/science/26hysteria.html?pagewanted=1&sq=Is hysteria real?&st=nyt&scp=1](http://www.nytimes.com/2006/09/26/science/26hysteria.html?pagewanted=1&sq=Is+hysteria+real?&st=nyt&scp=1).
- Kleinman, A., Cohen, A. (1997). Psychiatry's global challenge. *Scientific American*, 276 (3), 86–89.
- Kopta, S.M., Lueger, R.J., Saunders, S.M., Howard, K.I. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: Challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Annual Review of Psychology*, 30, 441–469.
- Kramer, P.D. (1995). *Wsluchując się w prozac*, Warszawa: J. Santorski.
- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., Pilkonis, P.A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532–539.
- Lamb, H.R. (1998). Deinstitutionalization at the beginning of the new millennium. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 1–10.
- Lambo, T.A. (1978). Psychotherapy in Africa. *Human Nature*, 1 (3), 32–39.
- Lang, P.J., Lazovik, A.D. (1963). The experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519–525.
- Law, B. (2005, November). Probing the depression-rumination cycle. *Monitor on Psychology*, 36 (10), 38–39.
- Le Blanc, L.A., Hagopian, L.P., Maglieri, K.A. (2000). Use of a token economy to eliminate excessive inappropriate social behavior in

- an adult with developmental disabilities. *Behavioral Interventions*, 15, 135–143.
- LeDoux, J.E. (2000). *Mózg emocjonalny; tajemnicze zmiany życia emocjonalnego*, Poznań: Media Rodzina [zob. też: Barinaga, 1996; Singer, 1995].
- LeDoux, J.E. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York: Viking [zob. też: Canli i in., 2002; Carpenter, 2001; Craik i in., 1999; Davidson, 2002; Zuckerman, 1995].
- Lencer, R., Malchow, C.R., Trillenberg-Krecker, K., Schwinger, E., Arolt, V. (2000). Eye-tracking dysfunction (ETD) in families with sporadic and familial schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 47, 391–401.
- Leutwyler, K. (1995, June). Depression's double standard. *Scientific American*, 272, 23–24.
- Levine, M., Perkins, D.V. (1987). *Principles of community psychology: Perspectives and applications*. New York: Oxford University Press.
- Levy, S.R., Stroessner, S.J., Dweck, C.S. (1998). Stereotype formation and endorsement: The role of implicit theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1421–1436.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H., Andrews, J.A. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385–401.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. W: E.E. Beckham, W.R. Leber (red.), *Handbook of depression* (wyd. 2, s. 352–375). New York: Guilford Press.
- Lewinsohn, P.M., Sullivan, J.M., Grosscup, S.J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 322–334.
- Lewy, A.J., Lefler, B.J., Emens, J.S., Bauer, V.K. (2006). The circadian basis of winter depression. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103, 7414–7419 [zob. też: Wehr, Rosenthal, 1989].
- Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Schwartz, M.S., Rosenheck, R.A., Perkins, D.O., Keefe, R.S.E., Davis, S.M., Davis, C.E., Lebowitz, B.D., Severe, J., Hsiao, J.K. (2005). Effectiveness of

- antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209–1223.
- Lilienfeld, S.O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53–70.
- Lilienfeld, S.O., Wood, J.M., Garb, H.N. (2000a). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1, 27–66 [zob. teź: Anastasi, 1988; Wood i in., 1996].
- Lilienfeld, S.O., Wood, J.M., Garb, H.N. (2000b). What's wrong with this picture? *Scientific American*, 284 (5), 80–87.
- Lillard, A.S. (1997). Other folks' theories of mind and behavior. *Psychological Science*, 8, 268–274 [zob. teź: Miller, 1984; Morris, Peng, 1994].
- Linscheid, T.R., Iwata, B.A., Ricketts, R.W., Williams, D.E., Griffin, J.C. (1990). Clinical evaluation of the self-injurious behavior inhibiting system (SIBIS). *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 53–78.
- Lipsey, M.W., Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209.
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518–537.
- Loftus, E.F., Ketcham, K. (1994). *The myth of repressed memory: False memories and allegations of sexual abuse*. New York: St. Martin's Griffin [zob. teź: Loftus, 1993; Ofshe, Watters, 1994].
- Loftus, E.F., Klinger, M.R. (1992). Is the unconscious smart or dumb? *American Psychologist*, 47, 761–765.
- Lovaas, O.I. (1977). *The autistic child: Language development through behavior modification*. New York: Halstead Press.
- Lovaas, O.I., Schreibman, L., Koegel, R.L. (1974). A behavior modification approach to the treatment of autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 4, 111–129.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Lutz, C. (1988). *Unnatural emotions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Macrae, C.N., Milne, A.B., Bodenhausen, G.V. (1994). Stereotypes as

- energy-saving devices: A peek inside the cognitive toolbox. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 37–47.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K.A., Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159–168.
- Maher, B.A., Maher, W.B. (1985). Psychopathology: II. From the eighteenth century to modern times. W: G.A. Kimble, K. Schlesinger (red.), *Topics in the history of psychology* (t. 2, s. 295–329). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Malitz, S., Sackheim, H.A. (1984). Low dosage ECT: Electrode placement and acute physiological and cognitive effects. *American Journal of Social Psychiatry*, 4, 47–53.
- Manson, S. M. (1994). Culture and depression: Discovering variations in the experience of illness. W: W.J. Lonner, R. Malpass (red.), *Psychology and culture* (s. 285–290). Boston: Allyn & Bacon.
- Maren, S. (2007, August 24). The threatened brain. *Science*, 317, 1043–1044.
- Markus, H.R., Kitayama, S. (1994). The cultural construction of self and emotion: Implications for social behavior. W: H.R. Markus, S. Kitayama (red.), *Emotion and culture: Empirical studies of mutual influence* (s. 89–130). Washington, DC: American Psychological Association.
- Marshall, E. (2000, August 4). Duke study faults overuse of stimulants for children. *Science*, 289, 721.
- Martin, D.J., Garske, J.R., Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Martin, G., Pear, J. (1999). *Behavior modification: What it is and how to do it* (wyd. 6). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Maslow, A.H. (1971). *Farther reaches of human nature*. New York: Viking Penguin.
- Maslow, A.H. (2004). *W stronę psychologii istnienia*. Poznań: Rebis.
- Maslow, A.H. (2006). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: WN PWN.
- Matossian, M.K. (1982). Ergot and the Salem witchcraft affair.

