Jan Strelau
redaktor naukowy

GWP

Psychologia

Podręcznik akademicki

Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej

3

GDAŃSKIE WYDAWNICTWO PSYCHOLOGICZNE

Podręcznik wydany pod patronatem
Komitetu Nauk Psychologicznych PAN

Rada Redakcyjna Podręcznika:

Augustyn Bańka (UAM), Anna Brzezińska (UAM),
Jerzy Brzeziński (UAM), Danuta Kądzielawa (UW),
Andrzej Falkowski (KUL), Irena Heszen-Niejodek (UŚ),
Mirosław Kofta (UW), Ida Kurcz (PAN),
Wiesław Łukaszewski (UO), Tomasz Maruszewski (UAM),
Edward Nęcka (UJ), Tytus Sosnowski (UW),
Małgorzata Toeplitz-Winiewska (UW i PTP),
Bogdan Wojciszke (UG)

Jan Strelau
redaktor naukowy

Psychologia

Podręcznik akademicki

TOM 3

Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej

GDAŃSKIE
WYDAWNICTWO PSYCHOLOGICZNE

Gdańsk 2005

Podręcznik akademicki dotowany przez Ministerstwo Edukacji Narodowej

Recenzje wydawnicze:
prof. dr hab. Krystyna Skarżyńska
prof. dr hab. Tadeusz Gałkowski

Copyright © by Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot, 1999
Wszystkie prawa zastrzeżone. Książka ani żadna jej część nie może być reprodukowana bez pisemnej zgody Gdańskiego Wydawnictwa Psychologicznego

Wydanie pierwsze

Edytor: Anna Świtajska
Redakcja polonistyczna: Małgorzata Jaworska, Barbara Pałasz
Korekta: zespół
Projekt okładki: Agnieszka Wójkowska
Opracowanie graficzne: Piotr Geisler
Ryciny: WISART

ISBN 83-87957-06-2

Biblioteka DSWE
we Wrocławiu
159.9
300-032465-00-0

Druk i oprawa: WDG Drukarnia w Gdyni Sp. z o.o.
ul. Św. Piotra 12, 81-347 Gdynia
tel. (58) 660-73-10, tel./fax (058) 621-68-51

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
ul. Bema 4/1a, 81-753 Sopot, tel./fax 0-58 551-61-04, tel. 0-58 551-11-01
e-mail: gwp@gwp.gda.pl http://www.gwp.gda.pl

Spis treści

Biogramy autorów i redaktorów tomu trzeciego ... 15
Wstęp do tomu trzeciego ... 21

DZIAŁ VIII
CZŁOWIEK W RELACJI Z INNYMI ... 25
42. Wiedza jednostki i sądy o świecie społecznym ... 27
42.1. Struktury wiedzy i rozumienie świata społecznego ... 27
42.1.1. Budowa i rodzaje schematów ... 28
42.1.2. Wpływ schematów na przetwarzanie informacji ... 34
42.2. Procesy atrybucji ... 45
42.2.1. Teorie atrybucji w psychologii ... 46
42.2.2. Błędy i tendencyjności procesu atrybucji ... 60
42.2.3. Funkcje procesów atrybucji, czyli dlaczego pytamy „Dlaczego?" ... 67
42.3. Ocenianie ludzi ... 68
42.3.1. Ocenianie jako oddolna integracja danych ... 69
42.3.2. Ocenianie jako odgórne wykorzystanie schematu ... 72
42.3.3. Ocenianie jako tendencyjne sprawdzanie hipotez ... 74
42.4. Podsumowanie ... 76
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 77
LITERATURA ZALECANA ... 77
43. Postawy i ich zmiana ... 79
43.1. Geneza postaw ... 79
43.1.1. Postawa jako rezultat przekonań ... 80
43.1.2. Postawa jako rezultat emocji ... 81
43.1.3. Postawa jako rezultat zachowań ... 83
43.1.4. Przejmowanie postaw od innych ... 84
43.2. Wpływ postaw na rozumienie świata ... 84
43.2.1. Selektywność poszukiwania informacji ... 84
43.2.2. Tendencyjność interpretacji danych odbieranych na bieżąco i z pamięci ... 85
43.3. Wpływ postaw na zachowanie ... 86
43.3.1. Poziom ogólności postawy i zachowania ... 87
43.3.2. Moderatory zgodności zachowania z postawami ... 87
43.3.3. Mediatory zgodności zachowania z postawami ... 89
43.4. Mechanizmy zmiany postaw ... 92
43.4.1. Teorie zmiany postaw ... 92
43.4.2. Wyznaczniki skutecznej zmiany postaw ... 97
43.5. Podsumowanie ... 105
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 105
LITERATURA ZALECANA ... 106
44. Tożsamość i współzależność ... 107
44.1. Psychologia tożsamości ... 107
44.1.1. Tożsamość jako przedmiot psychologii ... 108
44.1.2. Tożsamość dostępna samemu sobie ... 112
44.1.3. Tożsamość społeczna i tożsamość osobista ... 117
44.2. Współzależność społeczna ... 125
44.2.1. Człowiek – istota ekonomiczna ... 126
44.2.2. Kiedy ludzie kooperują ... 130
44.2.3. Reinterpretacja konfliktu interesów ... 137
44.2.4. Na granicy i poza granicami racjonalności ... 142

44.3 Podsumowanie ... 143
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 144
LITERATURA ZALECANA ... 144
45. Relacje interpersonalne ... 147
45.1. Agresja ... 147
45.1.1. Teorie agresji ... 148
45.1.2. Wyznaczniki agresji ... 155
45.1.3. Jak zahamować agresję? ... 161
45.2. Pomaganie innym ... 164
45.2.1. Teorie wyjaśniające pomaganie ... 164
45.2.2. Wyznaczniki pomagania ... 171
45.3. Atrakcyjność interpersonalna ... 175
45.3.1. Teorie atrakcyjności ... 175
45.3.2. Wyznaczniki atrakcyjności ... 178
45.4. Podsumowanie ... 185
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 186
LITERATURA ZALECANA ... 186
46. Wpływ społeczny ... 187
46.1. Wpływ obecności innych ... 188
46.1.1. Facylitacja społeczna ... 188
46.1.2. Kiedy facylitacja, kiedy zahamowanie? ... 188
46.2. Konformizm ... 189
46.2.1. Co konformizm nasila, a co osłabia? ... 190
46.2.2. Dlaczego ludzie bywają konformistyczni? ... 190
46.2.3. Nonkonformizm ... 191
46.2.4. Kiedy mniejszość bywa siłą? ... 191
46.3. Polaryzacja grupowa ... 192
46.4. Wpływ w grupie ... 193
46.4.1. Rozproszenie odpowiedzialności ... 193
46.4.2. Próżniactwo społeczne ... 193
46.4.3. Teoria wpływu społecznego ... 194
46.4.4. Dynamiczna teoria wpływu społecznego ... 195
46.5. Posłuszeństwo i przysługa ... 198
46.5.1. Posłuszeństwo ... 199
46.5.2. Uleganie prośbom ... 200
46.6. Podstawy sprawowania władzy ... 202
46.7. Podsumowanie ... 203
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 204
LITERATURA ZALECANA ... 204
47. Stereotypy i uprzedzenia ... 205
47.1. Stereotypy społeczne ... 206
47.1.1. Różne podejścia do stereotypów ... 206
47.1.2. Cechy stereotypów ... 207
47.1.3. Trwałość stereotypów ... 208
47.1.4. Geneza stereotypów ... 208
47.1.5. Funkcje stereotypów ... 211
47.1.6. Stereotypy a spostrzeganie osób ... 212
47.1.7. Metody badania stereotypów ... 213
47.1.8. Stereotypy a zachowanie ... 214
47.1.9. Czy stereotyp jest prywatną koncepcją natury ludzkiej? ... 214
47.2. Uprzedzenia ... 214
47.2.1. Uprzedzenia awersywne, dominatywne i wewnętrznie sprzeczne ... 215
47.2.2. Uprzedzenia jawne i uprzedzenia ukryte ... 216
47.2.3. Geneza uprzedzeń ... 216
47.2.4. Korelaty uprzedzeń ... 218

47.2.5. Metody badania uprzedzeń ... 219
47.2.6. Modyfikacja stereotypów i uprzedzeń ... 220
47.3. Podsumowanie ... 223
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 223
LITERATURA ZALECANA ... 223

DZIAŁ IX
EDUKACJA ... 225
48. Psychologia wychowania ... 227
48.1. Przedmiot psychologii wychowania ... 227
48.1.1. Pojęcie wychowania ... 228
48.1.2. Uwikłanie praktyczne psychologii wychowania ... 230
48.1.3. Zadania psychologii wychowania ... 230
48.2. Wychowanie jako czynnik rozwoju człowieka ... 233
48.2.1. Wychowanie jako czynnik zmiany indywidualnej i zmiany społecznej ... 233
48.2.2. Wychowanie jako czynnik modyfikujący sieć związków społecznych jednostki ... 234
48.2.3. Socjalizujący i emancypujący wpływ wychowania ... 236
48.3. Koncepcje rozwoju człowieka a modele wychowania ... 239
48.3.1. Dojrzewanie i uczenie się a rozwój człowieka ... 239
48.3.2. Kryteria wyodrębniania modeli wychowania ... 241
48.3.3. Podstawowe modele wychowania ... 245
48.3.4. Rozłączność czy komplementarność modeli wychowania? ... 246
48.4. Interakcja wychowawcza ... 247
48.4.1. Cechy interakcji wychowawczej ... 247
48.4.2. Rodzaje interakcji wychowawczej ... 249
48.4.3. Podmiotowa interakcja wychowawcza – kompetencje wychowawcy ... 252
48.5. Strategie działań wychowawczych ... 253
48.6. Podsumowanie ... 256
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 257
LITERATURA ZALECANA ... 257
49. Psychologia kształcenia ... 259
49.1. Nabywanie kompetencji ... 260
49.1.1. Porównanie wiedzy i umiejętności specjalistów i nowicjuszy ... 260
49.1.2. Rozwój kompetencji w różnych dziedzinach ... 261
49.2. Analiza procesu nauczania ... 266
49.2.1. Trzy modele procesu nauczania ... 266
49.2.2. Złożoność i dynamika jako istotne cechy nauczania w klasie ... 269
49.2.3. Rutyny nauczycielskie ... 270
49.2.4. Rola stylów nauczania w formowaniu się sukcesów i niepowodzeń edukacyjnych ... 271
49.3. Cele uczenia się: główny paradygmat badań nad czynnikami motywacyjnymi i poznawczymi w procesie kształcenia ... 274
49.3.1. Cele wykonaniowe i sprawnościowe a motywacja uczniów ... 274
49.3.2. Cele uczenia się a motywacja wewnętrzna i subiektywne definiowanie pojęcia zdolności ... 275
49.3.3. Nowe tendencje w problematyce celów uczenia się ... 276
49.4. Rola wykształcenia w funkcjonowaniu jednostki we współczesnym świecie ... 278
49.5. Podsumowanie ... 279
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 280
LITERATURA ZALECANA ... 280

DZIAŁ X
DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWA I PUBLICZNA ... 281
50. Psychologia pracy ... 283
50.1. Problem i paradygmaty psychologii pracy ... 283
50.1.1. Przedmiot psychologii pracy ... 283
50.1.2. Paradygmaty psychologii pracy ... 285
50.2. Podstawowe dziedziny psychologii pracy ... 287

50.2.1. Tradycyjne dziedziny psychologii pracy ... 287
50.2.2. Współczesne dziedziny psychologii pracy ... 289
50.3. Rozwój psychologii pracy ... 290
50.3.1. Początki psychologii pracy ... 290
50.3.2. Perspektywy rozwoju psychologii pracy ... 292
50.4. Metody i strategie psychologii pracy ... 295
50.4.1. Techniki i metody psychologii pracy ... 295
50.4.2. Techniki i strategie modelowania decyzji kadrowych ... 300
50.5. Dehumanizacja pracy i bezrobocie ... 305
50.5.1. Aktywność zawodowa a zdrowie psychiczne ... 306
50.5.2. Dyskryminacja w zatrudnieniu i bezrobocie ... 308
50.6. Rozwój zawodowy i doradztwo zawodowe ... 311
50.6.1. Rozwój zawodowy ... 311
50.6.2. Doradztwo zawodowe ... 317
50.7. Podsumowanie ... 319
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 320
LITERATURA ZALECANA ... 320
51. Psychologia organizacji ... 321
51.1. Organizacja i zachowania organizacyjne ... 321
51.1.1. Organizacja a psychologia ... 322
51.1.2. Kultura i dopasowanie organizacji ... 325
51.2. Zadowolenie z pracy i motywacja pracy ... 329
51.2.1. Zadowolenie z pracy ... 329
51.2.2. Teorie motywacji pracy ... 331
51.3. Przywództwo i partycypacja ... 334
51.3.1. Przywództwo ... 334
51.3.2. Partycypacja ... 337
51.4. Systemy organizacyjne i techniczne ... 339
51.4.1. Rozwój systemów organizacji ... 339
51.4.2. Systemy techniczne ... 343
51.5. Podsumowanie ... 349
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 350
LITERATURA ZALECANA ... 350
52. Psychologia ekonomiczna ... 351
52.1. Psychologia i ekonomia ... 351
52.2. Percepcja zjawisk ekonomicznych ... 352
52.2.1. Potoczna wiedza o zjawiskach ekonomicznych ... 352
52.2.2. Główne kategorie oceny działań ekonomicznych ... 353
52.2.3. Jak ludzie przyswajają sobie wiedzę o ekonomii? ... 354
52.3. Oczekiwania ekonomiczne i ich konsekwencje ... 355
52.3.1. Czym są oczekiwania ekonomiczne? ... 355
52.3.2. Oczekiwania ekonomiczne i przewidywanie zjawisk ekonomicznych ... 357
52.4. Psychologia inwestowania i przedsiębiorczości ... 358
52.4.1. Natura przedsiębiorczości i charakterystyka osób przedsiębiorczych ... 358
52.4.2. Motywacja osiągnięć w działalności gospodarczej ... 360
52.4.3. Przedsiębiorczość i stosunek do ryzyka ... 360
52.4.4. Pułapki inwestycyjne: problem utopionych pieniędzy ... 362
52.5. Płacenie podatków ... 363
52.5.1. Wysokość podatków i wydajność pracy ... 363
52.5.2. Unikanie płacenia podatków i oszustwa podatkowe ... 364
52.6. Zachowania konsumenckie ... 366
52.6.1. Strategie wyboru refleksyjnego ... 366
52.6.2. Przywiązanie do marki ... 370
52.6.3. Kupowanie impulsywne ... 371
52.7. Psychologia oszczędzania ... 374

52.7.1. Formy i motywy oszczędzania ... 374
52.7.2. Czynniki warunkujące oszczędzanie ... 374
52.7.3. Oszczędzanie i problem odroczonej gratyfikacji ... 375
52.8 Podsumowanie ... 377
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 378
LITERATURA ZALECANA ... 378
53. Psychologia polityczna ... 379
53.1 Obejmowanie ról związanych z władzą i sposób funkcjonowania w tych rolach ... 380
53.1.1. Nastawienie pragmatyczne i ideologiczne ... 380
53.1.2. Makiawelizm ... 381
53.1.3. „Bezwzględny gracz" ... 382
53.2. Percepcja i ocena zjawisk politycznych. Polityczne myślenie ... 383
53.2.1. Percepcja i ocena polityków ... 383
53.2.2. Ocena zjawisk politycznych: „Symboliczna polityka" ... 384
53.2.3. Ocena teraźniejszości i ocena przeszłości ... 386
53.2.4. Diagnoza teraźniejszości a wyobrażenia o przyszłości – myślenie ideologiczne ... 387
53.3. Mentalność społeczno-polityczna ... 388
53.3.1. Orientacja hierarchiczna versus równościowa ... 389
53.3.2. Orientacja kolektywistyczna versus indywidualistyczna ... 390
53.3.3. Orientacja lewicowa versus prawicowa ... 391
53.3.4. Badania nad mentalnością polskiego społeczeństwa ... 392
53.4. Zachowania i postawy polityczne ... 393
53.4.1. Formy podejmowanej aktywności politycznej ... 394
53.4.2. Poparcie (lub zwalczanie) określonych programów, postaci i ugrupowań politycznych ... 395
53.4.3. Przyczyny bierności politycznej ... 395
53.5. Konflikty polityczne ... 396
53.5.1. Sytuacja konfliktowa i konflikt ... 396
53.5.2. Geneza konfliktów politycznych ... 397
53.5.3. Definicja przeciwnika ... 398
53.5.4. Dynamika konfliktu ... 399
53.5.5. Sposoby rozwiązywania konfliktów ... 399
53.5.6. Zapobieganie konfliktom ... 401
53.6. Podsumowanie ... 402
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 403
LITERATURA ZALECANA ... 403
54. Psychologia ekologiczna ... 405
54.1. Główne nurty psychologii ekologicznej ... 405
54.1.1. Źródła zainteresowania środowiskiem ... 406
54.1.2. Terminologia ... 412
54.1.3. Psychologia ekologiczna w ujęciu Barkera i Wrighta ... 413
54.1.4. Psychologia środowiskowa ... 417
54.2. Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje postaw proekologicznych ... 420
54.2.1. Etyka ekologiczna ... 420
54.2.2. Ruchy „zielonych" ... 422
54.3. Rola przestrzeni w regulowaniu kontaktów z otoczeniem ... 424
54.3.1. Zachowania terytorialne zwierząt i utrzymywanie dystansów między nimi ... 424
54.3.2. Zachowania terytorialne ludzi ... 425
54.3.3. Dystanse przestrzenne między ludźmi ... 425
54.3.4. Poczucie prywatności ... 427
54.3.5. Zatłoczenie ... 427
54.3.6. Organizacja przestrzeni sprzyjająca interakcjom społecznym ... 431
54.4. Środowisko miejskie ... 432
54.4.1. Stres wielkomiejski ... 432
54.4.2. Wizje nowych miast ... 436
54.5. Podsumowanie ... 437

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 440
LITERATURA ZALECANA ... 440

DZIAŁ XI
ZDROWIE I CHOROBA ... 441
55. Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego ... 443
55.1. Problematyka zdrowia i choroby w badaniach psychologicznych ... 443
55.1.1. Czynniki stymulujące rozwój badań psychologicznych nad problematyką zdrowia i choroby ... 444
55.1.2. Ewolucja podejścia teoretycznego i metodologicznego ... 446
55.1.3. Problemy metodologiczne w badaniach psychologicznych nad zdrowiem i chorobą ... 449
55.2. Medycyna psychosomatyczna i behawioralna ... 450
55.2.1. Psychoanalityczne tradycje medycyny psychosomatycznej ... 450
55.2.2. Psychofizjologiczne tradycje medycyny psychosomatycznej ... 451
55.2.3. Współczesne tendencje w medycynie psychosomatycznej ... 452
55.2.4. Medycyna behawioralna ... 454
55.3. Psychologia zdrowia ... 456
55.3.1. Geneza psychologii zdrowia ... 456
55.3.2. Koncepcje zdrowia w naukach społecznych ... 457
55.3.3. Problematyka badawcza psychologii zdrowia ... 459
55.4. Podsumowanie ... 463
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 464
LITERATURA ZALECANA ... 464
56. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie ... 465
56.1. Psychologiczne koncepcje stresu ... 466
56.1.1. Pojęcie stresu psychologicznego ... 466
56.1.2. Relacyjne ujęcia stresu w pracach psychologów polskich ... 468
56.1.3. Fenomenologiczno-poznawcze ujęcie stresu według Lazarusa ... 469
56.1.4. Teoria zachowania zasobów Hobfolla ... 471
56.1.5. Przyczyny stresu ... 472
56.2. Radzenie sobie ze stresem jako proces i jego organizacja ... 475
56.2.1. Pojęcie procesu radzenia sobie ... 475
56.2.2. Dwie funkcje radzenia sobie ... 476
56.2.3. Przebieg radzenia sobie ... 478
56.3. Strategie i styl radzenia sobie: problemy klasyfikacji i pomiaru ... 480
56.3.1. Radzenie sobie jako strategia ... 480
56.3.2. Radzenie sobie jako styl ... 483
56.4. Efektywność radzenia sobie ... 487
56.4.1. Efektywność procesu, strategii i stylu ... 487
56.4.2. Efektywność według różnych kryteriów ... 489
56.5. Podsumowanie ... 491
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 492
LITERATURA ZALECANA ... 492
57. Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych ... 493
57.1. Uwarunkowania sytuacyjne ... 494
57.1.1. Badania nad stresem eksperymentalnym, prowadzone z udziałem zwierząt i ludzi ... 494
57.1.2. Badania w warunkach stresu naturalnego ... 495
57.1.3. Badania socjodemograficzne ... 497
57.2. Uwarunkowania osobowościowe ... 500
57.3. Wzór zachowania A ... 501
57.4. Integracja danych empirycznych – modele wyjaśniające ... 504
57.5. Nowe kierunki badań – psychoneuroimmunologia ... 509
57.5.1. Podstawowe informacje o układzie immunologicznym i jego funkcjach ... 509
57.5.2. Powiązanie układu immunologicznego z układem nerwowym i dokrewnym ... 509
57.5.3. Stres, funkcje układu immunologicznego, choroba ... 510
57.6. Podsumowanie ... 511

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 512
LITERATURA ZALECANA ... 512
58. Psychologiczne problemy chorych somatycznie ... 513
58.1. Choroba jako źródło stresu ... 514
58.2. Zachowania emocjonalne chorego ... 516
58.2.1. Emocje towarzyszące chorobie somatycznej ... 516
58.2.2. Formy radzenia sobie z emocjami w chorobie somatycznej ... 517
58.3. Zachowania chorego ukierunkowane na cele zdrowotne ... 523
58.3.1. Organizacja i formy instrumentalnego radzenia sobie z chorobą ... 523
58.3.2. Emocje a instrumentalne radzenie sobie z chorobą ... 525
58.4. Indywidualne style radzenia sobie z chorobą i ich efektywność ... 527
58.5. Podsumowanie ... 529
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 530
LITERATURA ZALECANA ... 530
59. Zdrowie behawioralne ... 533
59.1. Związek zdrowia z zachowaniem ... 533
59.2. Pojęcie i rodzaje zachowań zdrowotnych ... 535
59.2.1. Definicje zachowań zdrowotnych ... 536
59.2.2. Rodzaje zachowań zdrowotnych ... 539
59.3. Styl życia a zdrowie ... 541
59.4. Podmiotowe i środowiskowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych ... 543
59.4.1. Badania nad strukturą zachowań zdrowotnych ... 543
59.4.2. Teoretyczne modele podmiotowych i sytuacyjnych uwarunkowań zachowań zdrowotnych ... 546
59.5. Zasady kształtowania zachowań zdrowotnych ... 550
59.6. Podsumowanie ... 551
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 552
LITERATURA ZALECANA ... 552
60. Wprowadzenie do psychologii klinicznej ... 555
60.1. Psychologia kliniczna jako dyscyplina ... 555
60.2. Norma a patologia psychiczna ... 560
60.3. Podsumowanie ... 564
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 564
LITERATURA ZALECANA ... 565
61. Psychologiczna diagnoza zaburzeń psychicznych ... 567
61.1. Diagnoza różnicowa i podstawowe narzędzia diagnostyczne ... 567
61.2. Diagnoza psychologicznych przyczyn i skutków zaburzeń psychicznych ... 571
61.2.1. Podstawowe narzędzia psychologicznej diagnozy przyczynowej ... 572
61.2.2. Diagnoza na potrzeby psychoterapii ... 575
61.3. Podsumowanie ... 580
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 580
LITERATURA ZALECANA ... 581
62. Podstawowe zaburzenia psychiczne ... 583
62.1. Zaburzenia nerwicowe ... 583
62.1.1. Klasyfikacja zaburzeń nerwicowych ... 583
62.1.2. Przyczyny zaburzeń nerwicowych ... 586
62.1.3. Leczenie zaburzeń nerwicowych ... 587
62.2. Zaburzenia osobowości i zaburzenia zachowania ... 588
62.2.1. Klasyfikacja zaburzeń osobowości i zaburzeń zachowania ... 589
62.2.2. Etiologia zaburzeń osobowości i zaburzeń zachowania ... 591
62.2.3. Leczenie zaburzeń osobowości i zaburzeń zachowania ... 591
62.3. Zaburzenia nastroju (zaburzenia afektywne) ... 592
62.3.1. Klasyfikacja zaburzeń nastroju ... 592
62.3.2. Etiologia zaburzeń nastroju ... 593
62.3.3. Leczenie zaburzeń nastroju ... 594
62.4. Schizofrenia ... 595

62.4.1. Klasyfikacja schizofrenii ... 596
62.4.2. Przebieg zaburzeń schizofrenicznych ... 597
62.4.3. Przyczyny schizofrenii ... 598
62.4.4. Leczenie schizofrenii ... 599
62.5. Podsumowanie ... 602
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 603
LITERATURA ZALECANA ... 603
63. Pomoc psychologiczna ... 605
63.1. Promocja zdrowia ... 607
63.1.1. Udział psychologii w promocji zdrowia ... 608
63.2. Prewencja psychopatologii ... 612
63.3. Interwencja kryzysowa ... 615
63.4. Poradnictwo psychologiczne ... 616
63.5. Grupy samopomocy ... 618
63.6. Podsumowanie ... 619
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 621
LITERATURA ZALECANA ... 621
64. Psychologia kliniczna dziecka ... 623
64.1. Specyficzne cechy psychologii klinicznej dziecka jako dyscypliny teoretycznej i stosowanej ... 623
64.1.1. Przedmiot i zadania psychologii klinicznej dziecka ... 624
64.1.2. Z historii kształtowania się dyscypliny w Polsce ... 624
64.2. Działy psychologii klinicznej dziecka ... 626
64.2.1. Psychologia sądowa ... 627
64.2.2. Psychologia kliniczno-wychowawcza ... 628
64.2.3. Psychologia defektologiczna ... 628
64.2.4. Neuropsychologia rozwojowa i psychologia neurologiczna ... 630
64.2.5. Psychologia pedopsychiatryczna ... 631
64.2.6. Psychologia pediatryczna ... 631
64.3. Zaburzenia rozwoju u dzieci. Elementy psychopatologii rozwojowej i pomoc psychologiczna ... 632
64.3.1. Pojęcie zaburzeń rozwoju psychiki ... 632
64.3.2. Czynniki zaburzeń rozwoju ... 636
64.3.3. Patomechanizmy wybranych zaburzeń rozwoju ... 640
64.3.4. Pomoc psychologiczna dla dzieci z zaburzeniami rozwoju ... 644
64.4. Podsumowanie ... 647
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 648
LITERATURA ZALECANA ... 648
65. Neuropsychologia kliniczna: charakterystyka dyscypliny ... 649
65.1. Podstawowe pojęcia ... 650
65.1.1. Metodologia korelacyjna ... 650
65.1.2. Dysfunkcje mózgu ... 650
65.1.3. Zaburzenia zachowania – objawy ... 650
65.1.4. Zespoły objawów – syndromy ... 651
65.1.5. Zasada podwójnej dysocjacji ... 653
65.1.6. Studium przypadku ... 654
65.2. Kierunki rozwoju neuropsychologii ... 655
65.2.1. Neurolingwistyka ... 656
65.2.2. Neurosemiotyka ... 656
65.2.3. Neuropsychologia poznawcza ... 657
65.2.4. Neuropsychologia medyczna ... 657
65.2.5. Neuropsychologia środowiskowa ... 657
65.3. Modele mózgowych mechanizmów funkcjonowania człowieka ... 658
65.3.1. Model gradientowej struktury kory półkul mózgowych ... 658
65.3.2. Model mózgowych mechanizmów zaburzeń językowych po uszkodzeniach struktur podkorowych ... 659
65.4. Podsumowanie ... 660
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 661