- American Scientist*, 70, 355–357.
- Matossian, M.K. (1989). *Poisons of the past: Molds, epidemics, and history*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Matsumoto, D. (1996). *Culture and psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole [zob. też: Jenkins, 1994; Manson, 1994].
- Maugh, T.H. (1988, February 23). 22-caliber surgery suicide bid cures psychological disorder, doctor reports. *Los Angeles Times*, 3.
- Mayberg, H.S., Lozano, A.M., Voon, V., McNeely, H.E., Seminowicz, D., Hamani, C., Schwab, J.M., Kennedy, S.H. (2005, March 3). Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Neuron*, 45, 651–660.
- McAdams, D.P. (1992). The five-factor model in personality: A critical appraisal. *Journal of Personality*, 60, 239–361.
- McAdams, D.P., Pals, J.L. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61, 204–217.
- McCarley, N., Carskadon, T. G. (1983). Test-retest reliabilities of scales and subscales of the Myers-Briggs Type Indicator and of criteria for clinical interpretive hypotheses involving them. *Research in Psychological Type*, 6, 24–36.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. (1989). Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicator from the perspective of the five-factor model of personality. *Journal of Personality*, 57, 17–40.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509–516.
- McCrae, R.R., Terraciano, A., 78 members of the Personality Profiles of Cultures Project. (2005). Universal features of personality traits from the observer's perspective: Data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 547–561.
- McCullough, M.L. (2001). Freud's seduction theory and its rehabilitation: A saga of one mistake after another. *Review of General Psychology*, 5, 3–22.
- McGuire, P.A. (2000, February). New hope for people with schizophrenia. *Monitor on Psychology*, 31 (2), 24–28.
- McGurk, S.R., Mueser, K.T., Feldman, K., Wolfe, R., Pascaris, A. (2007). Cognitive training for supported employment: 2-3 year

- outcomes of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 437–441 [zob. też: Butcher i in., 2008].
- McNally, R.J. (1994, August). Cognitive bias in panic disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 129–132.
- Mehl, M.R., Gosling, S.D., Pennebaker, J.W. (2006). Personality in its natural habitat: Manifestations and implicit folk theories of personality in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 862–877.
- Meltzoff, J., Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton.
- Meredith, N. (1986, June). Testing the talking cure. *Science* 86, 7, 30–37.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.
- Miklowitz, D.J. (2007). The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 192–196.
- Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Frank, E., Reilly-Harrington, N.A., Wiśniewski, S.R., Kogan, J.N., Nierenberg, A.A., Calabrese, J.R., Marangell, L.B., Gyulai, L., Araga, M., Gonzalez, J.M., Shirley, E.R., Thase, M.E., Sachs, G.S. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Archives of General Psychiatry*, 64, 419–426.
- Miller, G. (2005, May 13). Reflecting on another's mind. *Science*, 308, 945–946.
- Miller, G. (2006, January 27). The unseen: Mental illness's global toll. *Science*, 311, 458–461.
- Miller, J. (1984). Culture and the development of everyday social explanation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 961–978.
- Millum, J., Emanuel, E.J. (2007, December 21). The ethics of International research with abandoned children. *Science*, 308, 1874–1875.
- Mineka, S., Davidson, M., Cook, M., Keir, R. (1984). Observational

- conditioning of snake fear in rhesus monkeys. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 355–372.
- Mineka, S., Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 10–26.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning conceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252–283.
- Mischel, W. (1990). Personality dispositions revisited and revised: A view after three decades. W: L.A. Pervin (red.), *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press.
- Mischel, W. (1993). *Introduction to personality* (wyd. 5). Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Mischel, W. (2003). Challenging the traditional personality psychology paradigm. W: R.J. Sternberg, (red.), *Psychologists defying the crowd: Stories of those who battled the establishment and won* (s. 139–156). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mischel, W., Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, 102, 246–268.
- Mobbs, D., Petrovic, P., Marchant, J.L., Hassabis, D., Weiskopf, N., Seymour, B., Dolan, R.J., Frith, C.D. (2007, August 24). When fear is near: Threat imminence elicits prefrontal-periaqueductal gray shifts in humans. *Science*, 317, 1079–1083 [zob. też: Barlow, 2000, 2001; Maren, 2007].
- Molden, D.C., Dweck, C.S. (2006). Finding „meaning” in psychology: A lay theories approach to self-regulation, social perception, and social development. *American Psychologist*, 61, 192–203.
- Mones, A.G., Schwartz, R.C. (2007). The functional hypothesis: A family systems contribution toward an understanding of the healing process of the common factors. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17, 314–329.
- Monte, C.F. (1980). *Beneath the mask: An introduction to theories of*

- personality* (wyd. 2). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Morisse, D., Batra, L., Hess, L., Silverman, R., Corrigan, P. (1996). A demonstration of a token economy for the real world. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 41–46.
- Morris, M.W., Peng, K. (1994). Culture and cause: American and Chinese attributions for social and physical events. *Journal of Personality & Social Psychology*, 8, 949–971.
- Mowrer, O.H., Mowrer, W.M. (1938). Enuresis – a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436–459.
- MTA Cooperative Treatment Group. (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: 24-Month Outcomes of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 113, 754–761.
- Munroe, R.L. (1955). *Schools of psychoanalytic thought*. New York: Dryden.
- Murphy, G., Murphy, L.B. (red.). (1968). *Asian psychology*. New York: Basic Books.
- Murphy, J.M. (1976, March 12). Psychiatric labeling in cross-cultural perspective. *Science*, 191, 1019–1028.
- Murray, H.A. (1943). *Thematic Apperception Test*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Myers, I.B. (1962). *The Myers-Briggs type indicator*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Myers, I.B. (1976). *Introduction to type* (wyd. 2). Gainesville, FL: Center for Applications of Psychological Type.
- Myers, I.B. (1987). *Introduction to type: A description of the theory and applications of the Myers-Briggs Type Indicator*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Myers, I.B., Myers, P.B. (1995). *Gifts differing: Understanding personality type*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press [zob. też: Myers, 1962, 1976, 1987].
- Napier, A.Y. (2000). Making a marriage. W: W.C. Nichols, M.A. Pace-Nichols, D.S. Becvar, A.Y. Napier (red.), *Handbook of family development and intervention* (s. 145–170). New York: Wiley.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2000). *Depression*.

Dostępne 20 sierpnia 2004 pod adresem internetowym:
www.nimh.nih.gov/publicat/depression.cfm#ptdepl.

National Institute of Mental Health (NIMH). (2003, December 22). Mental illness genetics among science's top „breakthroughs” for 2003. Dostępne 6 lutego 2008 pod adresem internetowym:
www.nimh.nih.gov/science-news/2003/mental-illness-genetics-among-sciences-top-breakthroughs-for-2003.shtml [zob. też: Plomin, 2003].

National Institute of Mental Health (NIMH). (2005, April 21). Brain scans reveal how gene may boost schizophrenia risk. Dostępne 6 lutego 2008 pod adresem internetowym:
www.nimh.nih.gov/science-news/2005/brain-scans-reveal-how-gene-may-boost-schizophrenia-risk.shtml.

National Institute of Mental Health (NIMH) (2006, January). *Statistics. Questions and answers about the NIMH sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR *D) study – Background*. Dostępne 5 lutego 2008 pod adresem internetowym:
www.nimh.nih.gov/health/trials/practical/stard/questions-and-answers-about-the-nimh-sequenced-treatment-alternatives-to-relieve-depression-stard-study-background.shtml.

National Institute of Mental Health (NIMH) (2008a, April 3). Anxiety disorders. Dostępne 20 kwietnia 2008 pod adresem internetowym:
<http://nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders/complete-publication.shtml#pub7>.

National Institute of Mental Health (NIMH) (2008b, February). Schizophrenia. Dostępne 6 lutego 2008 pod adresem internetowym:
www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/summary.s [zob. też: Javitt, Coyle, 2004; Sawa, Snyder, 2002].

National Institute of Mental Health (NIMH) (2008c, February). Statistics. Dostępne 5 lutego 2008 pod adresem internetowym:
www.nimh.nih.gov/health/statistics/index.shtml.

National Institute of Mental Health, MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health multimodal treatment study of ADHD follow-up: Changes in effectiveness and growth after the end of treatment. *Pediatrics*, 113, 762–769.

- National Press Club (1999, Summer). Seligman on positive psychology: A session at the National Press Club. *The General Psychologist*, 34 (2), 37–45.
- Neimark, J. (2005, October). Can the flu bring on psychosis? *Discover*, 26 (10), 70–71.
- Neimark, J. (2007, April). Autism: It's not just in the head. *Discover*, 28 (4), 33–36, 38, 75.
- Nelson, C.A. III, Zeanah, C.H., Fox, N.A., Marshall, P.J., Smyke, A.T., Guthrie, D. (2007, December 21). Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest early intervention project. *Science*, 318, 1937–1940 [zob. też: Millum, Emanuel, 2007].
- Nemecek, S. (1999, January). Unequal health. *Scientific American*, 280 (1), 40–41.
- Nemeroff, C.B. (1998, June). The neurobiology of depression. *Scientific American*, 278, 42–49.
- Nicol, S.E., Gottesman, I.I. (1983). Clues to the genetics and neurobiology of schizophrenia. *American Scientist*, 71, 398–404.
- Nietzel, M.T., Speltz, M.L., McCauley, E.A., Bernstein, D.A. (1998). *Abnormal psychology*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Nobles, W.W. (1976). Black people in white insanity: An issue for black community mental health. *Journal of Afro-American Issues*, 4, 21–27.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173–176.
- Nolen-Hoeksema, S., Davis, C.G. (1999). „Thanks for sharing that”: Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 801–814.
- Norcross, J.C., Koocher, G.P., Garofalo, A. (2006). Discredited psychological treatments and tests: A Delphi poll. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 515–522.
- Nungesser, L.G. (1990). *Axioms for survivors: How to live until you say goodbye*. Santa Monica, CA: IBS Press.
- O'Connor, E.M. (2001, December). Medicating ADHD: Too much? Too soon? *Monitor on Psychology*, 32 (11), 50–51.
- Oakley, D.A. (1999). Hypnosis and conversion hysteria: A unifying model. *Cognitive Neuropsychiatry*, 4, 243–265.