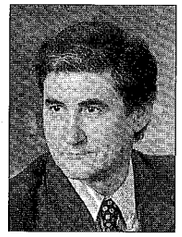
LITERATURA ZALECANA ... 661
66. Zaburzenia neuropsychologiczne w funkcjonowaniu człowieka ... 663
66.1. Typy kategoryzacji zaburzeń ... 663
66.1.1. Kategoryzacja zaburzeń w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neurologii klinicznej ... 663
66.1.2. Kategoryzacja zaburzeń w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy psychologii ... 664
66.2. Wybrane formy zaburzeń ... 665
66.2.1. Zaburzenia znane w przeszłości, ciągle aktualne, obecnie rozpatrywane inaczej ... 665
66.2.2. Zaburzenia rozpoznane w przeszłości, następnie pomijane w rozważaniach teoretycznych, a obecnie wieloaspektowo badane ... 668
66.2.3. Zaburzenia wywołane przez przyczyny aktualne od drugiej połowy XX wieku ... 672
66.3. Podsumowanie ... 674
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 675
LITERATURA ZALECANA ... 675
67. Zastosowania neuropsychologii w praktyce społecznej ... 677
67.1. Diagnoza ... 679
67.1.1. Czynniki modyfikujące rzeczywistość kliniczną neuropsychologii ... 679
67.1.2. Rodzaje diagnozy ... 681
67.1.3. Samoocena środowiska neuropsychologów w nawiązaniu do diagnozy ... 682
67.2. Pomoc psychologiczna ... 684
67.2.1. Rehabilitacja neuropsychologiczna ... 685
67.2.2. Interwencja kryzysowa ... 685
67.2.3. Inne formy pomocy psychologicznej ... 686
67.2.4. Profilaktyka zaburzeń lub choroby ... 686
67.2.5. Promocja zdrowia ... 687
67.3. Podsumowanie ... 688
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 689
LITERATURA ZALECANA ... 689
68. Psychopatologia zjawisk społecznych ... 691
68.1. Psychologiczna problematyka uzależnień od alkoholu i narkotyków ... 691
68.1.1. Zdrowienie z alkoholizmu w programie Anonimowych Alkoholików ... 693
68.1.2. Terapia uzależnienia chemicznego według modelu Minnesota ... 694
68.1.3. Modele terapii uzależnienia oparte na teorii uczenia ... 695
68.1.4. Koncepcja uzależnienia w ujęciu psychologii Ja ... 699
68.1.5. Poszukiwanie syntezy – koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia ... 700
68.1.6. Funkcjonowanie osoby uzależnionej ... 705
68.1.7. Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia ... 708
68.2. Psychologiczne wyznaczniki przestępczości ... 710
68.2.1. Rola czynników biopsychicznych w etiologii zachowania przestępczego ... 712
68.2.2. W poszukiwaniu psychologicznych koncepcji wyjaśniania przestępczości ... 720
68.3. Psychologiczne aspekty zaburzeń seksualnych ... 729
68.3.1. Koncepcje zdrowia i choroby w zakresie seksualności ... 729
68.3.2. Badania naukowe seksualności ... 731
68.3.3. Obraz kliniczny zaburzeń seksualnych ... 735
68.3.4. Psychogenne przyczyny zaburzeń seksualnych ... 737
68.3.5. Diagnostyka psychologiczna zaburzeń seksualnych ... 739
68.3.6. Zaburzenia seksualne ... 741
68.4. Wybrane problemy patologii życia rodzinnego ... 750
68.4.1. Psychologia współuzależnienia ... 751
68.4.2. Psychoterapia współuzależnienia ... 754
68.4.3. Psychologiczne aspekty przemocy domowej ... 755
68.5. Podsumowanie ... 763
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 764
LITERATURA ZALECANA ... 765
69. Psychoterapia ... 767
69.1. Nurty teoretyczne w psychoterapii ... 767

69.1.1. Podejście psychoanalityczne ... 768
69.1.2. Podejście behawioralno-poznawcze ... 770
69.1.3. Podejście humanistyczno-egzystencjalne ... 771
69.1.4. Podejście systemowe ... 773
69.1.5. Inne szkoły psychoterapii ... 774
69.1.6. Uwagi końcowe ... 776
69.2. Zjawiska w psychoterapii i techniki psychoterapeutyczne ... 777
69.2.1. Zjawiska w psychoterapii ... 777
69.2.2. Techniki psychoterapii ... 781
69.3. Psychoterapia grupowa i rodzinna ... 788
69.3.1. Psychoterapia grupowa ... 788
69.3.2. Terapia rodzinna ... 791
69.4. Strategie i wyniki badań nad psychoterapią ... 793
69.5. Podsumowanie ... 795
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 795
LITERATURA ZALECANA ... 796
70. Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji ... 797
70.1. Pojęcie niepełnosprawności i jej rodzaje ... 798
70.2. Psychologiczne ujęcie niepełnosprawności ... 801
70.2.1. Trauma psychiczna wynikająca z dysfunkcji organizmu ... 801
70.2.2. Żal po utracie sprawności organizmu ... 803
70.2.3. Pokonywanie kryzysów życiowych przez osoby niepełnosprawne ... 805
70.2.4. Alienacja osobista i społeczna jako konsekwencja niepełnosprawności ... 807
70.2.5. Dążenie do zaakceptowania własnej niepełnosprawności ... 809
70.2.6. Niepełnosprawność jako dyspozycja do generowania problemów życiowych ... 811
70.3. Charakterystyka rehabilitacji osób niepełnosprawnych ... 813
70.3.1. Rehabilitacja jako pomoc w rozwiązywaniu problemów życiowych osób niepełnosprawnych ... 813
70.3.2. Metody, technologie i programy rehabilitacji ... 816
70.4. Podsumowanie ... 818
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 819
LITERATURA ZALECANA ... 819

DZIAŁ XII
ETYKA ZAWODOWA PSYCHOLOGA ... 821
71. Etyczne aspekty uprawiania zawodu psychologa ... 823
71.1. Etyczne aspekty praktyki psychologicznej ... 823
71.1.1. Problemy etyczne diagnostyki psychologicznej ... 824
71.1.2. Problemy etyczne udzielania pomocy psychologicznej ... 828
71.1.3. Kompetencje w praktyce psychologicznej ... 831
71.2. Etyczne aspekty nauczania i popularyzacji psychologii ... 832
71.2.1. Nauczanie psychologii ... 832
71.2.2. Popularyzacja psychologii ... 834
71.3. Podsumowanie ... 835
PYTANIA SPRAWDZAJĄCE ... 836
LITERATURA ZALECANA ... 836
72. Kodeks etyczno-zawodowy psychologa ... 837

BIBLIOGRAFIA ... 845
INDEKS RZECZOWY ... 913
INDEKS NAZWISK ... 923
SPIS I ŹRÓDŁA FOTOGRAFII ... 933

Biogramy autorów i redaktorów tomu trzeciego



AUGUSTYN BAŃKA:

prof. dr hab. w Instytucie Psychologii UAM, redaktor naczelny kwartalnika *Czasopismo Psychologiczne*. Specjalizuje się w problematyce jakości życia i projektowania środowiska fizycznego. Autor książek z zakresu psychologii pracy, organizacji i architektury, m. in. *Psychopatologia pracy* (1996), *Architektura psychologicznej przestrzeni życia. Behawioralne podstawy projektowania* (1997).

ANNA BRZEZIŃSKA:

dr hab., prof. nadzw. w Instytucie Psychologii UAM. Jest autorką ponad 100 prac z zakresu psychologii rozwoju człowieka, psychologii edukacji i pedagogiki, w tym *Gotowość dzieci w wieku przedszkolnym do czytania i pisania* (1987), *Czytanie i pisanie – nowy język dziecka* (z M. Bartowy; 1987), *Psychopedagogiczne problemy edukacji przedszkolnej* (1985, wyd. II – 1992).

JAN CZESŁAW CZABAŁA:

dr hab., docent w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, wykłada psychologię zdrowia i psychoterapię na Wydziale Ochrony Zdrowia CM i w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Psycholog kliniczny i psychoterapeuta. Opublikował blisko 100 prac z zakresu psychologii klinicznej i psychoterapii, w tym *Czynniki leczące w psychoterapii* (Warszawa: PWN, 1997).

ANDRZEJ ELIASZ:

prof. zw. i rektor Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, a także prof. zw. w Instytucie Psychologii PAN. Badacz związku między temperamentem a osobowością. W swoich badaniach uwzględnia rolę środowiska. Jest autorem czterech książek i współredaktorem dwóch, w tym *Persons, situations and emotions: An ecological approach* (redagowana wspólnie z H. Branstätterem; Oxford University Press, 1999).

JÓZEF KRZYSZTOF GIEROWSKI:

dr praw, dr hab. psychologii w Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum UJ oraz prof. nadzw. w Instytucie Ekspertyz Sądowych w Krakowie. Opublikował ponad 130 prac z zakresu psychologii i psychiatrii sądowej, w tym *Problemy psychologiczno-psychiatryczne w procesie karnym* (Katowice 1985 – współautor), *Motywacja zabójstw* (Kraków 1989), *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie* (Kraków 1996 – współautor).

JANUSZ GRZELAK:

dr hab., prof. nadzw. UW, dziekan Wydziału Psychologii (1981–1982) i prorektor UW (1996–1999). Stypendysta i wykładowca uniwersytetów w USA, Austrii i Holandii. Prowadzi badania nad konfliktem między interesem jednostki a interesem grupowym i sposobami jego rozwiązywania. Ważniejsze publikacje to książka *Konflikt interesów* i rozdziały w książkach *Conflict and cooperation, Homo economicus: Should it be revisited?*

LIDIA GRZESIUK:

prof. zw. UW, autorka oraz współautorka książek *Fizjologiczne podstawy zachowania, Psychophysiological aftereffects of prolonged stay in psychiatric hospital, Style komunikacji interpersonalnej, Zaburzenia komunikowania się neurotyków, osobowościowe wyznaczniki nerwicy i psychoterapia, Studia nad komunikacją interpersonalną, Jak ludzie porozumiewają się, Psychoterapia, Spotkania, które leczą, Jak pomagać sobie, rodzinie i innym, Umiejętności menedżera.*

IRENA HESZEN-NIEJODEK:

prof. zw. Uniwersytetu Śląskiego. Opublikowała ponad 100 prac z zakresu psychologii zdrowia, psychologii medycznej oraz psychologicznej teorii stresu i radzenia sobie ze stresem, w tym *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań* (Katowice 1983), *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne* (Kraków 1992), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (red.; Katowice 1996).

MARIA JARYMOWICZ:

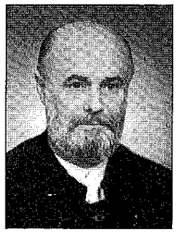
profesor tytularny (1989), prof. zw. Uniwersytetu Warszawskiego (od 1993). W 1981 powołała na Wydziale Psychologii UW Zespół Badań nad Tożsamością, skupiający psychologów z kilku ośrodków akademickich. Wyniki badań opublikowała wraz z zespołem w pięciu zbiorach, m. in. w książce pt. *Poza egocentryczną perspektywą widzenia siebie i świata* (1994). Jej najnowsze badania dotyczą związków Ja z utajonym afektem.

DANUTA KĄDZIELAWA:

dr hab., prof. Uniwersytetu Warszawskiego, kierownik Zakładu Neuropsychologii Klinicznej na Wydziale Psychologii UW, sekretarz naukowy Komitetu Nauk Psychologicznych PAN. Jej zainteresowania naukowe obejmują zaburzenia językowe w afazji oraz metody diagnozy neuropsychologicznej. Publikacje naukowe to m. in. rozdziały w książkach: *Afazja* (1996) i *Zaburzenia językowe po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu* (1997; wyd. II – 1998).

MAŁGORZATA KOŚCIELSKA:

prof. zw. Uniwersytetu Warszawskiego, kierownik Katedry Psychologii Klinicznej, badaczka zaburzeń rozwoju u dzieci. Główne prace: *Studia z psychologii klinicznej dziecka* (red.; Warszawa 1988), *Oblicza upośledzenia* (Warszawa 1995), *Trudne macierzyństwa* (Warszawa 1998).



STANISŁAW KOWALIK:

prof. dr hab., pracuje w Zakładzie Psychologii Społecznej w WSP w Bydgoszczy (do 1999 r. w Instytucie Psychologii UAM). Psycholog społeczny i socjolog, specjalista w zakresie rehabilitacji. Autor takich prac, jak: *Rehabilitacja upośledzonych umysłowo* (Warszawa 1981), *Upośledzenie umysłowe. Teoria i praktyka rehabilitacji* (Poznań 1987), *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych* (Warszawa 1996).

ZBIGNIEW LEW-STAROWICZ:

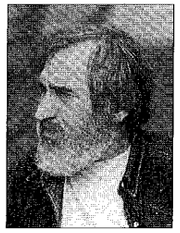
prof. nadzw. Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, psychiatra, psychoterapeuta, seksuolog kliniczny. Kierownik Katedry Psychospołecznych Podstaw Rehabilitacji i Zakładu Psychoterapii i Problemów Społecznych AWF w Warszawie, autor 35 książek, współautor 33; opublikował ponad 200 prac naukowych, głównie z zakresu seksuologii.

MARIA LEWICKA:

dr hab., prof. nadzw. Uniwersytetu Warszawskiego, od 1994 visiting profesor Uniwersytetu w Tromsoe w Norwegii. Jej zainteresowania badawcze obejmują związki między procesami emocjonalnymi a poznawczymi, racjonalność rozumowań i podejmowania decyzji, procesy wartościowania, psychologię środowiskową. Jest autorką kilkudziesięciu artykułów i rozdziałów oraz książki *Aktor czy obserwator?* (Warszawa 1993).

ANNA MATCZAK:

prof. psychologii na Wydziale Psychologii UW i Wydziale Filozofii Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie. Zajmuje się różnicami indywidualnymi w funkcjonowaniu poznawczym, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki diagnozy – napisała książkę *Diagnoza intelektu* (Warszawa 1994). Jest autorką i adaptatorką wielu narzędzi testowych; współpracuje w tym zakresie z Pracownią Testów Psychologicznych PTP.



JERZY MELLIBRUDA:

nauczyciel akademicki, superwizor terapii i treningu psychologicznego, autor publikacji i metod psychologicznych, redaktor *Nowin Psychologicznych*, dyrektor Instytutu Psychologii Zdrowia oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, doradca WHO, przewodniczący PTP (1982–1991; obecnie wiceprzewodniczący), specjalista II stopnia psychologii klinicznej. Zainteresowania badawcze to m. in. teoria i psychoterapia uzależnienia i współuzależnienia, psychologia przemocy w rodzinie.

ANDRZEJ NOWAK:

dr hab., prof. nadzw. Wydziału Psychologii UW. Jego zainteresowania koncentrują się na dynamice procesów poznawczych i społecznych, na zastosowaniach modeli formalnych i symulacjach komputerowych. Publikuje w czasopismach zarówno z zakresu psychologii, jak i fizyki. Jest autorem i redaktorem czterech książek, w tym *Dynamical social psychology* (współautor z R. Vallacher; Guilford Press, 1998).

JANUSZ REYKOWSKI:

prof. psychologii od 1972 r. W latach 1951–1980 pracownik naukowy UW. Obecnie dyrektor Instytutu Psychologii PAN. Członek Międzynarodowego Towarzystwa Psychologii Politycznej (członek Zarządu w latach 1991–1993) oraz innych krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych. Autor 10 i redaktor ponad 15 książek z zakresu psychologii emocji, motywacji, osobowości i psychologii politycznej. Fellow Center for Advanced Studies in Behavioral Sciences w Stanford (1990–1991).

GRZEGORZ SĘDEK:

dr hab., prof. nadzw. Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej oraz Instytutu Psychologii PAN, w latach 1997–1999 prof. nadzw. Wydziału Psychologii UW. Dziekan Sekcji Psychologii Społecznej SWPS. Jego zainteresowania naukowe to eksperymentalna psychologia społeczna, psychopatologia poznawcza i psychologia kształcenia. Opublikował m. in. szereg artykułów oraz monografię *Bezradność intelektualna w szkole* (1995).

HELENA SĘK:

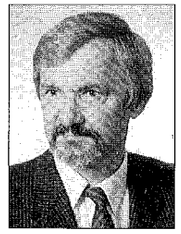
prof. zw., dr hab., specjalność – psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii UAM. Członek Komitetu Nauk Psychologicznych PAN oraz polskich i zagranicznych towarzystw naukowych. Najważniejsze publikacje: *Readings in health and preventive psychology, Społeczna psychologia kliniczna, Psychologia zdrowia, Zagadnienia psychologii prewencyjnej, Orientacja w sytuacjach społecznych: studium teoretyczno-kliniczne.*

JAN STRELAU:

prof. psychologii od 1976 r., prof. zw. Uniwersytetu Warszawskiego i Śląskiego oraz Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, dr h. c. Uniwersytetu Gdańskiego; członek rzeczywisty PAN oraz Akademii Europejskiej. Opublikował blisko 200 prac z zakresu psychologii różnic indywidualnych, w tym: *Inteligencja człowieka* (1997); *Temperament: A Psychological Perspective* (New York 1998; przekł. pol. – 1998). Jest twórcą regulacyjnej teorii temperamentu.

MAŁGORZATA TOEPLITZ-WINIEWSKA:

dr nauk hum., pracownik Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego i Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Jej zainteresowania naukowe obejmują psychologię sądową, przestępczość nieletnich, problemy etyczne zawodu psychologa.

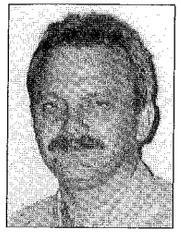


TADEUSZ TYSZKA:

prof. zw. w Instytucie Psychologii PAN. Główne zainteresowania naukowe to psychologia oceniania i podejmowania decyzji, a także szerzej – psychologia ekonomiczna. Zagadnieniom tym poświęcił książki i artykuły na te tematy. Członek międzynarodowych towarzystw naukowych w dziedzinach podejmowania decyzji i psychologii ekonomicznej, w latach 1992–1994 przewodniczący International Association for Research in Economic Psychology.

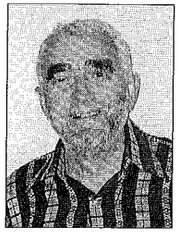
BARBARA WEIGL:

Studia i doktorat w Instytucie Psychologii UW. Adiunkt w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Opolskiego. Współautorka wielokulturowego programu edukacyjnego „Inni to także my" i książki pod tym samym tytułem (GWP, 1998). Autorka licznych badań nad modyfikacją stereotypów i uprzedzeń u dzieci i młodzieży. Opublikowała monografię *Stereotypy i uprzedzenia etniczne u dzieci i młodzieży* (Instytut Psychologii PAN, 1999).



BOGDAN WOJCISZKE:

prof. zw. Uniwersytetu Gdańskiego i Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej. Psycholog społeczny, badacz spostrzegania społecznego i bliskich relacji interpersonalnych. Autor 5 książek, m. in. *Procesy oceniania ludzi* (1991), *Psychologia miłości* (1993), ponad 70 artykułów oraz licznych tłumaczeń. Wieloletni dyrektor Instytutu Psychologii UG, stypendysta Fundacji Humboldta, wykładowca uniwersytetów amerykańskich i niemieckich.



KAZIMIERZ WRZEŚNIEWSKI:

dr hab., prof. nadzw. Uniwersytetu Warszawskiego oraz Akademii Medycznej w Warszawie. Opublikował ponad 70 prac z zakresu psychologicznych problemów chorych somatycznie oraz stresu i radzenia sobie ze stresem, w tym *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca* (Warszawa 1980; wyd. II – 1986), *Styl życia a zdrowie: Wzór zachowania A* (Warszawa 1993).

Wstęp

Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej – trzeci tom podręcznika *Psychologia: Podręcznik akademicki* – to wśród trzech oddanych do rąk Czytelnika tomów pozycja szczególna, i to z kilku powodów. Po pierwsze, w piśmiennictwie polskim nigdy dotąd nie opublikowano podręcznika obejmującego niemal całą dziedzinę psychologii stosowanej. Po drugie, w literaturze światowej także trudno jest znaleźć taki podręcznik akademicki, który obok przedmiotów kształcenia podstawowego obejmowałby obszar wiedzy psychologii stosowanej. Po trzecie, zagadnienia psychologii stosowanej poprzedzono obszerną prezentacją jednej z podstawowych dyscyplin psychologicznych, jaką jest psychologia społeczna, której znajomość jest psychologowi szczególnie przydatna w rozwiązywaniu problemów życia codziennego. Jak nadmieniono w *Przedmowie* do podręcznika (zob. tom I), właściwe zrozumienie psychologii stosowanej nie jest możliwe bez podstawowej wiedzy z zakresu psychologii społecznej, która w tym tomie ma szczególną rangę, ponieważ przełamuje barierę między dyscyplinami podstawowymi i stosowanymi. Po czwarte wreszcie, w literaturze dydaktycznej z zakresu psychologii swego rodzaju ewenementem jest tak silne zaakcentowanie problemów etycznych związanych z uprawianiem zawodu psychologa, jak to ma miejsce w tym tomie.

Spis treści niniejszego tomu uświadomi Czytelnikowi od razu, że brak tu rozdziałów, które traktują na przykład o takich dyscyplinach psychologii stosowanej, jak psychologia wojskowa, psychologia sportu czy psychologia muzyki. Ze względu na limity objętościowe podręcznika ograniczyliśmy prezentację psychologii stosowanej do tych działów, które dotyczą problemów, z jakimi styka się każdy człowiek w ciągu życia, niezależnie od specyficznego charakteru podjętej działalności zawodowej. W rozwiązywaniu powszechnych problemów życia społecznego, które wiążą się z wychowaniem i kształceniem, zdrowiem, chorobą i patologią społeczną, pracą zawodową i uczestniczeniem (choćby biernym) w życiu politycznym, czy wreszcie z narastającymi kwestiami ekologicznymi, udział psychologów jest – a przynajmniej powinien być – szczególnie liczny.

Trzeci tom podręcznika składa się z pięciu następujących działów: (1) „Człowiek w relacji z innymi", (2) „Edukacja", (3) „Działalność zawodowa i publiczna", (4) „Zdrowie i choroba" oraz (5) „Etyczne aspekty uprawiania zawodu psychologa", łącznie obejmujących trzydzieści jeden rozdziałów (od 42. do 72.). Jest on najobszerniejszy spośród trzech tomów, jako że zakres obszarów, które obejmuje, jest największy. Cechą charakterystyczną tego tomu jest również to, że pod względem sposobu i formy przekazywania treści jest on najbardziej zróżnicowany, co po części wynika ze specyficzności uprawianych przez poszczególnych autorów dyscyplin psychologicznych.

Dział „Człowiek w relacji z innymi" prezentuje podstawy psychologii społecznej. Obejmuje on, praktycznie biorąc, wszystkie najważniejsze zagadnienia, które można znaleźć w nowoczesnych podręcznikach specjalistycznych z zakresu tej dyscypliny psychologicznej. W pięciu rozdziałach omówiono obszernie – jak na możliwości objętościowe tego podręcznika – takie zagadnienia, jak wiedza jednostki i sądy o świecie społecznym, postawy i ich zmiana, tożsamość i współzależność, relacje interpersonalne, wpływ społeczny oraz stereotypy i uprzedzenia. Bardziej szczegółowe informacje na temat problematyki omawianej w tym, a także w pozostałych działach znajdzie Czytelnik w spisie treści. Tutaj należy jedynie wspomnieć, że wszystkie

rozdziały (bez wyjątku) prezentują osiągnięcia psychologii społecznej z uwzględnieniem najnowszego stanu wiedzy światowej, akcentując zarazem niemały dorobek psychologów polskich w tej dziedzinie, znany również poza granicami naszego kraju.

Dział „Edukacja" obejmuje jedynie dwa rozdziały – psychologię wychowania oraz psychologię kształcenia. Tutaj Czytelnika, obeznanego z tą dziedziną na podstawie polskiej literatury psychologicznej, zaskoczyć może fakt odmiennego, niż nakazuje tradycja, ujęcia tej problematyki. Została ona osadzona – zgodnie z aktualnymi tendencjami w tym obszarze psychologii stosowanej – w szerszym kontekście teoretycznym oraz w prowadzonych na świecie badaniach empirycznych. Rozdział 48., traktujący o psychologii wychowania, to zarazem lekcja ilustrująca, jak skomplikowane problemy psychologiczne można przedstawić w postaci graficznej, pokazującej związki i zależności inaczej niż w formie tekstu pisanego.

Kolejny dział, pod tytułem „Działalność zawodowa i publiczna", prezentuje – obok tradycyjnej problematyki psychologii pracy i organizacji (także ujętej w sposób nowoczesny, uwzględniający aktualne w tej dziedzinie tendencje) – problemy, o których znacznie rzadziej pisze się w podręcznikach psychologii. Chodzi tu o psychologię ekonomiczną, polityczną oraz psychologię ekologiczną. Wgłębienie się w te dziedziny wiedzy pozwoli Czytelnikowi na zapoznanie się z uwarunkowaniami i prawami rządzącymi zachowaniami ekonomicznymi, na bardziej trafną interpretację psychologiczną sposobu i skuteczności funkcjonowania ludzi w świecie polityki oraz na zrozumienie związków człowieka ze środowiskiem przyrodniczym i tym, które kształtowane jest przez ludzi.

Najwięcej miejsca w trzytomowym podręczniku zajmuje dział „Zdrowie i choroba". Są to te problemy człowieka jako jednostki oraz społeczeństwa jako całości, w których rozwiązywanie angażuje się największa grupa psychologów – badaczy i praktyków. Trudno w krótkim wstępie wyliczyć choćby z tytułu szesnaście rozdziałów, z których składa się ten dział podręcznika. Na podkreślenie zasługuje fakt, że obok choroby i zaburzeń psychicznych, stanowiących domenę klasycznej psychologii klinicznej, zwracamy uwagę na psychologiczne problemy osób chorych, na pomoc psychologiczną, a także na związek zachowania ze zdrowiem oraz na wiele innych zagadnień, którymi zajmuje się psychologia zdrowia. Szeroko też zostały omówione badawcze i praktyczne aspekty neuropsychologii klinicznej. Osobliwością tego działu jest pokazanie specyficzności psychologii klinicznej w zależności od tego, czy traktuje ona o dziecku, czy o człowieku dorosłym. W tym dziale mieści się również ważna w obecnych czasach problematyka psychologicznych podstaw niepełnosprawności i rehabilitacji.

Do podręcznika wprowadziliśmy rozdział pod tytułem „Psychopatologia zjawisk społecznych". Porusza on takie zjawiska społeczne, jak psychologiczna problematyka uzależnień od alkoholu i narkotyków, psychologiczne wyznaczniki przestępczości, psychologiczne aspekty zaburzeń seksualnych oraz problemy patologii życia rodzinnego. Psychologowi służącemu pomocą w rozwiązywaniu problemów życia codziennego trudno przecenić znaczenie tej problematyki.

W tym dziale znajdzie on także cenną wiedzę na temat nurtów teoretycznych i technik psychoterapii. Podstawowe wiadomości o specyficznych dla psychologii metodach terapeutycznych potrzebne są każdemu psychologowi, niezależnie od tego, w jakiej dziedzinie tej dyscypliny uprawia on swą działalność zawodową. Wreszcie tutaj również zamieszczono obszerny rozdział poświęcony problematyce stresu. Jego umiejscowienie w tym dziale uzasadnione jest głównie tym, że działanie różnego rodzaju stresorów, wywołujące u człowieka chroniczny, lub też ostry stan stresu, często prowadzi do zaburzeń w zachowaniu, a także do różnego rodzaju patologii.