- Ofshe, R., Watters, E. (1994). *Making monsters: False memories, psychotherapy, and sexual hysteria*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Öhman, A., Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108, 483–522.
- Oren, D.A., Terman, M. (1998, January 16). Tweaking the human circadian clock with light. *Science*, 279, 333–334.
- Ostow, M. (1973, April 27). (Untitled letter to the editor). *Science*, 180, 360–361 [see also other critiques of the Rosenhan study among other letters in the same issue].
- Paulesu, E.D., Démonet, J.-F., Fazio, F., McCrory, E., Chanoine, V., Brunswick, N., Cappa, S.F., Cossu, G., Habib, M., Frith, C.D., Frith, U. (2001, March 16). Dyslexia: Cultural diversity and biological utility. *Science*, 291, 2165–2167.
- Paulus, J. (2007, April/May). Lithium's healing power. *Scientific American Mind*, 18 (2), 70–75.
- Paunonen, S.R., Jackson, D.N., Trzebiński, J., Fosterling, F. (1992). Personality structure across cultures: A multimethod evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 447–456.
- Pearman, R.R. (1991, November 13). Disputing a report on „Myers-Briggs” test. *Chronicle of Higher Education*, B7.
- Pedersen, P. (1979). Non-Western psychology: The search for alternatives. W: A.J. Marsella, R.G. Tharp, T.J. Caborowski (red.), *Perspectives on cross-cultural psychology* (s. 77–98). New York: Academic Press.
- Pervin, L.A. (1985). Personality: Current controversies, issues, and directions. *Annual Review of Psychology*, 36, 83–114.
- Piper, A. Jr. (1998, May/June). Multiple personality disorder: Witchcraft survives in the twentieth century. *Skeptical Inquirer*, 22 (3), 44–50.
- Piper, A., Merskey, H. (2004a). The persistence of folly: A critical examination of dissociative identity disorder. I. The excesses of an improbable concept. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 592–600.
- Piper, A., Merskey, H. (2004b). The persistence of folly: A critical examination of dissociative identity disorder. II. The defence and

- decline of multiple personality or dissociative identity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 678–683.
- Pittenger, D.J. (1993). The utility of the Myers-Briggs Type Indicator. *Review of Educational Research*, 63, 467–488.
- Plomin, R. (2003). 50 years of DNA: What it has meant to psychological science. *Observer*, 16 (4), 7–8.
- Plomin, R., Owen, M.J., McGuffin, P. (1994). The genetic basis of complex human behaviors. *Science*, 264, 1733–1739.
- Poling, A., Gadow, K.D., Cleary, J. (1991). *Drug therapy for behavior disorders: An introduction*. New York: Pergamon Press.
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L., Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285–293.
- Quinones-Vidal, E., López-Garcia, J.J., Peñaranda-Ortega, M., Tortosa-Gil, F. (2004). The nature of social and personality psychology as reflected in JPSP, 1965–2000. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 435–452.
- Rachman, S. (2000). Joseph Wolpe (1915–1997). *American Psychologist*, 55, 431–432.
- Ramachandran, V.S., Oberman, L.M. (2006, November). Broken mirrors. *Scientific American*, 295 (5), 62–69.
- Rapoport, J.L. (1989, March). The biology of obsessions and compulsions. *Scientific American*, 263, 83–89.
- Rector, N.A., Beck, A.T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189, 278–287.
- Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., George, L.K., Karno, M., Locke, B.Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977–986.
- Regier, D.A., Narrow, W.E., Rae, D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z., Goodwin, F.K. (1993). The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospectivel-year-prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85–94.

- Resnick, S.M. (1992). Positron emission tomography in psychiatric illness. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 92–98.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L., Gallese, V. (2006, November). Mirrors in the mind. *Scientific American*, 295 (5), 54–61.
- Robbins, J. (2000, April). Wired for sadness. *Discover*, 23 (4), 77–81.
- Robins, C.J. (1988). Attributions and depression: Why is the literature so inconsistent? *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 880–889.
- Robins, L.N., Locke, B.Z., Regier, D.A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. W: L.N. Robins, D.A. Regier (red.), *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press.
- Robins, R.W. (2005, October 7). The nature of personality: Genes, culture, and national character. *Science*, 310, 62–63.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin [zob. też wyd. pol. 1991, *Terapia nastawiona na klienta: grupy spotkaniowe*, Wrocław: Thesaurus–Press: Juniorzy Gospodarki].
- Rogers, C.R. (1977). *On personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. New York: Delacorte.
- Rogers, C.R. (1982, July/August) Roots of madness. W: T.H. Carr, H.E. Fitzgerald (red.), *Psychology* 83/84 (s. 263–267). Guilford, CT: Dushkin (wyd. oryg. w: *Science* 82, July/August, 1982).
- Rogers C.R. (1995). Co znaczy stać się osobą?, W: K. Zamiara (red.), *Materiały z historii psychologii* (s. 314–326). Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza.
- Rogers, C.R. (2002a). *O stawianiu się osobą: poglądy terapeuty na psychoterapię*, Poznań: Rebis [zob. też: Rogers, 1951, 1980].
- Rogers, C.R. (2002b). *Sposób bycia*, Poznań: Rebis.
- Rolnick, J. (1998, December 4). Treating mental disorders: A neuroscientist says no to drugs. *The Chronicle of Higher Education*, A10.
- Rosen, J.B., Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105, 325–350.
- Rosenblatt, P.C. (1966). A cross-cultural study of child-rearing and romantic love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 336–

- Rosenhan, D.L. (1973a). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250–258.
- Rosenhan, D.L. (1973b, April 27). (Untitled letter to the editor). *Science*, 180, 360–361 [see also the critiques of Rosenhan's study among other letters in the same issue].
- Rosenhan, D.L., Seligman, M.E.P. (2004). *Psychopatologia*, t. 1-2, Warszawa: BUW. Sekcja Dokumentów Wtórnych.
- Rosenheck, R.A., Leslie, D.L., Sindelar, J., Miller, E.A., Lin, H., Stroup, T.S., McEyoy, J., Davis, S.M., Keefe, R.S.E., Swartz, M., Perkins, D.O., Hsiao, J.K., Lieberman, J. (2006). Cost-effectiveness of second-generation antipsychotics and perphenazine in a randomized trial of treatment for chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2080–2089.
- Rosenthal, N.E., Sack, D.A., Gillin, J.C., Lewy, A.J., Goodwin, F.K., Davenport, Y., Mueller, P.S., Newsome, D.A., Wehr, T.A. (1984). Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41, 72–80.
- Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, R., Bjornson, L., Fraser, G.A., Andersen, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596–601.
- Ross, C.A., Norton, G.R., Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413–418.
- Ross, P.E. (1992, July). Compulsive canines. *Scientific American*, 266 (5), 24–25.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J.H., Price, L. (2000a). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 1020–1026.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L.F. (1999). The use of virtual reality exposure in the treatment of anxiety disorders. *Behavior Modification*, 23, 507–525.
- Rothbaum, F., Weisz, J., Pott, M., Miyake, K., Morelli, G. (2000). Attachment and culture: Security in the United States and Japan.