Jak nadmieniono na początku *Wstępu*, jedną z osobliwości naszego podręcznika jest koncentracja na problematyce etycznej. W pierwszym tomie (zob. rozdz. 13.) skoncentrowaliśmy się na problemach etycznych badań naukowych. W piątym dziale ostatniego tomu natomiast piszemy o etycznych aspektach uprawiania zawodu psychologa, w tym między innymi o dylematach etycznych związanych z diagnostyką psychologiczną i udzielaniem pomocy psychologicznej. W ostatnim rozdziale podręcznika zamieszczony jest Kodeks etyczno-zawodowy psychologa, publikowany tutaj za zgodą Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Określa on zasady i reguły postępowania, którymi psycholog – badacz, nauczyciel akademicki czy praktyk – powinien kierować się na co dzień w swojej działalności zawodowej. Powinien on także uczulić studentów psychologii na zagrożenia natury etycznej wynikające z nieprzestrzegania tych zasad i reguł.

Czytelnika zainteresowanego ogólną charakterystyką podręcznika, genezą jego powstania, kryteriami doboru treści i sposobu ich prezentacji, jak i przypisanych mu funkcji dydaktycznych odsyłamy do *Przedmowy* zamieszczonej w pierwszym tomie. Tak jak w wypadku obu poprzednich tomów, zwracamy się i tutaj z prośbą o przekazanie nam wszelkich uwag krytycznych, które pozwolą udoskonalić treść, formę i strukturę także tego tomu. Zdajemy sobie sprawę, że *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* to tom, który odbiega zakresem od tradycyjnych treści przekazywanych w podręcznikach akademickich. Tutaj zatem najwięcej do powiedzenia mają psychologowie praktycy, których krytyczne uwagi będą dla nas szczególnie cenne. Prosimy o kierowanie ich pod adresem wydawcy lub redaktora naukowego.

VIII

CZŁOWIEK W RELACJI Z INNYMI

Bogdan Wojciszke (redakcja)

42

Wiedza jednostki i sądy o świecie społecznym

Maria Lewicka i Bogdan Wojciszke

Nasze postępowanie bardziej zależy od tego, jak swój świat rozumiemy, niż od tego, jaki ów świat w istocie jest. Co prawda sposób rozumienia świata w dużym stopniu odzwierciedla rzeczywistą jego naturę, ale w pewnej mierze zależy także od zawartości i stanu umysłu człowieka, wskutek czego ta sama sytuacja bywa różnie odczytywana przez różnych ludzi, a nawet przez tego samego człowieka przy różnych okazjach. Powodem tego zróżnicowania jest odmienność struktur umysłowych, do których ludzie się odwołują, interpretując znaczenie obserwowanych wydarzeń czy próbując zrozumieć zachowanie spotykanych przez siebie osób.

42.1

Struktury wiedzy i rozumienie świata społecznego

Bogdan Wojciszke

Przeczytajmy następujący tekst:

> Postępowanie jest w istocie zupełnie proste. Przede wszystkim należy poukładać poszczególne pozycje w różne grupy. Oczywiście wystarczyć może tylko jedna grupa, w zależności od tego, jak wiele jest do

zrobienia. Ważne jest, aby nie przesadzić. To znaczy lepiej załatwić za jednym razem za mało rzeczy niż za dużo. Na krótką metę może to się wydawać nieważne, ale łatwo tu o komplikacje. Pomyłka może być także kosztowna. Kiedy postępowanie jest już zakończone, należy rzeczy z powrotem poukładać w poszczególne grupy. Potem mogą one zostać odłożone na właściwe im miejsce. Niewątpliwie zostaną one użyte raz jeszcze i cały cykl znów zostanie powtórzony.

Ten tekst po przeczytaniu jest prawie niemożliwy do odtworzenia. Choć zbudowany został z poprawnych zdań i zawiera powszechnie zrozumiałe słowa, całość jest niezrozumiała – po prostu nie wiadomo, o co w niej chodzi. Poziom zrozumienia tekstu i jego zapamiętania wzrasta jednak kilkakrotnie, jeżeli poprzedzi się go tytułem „Pranie". W świetle tytułu staje się oczywiste, że różne rodzaje ubrań należy prać oddzielnie, że powtarza się to wielokrotnie itd. Ten prosty eksperyment (Bransford i Johnson, 1972), w którym jedna grupa badanych odtwarza tekst opatrzony tytułem, druga grupa zaś – tekst bez tytułu, pokazuje, jak istotną rolę w przetwarzaniu nadchodzącej z zewnątrz informacji odgrywa wiedza już posiadana. Dochodzące z zewnątrz dane mogą być zupełnie niezrozumiałe, jeżeli nie potrafimy ich odnieść do jakiejś znanej sobie kategorii interpretacyjnej, czy to z powodu jej chwilowej niedostępności (na przykład wskutek niejasnych „sygnałów wywoławczych", jak w zacytowanym tekście Bransforda i Johnsona), czy z powodu braku danej kategorii w umyśle (jak mogłoby być w wypadku Marsjan czy niejakiego Adama Niechluja, który wygląda, jakby nie wiedział, co to pranie). Podrozdział ten poświęcony jest problemowi, w jaki sposób posiadana już wiedza wpływa na odbiór, rozumienie i zapamiętywanie napływających do nas informacji o świecie społecznym.

42.1.1 Budowa i rodzaje schematów

Rozważanie mechanizmów funkcjonowania wiedzy o otoczeniu społecznym wymaga oczywiście odpowiedzi na pytanie, jak wiedza ta jest zorganizowana w naszym umyśle.

Najważniejsze rozróżnienie to różnica między uogólnioną wiedzą na temat pewnych rodzajów zdarzeń czy obiektów a wiedzą o konkretnych zdarzeniach. Każdy ma mniej lub bardziej rozbudowaną wiedzę na temat prania ubrań – jak, kiedy i za pomocą czego się to robi. Wiedza taka pozwala nam samym tę czynność wykonywać, a także rozpoznawać sens działania innych osób czy znaczenie komunikatów odnoszących się do tej czynności. Ponadto dysponujemy też pamięcią o różnych konkretnych praniach, jakie zdarzyło nam się obserwować czy wykonywać (na przykład to sprzed roku, kiedy z dwóch koszul żółtych i trzech niebieskich udało nam się w niezupełnie zamierzony sposób uzyskać pięć zielonych). Nagromadzone w naszym umyśle informacje o świecie mają więc charakter bądź wiedzy ogólnej (o pewnych rodzajach lub kategoriach zdarzeń, obiektów czy ludzi, na przykład o blondynkach), bądź też wspomnień (o konkretnych zdarzeniach, specyficznych obiektach, poszczególnych osobach, na przykład o pewnej blondynce poznanej na wakacjach). Rozróżnienie to nawiązuje do wprowadzonego przez Tulvinga (1972) podziału pamięci na semantyczną (pamięć znaczeń) i epizodyczną (wspomnienia zdarzeń z własnej biografii – por. rozdz. 20.).

Podstawowym elementem wiedzy ogólnej jest **schemat poznawczy rozumiany jako organizacja naszych uprzednich doświadczeń z jakimś rodzajem zdarzeń, osób czy obiektów** (Bartlett, 1932). Schematy zawierają z reguły nie wszystkie wiadomości na temat danego fragmentu rzeczywistości, lecz wiedzę uogólnioną, wyabstrahowaną z konkretnych doświadczeń (epizodów). Wiedza o typowym przebiegu egzaminu, o sposobach stawiania pytań i wywieraniu dobrego wrażenia na egzaminatorze składa się na schemat „zdawanie egzaminu". Natomiast wspomnienie przebiegu egzaminu z psychologii społecznej, zdawanego w konkretnym czasie i miejscu u profesora X, to epizodyczna reprezentacja w umyśle tylko jednego z konkretnych egzemplarzy schematu „zdawanie egzaminu". W trakcie tego egzaminu mogło się zdarzyć, że profesor zrobił nam kleks w indeksie podczas wpisywania oceny, ale takie zdarzenie zwykle nie jest reprezentowane w ogólnym schemacie „zdawanie egzaminu", ponieważ nie ma ono typowego charakteru (zwykle profesorowie nie robią nam kleksów w indeksie). Ogólnie rzecz biorąc, obowiązuje zasada, że im lepiej wykształcony jest jakiś schemat, tym bardziej jego zawartość jest wyabstrahowana z wiedzy o konkretnych egzemplarzach, natomiast im słabiej wykształcony schemat, tym większą rolę w jego reprezentacji odgrywają wiadomości o pojedynczych egzemplarzach (Sherman, 1996).

Dwie uniwersalne zasady budowy schematów to prototypowość i hierarchiczność (por. Wojciszke, 1986a). Zgodnie z **zasadą prototypowości**, na dowolny schemat składają się:

(1) zmienne charakteryzujące egzemplarze schematu (aspekty, w jakich egzemplarze są opisywane);
(2) typowe relacje występujące między zmiennymi;
(3) prototyp, czyli zbiór najbardziej typowych wartości przybieranych przez schematy pod względem tych zmiennych.

Rozważmy tę zasadę na przykładzie kupowania (Rumelhart, 1980). Zmienne składające się na ten schemat są dość powszechnie podzielane. Prawie każdy zgodzi się, że o kupowaniu można mówić, kiedy istnieje **nabywca**, czyli osoba pragnąca nabyć jakieś **dobro**, kiedy posiada ona **środki nabywcze,** czyli zapłatę za owo dobro, i kiedy istnieje **sprzedawca**, a więc osoba wyzbywająca się danego dobra w trakcie **targu**, czyli interakcji, podczas której następuje wymiana. Poszczególne egzemplifikacje tego schematu (konkretne akty kupna) mogą się bardzo różnić między sobą. Kupowane mogą być najróżniejsze dobra: od typowych (na przykład żywność) do nietypowych (życie), podobnie zróżnicowane mogą być środki nabywcze (od pieniędzy po obietnicę zbawienia) czy osoby nabywców i sprzedawców. Wartości, jakie mogą przyjmować kolejne zmienne, są więc zróżnicowane pod względem stopnia typowości. Najbardziej typowe tworzą **prototyp**. Prototyp kupowania to taki akt kupna, gdzie jakieś dobro wytworzone przez człowieka jest dawane przez zawodowego sprzedawcę w zamian za pieniądze, w sklepie, a więc w miejscu specjalnie do tego stworzonym itd. W wiedzy o kupowaniu zawarte są także typowe związki między zmiennymi, na przykład im lepszej jakości dobro, tym więcej wymaga pieniędzy; często rodzaj dobra implikuje rodzaj nabywcy (na przykład kosmetyki częściej kupowane są przez kobiety, a motocykle – przez mężczyzn).

Schematy stanowią więc bardzo bogate struktury informacyjne, ponieważ ich zastosowanie pozwala na wyciąganie licznych wniosków. Na podstawie rozpoznania obiektu czy zdarzenia jako egzemplarza jakiegoś schematu jesteśmy w stanie wywnioskować wiele jego (prototypowych) właściwości, nawet jeżeli ich nie zaobserwowaliśmy. Natomiast na podstawie zaobserwowania konkretnej wartości jednej zmiennej jesteśmy w stanie przewidzieć, jakie wartości dany egzemplarz schematu przyjmie pod względem innych zmiennych.

Druga powszechna reguła budowy schematów to **zasada hierarchiczności**: każdy schemat składa się z podschematów, te zaś również składają się ze swoich podschematów i tak dalej, aż do osiągnięcia poziomu schematów pierwotnych, które nie rozkładają się już na dalsze części. Hierarchiczność schematów opierać się może albo na relacji część – całość (na przykład twarz – oko – tęczówka), albo na relacji ogólności (na przykład kupowanie – kupowanie samochodu – kupowanie samochodu na giełdzie). Każdy podschemat ma cechy schematu, to znaczy zawiera prototyp i może funkcjonować jako samodzielna jednostka wiedzy (a więc stanowić przesłankę rozumienia, zapamiętania i wnioskowania). Wiedza o świecie jest w systemie schematów kodowana hierarchicznie,

co oznacza, że każda informacja jest zakodowana tylko na jednym „piętrze" wiedzy, a w skład schematu nie wchodzi zawartość jego podschematów (por. Trzebiński, 1985). Informacja o tym, jak wygląda twarz, z jakich części się składa i w jakich pozostają one wzajemnych relacjach, wchodzi w skład schematu twarzy, ale już nie schematu oka (podschematu) czy sylwetki ludzkiej (nadschematu). Dzięki temu wiedza zakodowana w jakimś systemie schematów jest uczynniana nie równocześnie (co mogłoby doprowadzić do „zapchania się" pamięci roboczej nadmiarem informacji), lecz kolejnymi piętrami. To, które piętro systemu schematów zostanie uczynnione, zależy przede wszystkim od treści wykonywanego zadania poznawczego. Jeżeli mamy zdecydować, czy majaczący w ciemnościach kształt to człowiek, czy zwierzę, to zaktywizowany zostaje schemat postaci ludzkiej (ale nie oka), inaczej zaś będzie przy porównywaniu koloru oczu dwóch osób itd.

Zasady prototypowości i hierarchiczności cechują wszystkie schematy, które stosownie do rodzaju reprezentowanych w nich obiektów podzielić można na trzy rodzaje: skrypty, schematy osób i schematy cech.

42.1.1.1 Skrypty

Skrypt jest umysłową reprezentacją zdarzeń, działań lub ich ciągów, takich jak „egzamin" czy „wizyta towarzyska". Skrypt reprezentuje nie jakiś konkretny ciąg zdarzeń (na przykład określoną wizytę), lecz typowe elementy i okoliczności charakterystyczne dla danego zdarzenia i powtarzające się w większości jego wykonań. W szczególności skrypt zawiera informacje o typowych dla swoich wykonań:

(1) scenkach (zdarzeniach i działaniach) i ich kolejności;
(2) aktorach, czyli uczestnikach scenek;
(3) rekwizytach, czyli typowych obiektach występujących w tych scenkach;
(4) warunkach uruchamiających całą sekwencję;
(5) ostatecznych rezultatach danej sekwencji (Schank i Abelson, 1977).

W wypadku skryptu „wizyta u teściów" to przykładowo: (1) powitanie, obdarowywanie dzieci przez dziadków nowymi zabawkami, wspólne zjedzenie posiłku, rozmowa o sprawach rodzinnych, zabawa z dziećmi, pożegnanie; (2) teść, teściowa, żona, mąż i dzieci; (3) kwiaty dla teściowej, zabawki dla dzieci, jedzenie; (4) imieniny teściowej, prośba dzieci, zaproszenie od teściów; (5) zadowolenie dzieci bądź ulga ich rodziców (przez miesiąc można teściów nie odwiedzać).

Skrypt jest zatem schematem reprezentującym zdarzenia, a egzemplarzami tego schematu są kolejne wykonania skryptu, na przykład poszczególne wizyty u teściów. Podobnie jak każdy schemat, skrypt ma strukturę hierarchiczną i prototypową. Hierarchiczność oznacza, że z jednej strony poszczególne scenki skryptu rozkładają się na podscenki (na przykład jedzenie posiłku składa się z nakrywania do stołu, podawania kolejnych dań itd.), z drugiej strony zaś skrypty są fragmentami ogólniejszych struktur wiedzy (na przykład „wizyta u teściów" jest fragmentem metaskryptu „życie rodzinne" – por. Trzebiński, 1985). Prototypowość natomiast oznacza, że poszczególne scenki, aktorzy, rekwizyty itd. są w różnym stopniu typowe dla poszczególnych wykonań całego skryptu (na przykład powitanie jest bardziej typowym elementem wizyty u teściów niż otrzymanie nowych zabawek przez dzieci).

Skrypty charakteryzują się jeszcze jedną właściwością, która nie występuje w wypadku innych schematów, mianowicie czasową organizacją scenek. Poszczególne scenki cechują się zwykle pewnym typowym następstwem w czasie, na przykład powitanie występuje zawsze przed wspólnym posiłkiem podczas wizyty u teściów. Z tego punktu widzenia skrypty można uporządkować od takich, które zakładają bardzo sztywny porządek zdarzeń (na przykład egzamin zawsze zawiera scenki „zadanie pytań", „wysłuchanie odpowiedzi" i „wystawienie oceny", i to w takiej właśnie kolejności), do takich, które prawie wcale nie zakładają określonej chronologii wydarzeń (na przykład „cyrk" zawiera występy akrobatów, słoni, klownów itd., ale w dowolnej kolejności). Ponadto skrypt jest strukturą zarówno poznawczą, jak i wykonawczą. Z jednej strony jest więc intelektualnym narzędziem przetwarzania informacji (służy do interpretacji i zapamiętywania zdarzeń), z drugiej zaś stanowi gotowy program działania dla jednostki, jeżeli wystąpi ona w roli jednego z aktorów skryptu.

Realności skryptów jako struktur poznawczych dowodzi znaczna liczba badań nad rozumieniem i pamięcią zdarzeń. Część tych badań omawiana jest poniżej. Ogólnie rzecz biorąc, przekonują one, że nasza pamięć wydarzeń jest pewnym wypośrodkowaniem między tym, co faktycznie miało miejsce, a tym, co stanowi reprezentowany w skrypcie typowy przebieg wydarzeń danego rodzaju. Na przykład, jeżeli zapoznajemy się z opisem jakiejś realizacji skryptu, w której kolejność zdarzeń odbiegała od typowej chronologii scenek danego skryptu, to przypominamy sobie potem te zdarzenia jako występujące w kolejności bardziej zbliżonej do typowej, niż to w istocie miało miejsce (Bower, Black i Turner, 1979). Szybkość przetwarzania danych wzrasta, kiedy kolejność otrzymywanych informacji pokrywa się z ich kolejnością typową dla danego skryptu. Na przykład, gdy prosi się ludzi o ocenę, czy dwa zdarzenia są ze sobą związane, czy nie, czas reakcji jest krótszy przy typowej kolejności – na przykład „stracił równowagę" i „wpadł do wody" – niż przy nietypowej kolejności wydarzeń – na przykład „wpadł do wody" i „stracił równowagę" (Haberlandt i Bingham, 1984).

42.1.1.2 Schematy osób

Inny rodzaj schematów to reprezentacje ludzi, zarówno konkretnych osób, jak i – przede wszystkim – różnych ich rodzajów czy kategorii. Najważniejszymi kategorialnymi schematami osób są stereotypy i role społeczne.

Stereotyp to uogólniona reprezentacja grupy osób wyodrębnionej ze względu na jakąś łatwo zauważalną cechę, określającą społeczną tożsamość członków danej grupy (na przykład płeć, narodowość, wiek). Ten rodzaj schematu jest zwykle nadmiernie uproszczony, silnie nasycony wartościowaniem, niepodatny na zmiany pod wpływem nowych informacji i nadogólny – towarzyszy mu ukryte założenie, że wszyscy członkowie grupy (czyli „egzemplarze" schematu) są tacy sami. **Schemat roli społecznej natomiast jest zbiorem oczekiwań co do zachowań odpowiednich czy typowych dla osoby zajmującej jakąś pozycję społeczną,** na przykład zawodową (schemat nauczyciela lub lekarza) albo rodzinną (matka, syn).

Stereotypy są tak ważnym rodzajem struktur wiedzy, że poświęcamy im w tym podręczniku odrębny rozdział (zob. rozdz. 47.), a większość opisanych tam prawidłowości odnosi się do wszystkich schematów osób. Tutaj chcielibyśmy jedynie wskazać, że kategorialna wiedza o rodzajach osób silniej wpływa na proces spostrzegania ludzi niż informacja o indywidualnych cechach tych osób (Fiske i Pavelchak, 1993). Gdy na przykład poznajemy jakąś nową osobę, ważniejszą rolę odgrywa to, do jakiej kategorii ludzi ją zaliczymy (czy jest to kobieta, czy mężczyzna, człowiek stary czy młody, psycholog czy psychopata), niż to, jakie są jej indywidualne cechy (czy jest bardzo towarzyska, średnio inteligentna, wyraźnie pozbawiona poczucia humoru). Informacja o kategorialnej przynależności człowieka jest lepiej zauważana, szybciej przetwarzana i zwykle silniej wpływa na naszą opinię o tym człowieku, między innymi dlatego, że pozwala na wyciągnięcie większej liczby wniosków i przewidywań na jego temat (więcej wniosków na temat człowieka wyciągniemy na podstawie rozpoznania go jako psychopaty niż jako osoby inteligentnej). O tym, że schematy odgrywają większą rolę w spostrzeganiu niż ich cechy, świadczy również fakt, że te pierwsze mogą w dużym stopniu decydować o znaczeniu tych drugich. Na przykład agresywność oznacza skłonność do fizycznej

przemocy w kontekście „robotnika budowlanego", a zacietrzewienie w kontekście schematu „prawnik" (Kunda, Sinclair i Griffin, 1997). Jeżeli zatem ludziom identyfikowanym przez pryzmat różnych schematów przypisywane są te same cechy, to jeszcze nie oznacza identyczności wniosków i przewidywań na ich temat.

42.1.1.3 Schematy cech

Schematy cech nie odzwierciedlają ani „całych" ludzi, ani całych zdarzeń, lecz jedynie pewne rodzaje ich zmienności. Przykładem jest tu inteligencja (cecha człowieka lub jakiegoś jego wytworu, takiego jak wypowiedź), uczciwość, towarzyskość czy wrogość. Najważniejszym przejawem cech człowieka są jego zachowania, które stanowią też główną podstawę do wnioskowania o cechach (traktuje o tym rozdz. 42.2).

Poszczególnym cechom można przypisać dziesiątki konkretnych, wyrażających je zachowań, a ludzie wywodzący się z tej samej kultury są zgodni co do ich typowości w odniesieniu do cechy, to znaczy co do tego, które zachowania słabo, które zaś silnie pozwalają wnioskować o cesze. W tym sensie można mówić o prototypowej strukturze cech – niektóre zachowania są typowym przejawem na przykład uczciwości („Podniósł zgubiony portfel i oddał go nieznajomemu"), inne natomiast słabym („Bierze taksówkę, by nie spóźnić się na umówione spotkanie"), a większość zachowań związanych z uczciwością to jej przejawy o umiarkowanym stopniu typowości. Im bardziej typowym przejawem cechy jest zachowanie, tym silniej obserwator wnioskuje o występowaniu danej cechy na podstawie owego zachowania (Wojciszke, Pieńkowski, Maroszek, Brycz i Ratajczak, 1993). Jednak konkretne akty zachowania są z reguły wieloznaczne, czyli każdy z nich może świadczyć o wielu różnych cechach (Borkenau, 1990). Na przykład takie zachowanie, jak „Bierze taksówkę, by nie spóźnić się na umówione spotkanie", świadczyć może o odpowiedzialności, systematyczności, uczciwości, towarzyskości itd. O tym, która z owych cech zostanie wywnioskowana, decyduje uprzednia wiedza o spostrzeganej osobie, kontekst sytuacyjny, a przede wszystkim stopień zaktywizowania schematu cechy w momencie wyciągania wniosków – aktywizacja „towarzyskości" sprawi, że wzięcie taksówki będzie uważane za przejaw raczej towarzyskości niż uczciwości; w wypadku aktywizacji cechy „uczciwość" będzie na odwrót.

Schematy cech mają także budowę hierarchiczną, opartą na zasadzie inkluzji. Oliver John, Sarah Hampson i Lewis Goldberg (1991) zidentyfikowali kilkanaście czteropoziomowych hierarchii cech, takich jak „skąpy – egoistyczny – nieżyczliwy – zły", „punktualny – obowiązkowy – odpowiedzialny – dobry" czy „muzykalny – uzdolniony artystycznie – uzdolniony – wyjątkowy". Jak można się zorientować na podstawie tych przykładów, cechy wyżej położone w hierarchii zawierają w sobie znaczenie cech bardziej konkretnych. Im bardziej abstrakcyjna jest cecha, tym szerszy zakres zachowań obejmuje, jednak na najwyższym poziomie abstrakcji cechy tracą specyficzne znaczenie deskryptywne i stają się jedynie ogólnymi ocenami. Spostrzegając innych, wolimy zwykle posługiwać się kategoriami z trzeciego poziomu ogólności, na przykład „nieżyczliwy" czy „uzdolniony", które odnoszą się do stosunkowo szerokich klas zachowań (a więc pozwalają dużo informacji uogólnić lub przewidzieć), ale mimo to zachowują konkretne znaczenie deskryptywne. Jednak w wypadku osób najbardziej znanych i lubianych chętniej schodzimy na poziom cech konkretniejszych, szczególnie gdy mamy opisać negatywne zachowania osób lubianych. Jeżeli więc bliski przyjaciel odmawia datku na szlachetny cel, to powiemy o nim, że jest raczej skąpy niż egoistyczny, odwrotnie zaś postąpimy w odniesieniu do osoby nielubianej.

Niezależnie od związków hierarchicznych poszczególne cechy są również w naszym umyśle zorganizowane na zasadzie związków asocjacyjnych (skojarzeniowych). Pewne cechy skojarzone są z innymi, dzięki czemu na

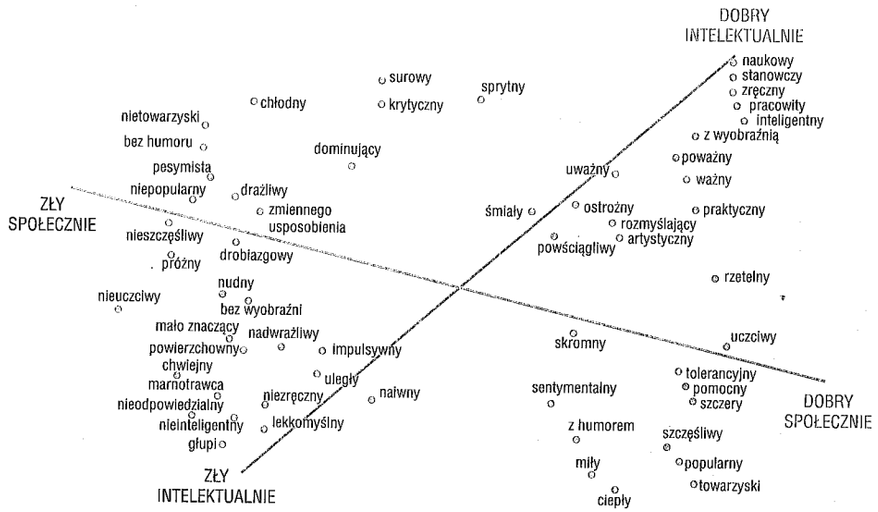
podstawie faktycznie zaobserwowanych cech skłonni jesteśmy wnioskować także o innych (zwykle współwystępujących) właściwościach poznawanego człowieka. Kiedy zaobserwujemy, że jakaś osoba jest na przykład nietowarzyska (a nasze obserwacje opierają się na prototypowych dla tej cechy zachowaniach, takich jak trzymanie się na uboczu, odrzucanie zaproszenia na imieniny itp.), skłonni jesteśmy przy tym wnioskować, że jest ona nielubiana, smutna, pesymistyczna i pozbawiona poczucia humoru, nawet jeśli ostatnie z wymienionych cech nie znajdują potwierdzenia w postaci obserwowalnych zachowań. Taka **sieć powiązań między poszczególnymi cechami nosi nazywę ukrytej teorii osobowości** (UTO, gdzie słowo „ukryta" oznacza tyle, co bezwiedna czy nieświadomie używana).