- American Psychologist*, 55, 1093–1104.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (Whole no. 609).
- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489–493.
- Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Stein, M.B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., Golinelli, D., Sherbourne, C.D. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 290–298.
- Sackeim, H.A., Prudic, J., Devanand, D.P., Nobler, M.S., Lisanby, S.H., Peyser, S., Fitzsimons, L., Moody, B.J., Clark, J. (2000). A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. *Archives of General Psychiatry*, 57, 425–434.
- Santarelli, L., Saxe, M., Gross, C., Surget, A., Battaglia, F., Dulawa, S., Weisstaub, N., Lee, J., Duman, R., Arancio, O., Belzung, C., Hen, R. (2003, August 8). Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science*, 301, 805–809 [zob. też: Dubuc, 2002; Vogel, 2003].
- Sapolsky, R.M. (1992). *Stress: The aging brain and the mechanisms of neuron death*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Satir, V. (2000). *Terapia rodziny. Teoria i praktyka*. Gdańsk: GWP.
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., Gomori, M. (1991). *Satir model: Family therapy and beyond*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Savitsky, J.C., Lindblom, W.D. (1986). The impact of the guilty but mentally ill verdict on juror decisions: An empirical analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 686–701.
- Sawa, A., Snyder, S.H. (2002, April 26). Schizophrenia: Diverse approaches to a complex disease. *Science*, 296, 692–695.
- Sax, L., Kautz, K.J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Annals of Family Medicine*, 1, 171–174.
- Schafe, G.E., Doyre, V., LeDoux, J.E. (2005). Tracking the fear

- engram: The lateral amygdala is an essential locus of fear memory storage. *Journal of Neuroscience*, 25, 10.010–10.015.
- Schatzberg, A.F. (1991). Overview of anxiety disorders: Prevalence, biology, course, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 5–9.
- Schiff, M., Bargal, D. (2000). Helping characteristics of self-help and support groups: Their contribution to participants' subjective well-being. *Small Group Research*, 31, 275–304.
- Schmidt, C. (2007, May 18). Putting the brakes on psychosis. *Science*, 316, 976–977.
- Schmitt, D.P., Allik, J., McCrae, R.R., Benet-Martinez, V. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 173–212 [zob. też: Birenbaum, Montag, 1986; Guthrie, Bennet, 1970; McCrae, Costa, 1997; Paunonen i in., 1992].
- Schneider, K., May, R. (1995). *The psychology of existence: An integrative, clinical perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Schou, M. (1997). Forty years of lithium treatment. *Archives of General Psychiatry*, 54, 9–13.
- Schreiber, F.R. (1973). *Sybil*. New York: Warner Books.
- Schwartz, J.M., Stoessel, P.W., Baxter, L.R., Martin, K.M., Phelps, M.E. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 109–116.
- Schwarzer, R. (red.). (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Schwebel, A.I., Fine, M.A. (1994). *Understanding and helping families: A cognitive behavioral approach*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Scovern, A.W., Kilmann, P.R. (1980). Status of electroconvulsive therapy: Review of outcome literature. *Psychological Bulletin*, 87, 260–303.
- Segall, M.H., Dasen, P.R., Berry, J.W., Poortinga, Y.H. (1999). *Human behavior in global perspective: An introduction to cross-cultural psychology* (wyd. 2). Boston: Allyn & Bacon.
- Seligman, M.E.P. (1971). Preparedness and phobias. *Behavior*

- Therapy*, 2, 307–320.
- Seligman, M.E.P. (1973, June). Fall into helplessness. *Psychology Today*, 7, 43–48.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E.P. (1996). *Optymizmu można się nauczyć: jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: Media Rodzina of Poznań.
- Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y., Semmel, A., Baeyer, C. von. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242–247.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T., Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774–788.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M., Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512–529.
- Shapiro, F. (1995). *Desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.
- Shaywitz, S.E. (1996, November). Dyslexia. *Scientific American*, 98–104.
- Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A., Fletcher, J.M., Escobar, M.D. (1990). Prevalence of reading disability in boys and girls: Results of the Connecticut Longitudinal Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 998–1002.
- Shea, C. (1998, January 30). Why depression strikes more women than men: „Ruminative coping” may provide answers. *The Chronicle of Higher Education*, 14.
- Shedler, J. (2006, Fall). Why the scientist-practitioner split won't go away. *The General Psychologist*, 41 (2), 9–10.
- Shiraev, E., Levy, D. (2001). *Cross-cultural psychology: Critical thinking and contemporary applications*. Boston: Allyn & Bacon.
- Shorter, E., Healy, D. (2007). *Shock therapy: A history of electroconvulsive treatment in mental illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press [zob. też: Glass, 2001; Holden, 2003; Hollon i in., 2002; Sackheim i in., 2000; Scovern, Kilmann, 1980].
- Siegel, R.K. (1980). The psychology of life after death. *American Psychologist*, 35, 911–931.

- Simeon, D., Gross, S., Guralnik, O., Stein, D.J. i in. (1997). Feeling unreal: 30 cases of *DSM-III-R* depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1107–1113.
- Simeon, D., Guralnik, O., Hazlett, E.A., Spiegel-Cohen, J., Hollander E., Buchsbaum, M.S. (2000). Feeling unreal: A PET study of depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1782–1788.
- Simon, G.E., Savarino, J. (2007). Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1029–1034.
- Singer, W. (1995, November 3). Development and plasticity of cortical processing architectures. *Science*, 270, 758–763.
- Sinha, G. (2005, July). Training the brain. *Scientific American*, 293 (1), 22–23.
- Slater, L. (2005). *Opening Skinner's Box: Great psychological experiments of the Twenty Century*. New York: W.W. Norton.
- Sleek, S. (1994, April). Could Prozac replace demand for therapy? *APA Monitor*, 28.
- Smith, D. (2002, January). Guidance in treating ADHD. *Monitor on Psychology*, 33 (1), 34–35 [zob. też: Angold i in., 2000; Marshall, 2000].
- Smith, G.B., Schwebel, A.I., Dunn, R.L., McIver, S.D. (1993). The role of psychologists in the treatment, management, and prevention of chronic mental illness. *American Psychologist*, 48, 966–971.
- Smith, M.L., Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Snyder, S.H. (1986). *Drugs and the brain*. New York: Scientific American Books.
- Solms, M. (2004, May). Freud returns. *Scientific American*, 17 (2), 28–35.
- Sow, I. (1977). *Psychiatrie dynamique africaine*. Paris: Payot.
- Spiegel, D., Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociate disorders revisited. *Psychological Bulletin*, 100, 366–378.
- Spitz, R.A. (1946). Hospitalism: A follow-up report on investigation described in Volume I, 1945. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113–117.

- Spitzer, R.L. (1973). On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: A critique of Rosenhan's „On being sane in insane places”. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 442–452.
- Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B.W., First, M.B. (1989). *DSM-III-R casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R.L., Lilienfeld, S.O., Miller, M.B. (2005). Rosenhan revisited: The scientific credibility of Lauren Slater's pseudopatient diagnosis study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 734–739.
- Sprock, J., Blashfield, R.K. (1991). Classification and nosology. W: M. Hersen, A.E. Kazdin, A.S. Bellack (red.), *The clinical psychology handbook* (wyd. 2, s. 329–344). New York: Pergamon Press.
- Srivastava, S., John, O.P., Gosling, S.D., Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1041–1053.
- Stavish, S. (1994, Fall). Breathing room. *Stanford Medicine*, 12 (1), 18–23.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Forde, D.R. (1996). Public-speaking fears in a community sample: Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 53, 169–174.
- Steketee, G., Barlow, D.H. (2002). Obsessive compulsive disorder. W: D.H. Barlow (red.), *Anxiety and its disorders* (wyd. 2, s. 516–550). New York: Guilford.
- Sternberg, R.J. (2003). It's time for prescription privileges. *Monitor on Psychology*, 34 (6), 5.
- Strickland, B.R. (1992). Women and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 132–135.
- Stuart, R.B., Lilienfeld, S.O. (2007). The evidence missing from evidence-based practice. *American Psychologist*, 62, 615–616.
- Styron, W. (1991). *Dotyk ciemności: kronika obłądu*. Gdańsk: Atext.
- Sue, S. (1991). Ethnicity and culture in psychological research and practice. W: J.D. Goodchilds (red.), *Psychological perspectives on human diversity in America* (s. 47–86). Washington, DC: American

Psychological Association.

Sulloway, F.J. (1992). *Freud, biologist of the mind: Beyond the psychoanalytic legend*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Sulloway, F.J. (1996). *Born to rebel: Birth order, family dynamics and creative lives*. New York: Pantheon Books.

Symond, M.B., Harris, A.W.F., Gordon, E., Williams, L.M. (2005), „Gamma synchrony” in first-episode schizophrenia: A disorder of temporal connectivity? *American Journal of Psychiatry*, 162, 459–465.

Szasz, T.S. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Harper & Row.

Szasz, T.S. (1977). *The manufacture of models*. New York: Dell.

Tavris, C. (1991). The mismeasure of woman: Paradoxes and perspectives in the study of gender. W: J.D. Goodchilds (red.), *Psychological perspectives on human diversity in America* (s. 87–136). Washington, DC: American Psychological Association.

Tesser, A., Brodie, M. (1971). A note on the evaluation of a „computer date”. *Psychonomic Science*, 23, 300.

Thabet, A.A.M., Abed, Y., Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 533–542 [zob. też: Horgan, 1996; Weissman i in., 1996].

Thase, M.E., Greenhouse, J.B., Reynolds F.E. III, Pilkonis, P.A., Hurley, K. i in. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009–1015.

Thio, A. (1995). *Deviant behavior*. New York: Harper-Collins.

Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K.-E., Moring, J., Pohjola, J., Wynne, L.C. (1987). Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: The Finnish adoptive family study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 476–483.

Torrey, E.F. (1996). *Out of the shadows: Confronting America’s mental illness crisis*. New York: Wiley.

Torrey, E.F. (1997). The release of the mentally ill from institutions: A well-intentioned disaster. *The Chronicle of Higher Education*, B4–B5.