Badania nad UTO zapoczątkował przed wielu laty Solomon Asch (1946), podając swoim badanym zbiory cech charakteryzujące osoby spostrzegane i prosząc o wskazanie, jakie inne jeszcze cechy występują u tych osób. Przedstawiane różnym badanym cechy różniły się zwykle jednym tylko elementem, na przykład „inteligentny – zręczny – pracowity – stanowczy – praktyczny – ostrożny" oraz albo „ciepły", albo „chłodny". Badani mieli znacznie większą skłonność do przypisywania takich dalszych cech, jak towarzyskość czy dobroduszność, osobie ciepłej niż osobie chłodnej. Skłoniło to Ascha do postulowania, że pewne cechy (takie jak „ciepły – zimny") mają centralne znaczenie dla wyciągania wniosków o innym człowieku, w przeciwieństwie do innych cech (jak „grzeczny – niegrzeczny"), które stanowią słabą podstawę do wnioskowania.

W bardziej rozbudowanych studiach nad UTO jest ona badana empirycznie – jako system związków między cechami – między innymi za pomocą skalowania wielowymiarowego. Badani opisują wiele konkretnych osób, używając do tego celu pewnej listy cech. Za każdym razem kiedy dwie dowolne cechy zostają przypisane tej samej osobie, można mówić o ich współwystępowaniu, a więc i o związku. Dane o współwystępowaniu wszystkich cech zostają poddane statystycznej analizie skalowania wielowymiarowego, dostarczającej przestrzennej reprezentacji UTO – swoistej „mapy" obrazującej relacje między poszczególnymi cechami. Punkty w przestrzeni odpowiadają cechom, a odległości między nimi wyrażają stopień ich funkcjonalnego podobieństwa. Uporządkowanie wszystkich cech oddają analitycznie, statystycznie wyodrębnione wymiary, zinterpretowane następnie pod względem treści psychologicznej.

Rycina 42-1 przedstawia wyniki jednego z takich badań, w którym grupa osób opisywała znanych sobie ludzi za pomocą 60 cech. Poszukiwanie ukrytej struktury podobieństw tych cech (na podstawie częstości ich współwystępowania) doprowadziło, jak widać, do przyjęcia rozwiązania dwuwymiarowego. Jeden wymiar dotyczy „dobroci" funkcjonowania społecznego, drugi zaś ogólnie pojętej sprawności (Rosenberg i współpracownicy nazwali ten wymiar „funkcjonowaniem intelektualnym", choć analiza treści związanych z nim cech wskazuje, że nazwa ta jest zbyt zawężona). Ponieważ oba wymiary są silnie nasycone wartościowaniem, nie mają one charakteru całkowicie niezależnego (osie na rysunku nie przecinają się pod kątem prostym). Jak ilustruje rysunek, niektóre cechy są do siebie bardzo zbliżone (stanowią zatem dla siebie nawzajem dobrą podstawę do wnioskowania, na przykład para „szczęśliwy – ciepły"), a zarazem oddalone od innych – swych psychologicznych, choć niekoniecznie językowych przeciwieństw. Zróżnicowana odległość poszczególnych cech od krańców wymiarów łączy się z faktem, że wymiary te są w niejednakowym stopniu odpowiedzialne za ich znaczenie. Na przykład cechy z pary „ciepły – chłodny" plasują się na przeciwległych krańcach wymiaru funkcjonowania społecznego, co sprawia, że każda z nich może być podstawą do wnioskowania o zupełnie różnych dalszych cechach osoby spostrzeganej.

Struktura UTO przedstawiona na rycinie 42-1 pozwala wyjaśnić, dlaczego para cech „ciepły – chłodny" wywierała tak duży wpływ



Struktura ukrytej teorii osobowości, ujawniona za pomocą skalowania wielowymiarowego dużej puli spostrzeżeń interpersonalnych

Według: Rosenberg, Nelson i Vivekanathan (1968, s. 289), za zgodą wydawcy; *copyright* American Psychological Association.

RYCINA 42-1

na wnioskowanie o innych cechach w kontekście Aschowskiej sekwencji „inteligentny – zręczny – pracowity – stanowczy – praktyczny – ostrożny". Mianowicie była to jedyna cecha świadcząca o dobrym lub złym funkcjonowaniu społecznym w kontekście pozostałych cech, dotyczących jedynie sprawności w działaniu. Późniejsze badania wykazały, że pojedyncza cecha świadcząca o funkcjonowaniu społecznym w kontekście cech, które mają treść „sprawnościową", stanowi silniejszą podstawę do wnioskowania o dalszych cechach funkcjonowania społecznego niż sprawnościowego, a odwrotnie dzieje się w wypadku pojedynczej cechy sprawnościowej w kontekście cech dotyczących funkcjonowania społecznego. Centralność cechy nie jest więc jej stałą właściwością, lecz wynika z relacji znaczeniowych między daną cechą, cechami kontekstowymi (tymi, które z nią współwystępują) i cechami wnioskowanymi na jej podstawie.

42.1.2 Wpływ schematów na przetwarzanie informacji

Najważniejszą funkcją schematów jest ułatwianie przetwarzania dochodzących do nas z zewnątrz danych o obiektach czy zdarzeniach stanowiących egzemplarze owych schematów. Jeżeli nowo poznany Jan zostanie zidentyfikowany jako, powiedzmy, bokser, to łatwiej zauważymy nawet subtelne właściwości typowe dla bokserów (na przykład lekkie zaburzenia mowy – następstwo wstrząsów

mózgu przy nokautach), lepiej zapamiętamy szerokość ramion, szybki refleks i złamany nos Jana. Ponieważ wszystko to są typowe cechy boksera, nie musimy ich zapamiętywać jako cech tego konkretnego człowieka – wystarczy bowiem zapamiętać, że jest on bokserem.

Poza ułatwianiem przetwarzania danych i zwalnianiem operacyjnych zasobów umysłu schematy pełnią też wiele bardziej szczegółowych funkcji: służą do identyfikowania napotykanych obiektów i zdarzeń, ukierunkowują uwagę oraz proces poszukiwania i selekcjonowania informacji, decydują o rozumieniu otrzymanej informacji, wyciąganiu z niej

TABELA 42.1

Poziom wykonania dwóch równoległych zadań w zależności od aktywizacji stereotypu

Zadanie	Stereotyp	
	Aktywizacja	Brak aktywizacji
Przypominanie cech		
Zgodnych	4,42	2,08
Neutralnych	1,83	1,33
Test wiadomości	8,75	6,66

Według: Macrae, Milne i Bodenhausen (1994, s. 40), za zgodą wydawcy; *copyright* American Psychological Association.

RAMKA 42.1

Schematy nie tylko ułatwiają przetwarzanie związanych z nimi danych, ale umożliwiają także „zaoszczędzenie" operacyjnych zasobów umysłu i lepsze wykonanie innych, równolegle rozwiązywanych zadań poznawczych. Dowodzi tego eksperyment, którego uczestnicy wykonywali równocześnie dwa zadania: wyrabiali sobie opinie na temat czterech różnych osób oraz wysłuchiwali wykładu o Indonezji (kraju, o którym zapewne niewiele przedtem wiedzieli). Informacje o osobach spostrzeganych wyświetlane były na ekranie komputera w postaci przymiotników opisujących ich cechy, na przykład „Marek – twórczy", „Piotr – agresywny". Połowa cech pasowała zawsze do pewnego stereotypu (na przykład artysty, jak „twórczy" czy „niekonwencjonalny", albo skinheada, jak „niebezpieczny" czy „agresywny"), natomiast druga połowa cech nie wiązała się z jakimś szczególnym typem człowieka (takim jak „bierny" „skromny" i „optymista"). Ponadto manipulowano aktywizacją stereotypu: niektórym spośród badanych mówiono wprost, jakiego rodzaju człowiekiem jest każda z osób spostrzeganych (informowano, że Marek jest artystą, Piotr skinheadem itd.), innym zaś nie podawano takiej informacji. Po zakończeniu eksperymentu badani zostali poproszeni o przypomnienie sobie cech kolejnych osób spostrzeganych, a także o wypełnienie testu wiadomości na temat Indonezji.

Jak ilustruje tabela 42.1, posługiwanie się stereotypem w spostrzeganiu innych osób ułatwiało przypominanie stereotypowych informacji dotyczących tych osób (choć nie wpływało na pamięć cech neutralnych w odniesieniu do stereotypu). Co więcej, ci badani, którzy posługiwali się stereotypami, zapamiętywali także istotnie więcej informacji z równolegle wysłuchiwanego wykładu na temat Indonezji. Aktywizacja stereotypów powodowała zatem uproszczenie procesu wyrabiania sobie opinii o osobach spostrzeganych – zamiast pamiętać wszystkie kolejne cechy na przykład opisywanego im Marka, badani zapamiętywali głównie to, że jest on artystą. Ułatwiało to późniejsze przypominanie sobie jego typowych dla artysty cech, a cały proces formułowania opinii na temat spostrzeganych osób ulegał uproszczeniu, dzięki czemu pochłaniał mniej operacyjnych zasobów umysłu (pamięci roboczej). W konsekwencji badani mogli więcej zasobów umysłowych poświęcić na słuchanie wykładu i lepiej zapamiętać jego treść.

wniosków i o jej zapamiętywaniu. Wpływają także na formułowanie planów działania i na faktyczny sposób postępowania. Bez użycia schematów poznawczych procesy te byłyby albo niemożliwe, albo trwałyby znacznie dłużej.

42.1.2.1 Uwaga i selektywność spostrzegania

Ponieważ schemat zawiera informację o typowych cechach swoich egzemplarzy, zrozumiałe jest, że jego aktywizacja ukierunkowuje naszą uwagę i spostrzeganie na te cechy, na których podstawie możemy się zorientować, czy dany obiekt jest, czy też nie jest egzemplarzem schematu. W pewnym badaniu przedstawiano ludziom zwięzły opis wypadku samochodowego, w którym brał udział albo dwudziestodwuletni młodzieniec, albo osiemdziesięcioczteroletni starzec (Carver i de la Garza, 1984). Badanych proszono o wskazanie, jakie dalsze informacje są im potrzebne do rozstrzygnięcia o stopniu odpowiedzialności bohatera za wypadek. Treść poszukiwanych informacji dodatkowych silnie zależała od schematu młodego i starego kierowcy. Na przykład przy młodym kierowcy aż 82% badanych poszukiwało informacji na temat spożycia alkoholu (przy starym jedynie 45%), przy starym kierowcy zaś 38% badanych poszukiwało danych o jego psychicznym samopoczuciu (przy młodym – jedynie 4%).

Wzrost uwagi kierowanej na informacje zgodne ze schematem jest jednak zjawiskiem krótkotrwałym i ogranicza się zwykle do początkowej fazy identyfikacji obiektu, to jest do podejmowania decyzji o schematycznej przynależności obiektu (czyli udzielenia odpowiedzi na pytanie: „Jaki to kierowca?", czy ogólniej: „Jakiego rodzaju to człowiek?"). Po dokonaniu takiej początkowej identyfikacji nasza uwaga kieruje się na inne informacje. Jeżeli wchodzimy w kontakt z jakąś osobą, oczekując, że okaże się ona życzliwa, to początkowo istotnie zwracamy uwagę głównie na jej przyjazne zachowania. Jednak kiedy już skonstatujemy, iż rzeczywiście jest ona życzliwa (zachowuje się zgodnie ze schematem, do którego ją przypisaliśmy), przestajemy zwracać na nią uwagę. Osoba taka na powrót przyciągnie naszą uwagę dopiero wtedy, kiedy zacznie postępować w sposób sprzeczny z naszymi oczekiwaniami (White i Carlston, 1983). Tak więc po ustaleniu identyfikacji spostrzeganej osoby najsilniej zwracają naszą uwagę nieoczekiwane dane na jej temat. Jest to jedna z przyczyn dobrego zapamiętywania informacji sprzecznych ze schematem (oprócz informacji zgodnych ze schematem), o czym będzie mowa nieco dalej.

42.1.2.2 Rozumienie zdarzeń

Rozważmy następujący tekst:

> Wchodząc do restauracji, Jan odczuwał głód. Usadowił się przy stoliku i zauważył, że kelner jest w pobliżu. Nagle uświadomił sobie jednak, że zapomniał swoich okularów do czytania (Abelson, 1981, s. 715).

Dla kogoś, kto nie zna skryptu „posiłek w restauracji", ostatnie zdanie byłoby pozbawione związku z dwoma poprzednimi – co czytanie ma wspólnego z jedzeniem i głodem? Jednak znając skrypt „restauracja", wiemy, że czytanie menu poprzedza złożenie zamówienia, w związku z czym brak okularów istotnie wpłynie na dalszy przebieg wydarzeń. Większość przekazów potocznych czy literackich to przekazy bardziej lub mniej niekompletne i dysponowanie rozbudowaną wiedzą o ich przedmiocie jest niezbędne do zrozumienia ich treści. Warunkiem sprawnej komunikacji jest podzielanie przez nadawcę i odbiorcę tych samych struktur wiedzy, do których odnoszą oni komunikat. W przeciwnym wypadku komunikacja staje się utrudniona lub niemożliwa. Znam pewną starszą osobę, która pomimo całkiem zadowalającej sprawności zmysłów i umysłu nie jest w stanie zrozumieć intrygi amerykańskich seriali z wyższych sfer i nie może oddać się ich oglądaniu z takim zapałem, z jakim czyni to kilka młodszych pokoleń Polek czy Amerykanek. Problem ze staruszką polega na tym, że za każdym razem gdy widzi ona parę idącą do łóżka, zakłada automatycznie, iż para ta jest małżeństwem. Ponieważ w serialach z życia wyższych sfer to nie małżeństwa ze sobą sypiają, schemat zastosowany przez tę staruszkę utrudnia jej zrozumienie przebiegu akcji (i dlatego uważa ona owe filmy za pozbawione jakiegokolwiek sensu).

Schematy umożliwiają wyciąganie wniosków o innych wydarzeniach, nawet jeżeli wydarzenia te nie są bezpośrednio wzmiankowane w przekazie. Co więcej, informacje faktycznie odebrane i jedynie wywnioskowane przez nas ze schematu wspólnie tworzą pamięciowy zapis danego epizodu – w kilka godzin po przeczytaniu tekstu o Janie i restauracji gotowiśmy przysiąc, że w tekście tym była mowa o czytaniu menu, choć w istocie czytanie to było jedynie implikowane treścią urywka i naszą wiedzą o restauracjach. Jak wyjaśniamy nieco dalej, takie wypełnianie luk jest przejawem generatywnego funkcjonowania pamięci i jest tym bardziej prawdopodobne, im bardziej typowego dla skryptu zdarzenia dana luka dotyczy.

Wpływ schematów na rozumienie zdarzeń czy działań i formułowanie sądów ma z reguły charakter asymilacji: wieloznaczne dane zostają „podciągnięte" pod schemat, a w konsekwencji ta sama informacja może zostać różnie zrozumiana w zależności od schematu, przez którego pryzmat jest interpretowana. Jeżeli dowiadujemy się, że pewien młodzieniec imieniem Donald, który nie ma większego doświadczenia żeglarskiego, wybiera się na samotny rejs jachtem przez Atlantyk, to możemy ów zamiar potraktować jako wyraz odwagi bądź lekkomyślności. To, którą z owych dwóch jednakowo możliwych interpretacji wybierzemy, zależy od czasu, jaki upłynął od ostatniego użycia schematu danej cechy. Ludzie, którzy przed dokonaniem interpretacji posługiwali się pojęciem „odwaga" w innym, całkowicie z tym niezwiązanym zadaniu, uważali Donalda za odważnego, natomiast ci, którzy posługiwali się pojęciem „lekkomyślność", uznawali go raczej za nierozważnego (Higgins, Rholes i Jones, 1977).

Przeciwieństwem asymilacji jest kontrast, kiedy to aktywizacja jakiegoś schematu powoduje subiektywne „odepchnięcie" wieloznacznych danych od schematu. Jeżeli dziewczyna ocenia męskość swojego chłopaka bezpośrednio po obejrzeniu filmu akcji, z Arnoldem Schwarzeneggerem w roli głównej, to prawie na pewno wyda on się jej dość cherlawy, choć bez takiego porównania chłopak wydałby się całkiem przeciętny. Warunkiem kontrastu jest więc duża rozbieżność między zaktywizowanym schematem a obiektem (natomiast asymilacja pojawia się przy rozbieżności stosunkowo małej – Herr, 1986). Jednak na ogół zaktywizowane schematy oddziałują na interpretację danych raczej przez asymilację niż przez kontrast, ponieważ asymilacja jest procesem automatycznym i mimowolnym, podczas gdy kontrast wymaga świadomego i aktywnego odrzucenia przez nas schematu, który już został zaktywizowany. Badania empiryczne wykazują, że wystąpienie kontrastu wymaga zarówno dysponowania zasobami operacyjnymi umysłu (nie możemy wykonywać równocześnie innego zadania pochłaniającego uwagę), jak i motywacji do poprawnego, nieznieksztalconego przetwarzania danych (gdy nie chcemy formułować stronniczych sądów). Jeżeli brakuje albo motywacji, albo możliwości do nietendencyjnego przetwarzania danych, zaktywizowane schematy wywołują efekt asymilacji (Martin, Seta i Crelia, 1990).

42.1.2.3 Pamięć zdarzeń

Tekst „Pranie", który otworzył nasze rozważania nad schematami, ilustruje jeden z przejawów dobroczynnego wpływu schematu na pamięć: nałożenie schematu na takie informacje, które bez niego pozostawałyby ze sobą niepowiązane, podnosi poziom rozumienia, a w konsekwencji i poziom zapamiętania tych informacji. O podobnie dobroczynnym oddziaływaniu schematów świadczy fakt, że osoby z dobrze rozwiniętą wiedzą w jakiejś dziedzinie lepiej zapamiętują informacje dotyczące tej dziedziny niż osoby o słabo rozwi-

niętej wiedzy w tym zakresie. Na przykład wytrawni szachiści po kilku minutach przyglądania się szachownicy są w stanie odtworzyć położenie niemalże wszystkich figur (czego nie potrafią szachiści słabi), a osoby o rozległej wiedzy politycznej lepiej zapamiętują informacje na temat ustroju nowo poznanego kraju, niż dzieje się to w wypadku osób o ograniczonej wiedzy politycznej (Fiske, Kinder i Lerter, 1983).

Kolejnym przejawem dobroczynnego oddziaływania schematów jest lepsze zapamiętywanie informacji związanych ze schematem niż tych, które się z nim nie wiążą. W jednym z eksperymentów opisywano badanym pewną osobę, manipulując informacją o studiowanym przez nią kierunku (Zadny i Gerard, 1974). Badani przekonani, że opisywana osoba studiuje chemię, przypominali sobie więcej informacji zgodnych z tym schematem (na przykład tytułów książek z zakresu chemii) niż badani przekonani, że ta osoba studiuje psychologię. Ci ostatni badani przypominali sobie natomiast więcej informacji zgodnych ze schematem „psycholog".

Sprawę komplikuje jednak fakt, że informacje mogą być związane z jakąś strukturą wiedzy nie tylko na zasadzie zgodności ze schematem (na przykład psycholog lubi rozmawiać z ludźmi), ale także na zasadzie zaprzeczania schematowi (psycholog, który unika ludzi). Wiele badań dowodzi, że również sprzeczność danych ze schematem podnosi poziom ich zapamiętywania (Srull, 1981), szczególnie wtedy, kiedy człowiek ma czas i możliwości przemyślenia owej sprzeczności, a więc nie spieszy się i jego umysł nie jest zajęty jakimś innym, równocześnie wykonywanym zadaniem. Które dane wobec tego – sprzeczne czy zgodne ze schematem – są lepiej zapamiętywane?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy wyjść poza potoczne rozumienie pamięci jako reprodukcji, czyli wiernego i biernego zapisywania w umyśle odebranych danych. Przypominanie w myśl takiej potocznej koncepcji pamięci byłoby wydobyciem owego zapisu z umysłu i ponownym jego „przejrzeniem". Psychologia współczesna postuluje jednak, że tworzenie zapisów wydarzeń ma charakter bardziej skomplikowany. Napotykając jakieś zdarzenie czy osobę, zestawiamy je z odpowiednim schematem – na przykład wysokiego blondyna w niebieskim mundurze, który zatrzymał nasz samochód za pomocą lizaka, zestawiamy oczywiście ze schematem „policjant". W trakcie takiego zestawiania dochodzi do przemieszania informacji o tym konkretnym blondynie z informacjami o prototypowym policjancie – możemy na przykład „zapamiętać", że blondyn miał białą pałkę, choć ten akurat jej nie miał (w pałkę jest natomiast wyposażony typowy policjant).

Tego typu „wkroczenia" informacji schematopochodnych we wspomnienia konkretnych zdarzeń czy osób są określane mianem konstruującego przetwarzania informacji (*constructive processing*) i stanowią podstawowy przejaw generatywnego, a nie jedynie reproduktywnego charakteru pamięci. Generatywny charakter pamięci wiąże się z faktem, że prototypy schematów są nie tylko identyfikatorami obiektów i zdarzeń, ale pełnią również funkcję zbioru standardowych, „zapasowych" cech egzemplarzy schematów. Zbiór ten służy uzupełnianiu reprezentacji napotkanego, konkretnego egzemplarza o cechy typowe, ale brakujące bądź niezauważone przez spostrzegającego człowieka (na przykład wskutek zbyt krótkiego czasu zetknięcia się z danym egzemplarzem, nadmiaru informacji itp.).

Wiarygodnym wskaźnikiem nakładania się informacji schematopochodnej na informację odebraną z zewnątrz jest zjawisko fałszywych alarmów. **Fałszywe alarmy dotyczą szczególnej miary pamięci, jaką jest rozpoznawanie, i polegają na nietrafnym rozpoznaniu informacji faktycznie nowej jako już prezentowanej i starej (znanej).** Przy tym w momencie pomiaru rozpoznawania informacje stare (faktycznie już prezentowane badanemu) i nowe są oczywiście przemieszane. Przeciwieństwem fałszywych alarmów są **trafienia, czyli poprawne rozpoznania faktycznie już prezentowanej informacji jako „starej"**.

Podobne wyniki uzyskali również inni autorzy badający różne rodzaje schematów. Na przykład w pewnej serii badań wykazano, że najlepiej zapamiętanym elementem zdarzenia stanowiącego realizację skryptu są zaburzenia w przebiegu realizacji skryptu, takie jak

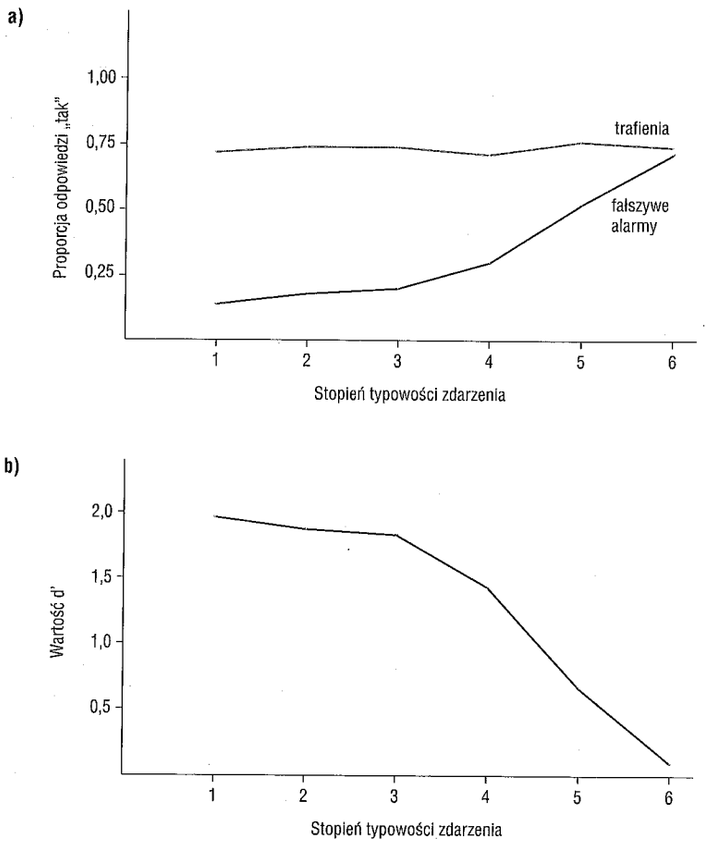
RAMKA 42.2

Aby dokładniej przyjrzeć się mechanizmom pamięci reproduktywnej i generatywnej, rozważmy serię badań Arthura Graessera (1981) i jego współpracowników, w których analizowano właśnie względną częstość fałszywych alarmów i trafień w procesie rozpoznawania. Punktem wyjścia badań było ustalenie kompletnej postaci (ciągu scenek) szeregu skryptów, takich jak „wstawanie rano", „udział w wykładzie na uczelni" itp. Dużą grupę osób poproszono w badaniu pilotażowym o ocenę stopnia typowości zdarzeń składających się na poszczególne skrypty (zdarzeniem wysoce typowym dla skryptu „wstawanie rano" jest na przykład ubranie się czy zjedzenie śniadania, mniej typowym jest czytanie gazety, a nietypowym – kłótnia z sąsiadem). Na tej podstawie skonstruowano historyjki opisujące działania pewnej osoby imieniem Jacek. Każda historyjka stanowiła egzemplifikację ośmiu różnych skryptów, choć była to ich realizacja niepełna, w której opuszczano różne scenki wchodzące w skład kompletnej postaci skryptu (na przykład w jednej wersji opuszczano informację, że Jacek się ubrał, a w innej – że zjadł śniadanie). Wkrótce po zapoznaniu się przez badanych z owymi historyjkami mierzono stopień ich zapamiętywania: badanym prezentowano różne zdarzenia składające się na owe skrypty (zarówno „stare", jak i „nowe") z prośbą o wskazanie, które z nich występowały w historyjce o Jacku, a które nie. Uśrednione wyniki trzech różnych badań dotyczących tej sprawy przedstawia rycina 42-2.

Jak wskazuje rycina 42-2a, natężenie trafień okazało się niezależne od stopnia typowości zdarzenia dla skryptu – trafienia pozostawały na jednakowo wysokim poziomie zarówno w wypadku zdarzeń typowych, jak i nietypowych. Poziom fałszywych alarmów rósł natomiast jako wykładnicza funkcja typowości rozpoznawanego zdarzenia – fałszywe alarmy były bliskie zera w odniesieniu do zdarzeń mało typowych, a bliskie poziomu trafień w wypadku zdarzeń wysoce typowych.

Poziom fałszywych alarmów (na przykład stwierdzanie, że Jacek zjadł śniadanie, choć faktycznie w przeczytanej wersji historyjki zdarzenie to było opuszczone) jest czystym wskaźnikiem generatywnego funkcjonowania pamięci, a więc wnioskowania, że dane zdarzenie było elementem przeczytanej historyjki, na podstawie znajomości jedynie ogólnego skryptu, którego spełnieniem była owa historyjka. Poziom trafień nie jest natomiast wskaźnikiem pamięci reproduktywnej, stanowi bowiem rezultat łącznego oddziaływania reprodukcji danych i ich generowania ze schematu. Jeżeli w materiale eksponowanym badanemu była scenka „Jacek zjadł śniadanie" i badany ją rozpoznaje, to nie wiadomo, czy wynika to z faktycznego przypomnienia, czy jest raczej skutkiem zgadywania na podstawie skryptu. Rzeczywistym wskaźnikiem pamięci reproduktywnej jest zatem różnica między trafieniami a fałszywymi alarmami. Rycina 42-2b ilustruje wielkość tej różnicy jako funkcję typowości rozpoznawanego zdarzenia (dla uśrednionych danych z tych samych eksperymentów, których wyniki przedstawia rycina 42-2a). Wyniki te wskazują jednoznacznie, że im bardziej typowe jest jakieś zdarzenie jako element skryptu, tym słabsza jest jego pamięć reproduktywna.

niewykonanie standardowego dla skryptu działania wskutek pojawienia się jakiejś przeszkody. Zaburzenia tego rodzaju można traktować jako informację sprzeczną ze schematem – ogółem badani przypominali sobie aż 53% zaburzeń, a jedynie 38% standardowych działań zgodnych ze skryptem (Bower i in., 1979). Z kolei Nancy Cantor i Walter Mischel (1993) przedstawiali swoim badanym opisy osób stanowiących typową bądź nietypową



Poziom trafień i fałszywych alarmów w rozpoznawaniu zdarzeń skryptowych (a) oraz wielkość wskaźnika dyskryminacji pamięciowej *d'* (b) jako funkcja typowości rozpoznawanego wydarzenia dla skryptu

Zaczerpnięty z teorii detekcji sygnałów wskaźnik subiektywnej dyskryminacji (informacji „starych" i „nowych") *d'* obliczono według wzoru: $d' = (x_s - x_n) / s$, gdzie x_s oznacza średnią subiektywnego rozkładu prawdopodobieństwa rozpoznania informacji starych, x_n oznacza średnią rozkładu rozpoznawania informacji nowych, s jest wspólnym odchyleniem standardowym tych rozkładów. Rycinę skonstruowano na podstawie danych z pracy Graessera (1981).

RYCINA 42-2

egzemplifikację ekstrawertyka lub introwertyka. Badani przypominali sobie więcej informacji o typowych ekstrawertykach lub introwertykach niż o osobach „mieszanych", a ponadto przy tych pierwszych pojawiało się więcej „pseudowspomnień", to jest danych wygenerowanych ze schematu. Badani przypominali sobie na przykład typowych ekstrawertyków jako przejawiających nawet takie silnie towarzyskie zachowania, które faktycznie nie były im przedstawiane w opisie spostrzeganej osoby.

Odpowiedź na pytanie, które informacje – zgodne czy sprzeczne ze schematem – są lepiej zapamiętywane, zależy więc głównie od tego, co określamy mianem pamięci. Przy założeniu, że pamięć to procesy czystej reprodukcji danych (oddzielone od wnioskowania, czyli generowania danych ze schematów), odpowiedź brzmi, iż lepiej pamiętane są dane nietypowe, niezgodne ze schematem, a więc mamy tu do czynienia z efektem sprzeczności. Jeżeli jednak przyjmiemy, że pamięć to suma subiektywnych wspomnień czy wypowiedzi na temat przypominanego obiektu lub zdarzenia, to nie ulega wątpliwości, że więcej takich wspomnień mamy na temat danych zgodnych ze schematem (tak jak to ilustrują na przykład dane z tabeli 42.1), ponieważ wiele tych danych jest rekonstruowanych (generowanych) na podstawie schematu. Mamy tu więc do czynienia z efektem zgodności. Równoczesne występowanie efektów zgodności i sprzeczności potwierdza metaanaliza kilkudziesięciu różnych eksperymentów (Stangor i McMillan, 1992), a oba te efekty rosną, gdy: rośnie stopień wykształcenia się schematu, rośnie obciążenie pamięci (więcej materiału do zapamiętania), rośnie ilość czasu między zapamiętywaniem a przypominaniem materiału, a także wtedy, gdy oba te momenty są rozdzielone wykonywaniem innych zadań umysłowych.

Jeżeli więc ktoś przypomina sobie dane zgodne ze schematem, nigdy nie możemy mieć pewności, czy naprawdę się one zdarzyły, czy zostały jedynie wywnioskowane. Jeżeli jednak ktoś przypomina sobie dane nietypowe czy sprzeczne ze schematem, możemy twierdzić ze sporą dozą pewności, że zdarzenia te faktycznie wystąpiły.

Dotychczasowe rozważania wskazują, że posługiwanie się schematami jest nieodzownym warunkiem orientacji w świecie społecznym. Ma ono jednak swoją cenę w postaci błędów nadużycia schematu – „przypominania" sobie takich danych, z którymi człowiek faktycznie się nie zetknął, a które jedynie wywnioskował, przy czym oba te rodzaje danych są subiektywnie nierozdzielne i wydają nam się jednako dotyczyć faktów. Dopóki zastosowane przez człowieka schematy są adekwatne do danych, cena ta nie wydaje się wysoka, ponieważ błędy typu fałszywego alarmu mają sens i stanowią uzupełnienie zdarzeń o to, co i tak zwykle ma miejsce. Jeżeli ktoś błędnie zakłada, że trzej oberwańcy proszący o żeton do automatu chcą go obrabować (choć w istocie nie mieli żadnych złych zamiarów), spostrzeżenie to jest co prawda fałszywe, ale nie uszkadza orientacji w świecie i może być korzystne (lepiej jest zakładać, że oberwańcy mają złe intencje, nawet jeżeli ich nie mają, niż tego nie zakładać i przekonać się o tych intencjach dopiero na własnej skórze). Problemy zaczynają się natomiast wtedy, kiedy stosujemy do danych niewłaściwy schemat. Przekonał się o tym pewien nasz przyjaciel w trakcie potańcówki na jednym z uniwersytetów amerykańskich. Podczas powolnego utworu nieznajoma, którą właśnie poprosił do tańca, zaczęła się do niego mocno przytulać, co on odczytał jako początek skryptu „szalona noc erotyczna" i stosownie do tego zaczął ją całować w szyję. Ku jego zdumieniu dziewczyna odskoczyła jak oparzona, wymierzając mu siarczysty policzek do wtóru słów, które nasz przyjaciel nie do końca rozumiał (był Niemcem). Dopiero poniewczasie dowiedział się, że dziewczyna realizowała zupełnie inny, dość popularny w Ameryce skrypt, zwany *cheek to cheek dancing* – tańczenie „z przyciskiem" powolnych utworów (niezależnie od tego, z kim się tańczy i po co). Ludzie tej samej kultury zwykle podzielają skrypty, przez których pryzmat

wzajemnie odczytują swoje zachowania, jednakże między osobami wywodzącymi się z odmiennych kultur dość łatwo o nieporozumienia (por. Hall, 1976).

42.1.2.4 Regulacja zachowania

Tym rodzajem schematów, które mają najbardziej oczywisty związek z działaniami, są skrypty – reprezentując ciągi zdarzeń i działań, stanowią one nie tylko umysłowe narzędzie pozwalające zrozumieć i zapamiętać zdarzenie, ale są również gotowym programem zachowania.

Aby skrypt został wykonany w naszym własnym zachowaniu, muszą być spełnione trzy warunki. Po pierwsze, musimy taki skrypt mieć wykształcony w umyśle, jako trwały element naszej wiedzy o świecie. Po drugie, skrypt musi zostać w danej sytuacji zaktywizowany. Po trzecie wreszcie, musimy wejść w skrypt w roli jednego z jego aktorów. Aktywizacja skryptu jest przy tym zjawiskiem szybko zanikającym, jeżeli nic jej nie podtrzymuje (na przykład nasze wyobrażenia lub myśli).

Samo zaktywizowanie skryptu nie wystarcza do jego realizacji, jeżeli nie dysponujemy jakąś regułą wchodzenia w skrypt w roli jednego z aktorów, a więc regułą podejmowania decyzji (świadomej lub nie) o zainicjowaniu przepisanych skryptem działań. W wypadku „podrywania" może to być na przykład reguła „jeżeli jest ładna i uśmiechnie się po moim pierwszym zdaniu". Jeśli któryś z tych warunków nie zostanie spełniony (albo w ogóle nie mamy określonej reguły wejścia), nawet zaktywizowany skrypt nie zostanie zrealizowany.

Zachowanie zmienia się także pod wpływem aktywizacji schematów cech lub schematów osób (por. ramka 42.4), a wpływ schematów na zachowanie może mieć charakter automatyczny, a więc mimowolny, nieświadomy i bezwysiłkowy (niepochłaniający operacyjnych zasobów umysłu). Warto jednak zauważyć, że aktywizacja schematów prowadzi do automatycznego wykonania związanych z nimi zachowań pod warunkiem, iż takie zachowania są już wykształcone. Nie należy zatem oczekiwać, że podprogowa ekspozycja nazwy nowej marki margaryny skłoni do jej kupowania (nie ma nawyku kupowania tej nowej marki). Jeżeli jednak ktoś ma dobrze wykształcone nawykowe zachowania agresywne, to można oczekiwać, że aktywizacja schematu agresji (wskutek, na przykład, oglądania filmu zawierającego brutalne sceny) nasili agresywność w zachowaniu tej osoby (por. rozdz. 45.1).

RAMKA 42.3

Wdzięczną ilustracją zasady, że skrypt musi zostać zaktywizowany, aby mógł wpłynąć na zachowanie, jest badanie, w którym młodym mężczyznom umożliwiano realizację skryptu „podrywanie", podstawiając im ładną dziewczynę jako współpracownicę (w rzeczywistości dziewczyna była współpracownicą eksperymentatorów – Wilsona i Capitmana, 1982). Zanim pozostawiono badanego sam na sam z dziewczyną, czytał on tekst aktywizujący skrypt „podrywanie" (opis studenta, który namawia koleżankę, aby poszła z nim na spacer, a nie na wykład), bądź też tekst o treści neutralnej. Badani czytający uprzednio tekst o podrywaniu częściej na swoją współpracownicę spoglądali, więcej do niej mówili i uśmiechali się (a także oceniani byli przez samą dziewczynę jako bardziej nią zainteresowani) niż badani czytający tekst kontrolny. Aktywizacja skryptu „podrywanie" prowadziła zatem do silniejszych prób jego realizacji we własnym zachowaniu. Jeśli jednak między czytaniem tekstu a kontaktem z dziewczyną upływało kilkanaście minut, różnice między grupami czytającymi różne teksty zanikały.

42.1.2.5 Kiedy schematy wpływają na przetwarzanie danych?

Jest oczywiste, że ten sam obiekt może być rozpatrywany jako egzemplarz wielu alternatywnych schematów. Wykładowca psychologii społecznej może być traktowany jako psycholog, mężczyzna, profesor, Polak itd. Jego niewyraźny uśmiech podczas egzaminu – jako przejaw życzliwości, zarozumiałości, złośliwości itd. Która z tych kategoryzacji zwycięży? Który schemat wpłynie na przetwarzanie danych? Jak wskazuje wiele danych zgromadzonych przez Tory Higginsa (1996), aby jakaś struktura wiedzy mogła wpływać na przetwarzanie danych, muszą być spełnione co najmniej trzy warunki: struktura owa musi być wykształcona, zaktywizowana i dająca się zastosować do danych przetwarzanych w konkretnej sytuacji.

Wykształcenie schematu jako trwałego elementu wiedzy to warunek najbardziej oczywisty. Jeżeli ktoś nie ma w ogóle takiego schematu jak „psycholog" (tylko niejasno podejrzewa, że to osoba, którą interesują psy), to, rzecz jasna, nie może się nim posługiwać. Jednakże w obrębie tej samej kultury ludzie posługują się zazwyczaj podobnymi schematami, a socjalizacja może być rozumiana jako proces nabywania struktur umysłowych charakterystycznych dla danej społeczności.

RAMKA 42.4

John Bargh, Mark Chen i Laura Burrows (1996) aktywizowali u swoich badanych albo cechę „uprzejmy", albo „nieuprzejmy" – początkowym zadaniem badanych było układanie sensownych zdań z ciągów słów, a ciągi te zawierały pojęcia związane albo z uprzejmością („cierpliwy", „uważny", „grzeczny"), albo z nieuprzejmością („chamski", „niegrzeczny", „wpycha się"). Po zakończeniu tego zadania badani mieli zwrócić się do badacza o przydział następnego zadania, jednak badacz okazywał się zajęty rozmową z innym badanym, w rzeczywistości swoim współpracownikiem, który zajmował mu czas przez bite 10 minut. Okazało się, że to, czy właściwa osoba badana niegrzecznie przerwie tę rozmowę, domagając się przydziału następnego zadania, silnie zależy od treści aktywizowanego pojęcia. Spośród badanych, którym aktywizowano uprzejmość, tylko 18% przerywało rozmowę badacza, natomiast wśród badanych, którym aktywizowano nieuprzejmość, przerywało aż 64% (w warunkach kontrolnych nieuprzejmie zachowało się 38% badanych). W drugim badaniu ci sami autorzy stwierdzili, że osoby badane wolniej wychodziły z laboratorium, jeżeli w trakcie eksperymentu aktywizowano u nich stereotyp osoby starej (za pomocą podobnej metody układania zdań), niż wówczas, gdy aktywizowano u nich pojęcie neutralne pod względem szybkości poruszania się. Wreszcie w eksperymencie trzecim badani reagowali większą wrogością na kłopoty pojawiające się w trakcie rozwiązywanego przez siebie zadania, jeżeli przed tym zadaniem eksponowano im twarz osoby pochodzącej z grupy symbolizującej wrogość (była to twarz Murzyna), niż wtedy, gdy eksponowano im twarz osoby (białej), niezwiązanej z wrogością. We wszystkich trzech eksperymentach badani nie zdawali sobie sprawy ze związku między aktywizowanymi treściami a własnym zachowaniem, w eksperymencie trzecim zaś nie zdawali sobie nawet sprawy ze zaktywizowanych treści, ponieważ twarz (Murzyna lub Białego) była im eksponowana podprogowo (bardzo krótko).

Warunek drugi użycia schematu to jego aktywizacja, czyli uczynnienie, co najprościej można sobie wyobrazić jako „przejście" schematu (a raczej jego kopii) z pamięci długotrwałej do pamięci operacyjnej, roboczej (zob. rozdz. 19.). Aktywizacja oznacza zatem zmianę stanu funkcjonalnego schematu, który z wiedzy latentnej, „nieczynnej" przeradza się w wiedzę pamięciowo dostępną, aktualnie przez nas używaną. Aktywizacja jakiejś struktury wiedzy może dochodzić do skutku dwiema drogami.

Po pierwsze, może mieć ona charakter percepcyjny, czy też „odbodźcowy", czyli być skutkiem zaobserwowania jakiegoś obiektu związanego z tą strukturą. Najczęstszy przypadek to oczywiście aktywizowanie schematu wskutek pojawienia się jego egzemplarzy (widok odpowiednio umundurowanej osoby aktywizuje w umyśle schemat policjanta) lub innych, silnie skojarzonych bodźców (schemat policjanta może zostać zaktywizowany także pojawieniem się złodzieja). Szansa zaktywizowania schematu tą drogą staje się tym większa, im bardziej typowym jego egzemplarzem jest spostrzegany obiekt, a także im bardziej jest on percepcyjnie wyrazisty, czyli im silniej skupia na sobie uwagę (na przykład wskutek swej intensywności lub wyjątkowości – jedyna kobieta w grupie mężczyzn jest uważana za bardziej kobiecą, a jej zachowanie jest silniej rozpatrywane przez pryzmat tego schematu, niż dzieje się to wtedy, gdy ta sama kobieta występuje w grupie mieszanej pod względem płci – Taylor i Fiske, 1978).

Po drugie, aktywizacja może mieć charakter „przedpercepcyjny" i oznaczać podwyższoną dostępność pamięciową jakiejś struktury wiedzy już w momencie wejścia człowieka w daną sytuację, a więc przed rozpoczęciem przetwarzania danych dochodzących z zewnątrz. Taka przedpercepcyjna aktywizacja jakiegoś schematu jest tym bardziej prawdopodobna:

(1) im silniejsze jest subiektywne oczekiwanie pojawienia się w otoczeniu egzemplarzy tego schematu (oczekując złośliwości egzaminatora, skłonni jesteśmy interpretować jako jej przejaw nawet całkiem niewinny jego uśmiech),
(2) im silniej egzemplarze tego schematu powiązane są z realizacją celów i motywów podmiotu (głodny człowiek zobaczy pomidora tam, gdzie najedzony widzi tylko niewyraźną czerwoną plamę),
(3) im krótszy czas upłynął od poprzedniego zaktywizowania schematu (po wyjściu z wieczornego seansu w kinie dostrzegamy więcej potencjalnych rabusiów, jeżeli wyświetlano kryminał),
(4) im częściej dany schemat był aktywizowany w przeszłości.

Prawidłowość (4) jest odpowiedzialna między innymi za „skrzywienia zawodowe" w spostrzeganiu ludzi (policjanci widzą więcej przestępców, psychiatrzy więcej paranoików niż inni). Ogólnie rzecz biorąc, ludzie dość silnie różnią się stopniem chronicznej dostępności poszczególnych struktur wiedzy, a więc tendencją do częstego aktywizowania i używania (również nadużywania) takich kategorii, jak „inteligencja" czy „kobiecość". Niektóre osoby wykazują dużą, inne zaś małą gotowość do posługiwania się każdą z tych kategorii, a różnice te wykazują znaczną stałość w czasie i decydują o tym, że różni ludzie odmiennie interpretują i pamiętają te same zdarzenia (Higgins, King i Mavin, 1982). Najważniejszą przyczyną odmienności w interpretowaniu tej samej informacji jest jednak nie chroniczne (osobowościowe), lecz chwilowe (sytuacyjne) zróżnicowanie dostępności struktur wiedzy, spowodowane niedawnym ich używaniem. Dosłownie setki badań dowodzą, że posługiwanie się jakąś strukturą wiedzy owocuje nasiloną skłonnością do jej używania w następujących potem sytuacjach; skłonność ta słabnie jako funkcja czasu, a spadek ten jest tym wolniejszy, im częściej aktywizowana była owa struktura. W konsekwencji, jeżeli jakaś informacja może być interpretowana przez pryzmat dwóch lub więcej schematów, to dominuje (faktycznie kształtuje jej przetwarzanie) ten spośród nich, od którego użycia upłynęło najmniej czasu (Sedikides i Skowronski, 1991).

Trzecim istotnym warunkiem użycia schematu jest jego stosowalność do przetwarzanej informacji, co oznacza, że schemat musi być w pewnym stopniu podobny do spostrzeganej osoby czy zdarzenia (cechy spostrzeganego obiektu muszą się w pewnym stopniu pokrywać z cechami prototypu). Wspominaliśmy już uprzednio o eksperymencie Higginsa, Rholesa i Jonesa (1977), w którym przedstawiano badanym niejakiego Donalda, wybierającego się w samotny rejs przez Atlantyk. Badani, u których przed zapoznaniem się z tą historyjką aktywizowano cechę „odwaga", wyżej oceniali Donalda niż badani, u których aktywizowano „lekkomyślność". U innych osób badanych w tym samym eksperymencie aktywizowano jeszcze inne cechy pozytywne (na przykład „schludny") lub negatywne („niegrzeczny"), co jednak nie wpływało na sądy o Donaldzie, ponieważ cechy te były niestosowalne – nie miały nic wspólnego z zamiarem przepłynięcia Atlantyku.

Wieloznaczność ludzkich zachowań i wielość informacji o tym samym człowieku lub zdarzeniu sprawia, że do większości zastosować można z reguły więcej niż jeden schemat (stąd tak duża rola aktywizacji schematu). Jednakże nawet wtedy, kiedy dwie interpretacje tego samego zachowania są jednakowo stosowalne, ludzie wykazują silną skłonność do ograniczania swojej uwagi i wniosków do tylko jednej z nich. Na przykład obserwując pływaka, który w trudnych warunkach ratuje życie tonącej osoby, koncentrują się albo na jego moralności (ratowanie życia), albo na sprawności (pomimo trudnych warunków). Choć obie te interpretacje nie wykluczają się wzajemnie, wybór jednej z nich silnie hamuje drugą (Wojciszke, 1994). Interpretacja cudzych (i własnych) zachowań przypomina więc piłkę toczącą się po pagórkach – piłka zawsze wpadnie do dołka i zawsze będzie to tylko jeden dołek (oczywiście dołkiem w tej metaforze jest jakaś wykształcona już struktura wiedzy).

42.2

Procesy atrybucji

Maria Lewicka

Poszedłem z dziewczyną na dyskotekę, a ona po pierwszym tańcu zostawiła mnie i poszła tańczyć z innym. Dlaczego? Wybrałem niewłaściwą dziewczynę? A może to ja jestem mało atrakcyjny? Z przerażeniem zauważyłam, że moja dziesięcioletnia córka kradnie. Przynosi ze szkoły do domu nie swoje drobiazgi. Zabiera koleżankom lub kradnie ze sklepu. Co jest powodem jej zachowania? Czy jest zdemoralizowana? Jak mam ją karać? Głosowałem na X-a w ostatnich wyborach parlamentarnych. Takie miał rozsądne poglądy, uczciwość patrzyła mu z oczu. Wystarczyło pół roku i patrzcie, jak się zmienił. Sprzedał się i już. Gdybym wiedział, jaki on jest naprawdę. Ale oni wszyscy tacy, wiadomo, nikt uczciwy się polityką nie para. Na następne wybory nie pójdę.

Przytoczyliśmy kilka przypadkowych wypowiedzi. Nie ma w nich nic oryginalnego: rozmowy tej lub podobnej treści słyszymy codziennie. Wspólną ich cechą jest jedno: autor takiej wypowiedzi próbuje coś wyjaśnić, zrozumieć sytuację, która wydaje mu się niezrozumiała, znaleźć przyczynę zdarzenia, które go zaskoczyło, zaniepokoiło, czasami przeraziło. Pytanie „Dlaczego?" towarzyszy nam nieustannie. Od tego, jak na nie odpowiemy, zależy dalszy ciąg przytoczonych wcześniej opowieści. Chłopak, który uzna, że wybrał złą partnerkę na zabawę, następnym razem pójdzie z inną. Wyborca, według którego do władzy dochodzą tylko ludzie nieuczciwi, skazuje się na niezrozumienie mechanizmów życia społecznego w kraju, a w konsekwencji na poczucie wyobcowania, niesprawiedliwości i krzywdy. Rodzic, który kleptomańskie zachowania dziecka przypisze jego demoralizacji, zacznie je karać, co z pewnością sytuacji nie polepszy.

Równie dobrze jednak bohaterowie przywołanych opowieści mogą dojść do wniosków całkiem odmiennych. Chłopak z dyskoteki uzna, że powinien nauczyć się lepiej tańczyć. Rodzic dziecka, które kradnie, zrozumie, że być może dziewczynka usiłuje w ten sposób zwrócić na siebie jego uwagę, której ostatnio niewiele jej poświęcał. A sfrustrowany wyborca uzna, że nadmiernie kompromisowe zachowanie parlamentarzysty jest wymogiem jego nowej roli, a nie wyrazem rezygnacji z dotychczasowych przekonań.

Od czego zależy to, jak odpowiemy na pytanie „Dlaczego"? I jakie są konsekwencje udzielonej odpowiedzi dla przyszłych zachowań i emocji? Obie kwestie zaprzątają uwagę psychologów społecznych od bez mała pół wieku, a konsekwencją owych dociekań są tak zwane **teorie atrybucji** (*attribution theories*), czyli teorie naiwnego wnioskowania o przyczynach zdarzeń i przyczynach zachowań ludzi (a także własnych).

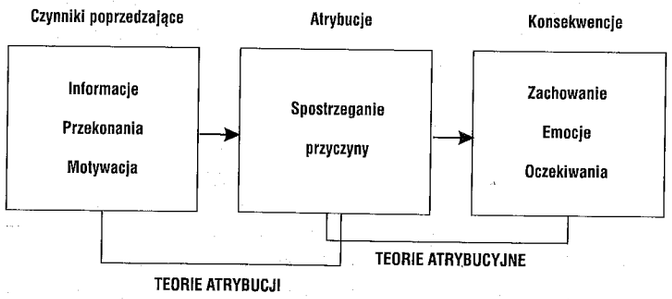
42.2.1
Teorie atrybucji w psychologii

Przyjęło się w literaturze (Kelley i Michela, 1980) dzielić teorie atrybucji na dwie duże klasy: na teorie **atrybucji** (*attribution*), czyli teorie zajmujące się sposobem, w jaki ludzie dociekają przyczyn zdarzeń (udzielają odpowiedzi na pytanie „Dlaczego?"), oraz na teorie **atrybucyjne** (*attributional*), określające, jakie konsekwencje dla różnych dziedzin ludzkiego funkcjonowania (motywacji, emocji, zdrowia psychicznego, relacji interpersonalnych itd.) mogą mieć określone atrybucje. Podział ten ilustruje rycina 42-3.

W tym rozdziale skupimy się przede wszystkim na pierwszej grupie teorii, czyli zajmiemy się tym, jak ludzie spostrzegają przyczynowość i od jakich czynników zależy treść dokonanej atrybucji, pozostawiając kwestie dotyczące tego, jak różnice w rozumieniu przyczyn wpływają na nasze zachowania i uczucia – zostały one omówione w innych rozdziałach, poświęconych tym właśnie zagadnieniom. Rozpoczniemy od omówienia podstawowych teorii atrybucji, po czym zajmiemy się specyficznymi efektami i tendencyjnością, które przejawiają się w trakcie poszukiwania przyczyn zachowań. Wreszcie zastanowimy się nad funkcjami, jakie procesy atrybucji pełnią w naszym życiu.

42.2.1.1
Naiwna psychologia Heidera

Rola ojca teorii atrybucji przypada bez wątpienia Fritzowi Heiderowi (1958), choć do tego tytułu pretenduje również kilka innych osób, między innymi belgijski badacz percepcji przyczynowości Michotte (1946) oraz żydowskiego pochodzenia socjolog z Krakowa Gustav Ischeiser (1949).



Teorie atrybucji a teorie atrybucyjne

Według: Kelley i Michela (1980, s. 459), za zgodą wydawcy; *copyright* Annual Reviews Inc.

RYCINA 42-3

Poglądy na istotę naiwnego wnioskowania przyczynowego, przedstawione przez Heidera (1958) w jego podstawowej pracy *Psychologia stosunków międzyludzkich*, wywarły bezprecedensowy wpływ na kolejne generacje badaczy, stymulując rozwój nowych teorii i tysiące prac empirycznych. Wymieńmy podstawowe idee Heidera, które znalazły swoje rozwinięcie w pracach innych badaczy.

To, co według Heidera odróżnia ludzi jako obiekty spostrzegania od przedmiotów fizycznych, to fakt, że ludzie mają **intencje.** Większość zachowań ludzkich jest zatem zamierzona, a proces wyjaśniania ich przyczyn (atrybucja) jest odczytywaniem intencji. Przypisywanie intencji jest naturalną ludzką czynnością. Ludzie wykazują skłonność do interpretowania w kategoriach intencjonalnych nawet zupełnie przypadkowych ruchów przedmiotów nieożywionych, na przykład poruszających się względem siebie figur geometrycznych (Heider i Simmel, 1944; Michotte, 1946).

Obok zachowań intencjonalnych ludzie przejawiają też zachowania **nieintencjonalne.** Konsekwencje psychologiczne przypisania komuś intencji w porównaniu z przyczyną nieintencjonalną są oczywiście dramatycznie odmienne. Pan Kowalski, który zastrzelił swojego sąsiada na podwórku, będzie inaczej oceniony, gdy okaże się, że załatwił w ten sposób swoje z nim zadawnione porachunki, a inaczej, gdy okaże się, że wziął go pomyłkowo za kogoś, kto włamuje się do jego garażu. Heider zresztą czynił wyraźne rozróżnienie pomiędzy przypisywaniem przyczynowości (kto jest sprawcą) a przypisywaniem odpowiedzialności oraz winy, zapoczątkowując tym późniejsze badania nad percepcją odpowiedzialności (Fincham i Jaspars, 1980). Wyjaśnianie jako rozumienie intencji stanie się osią teorii wnioskowań zaproponowanej kilka lat później przez Jonesa i Davisa (1965). Z kolei rozróżnienie na zachowania intencjonalne (działania) oraz nieintencjonalne (zdarzenia) będzie podstawą teorii atrybucji sformułowanej przez Kruglanskiego (1975).