- Travis, J. (2000, September 23). Snap, crackle, and feel good? Magnetic fields that map the brain may also treat its disorders. *Science News*, 158, 204–206.
- Triandis, H. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96, 506–520.
- Triandis, H. (1990). Cross-cultural studies of individualism and collectivism. W: J. Berman (red.), *Nebraska Symposium on Motivation*, 1989 (s. 42–133). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Triandis, H.C. (1994). *Culture and social behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Triandis, H.C. (1995). *Individualism & collectivism*. Boulder, CO: Westview Press [zob. też: Triandis, 1989, 1990, 1994; Triandis, Gelfand, 1998].
- Triandis, H.C., Gelfand, M.J. (1998). Converging measurement of horizontal and vertical individualism and collectivism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 118–128.
- Tsai, M., Uemura, A. (1988). Asian Americans: The struggles, the conflicts; and the successes. W: P. Bronstein, K. Quina (red.), *Teaching a psychology of people: Resources for gender and sociocultural awareness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tsuang, M.T., Faraone, S.V. (1990). *The genetics of mood disorders*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A., Rosenthal, R. (2008, January 17). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252–260.
- U.S. Department of Health and Human Services (2002). *Hospitalization in the United States, 2002*. Dostępne 20 lutego 2008 pod <http://ahrq.gov/data/hcup/factbk6/factbk6b.htm#common>.
- Valenstein, E.S. (1998). *Blaming the brain: The truth about drugs and mental health*. New York: The Free Press.
- Valenstein, E.S. (red.). (1980). *The psychosurgery debate*. New York: Freeman.

- VandenBos, G.R. (1986). Psychotherapy research: A special issue. *American Psychologist*, 41, 111–112.
- Vincent, M., Pickering, M.R. (1988). Multiple personality disorder in childhood. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 524–529.
- Vogel, G. (2003, August 8). Depression drugs' powers may rest on new neurons. *Science*, 301, 757.
- Walden, J., Normann, C., Langosch, J., Berger, M., Grunze, H. (1998). Differential treatment of bipolar disorder with old and new antiepileptic drugs. *Neuropsychobiology*, 38, 181–184.
- Walker, E.F., Diforio, D. (1997). Schizophrenia: A neural diathesis-stress model. *Psychological Review*, 104, 667–685.
- Wallace, A.F.C. (1959). Cultural determinants of response to hallucinatory experience. *Archives of General Psychiatry*, 1, 58–69.
- Walsh, R. (1984). Asian psychologies. W: R. Corsini (red.), *Encyclopedia of psychology* (s. 90–94). New York: Wiley.
- Wampold, B.E. (2007). The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857–873 [zob. też: Barker i in., 1988; Jones i in., 1988].
- Wampold, B.E., Brown, G.S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914–923 [zob. też: Blatt i in., 1996; Krupnick i in., 1996].
- Wampold, B.E., Goodheart, C.D., Levant, R.F. (2007). Clarification and elaboration on evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 62, 616–618.
- Wassermann, E.M., Lisanby, S.H. (2001). Therapeutic application of repetitive transcranial magnetic stimulation: A review. *Clinical Neurophysiology*, 112, 1367–1377.
- Wehr, T.A., Rosenthal, N.E. (1989). Seasonality and affective illness. *American Journal of Psychiatry*, 146, 829–839.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H., Yeh, E.K. (1996, July 24–31). Crossnational epidemiology of major depression and bipolar

- disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293–299.
- Welsh, E.J., Gullotta, C.S., Rapoport, J.L. (1993). Classroom academic performance: Improvement with both methylphenidate and dextroamphetamine in ADHD boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 785–804.
- Westen, D., Bradley, R. (2005). Empirically supported complexity: Rethinking evidence-based practice in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 266–271.
- Westen, D., Novotny, C.M., Thompson-Brenner, H. (2005). EBP ≠ EST: Reply to Crits-Christoph i in. (2005) and Weisz i in. (2005). *Psychological Bulletin*, 131, 427–433.
- Wheeler, J.G., Christensen, A., Jacobson, N.S. (2001). Couple distress. W: D.H. Barlow (red.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (wyd. 3, s. 609–630). New York: Guilford.
- Wickelgren, I. (1998, August 28). A new route to treating schizophrenia? *Science*, 281, 1264–1265.
- Wilensky, A.E., Schafe, G.E., Kristensen, M.P., LeDoux, J.E. (2006). Rethinking the fear circuit: The central nucleus of the amygdala is required for the acquisition, consolidation, and expression of Pavlovian fear conditioning. *Journal of Neuroscience*, 26, 12387–12396 [zob też: Pare i in., 2004].
- Wills, T.A., DePaulo, B.M. (1991). Interpersonal analysis of the help-seeking process. W: C.R. Snyder D.R. Forsyth (red.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (s. 350–375). New York: Pergamon Press.
- Winerman, L. (2005a, July/August). Fighting phobias: Figuring out phobia. *Monitor on Psychology*, 36 (7), 96–98.
- Winerman, L. (2005b, July/August). A virtual cure. *Monitor on Psychology*, 36 (7), 87–89 [zob. też: Hoffman, 2004; Rothbaum, Hodges, 1999; Rothbaum i in., 2000].
- Winerman, L. (2006, April). Bringing recovery home: Telehealth initiatives offer support and rehabilitation services in remote locations. *Monitor on Psychology*, 37 (4), 32–34.
- Winter, D.G., John, O.P., Stewart, A.J., Klohn, E.C., Duncan L.E.

- (1998). Traits and motives: Toward an integration of two traditions in personality research. *Psychological Review*, 105, 230–250.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (wyd. 2). New York: Pergamon.
- Wolpe, J. (1991). *The Practice of Behavior Therapy* (wyd. 4). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- World Health Organization (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia* (t. 1). Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (1979). *Schizophrenia: An international follow-up study*. New York: Wiley.
- Wright, E.R., Gronfein, W.P., Owens, T.J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68–90.
- Wu, C. (1998, April 4). Ritalin may work better as a purer compound. *Science News*, 153, 213.
- Yalom, I.D., Greaves, C. (1977). Group therapy with the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 134, 396–400.
- Young, J.R. (2003, February 14). Prozac campus. *The Chronicle of Higher Education*, A-37–A-38.
- Zaman, R.M. (1992). Psychotherapy in the third world: Some impressions from Pakistan. W: U.P. Gielen, L.L. Adler, N.A. Milgram (red.), *Psychology in International perspective* (s. 314–321). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Zilbergeld, B. (1986, June). Psychabuse. *Science* 86, 7, 48.
- Zimbardo, P.G. (2008). *Nieśmiałość. Co to jest? Jak sobie z nią radzić?* Warszawa: WN PWN.
- Zuckerman, M. (1995). Good and bad humors: Biochemical bases of personality and its disorders. *Psychological Science*, 6, 325–332.