Kolejny wkład Heidera to wprowadzenie rozróżnienia na **przyczyny osobowe** oraz **środowiskowe.** Przyczyny osobowe to: intencje („chcę"), zdolności („potrafię", „mogę"), motywacja („usiłuję"), przyczyny środowiskowe zaś to obiektywne trudności, niesprzyjające lub sprzyjające okoliczności, szczęście albo pech. Te dwa rodzaje przyczyn Heider spostrzegał jako wzajemnie się wykluczające, zakładając, że zachowanie będące wyrazem intencji nie może być równocześnie wywołane czynnikami zewnętrznymi i odwrotnie (tak zwany hydrauliczny model atrybucji – por. Hewstone, 1989). Podział czynników sprawczych na wewnętrzne (osobowe) i zewnętrzne (środowiskowe) wszedł z czasem na stałe do kanonu większości teorii atrybucyjnych. Stał się podstawą uznanego modelu atrybucyjnego Kelleya (1967), który go rozwinął, nadając mu postać bardziej szczegółowej klasyfikacji, a po uwzględnieniu dodatkowych wymiarów (stabilności, kontrolowalności) stał się z kolei osią atrybucyjnej teorii motywacji osiągnięć i emocji Weinera (1985a), po dodaniu wymiaru „globalności" zaś legł u podstaw znanej teorii genezy depresji jako konsekwencji wyuczonej bezradności (Abramson, Seligman i Teasdale, 1978).

Niezaprzeczone jest też pierwszeństwo Heidera (por. Harvey, Ickes i Kidd, 1976) w opisaniu efektu atrybucyjnego, polegającego na niedocenianiu roli sytuacji w uwarunkowaniu ludzkich zachowań. Sam Heider (1958, s. 54) pisał o tym efekcie następująco: „zachowanie ma tak wyraziste cechy, że wypełnia nam całe pole percepcyjne". Równocześnie zachowanie tworzy wraz z jego wykonawcą „dobrą figurę" percepcyjną – stąd nasza skłonność do przeceniania roli, jaką w jego determinacji odgrywały cechy dyspozycyjne wykonawcy w porównaniu z rolą zewnętrznych czynników sytuacyjnych. Ten sam efekt, mniej więcej w tym samym czasie, opisywał też Ischeiser (1949). Zjawisko to,

nazwane później **podstawowym błędem atrybucji** (Ross, 1977), doczekało się z czasem ogromnej liczby badań i interpretacji.

42.2.1.2 Teoria odpowiednich wniosków Jonesa i Davisa

Twierdzenie Heidera, że wyjaśnienie ludzkich zachowań to zrozumienie intencji, jakie za tymi zachowaniami się kryją, stanowiło punkt wyjścia dla teorii zaproponowanej przez Edwarda Jonesa i Keitha Davisa (1965), znanej jako teoria odpowiednich wniosków (*correspondent inference theory*). Proces wyjaśniania zachowań ludzkich rozumiany jest tu jako proces znajdowania odpowiedniości pomiędzy obserwowanym zachowaniem i leżącą u jego podstaw intencją oraz trwałą dyspozycją osobowościową wykonawcy. Proces wnioskowania, według Jonesa i Davisa, przebiega w dwóch etapach. Pierwszym jest **identyfikacja intencji** leżącej u podstaw wyjaśnianego zachowania, drugim – **atrybucja dyspozycji**. Obserwator skłonny jest uznać, że wyjaśniane zachowanie miało charakter intencjonalny, wówczas gdy (1) wykonawca wiedział, jakie skutki pociągnie za sobą to zachowanie, bądź też gdy (2) wykonawca dysponował możliwościami wywołania pożądanych skutków. Intencjonalność zachowania obejmuje zatem wiedzę, możliwości i swobodę działania wykonawcy.

Wnioskowanie o dyspozycjach jest zawsze poprzedzone wnioskowaniem o intencjach. Zachowania nieintencjonalne (na przykład wykonywane pod przymusem) nie pozwalają przejść do dalszego etapu, czyli do wnioskowania o trwałej cesze wykonawcy. Założenie to zostało później poddane krytyce. Hewstone i Antaki (1988) zwracają uwagę, że wiele zachowań, których przyczyną są trwałe dyspozycje wykonawcy (na przykład zachowania świadczące o niewielkiej sprawności w różnych dziedzinach, zachowania niezgrabne, głupie itd.), wcale nie musi mieć charakteru intencjonalnego.

Wnioskowanie o **dyspozycjach** rozpoczyna się od obserwacji **skutków** podjętego działania, po czym następuje ich porównanie z przypuszczalnymi skutkami tych działań, które przez obserwowaną osobę nie zostały podjęte. Im mniej skutków różni te dwie kategorie działań, tym bardziej pewny wniosek obserwatora na temat osobowości aktora.

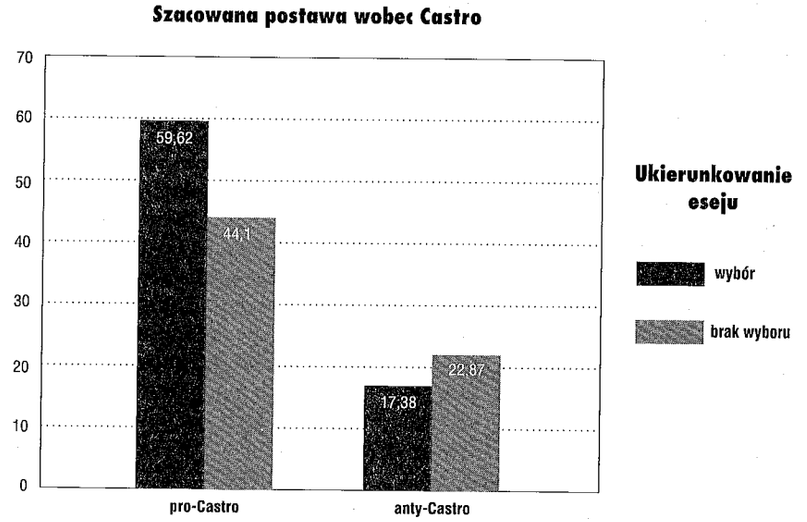
RAMKA 42.5

Zasadę nietożsamych skutków zilustrujemy następującym przykładem. Jan Kowalski postanawia zapisać się do spółdzielni mieszkaniowej w Warszawie. W grę wchodzą dwie spółdzielnie, obie obiecują, że mieszkanie zostanie oddane do użytku za dwa lata. Wielkość mieszkań i ich standard w obu spółdzielniach są bardzo podobne. Różnica polega na tym, że jedna spółdzielnia buduje w centrum miasta, druga na jego peryferiach. Jeżeli Jan Kowalski wybierze mieszkanie w pierwszej spółdzielni, będziemy mogli z dużą dozą pewności przypuszczać, że zależy mu na mieszkaniu w śródmieściu Warszawy. Przypuszczenie to stanie się jeszcze bardziej prawdopodobne, jeżeli podjęte działanie (zapisanie się do śródmiejskiej spółdzielni) będzie się wiązać z poniesieniem większych kosztów (ceny jednego metra kwadratowego będą w spółdzielni „śródmiejskiej" wyższe niż w spółdzielni „peryferyjnej"). Jones i Davis (1965) zakładają, że – zgodnie z powszechną intuicją – ludzie przede wszystkim starają się maksymalizować wartość pozytywną wyniku. Im większa zatem różnica w cenie, którą trzeba zapłacić za metr kwadratowy mieszkania w śródmieściu w porównaniu z mieszkaniem na peryferiach, tym silniejsza musi być chęć zamieszkania w centrum Warszawy.

RAMKA 42.6

Jones i Harris (1967) prezentowali badanym studentom fragmenty pisemnych przemówień na temat prezydenta Kuby Fidela Castro. Połowa osób badanych otrzymała do oceny wypowiedzi krytyczne wobec postaci Castro (wypowiedzi zgodne z powszechnymi przekonaniami na ten temat w ówczesnym społeczeństwie amerykańskim), druga połowa – wypowiedzi popierające rządy Castro (niezgodne z powszechnymi przekonaniami). Część osób badanych została poinformowana, że autor wypowiedzi sam decydował o tym, co napisze, część natomiast – że został zmuszony do przedstawienia argumentacji przemawiającej za narzuconym mu stanowiskiem. Zgodnie z oczekiwaniami wynikającymi z modelu, badani dokonywali silniejszych atrybucji dyspozycyjnych (uważali, że wyrażane poglądy odpowiadają faktycznym poglądom ich autora) wówczas, gdy były to poglądy niepopularne (procastrowskie), niż wtedy, gdy chodziło o poglądy popularne (antycastrowskie) (zob. ryc. 42-4).

Okazało się jednak również – wbrew oczekiwaniom związanym z modelem – że nawet ci badani, których poinformowano o ograniczeniach sytuacyjnych interpretowanego zachowania (wypowiedzi popierającej rządy Castro), byli skłonni przypisywać jego autorowi postawy zgodne z treścią tej wypowiedzi, a więc pozytywne wobec Castro. Okazuje się zatem, że informacja o wywieranej na autorze zachowania presji w niedostatecznym stopniu modyfikowała skłonność do atrybucji dyspozycji (postaw, intencji). Ten klasyczny eksperyment zapoczątkował lawinę badań, które pokrótce omówimy w następnych częściach rozdziału.



Atrybucje dyspozycyjne w badaniu Jonesa i Harrisa

W adaptacji według: Jones i Harris (1967, s. 6), za zgodą wydawcy; *copyright* Academic Press.

RYCINA 42-4

Na pewność wniosków obserwatora wpływa też, według tego modelu, kilka innych czynników. Pierwszym jest **zgodność zachowania z oczekiwaniami społecznymi**. Zachowania niezgodne z oczekiwaniami są bardziej diagnostyczne dla osobowości, a zatem prowadzą do bardziej pewnych wniosków niż zachowania z nimi zgodne, ponieważ te ostatnie równie dobrze mogą być wynikiem osobowościowych dyspozycji, jak i presji środowiskowej wywieranej na aktorze. Jesteśmy więc mniej pewni w wypadku cech osobowości tych osób, których zachowania są zgodne z pełnioną przez nie rolą społeczną, niż tych, które zachowują się w sposób niezbyt konformistyczny. Hipoteza ta wyjaśnia również, dlaczego zachowania o negatywnych konsekwencjach społecznych prowadzą do silniejszych atrybucji dyspozycyjnych niż zachowania o konsekwencjach pożądanych, zgodnych z normami i oczekiwaniami społecznymi (por. Reeder i Brewer, 1979).

Inną implikacją tej samej hipotezy jest twierdzenie, że na pewność wniosków atrybucyjnych wpływa informacja o **sytuacyjnych ograniczeniach** obserwowanych zachowań. Im bardziej zachowanie spostrzegane jest jako ograniczone czynnikami zewnętrznymi, tym mniej jesteśmy pewni, że jest ono wyrazem rzeczywistych przekonań, dyspozycji czy intencji aktora. Zeznania pod przymusem są zatem mniej wiarygodne (w mniejszym stopniu świadczą o rzeczywistych postawach zeznającego) niż zeznania dobrowolne. Wniosek ten wydaje się zdroworozsądkowy, ale jak to często w psychologii bywa, dowody eksperymentalne zadają kłam wiedzy potocznej (zob. ramka 42.6).

Dwa inne czynniki, które wpływają na pewność wniosków atrybucyjnych, to **wartość emocjonalna** (*hedonic relevance*) wyniku zachowania oraz **ksobność interpretacji** (*personalism*). Im bardziej brzemienne w konsekwencje jest zachowanie drugiej osoby oraz im silniej te konsekwencje dotyczą nas samych, z tym większą pewnością przypiszemy je wewnętrznym dyspozycjom wykonawcy. Jeżeli zatem korpulentna pani w zatłoczonym tramwaju nadepnie nam na piętę, trochę się pewnie zezłościmy, ale przypiszemy ten incydent okolicznościom zewnętrznym. Jeżeli jednak ta sama pani w takich samych okolicznościach uszkodzi nam parasolką oko, jest bardzo prawdopodobne, że uznamy, iż winę za to ponoszą jej wewnętrzne dyspozycje (brak uwagi, brak koordynacji, brak wyczucia itd.). Ta sama zasada powinna również obowiązywać w odniesieniu do konsekwencji pozytywnych, choć – jak pamiętamy – zachowania niepożądane szybciej prowadzą do atrybucji dyspozycyjnych niż zachowania pożądane.

42.2.1.3 Teoria autoatrybucji Bema

Czy lubisz lody? A szpinak? Czy w sytuacji gdy ktoś zada Ci to pytanie, spróbujesz przypomnieć sobie smak lodów albo szpinaku? Według Daryla Bema (1967), o tym, jakie są nasze preferencje, wnioskujemy nie z introspekcji, lecz z zachowań. Jeżeli zatem często jadam lody i wydaję na nie sporo pieniędzy, to dochodzę do wniosku, że je lubię. A jeżeli unikam zamawiania w restauracji potraw ze szpinakiem, to chyba szpinaku nie lubię.

Wnioskowanie o własnych postawach i cechach osobowości ma więc taki sam charakter jak wnioskowanie o postawach i cechach innych ludzi. W jednym ze swoich eksperymentów Bem (1967) powtórzył klasyczne badania Festingera i Carlsmitha (1959), w których mierzono zmiany postaw osób wobec nudnego eksperymentu, następujące w wyniku własnej argumentacji, niezgodnej z pierwotnym odczuciem (badani proszeni byli o przekonanie innego badanego, że eksperyment był interesujący). Połowie badanych za to kłamstwo zapłacono bardzo mało (1 dolara), połowie zaś dość dużo (20 dolarów). Osoby badane „niedopłacone" w większym stopniu uwierzyły we własne kłamstwo niż osoby „nadpłacone". Festinger i Carlsmith wyjaśniają to dążeniem do redukcji nieprzyjemnego wewnętrznego stanu dysonansu poznawczego, wytworzonego w pierwszej grupie badanych („Skłamałem, mimo że nie miałem wyraźnych powodów").

Eksperyment Bema dokładnie replikował całą procedurę, z tym wyjątkiem, że obok „aktorów" eksperymentu występowali też „obserwatorzy", którzy na podstawie zewnętrznych wskaźników (zachowania aktorów) mieli ocenić ich rzeczywiste postawy wobec eksperymentu. Okazało się, że obserwatorzy (u których trudno się dopatrywać wzbudzenia dysonansu poznawczego) wyciągali dokładnie takie same wnioski w odniesieniu do postaw aktorów jak ci ostatni. Uważali mianowicie, że jeśli ktoś kłamie za nędzne pieniądze, to widocznie w to wierzy.

Koncepcja Bema stanowiła punkt wyjścia dla rozbudowanych koncepcji motywacji człowieka (Deci, 1975; Lepper, Greene i Nisbett, 1973). Teorie te przewidują, że wprowadzenie w pole uwagi aktora czynników zewnętrznych (na przykład dodatkowej opłaty) odpowiedzialnych za wykonywaną czynność może spowodować spadek zainteresowania tą czynnością (wygaśnięcie motywacji wewnętrznej). Dostrzegając przyczyny własnych zachowań poza sobą, przestajemy dostrzegać je w sobie.

Czy jednak wszystkie postawy człowieka są wynikiem obserwacji własnych zachowań? Badania pokazują, że nie i że teoria Bema odnosi się raczej do kształtowania postaw wobec kwestii mało dla człowieka istotnych niż rzeczywiście ważnych. O mojej postawie względem szpinaku będę zatem wnioskować z tego, jak często go jadam, ale analizując postawę wobec współmałżonka, będę przypuszczalnie brać pod uwagę bardziej introspekcyjne dowody moich uczuć.

42.2.1.4 Teorie atrybucji Kelleya

Harold Kelley (1967, 1973) wyróżnił dwie grupy sytuacji, w których zwyczajowo dokonujemy atrybucji. Pierwsza dotyczy zdarzeń, które mają charakter powtarzalny, druga – zdarzeń jednorazowych. Według Kelleya, przyczyn zdarzeń powtarzalnych dociekamy inaczej niż przyczyn zdarzeń niepowtarzalnych. Inaczej zatem będziemy odpowiadać na pytanie „Dlaczego on nie chce zjeść tego szpinaku?" (zdarzenie powtarzalne) niż „Dlaczego on zabił?" (zdarzenie niepowtarzalne). Odpowiedzi na pytanie pierwsze udzielimy w sposób przypominający odpowiedź wytrawnego statystyka porównującego częstości podobnych zachowań w podobnych sytuacjach u tej i u innych osób i wyciągającego odpowiednie wnioski indukcyjne. Odpowiadając na drugie pytanie, posłużymy się gotowymi schematami wnioskowania przyczynowego, czyli naszymi „prywatnymi teoriami" motywów danego zachowania (na przykład zabójstwa).

Model ANOVA w dociekaniu przyczyn zdarzeń powtarzalnych. „Zaprosiłem dziewczynę na zabawę, a ona po pierwszym tańcu zostawiła mnie i poszła tańczyć z innymi. Dlaczego?" To przytoczone na początku tego podrozdziału zdarzenie kwalifikuje się do kategorii zdarzeń powtarzalnych. Prawdopodobnie nie jest to jedyna dziewczyna w życiu naszego bohatera, on również nie jest jej jedynym znajomym, nie jest to pierwsza zabawa taneczna w ich życiu itd. Aby łatwiej było posługiwać się tym przykładem na następnych stronach, nazwijmy niewierną dziewczynę Kasią, a zdradzonego chłopca – Staszkiem.

Według Kelleya (1967, 1973), racjonalna analiza przyczyn przywołanego zdarzenia powinna uwzględniać następujące trzy rodzaje informacji:

(1) Informacja o **spójności zachowania** (*consistency*), a więc o tym, jak często Kasia, przychodząc na zabawę ze Staszkiem, opuszczała go i bawiła się z innymi. Jeśli jest to zachowanie jednorazowe, spójność będzie mała, jeżeli zaś powtarzało się w przeszłości – duża.
(2) Informacja o **wybiórczości zachowania** (*distinctiveness*), a więc o tym, czy Kasia zachowuje się w ten sposób tylko wobec Staszka, czy też jest to zachowanie dla niej typowe, pojawiające się również wtedy, gdy dziewczyna udaje się na zabawę

z kimś innym. Wybiórczość będzie duża w wypadku, gdy zachowanie dotyczy tylko jednego partnera, mała – gdy odnosi się do wielu.

(3) Informacja o **powszechności zachowania** (*consensus*), a więc o tym, jak często w przeszłości zdarzało się Staszkowi, że dziewczyna, z którą przyszedł na zabawę, interesowała się kimś innym. Powszechność będzie mała, jeśli zdarza mu się to tylko z Kasią, duża – jeśli dotyczy to również innych partnerek.

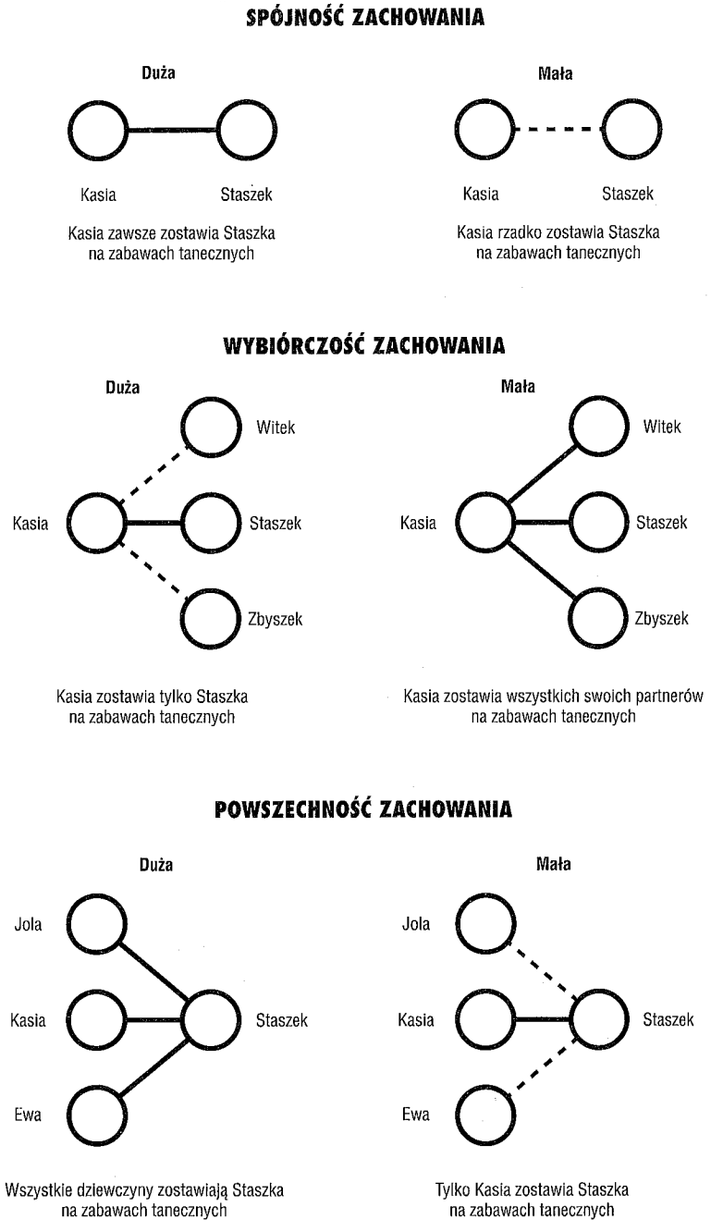
Te trzy rodzaje informacji ilustruje rycina 42-5. Linią ciągłą zaznaczymy zachowania konsekwentne, powtarzające się, linią przerywaną zaś zachowania, które albo się nie zdarzają, albo są bardzo rzadkie.

Teoria Kelleya wkrótce zyskała miano „sześcianu atrybucyjnego". Trzy boki sześcianu to trzy wymiary atrybucyjne: osoby, obiektu zachowania (bodźca) i czasu (okoliczności). Odpowiadają one trzem podstawowym czynnikom, które mogą odgrywać rolę sprawczą w zachowaniu. Zachowanie może być zatem spowodowane cechami **wykonawcy** (Kasia jest nielojalna i niewierna), cechami **przedmiotu zachowania** (Staszek źle tańczy, jest nieatrakcyjny towarzysko), cechami **okoliczności zachowania** (na przykład ta zabawa ma to do siebie, że każdy tańczy, z kim chce, nie obowiązuje norma lojalności wobec partnera), lub też może być wynikiem kombinacji każdego z tych czynników. Według Kelleya, przyczyną staje się ten czynnik (lub kombinacja czynników), który towarzyszy wyjaśnianemu zachowaniu, nie występuje natomiast w sytuacji, gdy owo zachowanie nie ma miejsca. Rozumienie przyczyny jest zatem w tym modelu pochodne wobec logicznej definicji przyczyny jako czynnika wystarczającego i koniecznego zarazem. Ten wątek zostanie później rozwinięty w modelu atrybucyjnym zaproponowanym przez Jasparsa (1983).

Żeby wyciągnąć wiarygodny wniosek przyczynowy, należy zestawić ze sobą wartości wszystkich trzech informacji. Teoria Kelleya przewiduje, że przeciętny człowiek dokonuje operacji wnioskowania atrybucyjnego w sposób, który przypomina postępowanie zawodowego statystyka przeprowadzającego analizę wariancji. Zestawienie wszystkich możliwych kombinacji wartości trzech informacji może zatem dać istotne „efekty główne" trzech czynników: wykonawcy, przedmiotu oraz sytuacji, lub też dodatkowe istotne „efekty interakcyjne" dwóch albo trzech czynników podstawowych. Model ten został nazwany modelem analizy wariancji *ANOVA*, aczkolwiek – jak to wielokrotnie wykazywano (Foersterling, 1989; Pruitt i Insko, 1980) – zarówno jego pierwsze sformułowania (Kelley, 1972, 1973), jak i testy empiryczne (McArthur, 1972) opisywały procesy wnioskowania, które nie odpowiadały pełnemu trójczynnikowemu schematowi analizy wariancji. Problem ten i jego nowsze rozwiązania omówimy w następnej części rozdziału.

Zwróćmy w tym miejscu uwagę, że poszukiwanie jakiejkolwiek trwałej przyczyny staje się możliwe właściwie tylko wtedy, gdy zachowanie jest spójne. Zachowania niespójne prowadzą zawsze do upatrywania ich przyczyn w zmiennych okolicznościach, w jakich dane zachowanie występuje. Inspirowane modelem Kelleya badania nad spostrzeganą ważnością trzech typów informacji potwierdzają, że największą wagę ludzie rzeczywiście przywiązują do informacji o spójności zachowania (McArthur, 1972), traktowanej jako warunek konieczny dalszych wnioskowań.

Dwie pozostałe informacje, o wybiórczości i powszechności zachowania, pozwalają ulokować przyczynę albo w osobowości wykonawcy, albo w cechach przedmiotu zachowania bądź w kombinacji tych czynników. Informacja o dużej wybiórczości zachowania oraz o jego dużej powszechności (Kasia zostawia tylko Staszka i co więcej – wszystkie inne dziewczyny też tak wobec niego postępują) pozwala z dużą dozą pewności uznać, że to cechy Staszka są przyczyną zachowania Kasi. Informacja o małej wybiórczości zachowania i małej jego powszechności (Kasia zostawia wszystkich partnerów, Staszka zosta-



Trzy rodzaje informacji w modelu Harolda Kelleya

RYCINA 42-5

wia tylko Kasia) pozwala wnioskować, że przyczyną są cechy Kasi. Duża wybiórczość i mała powszechność (Kasia zostawia tylko Staszka, Staszka nie zostawia żadna inna partnerka) wskazują na to, że przyczyną jest splot cech Kasi i Staszka (jakoś do siebie nie pasują). Mała wybiórczość i duża powszechność (Kasia zostawia wszystkich, a Staszka rzucają na zabawie różne partnerki) mogą sugerować różne przyczyny, na przykład Staszek może dojść do wniosku, że kobiety są z natury istotami niewiernymi.

Pierwszą systematyczną weryfikację teorii Kelleya przeprowadziła Leslie McArthur (1972). Prezentowała ona osobom badanym rozmaite kombinacje informacji o spójności, wybiórczości i powszechności zachowania („John śmieje się na występach komika"), sprawdzając stopień ich wykorzystania i wpływ na treść atrybucji. Badanie to potwierdziło zasadność modelu Kelleya: wszystkie trzy typy informacji odgrywały rolę w formułowanych wnioskach atrybucyjnych. Ale wbrew założeniom modelu – rola ta była niejednakowa. Informacja o spójności wyjaśniała 20% wariancji wszystkich atrybucji przyczynowych, informacja o wybiórczości – 10%, natomiast informacja o powszechności zachowania – tylko 3%. Minimalny (lub żaden) wpływ informacji o powszechności zachowania na treść atrybucji przyczynowych zaobserwowano też w wielu innych eksperymentach (Nisbett, Borgida, Crandall i Reed, 1976).

Model Kelleya zakłada, że na treść atrybucji przyczynowej wywierają wpływ wyłącznie aspekty formalne zachowania, to znaczy jego spójność, wybiórczość i powszechność. Wyniki coraz większej liczby badań wskazywały jednak, że treść atrybucji zależy od ogromnej liczby pozaformalnych czynników, nieuwzględnianych w Kelleyowskim sześcianie. Wykazywano na przykład, że zachowania własne istotnie częściej bywają wyjaśniane czynnikami sytuacyjnymi niż zachowania cudze (Jones i Nisbett, 1972), że atrybucje wewnętrzne przeważają, gdy konsekwencje zachowań są raczej negatywne niż pozytywne (Hastorf, Schneider i Polefka, 1970), że zachowania niemoralne częściej przypisywane są czynnikom osobowościowym niż zachowania mało inteligentne czy mało zdolne oraz że odwrotną zależność obserwujemy w wypadku zachowań moralnych i inteligentnych (Reeder i Brewer, 1979). Wreszcie badania Zuckermana (1978) wykazały, że model Kelleya zdecydowanie lepiej opisuje proces wnioskowania o przyczynach zachowań nieintencjonalnych (tak zwanych zdarzeń) niż o przyczynach zachowań intencjonalnych (działań). Dokładniejsze omówienie tych badań znajduje się w następnej części rozdziału.

Schematy wnioskowania przyczynowego a procesy atrybucji. W sytuacji, w której nie dysponujemy wielokrotnymi obserwacjami tego samego zachowania, na przykład wtedy gdy zdarzenia mają charakter jednorazowy lub gdy dysponujemy informacją z jakichś względów niepełną, dokonujemy atrybucji przyczynowych, posługując się nie schematem wariancyjnym, lecz schematami wnioskowania przyczynowego (*causal schemata*). Teorie schematów przyczynowych sformułował w kilku pracach Kelley (1972, 1973).

Jednym z głównych rozróżnień teoretycznych tej koncepcji jest rozróżnienie dwóch zasad wnioskowania przyczynowego: **zasady pomniejszania** (*discounting*) oraz **zasady powiększania** (*augmenting*). Obie zasady dotyczą sposobu wnioskowania o przyczynowości wtedy, gdy znana jest rola innej niż rozpatrywana przyczyny zachowania. Zasada **pomniejszania** głosi, że jeśli dane zachowanie może być wywołane przez więcej niż jeden czynnik i obserwujemy działanie jednego z tych czynników, wówczas mamy skłonność do pomniejszania sprawczej roli pozostałych czynników. Jeżeli zatem obserwujemy kogoś, kto wykonuje pewną pracę za dobre pieniądze, będziemy skłonni uważać, że robi to dla zarobku, a nie dlatego, że ta praca go rzeczywiście interesuje. Co więcej, do takiego wniosku może również dojść sama zainteresowana osoba. Zjawisko to zostało zaobserwowane przez Bema (1967), a następnie opisane

pod nazwą **efektu naduzasadniania** (Lepper i in., 1973).

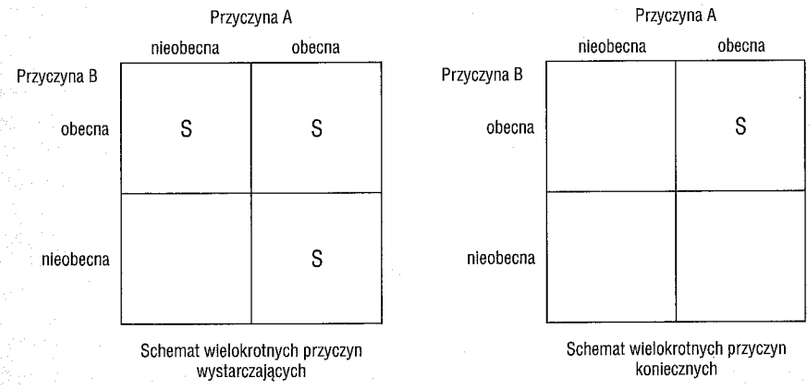
Zasada **powiększania** działa odwrotnie. Polega ona na przypisywaniu większej roli określonemu czynnikowi sprawczemu wówczas, gdy równocześnie obserwujemy działanie czynnika o przeciwnym kierunku. Uważamy zatem, iż jeśli Jan Kowalski decyduje się zapisać do spółdzielni mieszkaniowej w centrum Warszawy, pomimo że cena mieszkania

RAMKA 42.7

Dwa schematy przyczynowe opisane przez Kelleya weszły na stałe do kanonu literatury atrybucyjnej: **schemat wielokrotnych przyczyn wystarczających** i **schemat wielokrotnych przyczyn koniecznych**. Pierwszy schemat opisuje sytuację, w której ten sam efekt można uzyskać na kilka różnych sposobów, drugi – gdy potrzeba kilku czynników działających łącznie, aby uzyskać określony efekt. Oba schematy ilustruje rycina 42-6.

Schemat wielokrotnych przyczyn wystarczających nierozłącznie związany jest z zasadą pomniejszania (jeżeli wystąpił jeden warunek wystarczający wyjaśnianego zachowania/zdarzenia, nie ma powodu uciekać się do wyjaśnień opartych na pozostałych warunkach wystarczających). Zasada powiększania z kolei może towarzyszyć stosowaniu obu schematów.

Schemat wielokrotnych przyczyn wystarczających służy nam niejako na co dzień, większość naszych zachowań może mieć bowiem wiele różnych przyczyn. Schemat wielokrotnych przyczyn koniecznych z kolei stosujemy w odniesieniu do zdarzeń wyjątkowych i ekstremalnych – aby takie zdarzenie zaistniało, konieczne jest łączne zadziałanie wielu czynników, z których żaden nie ma samodzielnej mocy sprawczej (Kelley, 1973).



Schematy przyczynowe w modelu Harolda Kelleya

Według: Kelley (1973, s. 114 i 115), za zgodą wydawcy; *copyright* American Psychological Association.

RYCINA 42-6

jest tam wyższa niż w innych spółdzielniach, to musi mu bardzo zależeć na mieszkaniu w śródmieściu Warszawy. Jak pamiętamy, ta sama predykcja wynika z modelu odpowiednich wniosków Jonesa i Davisa (1965).

Obie zasady są częścią **schematów przyczynowych** (*causal schemata*). Schematy przyczynowe są pewnego rodzaju skondensowanym doświadczeniem atrybucyjnym człowieka, zbiorem przekonań dotyczących wzajemnych związków między przyczynami a ich skutkami.

42.2.1.5 Model stanów nienormalnych Hiltona i Slugoskiego

Gdyby przedstawić trójczynnikowy model atrybucyjny *ANOVA* Kelleya (osoba x przedmiot x okoliczności) w sposób, w jaki zwyczajowo przedstawia się schemat analizy wariancji, wyglądałby on w podanym przez nas przykładzie następująco: 2 (osoba: Kasia *versus* inne dziewczyny) x 2 (przedmiot: Staszek *versus* inni chłopcy) x 2 (okoliczności: obecna zabawa *versus* inne zabawy). Uzyskane kombinacje czynników można przedstawić w postaci tabeli o ośmiu „celkach" (zob. tab. 42.2; Foersterling, 1989).

Poszczególne celki zawierają kolejno: dane o zachowaniu Kasi wobec Staszka na dzisiejszej zabawie (celka 1), o zachowaniu Kasi wobec Staszka na innych zabawach (celka 2), o zachowaniu Kasi wobec innych chłopców na tej (celka 3) i innych (celka 4) zabawach itd. Jak się ma tych osiem celek do wyróżnionych przez Kelleya trzech rodzajów informacji? Informacja o powszechności zachowania jest konsekwencją porównania celek (1) i (2) z celkami (5) i (6), informacja o wybiórczości zachowania – celek (1) i (2) z celkami (3) i (4), informacja o spójności – celki (1) z celką (2).

Zwróćmy uwagę, iż żadna z trzech informacji modelu Kelleya nie wymaga uwzględnienia w porównaniach celki (7) i (8), czyli oceny tego, jak inne osoby zachowują się wobec innych przedmiotów (jak inne dziewczyny zachowują się wobec swoich innych partnerów). Czy zatem jest rzeczą normalną, że partnerzy, którzy przyszli razem na zabawę, później ze sobą nie tańczą, czy też (co podejrzewamy) zachowanie Kasi jest mało typowe? Brakuje nam zatem ogniwa, które zostało przedstawione na rycinie 42-7.

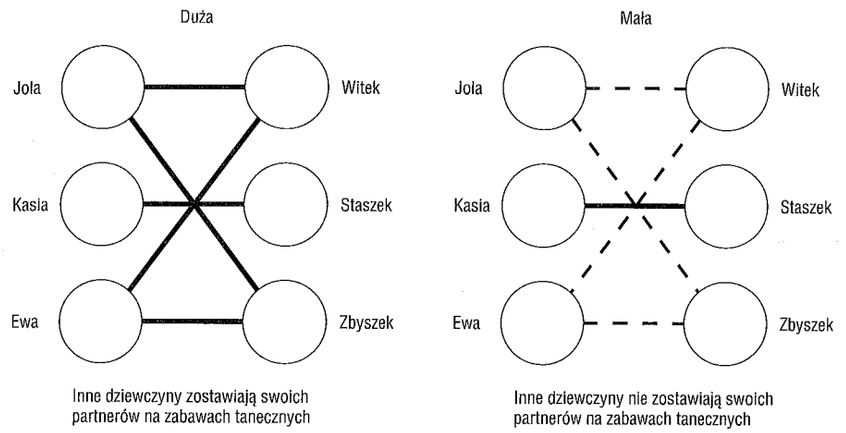
Na niepełność modelu Kelleya zwrócili uwagę po raz pierwszy Pruitt i Insko (1980), proponując, żeby brakujące porównanie nazwać „powszechnością przedmiotu porównania" (*comparison-object consensus*), oraz demonstrując empirycznie jego ważność dla dokonywanych atrybucji.

Hilton i Slugoski (1986) uczynili ową brakującą informację osią swojego modelu atrybucyjnego, nazwanego modelem stanów nienormalnych (*abnormal conditions model*). Według tych autorów, wyjaśnianie jest zawsze procesem porównywania sytuacji obecnej z jakimś kryterium porównań (kontrfaktyczną alternatywą wobec tej sytuacji). Jeżeli

TABELA 42.2

Dlaczego Kasia zostawiła Staszka? Schemat czynnikowy odpowiedzi na to pytanie

OKOLICZNOŚCI	KASIA		INNE DZIEWCZYNY	
	Staszek	Inni chłopcy	Staszek	Inni chłopcy
Dzisiejsza zabawa	1	3	5	7
Inne zabawy	2	4	6	8



Informacje o typowości zachowania (model stanów nienormalnych Denisa Hiltona)

RYCINA 42-7

zatem pytamy „Dlaczego coś się stało?", to zawsze przesłanką tego pytania jest ukryte porównanie, na przykład dlaczego stało się to, a nie co innego. Pogląd, że wyjaśnianie jest zawsze poprzedzone porównaniem, został przez Hiltona i Slugoskiego zaczerpnięty z prac filozofów prawa, Harta i Honore (1985). Różne teorie atrybucji, według Hiltona, zakładają różne obiekty porównań, odpowiadając tym samym na różne pytania atrybucyjne. Teoria Kelleya odpowiada na pytanie „Dlaczego coś się wydarzyło, zamiast się nie wydarzyć?", teoria Jonesa i Davisa – na pytanie „Dlaczego dokonano wyboru działania X, a nie działania Y?", teorie atrybucji odpowiedzialności (Fincham i Jaspars, 1980) – na pytanie „Dlaczego ktoś zrobił to, co zrobił, a nie to, co powinien był zrobić?" itd. Wreszcie, teoria stanów nienormalnych Hiltona i Slugoskiego odpowiada na pytanie „Dlaczego wydarzyło się X, a nie to, co się normalnie w tej sytuacji zdarza?" Samo postawienie pytania wymaga zatem uwzględnienia informacji o **typowości zachowania**, czyli informacji pochodzącej z brakującego wymiaru modelu Kelleya.

Hilton (1988) przewiduje, że zachowania, które są spostrzegane jako typowe, nie będą prowadzić do żadnych atrybucji. Załóżmy na przykład, że zapytamy kogoś: „Dlaczego Zosia kupiła coś w sklepie X?" Załóżmy też, że ta osoba dysponuje wiedzą, której częścią jest to, iż ludzie w ogóle robią zakupy w sklepach (zachowanie typowe). Według Hiltona, w takiej sytuacji dodatkowe dwie informacje, o małej wybiórczości zachowania Zosi (Zosia robi zakupy w różnych sklepach) i dużej powszechności (wszyscy w tym sklepie kupują), w niczym nie pomogą. Odpowiedzią na to pytanie będzie brak atrybucji („Nic szczególnego w tym nie widzę, że Zosia kupiła coś w tym sklepie"). Co innego zachowanie nietypowe (na przykład Zosia nigdy nie kupuje niczego w sklepie X – zachowanie nietypowe w świet-

le informacji, że robienie zakupów jest zachowaniem normalnym). Wówczas analogiczna informacja o dużej powszechności tego zachowania (nikt inny nie kupuje w tym sklepie) oraz o jego małej wybiórczości (Zosia nigdy nie robi zakupów w sklepach) prowadzi do przypisywania owemu zachowaniu dwóch przyczyn równocześnie („Coś nie tak z tym sklepem" oraz „Coś dziwnego w Zosi").

Trzy informacje Kelleya: o powszechności, wybiórczości i spójności, spełniają, według Hiltona, funkcje identyfikatorów „stanów nienormalnych", czyli potencjalnych kandydatów do roli czynników sprawczych wyjaśnianego zdarzenia. Informacja o niskiej powszechności sugeruje, że stanem nienormalnym (przyczyną) jest osoba, informacja o dużej wybiórczości zwraca uwagę na wyjątkowość przedmiotu, informacja o niskiej spójności identyfikuje jako „nienormalne" okoliczności zdarzenia.

42.2.1.6 Przyczyny czy racje zachowań? Teoria Kruglanskiego

Dwadzieścia cztery wieki temu Arystoteles dokonał podziału przyczyn na cztery rodzaje. Wyróżnił przyczynę sprawczą, przyczynę celową, przyczynę materialną oraz przyczynę formalną rzeczy. Różnice między tymi czterema rodzajami przyczyn najlepiej ilustruje przykład rzeźbiarza wykuwającego rzeźbę w kamieniu. Przyczyną sprawczą efektu (rzeźby) są czynności wykonywane przez rzeźbiarza. Przyczyną celową jest jego zamiar wykonania rzeźby. Przyczyną materialną jest materiał, z którego została wykonana rzeźba, a przyczyną formalną – jej ostateczny kształt. Dwa ostatnie rodzaje przyczyn nie zadomowiły się ani w filozoficznej, ani w społecznej refleksji nad wnioskowaniem przyczynowym, dwie pierwsze natomiast znalazły tam stałe miejsce. Wyjaśnianie na podstawie przyczyny sprawczej nosi w nauce miano wyjaśniania przyczynowego, a wyjaśnianie na podstawie przyczyny celowej to wyjaśnianie teleologiczne. Buss (1978) zwraca uwagę, że w filozofii nauk społecznych wielokrotnie podnoszony był problem, czy zachowania ludzkie dają się w ogóle wyjaśniać przy pomocy przyczyn sprawczych, czy też z natury mają one charakter celowy, a więc jedynym ich sensownym wyjaśnieniem jest podanie powodów, z jakich zostały podjęte. Heider (1958) podkreślał wyraźnie, że naiwne wyjaśnienia ludzkich zachowań najczęściej odwołują się do celów, którym dane zachowanie służy (czyli do intencji wykonawcy). Zgodnie z zasadą „ekwifinalności" (przyczyną jest to, co niezmienne dla danego zachowania), cele są znacznie lepszymi wyjaśnieniami zachowań niż, na przykład, warunki tych zachowań, które mogą ulegać zmianie, podczas gdy cele pozostają te same.

Heiderowskie rozróżnienie na zachowania intencjonalne (a więc dające się wyjaśniać przy pomocy celów) oraz zachowania nieintencjonalne zostało z czasem w psychologii zarzucone, do czego walnie przyczyniła się popularność modelu *ANOVA* Kelleya i jego nacisk na przyczyny wewnętrzne (dyspozycje) oraz zewnętrzne (czynniki środowiskowe) – obie kategorie o charakterze przyczyn „sprawczych". Rozróżnienie to powróciło do psychologii w latach siedemdziesiątych wraz z propozycją teoretyczną Kruglanskiego (1975, 1979). Arie Kruglanski proponuje podział na dwa typy zachowań, implikujące dwa odmienne typy wyjaśniania. Podział ten obejmuje **działania** (*actions*), to jest zachowania intencjonalne, oraz **zdarzenia** (*occurrences*), czyli nieintencjonalne konsekwencje zachowań. Jeżeli zatem przystępuję do egzaminu, to jest to działanie (zachowanie intencjonalne), ale wynik tego egzaminu (sukces lub porażka) ma już status zdarzenia (pozostaje poza wpływem mojej intencji). „Stawanie na wadze" ma charakter działania, ale „to, że się waży 60 kg" jest zdarzeniem. Podobnie wszelkiego rodzaju stany emocjonalne mają charakter zdarzeń.

Zdarzenia i działania wyjaśniane są odmienne. Według Kruglanskiego, tylko do zdarzeń pasują wszystkie trzy wymiary informacyjne sześcianu Kelleya. Żeby wyjaśnić działanie, nie potrzeba na przykład informacji

o jego powszechności. Hipoteza ta została potem potwierdzona przez Zuckermana (1978): badani wyjaśniali działania, znacznie częściej opierając się wyłącznie na wymiarze spójności, zdarzenia zaś – na podstawie wszystkich trzech wymiarów łącznie.

Działania mogą mieć dwojaki charakter: **endogenny** (*endogenous*) i **egzogenny** (*exogenous*). Działanie endogenne to takie, którego celem (racją) jest samo to działanie, podczas gdy działanie egzogenne jest jedynie instrumentem wobec zewnętrznego celu. Przykładowo, pisanie rozdziału do podręcznika jest działaniem endogennym, gdy robimy to dla samej przyjemności pisania, egzogennym zaś, gdy mamy przed oczami termin oddania tekstu do druku. Kategoryzacja działania jako endogennego lub egzogennego sprzyja innym atrybucjom. Wyjaśniając działania endogenne, odwołujemy się tylko do celów, a wyjaśniając zachowania egzogenne – do celów oraz do sytuacji (Kruglanski, 1975). Kruglanski formułuje też wiele hipotez dotyczących różnic w charakterystyce psychologicznej działań endo- i egzogennych (treść towarzyszącego afektu, odczuwana swoboda wyboru itd.).

42.2.1.7 Atrybucje jako komunikaty: język i reguły konwersacji

Wyjaśniając, komunikujemy coś sobie albo – częściej – komuś innemu. Proces wyjaśniania dokonuje się przy pomocy języka. Te dwa fakty: to, że wyjaśnianie jest komunikacją, oraz to, że posługujemy się w jego trakcie językiem, nakładają na treść i sposób udzielania wyjaśnień swoiste ograniczenia.

Brown i Fish (1983) zwracają uwagę, że na rodzaj spontanicznie dokonywanej atrybucji wpłynąć może sposób zadania pytania atrybucyjnego. Jeżeli pytanie zawiera czasownik odnoszący się do działania, czyli **czasownik akcji** (*action verb*), wówczas mamy tendencję do przypisywania odpowiedzialności za to zachowanie raczej jego wykonawcy niż jego przedmiotowi, natomiast gdy czasownik opisuje stan rzeczy, czyli jest to **czasownik stanu** (*state verb*), bardziej naturalna jest atrybucja w odniesieniu do przedmiotu. Sformułowanie „Kasia pomaga Staszkowi" (czasownik akcji) sugeruje, że powód zachowania Kasi leży w niej samej (Kasia jest osobą o skłonnościach altruistycznych). Sformułowanie „Kasia lubi Staszka" (czasownik stanu) sugeruje jednak, że przyczyna leży w Staszku (Staszek daje się lubić). Pytanie: „Dlaczego **należysz** do partii X?", sugeruje odpowiedź koncentrującą się na cechach wykonawcy, analogiczne jednak pytanie wykorzystujące czasownik odwołujący się do stanu: „Dlaczego **lubisz** partię X?", sprowokuje odpowiedź koncentrującą się na cechach przedmiotu. Przyczynowość wydaje się zatem zawarta w języku służącym do opisu ludzkich zachowań, dzięki czemu język ukierunkowuje atrybucje. Nie jest to jednak kolejna wersja hipotezy relatywizmu językowego, lecz wyraz skondensowanej w języku wiedzy psychologicznej. Według Browna i Deborah Fish (1983), ludzie różnią się bardziej skłonnościami do podejmowania działań (na przykład pomagania innym) niż dyspozycją do stawania się przedmiotem czyichś oddziaływań (na przykład bycia przedmiotem zachowań pomocnych). Odwrotna zależność dotyczy stanów emocjonalnych: ludzie różnią się bardziej pod względem zdolności do wyzwalania w innych emocji (na przykład bycia lubianym) niż do przeżywania emocji (lubienia). Ta zależność znajduje swój wyraz w języku: o aktorze lepiej informują czasowniki opisujące działania (czasowniki akcji), o przedmiocie zaś – czasowniki opisujące stany. Wpływ czasowników na rodzaj dokonywanych atrybucji jest obecnie przedmiotem wielu badań (Semin i Marsman, 1994; Semin, Rubini i Fiedler, 1995).

Wyjaśnianie jest komunikacją, a zatem stosują się do niego wszelkie ograniczenia nakładane na procesy komunikacyjne. W szczególności wyjaśnianie podlega działaniu tak zwanych **maksym Grice'a** (1975), czyli reguł gwarantujących społeczną akceptowalność przekazu komunikacyjnego. Hilton (1991; Hilton i Slugoski, 1986) sugeruje, że

cztery maksymy odgrywają tu szczególnie dużą rolę:

(1) **maksyma jakości** (*maxim of quality*): komunikat powinien być prawdziwy albo przynajmniej takie stwarzać pozory;
(2) **maksyma ilości** (*maxim of quantity*): komunikat powinien być informacyjny;
(3) **maksyma związku** (*maxim of relation*): komunikat powinien zawierać informacje ważne i tylko ważne;
(4) **maksyma dobrych manier** (*maxim of manner*): komunikat powinien być jasny.

Zgodność z tymi maksymami decyduje o tym, czy dane wyjaśnienie uznamy za dobre wyjaśnienie zdarzenia. Hilton, Mathes i Trabasso (za: Hilton, 1991) sugerują dwuetapowość procesu atrybucji. W etapie pierwszym proponuje się różne wyjaśnienia, które wydają się spełniać maksymę jakości (wydają się najbardziej prawdziwe), w etapie drugim modyfikuje się te wyjaśnienia, dokonuje ich selekcji oraz przeformułowań w taki sposób, aby ostateczne wyjaśnienie spełniało również pozostałe maksymy. Na rolę maksym Grice'a w funkcjonowaniu człowieka oraz na nagminne ich nieprzestrzeganie przez eksperymentatorów w badaniach procesów poznawczych człowieka – co prowadzi do uzyskiwania wyników artefaktualnych – zwraca się uwagę coraz częściej (Schwarz, 1994).

42.2.2
Błędy i tendencyjności procesu atrybucji

Zarówno teoria Jonesa i Davisa (1965), jak i atrybucyjny model *ANOVA* Kelleya (1967, 1972) traktowane są jako **teorie wnioskowań racjonalnych** (model Kelleya nosi nawet miano modelu normatywnego). Wszelkie odstępstwa osób badanych od przewidywań obu modeli (w szczególności modelu Kelleya) przywykło się zatem określać mianem **błędów atrybucyjnych** lub **tendencyjności atrybucyjnych** (*biases*). „Odkrycie" i opisanie błędów i tendencyjności atrybucyjnych nastąpiło w latach siedemdziesiątych – w dekadzie, która zasłynęła w psychologii (nie tylko społecznej) krytyką metafory człowieka jako naiwnego naukowca. Lata osiemdziesiąte głoszą tezę przeciwną: umysł człowieka jest ułomny, a te ułomności mogą mieć przyczyny zarówno poznawcze (ograniczona zdolność przetwarzania informacji), jak i motywacyjne (motywy egotystyczne, „lenistwo poznawcze" itd.). Przyjrzyjmy się zatem podstawowym ułomnościom wnioskowania atrybucyjnego, opisanym w tym okresie.

42.2.2.1
Podstawowy błąd atrybucji

Pół wieku temu Gustav Ischeiser (1949, s. 46–47) pisał:

> Zachowanie ludzi jest zawsze zdeterminowane przez dwa rodzaje czynników: przez cechy osobowości, czymkolwiek by one były (dyspozycje, postawy, skłonności itd.), z jednej strony i przez czynniki sytuacyjne ze strony drugiej. Cokolwiek byśmy robili albo czego byśmy nie robili, zachowanie nasze nigdy nie powinno być traktowane jako przejaw jedynie naszej osobowości. [...] I chociaż osobowość i jej zachowania są tak wyraźnie i zdecydowanie współtworzone przez sytuacje społeczne [...] wszyscy przejawiamy skłonność do interpretowania i oceniania zachowań ludzi jako wyrazu ich cech osobowości, a nie cech sytuacji, w której zostali umieszczeni.

Opisana przez Ischeisera tendencja atrybucyjna jest tą samą tendencją, którą opisywał Heider (1958), pisząc, że zachowanie wypełnia nam całe pole percepcyjne, co prowadzi do przeceniania roli czynników osobowych w ocenie jego determinacji i do niedoceniania czynników sytuacyjnych.

Skłonność ludzi do przeceniania korespondencji pomiędzy zachowaniem a cechami jego wykonawcy była wielokrotnie demonstrowana empirycznie (Jones i Harris, 1967; Ross, Amabile i Steinmetz, 1977). W 1977 roku Ross nazwał tę tendencję **podstawowym błędem atrybucji** (*fundamental attribution error*). I o ile teoretycy atrybucji nie są zgodni, czy należy to zjawisko nazywać „błędem", czy „tendencyjnością" (por. Funder, 1987; Kruglanski i Ajzen, 1983), to nikt nie podważa jego powszechności. Pozostaje zatem pytanie o jego mechanizmy.

Wyjaśnienie Heidera, poszukujące przyczyn przewagi atrybucji osobowych w nadmiernej wyrazistości zachowania (Heider, 1958), uzyskało niejednoznaczne potwierdzenie empiryczne. Skłonność do atrybucji dyspozycyjnych pojawia się wtedy, gdy zachowanie nie ma formy „żywego" zachowania, lecz na przykład przyjmuje postać pisemnej wypowiedzi na jakiś temat (Jones i Harris, 1967). Wykazano jednak również, że zachowania, których wyrazistość specjalnie zwiększano (na przykład skierowując strumień światła na jego wykonawcę), były częściej przypisywane dyspozycjom wykonawców niż zachowania mało wyraziste (Taylor i Fiske, 1978; por. Gilbert i Malone, 1995).

Niedocenianie informacji o ograniczeniach sytuacyjnych zachowania może wiązać się ze znaną ludzką skłonnością do pomijania we wnioskowaniach atrybucyjnych informacji o powszechności zachowania (McArthur, 1972; Nisbett i Borgida, 1975). Zachowania powszechne są przypuszczalnie w mniejszym stopniu spowodowane trwałymi dyspozycjami ich wykonawcy niż zachowania mało popularne, odchylające się od „normy". Nieuwzględnianie informacji o bezwzględnej częstości wyjaśnianego zachowania w populacji może zatem prowadzić do pochopnego przypisania go cechom wykonawcy. Czy zatem zasługują na miano „złodziei" pracownicy, którzy w czasach PRL wynosili z zakładu pracy różne części jego wyposażenia, jeżeli w taki sposób zachowywały się niemal wszystkie osoby zatrudnione w tym zakładzie? Czy też odpowiedzialnością za to zachowanie należy raczej obciążyć cechy ówczesnego systemu?