Wykaz źródeł ilustracji

24. Mandala: *Shutterstock/paul prescott*; 25. Mary Whiton Calkins: *Archives of the History of American Psychology/The University of Akron*; 29. William James: *Harvard University Archives, call # HUP James, William (2)*; 35. Hipokrates: *Archiwum WN PWN*; 38. Nieśmiały chłopiec – Mateusz: *fot. Piotr Banach*; 52. Zygmunt Freud z córką Anną: *Agencja FORUM*; 66. Gandalf: *Agencja FORUM*; 69. Karen Horney: *Fotochannels/Corbis*; 106. Supeł: *Shutterstock/Ilya Andriyanov*; 125. Vincent van Gogh: *Archiwum WN PWN*; 148. Skany z obrazowania mózgu metodą MRI: *udostępnione dzięki uprzejmości doktora Daniela R. Weinbergera, Genes, Cognition and Psychosis Program, IRP, NIMH, NIH*; 155. Nieśmiały chłopiec – Emil: *fot. Piotr Brzezinka*; 188. Gabinet Freuda: *Fotochannels/Corbis*; 174. Notes z ołówkiem: *Shutterstock/AER*. Pozostałe ilustracje wykorzystane za zgodą Wydawcy.

Ilustracje wykorzystane na drugiej stronie okładki: *Shutterstock: Ariy, Sergey Galushko, Imageman, Maksim Shmeljov*.

- [1] NEO oznacza neurotyczność, ekstrawersję i otwartość. Sumienność i ugodowość dodano później, ale nazwa Kwestionariusz Osobowości NEO pozostała niezmieniona. (Istnieje polska adaptacja skróconej wersji NEO-PI, zwana NEO-FFI, opracowana przez Zawadzkiego, Strelaua, Szczepanika i Śliwińską – *przyp. tłum.*)
- [2] Istnieje polska adaptacja tego kwestionariusza, opracowana przez Płużek, o nazwie Wielowymiarowa Skala Diagnostyczna, w skrócie WISKAD-MMPI – *przyp. tłum.*).
- [3] Wymiar Oceniania–Percepcji nie pochodzi z teorii typów Junga, lecz wprowadzony został przez autorów testu (*przyp. tłum.*).
- [4] Bush powiedział *bondage*, co znaczy „niewola” albo „krępowanie” jako praktyka seksualna, zamiast *bond*, co oznacza „więź” (*przyp. tłum.*).
- [5] Ponieważ wiele poglądów Freuda nie poddaje się weryfikacji, jego psychoanalityczna teoria nie jest w rzeczywistości teorią naukową, w sensie, w jakim zdefiniowaliśmy ten termin w rozdziale 1 tomu I. W tym rozdziale posługujemy się nim w jego potocznym znaczeniu, które mimo wszystko uznaje ją za teorię, ponieważ daje ona wyczerpujące wyjaśnienie osobowości i zaburzeń psychicznych. Jednakże należy zauważyć, że podjęto odważne wysiłki, aby koncepcjom Freuda dać naukowe podstawy (Cramer, 2000).
- [6] Kobiety nie mają archetypu animy – chodzi tu raczej o konflikt między świadomą kobiecością a nieświadomym animusem (*przyp. tłum.*).
- [7] Z punktu widzenia naszych celów obie wersje IV wydania DSM są zasadniczo takie same, a więc będziemy określać je tutaj po prostu DSM-IV.
- [8] W warunkach polskich zapewne tych podstawowych kategorii jest mniej, m.in. brakuje wyspecjalizowanych w zakresie psychiatrii pielęgniarek i pracowników socjalnych (*przyp. tłum.*).
- [9] W Polsce takie uprawnienia mają jedynie lekarze (*przyp. tłum.*).
- [10] Uwaga: termin *asylum* rozumiany jako miejsce pobytu dla osób z zaburzeniami psychicznymi zwykle tłumaczy się jako „zakład dla obłąkanych”, wydaje się jednak, że warto tu przytoczyć oryginalne,

bardziej dosłowne znaczenie – w zamierzeniu miały to być bowiem miejsca schronienia przed światem zewnętrznym (*przyp. tłum.*).

- [11] Obecnie określenie to funkcjonuje też jako synonim „zakładu dla obłąkanych” lub „domu wariatów” (*przyp. tłum.*).
- [12] Nie istnieje ostre rozróżnienie między poradnictwem psychologicznym a psychoterapią, choć w praktyce poradnictwo zazwyczaj dotyczy krótszego procesu, częściej skoncentrowanego na specyficznych problemach, podczas gdy psychoterapia na ogół wiąże się z bardziej długotrwałą i mającą szerszy zasięg eksploracją problemu.
- [13] W Polsce: Fenactil (*przyp. tłum.*).
- [14] W Polsce: Kłozapol (*przyp. tłum.*).
- [15] W Polsce: Convulex, Depakine (*przyp. tłum.*).
- [16] W satyrycznym komentarzu do historii psychochirurgii przytoczona jest anegdota o tym, że Moñiz został postrzelony przez jednego ze swoich niezadowolonych pacjentów, który najwyraźniej nie został spacyfikowany tak, jak oczekiwał Moñiz. Nie powstrzymało to jednak przyznania Moñizowi w 1949 roku Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny.
- [17] Dosłownie: Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, ale tak przyjęło się tłumaczyć nazwę bardziej znanej organizacji *American Psychological Association* – dosłownie Amerykańskie Stowarzyszenie Psychologiczne (*przyp. tłum.*).