Kassin (1979), dokonując przeglądu badań nad stopniem wykorzystania przez ludzi informacji o powszechności zachowania, wyróżnia dwa rodzaje powszechności: **powszechność subiektywną** (*implicit consensus*), czyli treść oczekiwań dotyczących tego, jakie zachowanie jest w tej sytuacji najbardziej prawdopodobne, oraz **powszechność obiektywną** (*explicit consensus*), odpowiadającą oszacowaniom bezwarunkowych częstości tego typu zachowań w populacji. Według Kassina, ludzie, dokonując atrybucji, kierują się informacjami o bezwarunkowych prawdopodobieństwach tylko wtedy, gdy nie kłócą się one z ich oczekiwaniami. Jeżeli zatem oczekujemy, że typowy robotnik zatrudniony w fabryce nie będzie kraść, to informacja o tym, że wszyscy kradną, nie wpłynie na naszą atrybucję i najprawdopodobniej przypiszemy owemu robotnikowi cechę „złodziej". Wykazano (por. Kassin, 1979), że w wielu eksperymentach, w których ludzie nie byli skłonni uwzględniać informacji o obiektywnej powszechności zachowania, dokonywali oni atrybucji, opierając się na swoich oczekiwaniach, czyli na powszechności subiektywnej.

Odrębną klasę wyjaśnień podstawowego błędu atrybucji stanowią wyjaśnienia odwołujące się do cech procesu wnioskowania. Według jednego z nich, atrybucje w odniesieniu do cech osobowych mają charakter spontaniczny (choć nie automatyczny), a podstawowy błąd atrybucji jest wyrazem niedostatecznego skorygowania tego sądu na podstawie informacji pochodzących z kontekstu zachowania (Quattrone, 1982). Quattrone traktuje ten błąd jako przejaw działania znanej **heurystyki zakotowiczenia/dostosowania** (Tversky i Kahneman, 1974). Zgodnie z tym wyjaśnieniem, osoba pełni w procesie spostrzegania funkcję kotwicy, to znaczy atrybucja do cech osoby jest procesem pierwotnym i spontanicznym. Dodatkowe informacje o cechach sytuacji pozwalają na modyfikowanie sądu w kierunku stopniowego zmniejszania atrybucji dyspozycyjnej. Ta modyfikacja na ogół nie jest jednak wystarczająca, podobnie jak w eksperymencie Tversky'ego i Kahnemana (1974) osoby badane proszone o szybkie przemnożenie w głowie liczb $10 \times 9 \times 8 \times \ldots \times 1$ podawały większy wynik niż osoby proszone o przemnożenie tych samych liczb podanych w odwrotnym porządku.

RAMKA 42.8

Jeżeli atrybucja do cech wykonawcy zachowania jest procesem spontanicznym, który dopiero w drugiej kolejności podlega „korekcji" na podstawie dostępnych informacji o cechach sytuacji, to należy oczekiwać, że zaangażowanie zasobów poznawczych osoby dokonującej atrybucji (zajęcie jej innym zadaniem poznawczym) powinno utrudnić lub uniemożliwić ową korekcję, a tym samym sprzyjać silniejszym atrybucjom dyspozycyjnym. Badanie przeprowadzone przez Gilberta, Pelhama i Krulla (1988) potwierdziło tę hipotezę. Osobom badanym prezentowano dwa rodzaje wypowiedzi (za aborcją i przeciw niej) wraz z informacją, że zostały one (lub nie) wygłoszone pod wpływem zewnętrznego nacisku. Część badanych dokonywała atrybucji nieobarczona żadnym innym dodatkowym zadaniem, część spośród nich natomiast poinformowano, że niedługo sami będą musieli wygłosić wypowiedź na ten sam temat. Osoby badane przygotowujące „w głowie" własną wypowiedź dokonywały bardziej dyspozycyjnych atrybucji – a więc w mniejszym stopniu uwzględniały w wyjaśnieniach to, czy autor wypowiedzi działał pod wpływem nacisku, czy też nie – niż osoby niezaprzątnięte żadną dodatkową czynnością poznawczą.

Wyjaśnienie Quattrone weszło w skład modelu zaproponowanego przez Gilberta i Malone (1995). Według tych autorów, cztery różne przyczyny mogą leżeć u podstaw podstawowego błędu atrybucji, czy też – w ich terminologii – **błędu korespondencji** (*correspondence bias*): (1) brak świadomości sytuacyjnych ograniczeń zachowania (ich mała widoczność, mała wyrazistość itd.); (2) nierealistyczne oczekiwania wobec zachowania (oczekiwanie innych zachowań niż te, które faktycznie się pojawiły – por. pojęcie „subiektywnej powszechności"; Kassin, 1979); (3) przesadne kategoryzacje samego zachowania (kategoryzowanie zachowania jako bardziej ekstremalnego, niż jest w rzeczywistości, w wyniku działania percepcyjnego mechanizmu kontrastu); wreszcie (4) niedostateczne skorygowanie pierwotnego sądu (osobowego) na podstawie informacji o ograniczeniach sytuacyjnych.

42.2.2.2 Asymetria atrybucyjna aktor – obserwator

Jones i Nisbett (1972), nawiązując do analogicznej obserwacji Heidera (1958), wysunęli tezę, że wykonawcy zachowań wykazują tendencję do doszukiwania się ich przyczyn w czynnikach sytuacyjnych, podczas gdy obserwatorzy tych samych zachowań lokują ich przyczyny w czynnikach dyspozycyjnych wykonawcy. Moje niegrzeczne zachowanie jest zatem wynikiem tego, że mój rozmówca mnie sprowokował, ale jego niegrzeczne zachowanie zostało spowodowane tym, że jest on człowiekiem niekulturalnym. Ta tendencja atrybucyjna, nazwana **asymetrią aktor – obserwator** (*actor-observer asymmetry*), była demonstrowana w wielu badaniach (przegląd w: Watson, 1982) i w różny sposób wyjaśniana.

Watson wymienia cztery możliwe przejawy wspomnianej asymetrii:

(1) aktorzy częściej wyjaśniają swoje zachowania cechami sytuacji niż cechami własnej osobowości,
(2) obserwatorzy częściej wyjaśniają cudze zachowania cechami osobowości wykonawców niż cechami sytuacji,
(3) aktorzy częściej wyjaśniają własne niż cudze zachowania cechami sytuacji,
(4) aktorzy częściej wyjaśniają cudze niż własne zachowania cechami osobowości.

Według Watsona (1982), zestawienie istniejących wyników badań pokazuje, że asymetria aktor – obserwator przejawia się przede wszystkim różnicą (3), to znaczy przewagą wyjaśnień sytuacyjnych w odniesieniu do własnych zachowań w porównaniu z zachowaniami cudzymi. Okazało się, że atrybucje wewnętrzne generalnie przeważają nad sytuacyjnymi i są jednakowo częste w wypadku zachowań własnych i cudzych. Potwierdza to powszechność podstawowego błędu atrybucji.

Dlaczego wykonawca zachowania spostrzega jego źródło poza sobą, a źródło analogicznego zachowania innej osoby w cechach tej osoby? Obecnie w literaturze omawiane są cztery rodzaje czynników odpowiedzialnych za cztery rodzaje wyjaśnień.

Ilość posiadanych informacji. Wykonawca zachowania dysponuje bogatszą wiedzą o sytuacyjnych uwarunkowaniach swojego zachowania niż jego obserwator. Wykonawca jest również świadom większej wariancji swoich zachowań w danej dziedzinie niż obserwator, który na ogół widzi to zachowanie tylko raz. W zgodzie z tą interpretacją stwierdzono (Nisbett, Caputo, Legant i Maracek, 1973), iż rzeczywiście liczba atrybucji sytuacyjnych wzrasta wraz ze wzrostem znajomości wykonawcy zachowań. Zachowania przyjaciół wyjaśniamy zatem w kategoriach sytuacyjnych uwarunkowań, tak samo jak zachowania własne.

Odmienność perspektywy percepcyjnej. Aktor wykonujący dane zachowanie koncentruje się na sytuacji, w której to zachowanie występuje, obserwator, przeciwnie, koncentruje swoją uwagę na wykonawcy zachowania. Dla aktora figurą percepcyjną są zatem cechy sytuacji, tłem – jego własna osoba, dla obserwatora zaś figurą jest wykonawca, a tłem – sytuacja, w której zachowanie ma miejsce. A że przyczyn zachowań skłonni jesteśmy upatrywać raczej w cechach figury niż tła, stąd asymetria aktor – obserwator.

Storms (1973) w klasycznym już i bardzo skomplikowanym technicznie eksperymencie manipulował wzajemnymi perspektywami percepcyjnymi aktorów i obserwatorów tych samych zachowań i uzyskał potwierdzenie tej hipotezy. Jeżeli zatem tak skonstruujemy sytuację, że aktor może spojrzeć na siebie okiem obserwatora, a obserwator okiem aktora, uzyskamy odwrócenie typowych zależności. Również Duval i Wicklund (1973) zademonstrowali, że wzbudzenie w aktorze tak zwanej **przedmiotowej samoświadomości** (a więc perspektywy obserwatora własnej osoby – na przykład poprzez umieszczenie przed nim lustra) sprzyja wzrostowi atrybucji wewnętrznych, na przykład poczucia winy i świadomości własnych postaw.

Racje versus przyczyny. Buss (1978) twierdzi, że asymetria aktor – obserwator jest pewnego rodzaju „artefaktem" i wynika z naturalnej różnicy w typie wyjaśnień stosowanych wobec siebie i wobec innych. Według Bussa, zachowania własne częściej wyjaśniamy w sposób teleologiczny, podając ich pozapodmiotowe racje, podczas gdy zachowania innych wyjaśniamy przyczynowo, odwołując się do ich trwałych dyspozycji.

Czynniki językowe. Semin i Fiedler (1991) oraz Fiedler, Semin, Finkenauer i Berkel (1995) zwracają uwagę na odmienność określeń językowych używanych do opisu zachowań własnych i cudzych. Zachowania własne opisywane są częściej za pomocą opisowych czasowników odnoszących się do konkretnych zachowań, zachowania cudze – przy pomocy przymiotników opisujących cechy. Ponieważ czasowniki są bardziej konkretne niż przymiotniki, ta tendencja odzwierciedla, według autorów, ogólniejszą tendencję do mówienia o sobie w kategoriach konkretnych, o innych zaś – w kategoriach ogólnych. Asymetria atrybucyjna aktor – obserwator może zatem wynikać z różnic typowo lingwistycznych. Fiedler i inni (1995) wykazali, że długość trwania związku interpersonalnego wpływa na rodzaj używanych kategorii lin-

gwistycznych: im dłuższa znajomość, tym bardziej konkretne określenia słowne (tym mniej ogólnych przymiotników) używane są do opisu zachowań partnera. Im dłuższa znajomość, tym więcej pojawia się określeń „on zrobił to a to...", a tym mniej „on jest taki a taki". Również wzajemna satysfakcja ze związku okazała się prostą funkcją konkretności samoopisu i opisu partnera (Fiedler i in., 1995).

42.2.2.3 Egotyzm atrybucyjny

Egotyzm atrybucyjny (*egotistic attribution*) to skłonność do takiego wyjaśniania konsekwencji własnych zachowań, aby zwiększyć ich pozytywne, a zmniejszyć negatywne znaczenie dla własnej samooceny. Egotyzm atrybucyjny może przejawiać się w różny sposób – najczęstszym jego przejawem jest cytowana wielokrotnie w literaturze skłonność ludzi do przypisywania odpowiedzialności za własne sukcesy czynnikom wewnętrznym, za porażki natomiast – czynnikom znajdującym się poza podmiotem (Heider, 1958; Hastorf, Schneider i Polefka, 1970). Jeżeli zatem zdamy egzamin z wyróżnieniem, to uznamy, że stało się tak z powodu naszych wyjątkowych zdolności, jeżeli go oblejemy – zadanie było za trudne, pechowo wyciągnęliśmy nie to pytanie, wykładowca miał zły dzień itd. Polityk, który wygra kampanię wyborczą, przypisze to zaletom swojej osoby i swojego programu, polityk, który ją przegra, będzie szukał przyczyn w niedojrzałości wyborców, w tendencyjności mediów, w nieuczciwych posunięciach przeciwników politycznych itd.

Jakkolwiek egotyzm atrybucyjny wszedł na stałe do kanonu ułomności ludzkiego umysłu, to nie ma powszechnej zgody co do tego, czy oba jego komponenty: atrybucje wewnętrzne konsekwencji pozytywnych oraz zewnętrzne konsekwencji negatywnych, są jednakowo dobrze udokumentowane empirycznie. Miller i Ross (1975), dokonując przeglądu odpowiednich badań, stwierdzają, że istotnie lepiej potwierdzona jest ludzka skłonność do wewnętrznych atrybucji własnych sukcesów (*self-enhancement*) aniżeli do obronnych atrybucji zewnętrznych po poniesionych porażkach (*self-protection*). Porażki są zatem wyjaśniane w sposób mniej jednolity niż sukcesy (Fiske i Taylor, 1991). Wynik ten jest zresztą całkiem zrozumiały ze zdroworozsądkowego punktu widzenia: konsekwentna atrybucja własnych niepowodzeń do czynników znajdujących się poza podmiotem i poza zasięgiem jego kontroli może być adaptacyjna jedynie na krótką metę. Jej skutkiem jest chwilowa poprawa nastroju, nie zaś opracowanie programu zmiany niekorzystnego stanu rzeczy.

Egotyzm atrybucyjny można wyjaśniać na dwa sposoby. Pierwszy odwołuje się do mechanizmów czysto **motywacyjnych**: potrzeby podniesienia lub zachowania pozytywnej samooceny (Zuckerman, 1979). W świetle tego, co napisaliśmy poprzednio, wydaje się, że wyjaśnienie to nie do końca przystaje do złożonego charakteru atrybucji porażek (czyli że przynajmniej w niektórych sytuacjach ludzie nie bronią się przed przyjęciem trudnej prawdy o własnej odpowiedzialności za porażkę).

Drugie wyjaśnienie kładzie nacisk na aspekty **poznawcze** atrybucyjnej asymetrii sukcesu i porażki. Jak zwracają uwagę Miller i Ross (1975), pozytywne konsekwencje własnych działań są na ogół przez nas zaplanowane i oczekiwane. Nic zatem dziwnego, że gdy następują, przypisywane są czynnikom podmiotowym. W przeciwieństwie do nich konsekwencje negatywne są czymś, czego nie planujemy, co uderza w nas niejako „z zewnątrz", toteż ewentualne atrybucje zewnętrzne są tu zupełnie zrozumiałe. Posługując się rozróżnieniem wprowadzonym przez Kruglanskiego, możemy konsekwencje pozytywne określić mianem „działań", a konsekwencje negatywne – mianem „zdarzeń". Wzorzec atrybucyjny jest inny dla działań i dla zdarzeń: konsekwentnie wewnętrzny (odwołujący się do racji) w wypadku tych pierwszych oraz złożony (albo wewnętrzny, albo zewnętrzny, zależnie od konfiguracji Kelleyowskich informacji wyznaczających atrybucje) w wypadku tych drugich (por. Zuckerman, 1978). Wyjaśnia to, dlaczego atrybucje porażek są mniej jednolite niż atrybucje sukcesów.

42.2.2.4 Egocentryzm atrybucyjny

Dzielisz mieszkanie z kolegą/przyjacielem. Dzielisz z nim także swoje obowiązki domowe: sprzątanie, zmywanie, zakupy itp. Który z was wnosi większy wkład we wspólne gospodarstwo? Jeżeli jesteś przeciętną osobą badaną, odpowiesz, że ty. Zjawisko przypisywania sobie większej odpowiedzialności za konsekwencje wspólnie wykonywanej pracy, niż skłonny jest to uznać postronny obserwator, zostało nazwane **egocentryzmem atrybucyjnym** (*egocentric attributions*; Ross i Sicoly, 1979).

Egocentryzm atrybucyjny pozornie może się wydawać spokrewniony z atrybucyjnym egotyzmem, tak jednak nie jest. Zjawisko to obserwuje się bowiem zarówno w wypadku działań kończących się sukcesem, jak i porażką. Ross i Sicoly (1979) zademonstrowali jego występowanie w takich sytuacjach, jak: naturalny podział obowiązków w parach małżeńskich, wspólne rozwiązywanie zadania w laboratorium, uczestnictwo w drużynie koszykówki, która właśnie rozegrała mecz, uczestnictwo w grupie dążącej do rozwiązania ważnego problemu, wreszcie spostrzegany wkład pracy własnej oraz promotora w pracę dyplomową. Zjawisko to występowało niezależnie od wartościowości wyniku. Na przykład, nawet uczestnicy drużyny koszykówki, która przegrała mecz, przytaczali więcej własnych działań niż działań drużyny przeciwnej, aby wyjaśnić niekorzystny dla siebie rezultat.

Ross i Sicoly (1979) wymieniają kilka czynników, które mogą leżeć u podstaw egocentryzmu atrybucyjnego. Pierwszym jest **niejednakowy dostęp do informacji** o własnym wkładzie w porównaniu z wkładem partnera. Wiemy zatem dobrze, ile czasu zajęło nam zmywanie naczyń i ile to wymagało wysiłku, podczas gdy informacja o analogicznych działaniach partnera rzadko jest nam dostępna. Nierównomierny obiektywnie dostęp do informacji może zostać wzmocniony **wybiórczym kodowaniem** tej informacji: lepiej zapamiętujemy to, co dotyczy naszego wkładu niż wkładu partnera. Trzecim czynnikiem jest **wybiórcze odtwarzanie** informacji z pamięci: nawet jeżeli na początku dysponowaliśmy takimi samymi informacjami, to odpowiadając na pytanie o relatywny wkład każdego z nas, lepiej przypominamy sobie różne elementy własnych działań. Wreszcie ostatnią grupą czynników są **czynniki motywacyjne**. Przypisywanie sobie większej odpowiedzialności za wynik może podnieść naszą samoocenę oraz poczucie sprawstwa.

Ostatnie wyjaśnienie trudno jest utrzymać w obliczu danych wskazujących na obecność egocentryzmu atrybucyjnego także wtedy, gdy wspólne działanie zakończyło się porażką. Również rola dwóch pierwszych czynników okazuje się mało decydująca, choć nie można jej całkiem wykluczyć (por. Ross i Sicoly, 1979; Thompson i Kelley, 1981). Najwięcej danych przemawia za wyjaśnieniem trzecim: szacując wielkość swojego wkładu, mamy skłonność do przypominania sobie większej liczby danych dotyczących własnego zachowania i własnych pomysłów aniżeli analogicznych danych w odniesieniu do partnera.

42.2.2.5 Efekt fałszywej powszechności

Przypomnijmy sobie, jak w czasie wieczoru wyborczego śledziliśmy z napięciem szacowania OBOP, które z coraz większą dokładnością podawały liczbę głosów oddaną na naszą partię lub naszego kandydata. Ilu spośród nas doświadczyło absolutnego zaskoczenia, że wynik okazał się aż tak niekorzystny? Zaskoczyło nas to, pomimo że dokładnie czytaliśmy prognozy przedwyborcze. Sądziliśmy jednak, że nasze poglądy musi podzielać znaczna część społeczeństwa. Zimny prysznic powyborczy stał się dowodem, że przekonanie to było złudne.

Efekt fałszywej powszechności, choć spektakularny, ma swoje ograniczenia. Stwier-

dzono bowiem, że ludzie wykazują skłonność do przeceniania częstości swoich zachowań i cech wówczas, gdy:

(1) kwestia, której dotyczy oszacowanie, jest ważna i angażująca emocjonalnie;
(2) są to przekonania lub zachowania o kontrowersyjnej wartości (na przykład młodzi ludzie zaczynający palić papierosy szacują liczbę palaczy na większą niż osoby od dawna palące);
(3) zachowanie to lub przekonanie jest raczej reakcją na właściwości sytuacji niż wyrazem cech osobowości;
(4) są to zachowania wartościowane pozytywnie;
(5) zachowania lub postawy będące przedmiotem oszacowań stanowią mniejszość w populacji.

RAMKA 42.9

Ross, Greene i House (1977) przeprowadzili serię eksperymentów, w których pytali badanych, jak powszechne w populacji są ich różne zachowania (faktyczne lub wyobrażone), cechy osobowości, postawy, problemy osobiste, preferencje itd. Przykładowo, w jednym z takich zadań proszono badanych o wykonanie pewnej kontrowersyjnej czynności (na przykład spacerowanie przez pół godziny po terenie miasteczka akademickiego, z tabliczką na piersi reklamującą pobliską pizzerię). Następnie osoby, które wyraziły zgodę, oraz te, które się nie zgodziły, poproszono o oszacowanie, jaki procent osób postąpił tak samo jak one. I w tym, i w pozostałych zadaniach uzyskano wynik wskazujący na skłonność do przeceniania częstości własnych zachowań i niedocenianie częstości zachowań przeciwstawnych. Zjawisko to nazwano efektem fałszywej powszechności (*false consensus effect*), a jego występowanie potwierdziło wiele późniejszych badań (zob. Marks i Miller, 1987; Spears i Manstead, 1990).

Różne mogą być mechanizmy tego efektu. Marks i Miller (1987), dokonując przeglądu ich dokumentacji empirycznej, dochodzą do wniosku, że każde z wyjaśnień może okazać się prawdziwe w odpowiednich warunkach.

Jest zatem prawdopodobne, że przecenianie powszechności własnych poglądów lub cech może być po prostu wynikiem **braku dostępu do informacji** o zachowaniach przeciwstawnych. Ludzie, jak wiadomo, wykazują skłonność do kontaktowania się z tymi, którzy są do nich podobni (Byrne i Nelson, 1965; Wojciszke, 1993), a to może w sposób naturalny zawężać dostępność poznawczą poglądów, cech i zachowań innych niż własne.

Drugie wyjaśnienie odwołuje się właśnie do **wyrazistości i dostępności percepcyjnej** własnych przekonań i zachowań. W sytuacji gdy koncentrujemy się na jednym przekonaniu czy zachowaniu (naszym własnym), brak nam kontrargumentów wobec uznania właśnie tego przekonania za najczęstsze w populacji. Wykazano (Marks i Miller, 1987), że aktywizacja percepcyjna konkurencyjnego punktu widzenia może prowadzić do zmniejszenia efektu fałszywej powszechności.

Innym mechanizmem jest mechanizm **walidacji własnych przekonań**: jeżeli w coś wierzymy, uważamy to przekonanie za prawdziwe, a zachowanie za racjonalne. Jest zatem rzeczą naturalną, iż sądzimy, że inni też będą wyznawać prawdziwe przekonania oraz zachowywać się racjonalnie. Ten mechanizm może wyjaśniać występowanie efektu fałszywej powszechności w odniesieniu do zachowań pozytywnie wartościowanych.

Czwarte wyjaśnienie odwołuje się do **mechanizmów egotystycznych** i jest niejako odwrotnością trzeciego. Przeceniając powszechność własnych zachowań i postaw w populacji, zwłaszcza wtedy gdy są to zachowania o niejednoznacznej wartości emocjonalnej, neutralizujemy ich wydźwięk emocjonalny oraz zapobiegamy ich atrybucji do trwałych cech osobowości (wysoka powszechność zachowania sugeruje atrybucje do bodźca lub sytuacji).

Wspomnijmy na koniec o dwóch wyjaśnieniach efektu fałszywej powszechności, które odbierają temu efektowi miano „błędu poznawczego". Otóż fakt, iż występowanie tego efektu stwierdzono przede wszystkim wtedy, gdy przedmiotem oceny były postawy mniejszościowe (odpowiednie szacunki w odniesieniu do postaw większościowych wykazywały lekkie niedocenianie ich częstości w populacji), sugeruje, że możemy tu mieć do czynienia ze zwykłym statystycznym mechanizmem **regresji do średniej** (por. Spears i Manstead, 1990), a nie z egocentrycznym błędem poznawczym. Z kolei Dawes (1989) uważa, że efekt przeceniania powszechności własnych postaw czy zachowań jest konsekwencją racjonalnej heurystyki poznawczej. W sytuacji braku innych informacji wykorzystywanie informacji o własnych zachowaniach przy szacowaniu ich częstości w populacji jest w pełni uzasadnionym zabiegiem statystycznym.

42.2.3 Funkcje procesów atrybucji, czyli dlaczego pytamy „Dlaczego?"

Kiedy i dlaczego zadajemy pytanie „Dlaczego"? To paradoksalnie brzmiące pytanie wcale nie jest bezsensowne. W większości klasycznych eksperymentów atrybucyjnych nie pytano badanych, czy w ogóle interesuje ich wyjaśnianie przedstawionego im zdarzenia, lecz zakładano, że ich interesuje, i proszono o podanie atrybucji. Czy jednak ludzie, których się o to nie pyta, spontanicznie zainteresują się przyczynami zdarzeń?

Wong i Weiner (1981) przeprowadzili badanie, w którym proszono osoby badane o wypisanie pytań lub myśli, które przychodzą im do głowy, kiedy czytają odpowiednio spreparowane historyjki. Bohaterowie historyjek wykonywali zadanie, które mogło zakończyć się albo sukcesem, albo porażką, przy czym wynik ten był przez bohatera albo oczekiwany, albo nieoczekiwany. Wypowiedzi osób badanych następnie kategoryzowano, dzieląc je na trzy grupy: pytania atrybucyjne, pytania odnoszące się do działań, których podjęcie w tej sytuacji było możliwe, oraz wypowiedzi ewaluatywne. W pięciu eksperymentach uzyskano konsekwentny wynik wskazujący, że liczba pytań atrybucyjnych była wyższa w wypadku zdarzeń nieoczekiwanych niż oczekiwanych oraz w wypadku zdarzeń negatywnych w porównaniu z pozytywnymi. We wszystkich sytuacjach liczba pytań atrybucyjnych przewyższała liczbę pytań należących do pozostałych kategorii.

Przegląd siedemnastu badań, których przedmiotem były spontanicznie zadawane pytania atrybucyjne, dokonany przez Weinera (1985b), pokazał, że w sześciu badaniach na osiem uzyskano istotne efekty oczekiwaności zdarzenia i w takiej samej proporcji istotne efekty wartościowości zdarzenia. W dwóch badaniach efekt oczekiwaności był silniejszy od efektu wartościowości, w dwóch – odwrotnie. Wydaje się zatem, że zarówno nietypowość zdarzenia, jak i jego negatywny charakter stymulują ciekawość atrybucyjną człowieka.

Większe zainteresowanie przyczynami zdarzeń nieoczekiwanych niż oczekiwanych wyjaśnia między innymi opisywany poprzednio model stanów nienormalnych Hiltona. Zdarzenia negatywne też można uważać za zdarzenia nieoczekiwane, jak jednak wynika z przeglądu badań Weinera (1985b), wpływ wartościowości na spontaniczną aktywność atrybucyjną jest niezależny od oczekiwaności, a więc możemy mieć tu do czynienia z dwoma niezależnymi mechanizmami poszukiwania przyczyn.

Wiemy już zatem, że ludzie **zadają** pytanie „Dlaczego", i wiemy, **kiedy** to robią. Nie wiemy jednak jeszcze, **po co** to robią, a więc

jaka jest funkcja atrybucji w naszym życiu. Najczęściej wymienianą funkcją procesów atrybucji, poza ogólną potrzebą zrozumienia i wyjaśnienia rzeczywistości społecznej, jest **funkcja kontroli** (Hewstone, 1989; Kelley, 1967). Procesy atrybucji, poprzez wskazanie na ewentualne przyczyny zdarzeń, pozwalają na wypracowanie skutecznych sposobów wpływania na nie lub na zapobieżenie ich wystąpieniu w przyszłości. Nie jest przypadkiem, że aktywność atrybucyjna jest większa w wypadku zdarzeń negatywnych, czyli tych, które wymykają się spod naszej kontroli. Niejako przy okazji prowadzi to do wypracowania bogatszej wiedzy o przyczynach zdarzeń negatywnych niż pozytywnych (Peeters i Czapiński, 1990).

Jeżeli procesy atrybucji uruchamiają się częściej w sytuacjach braku kontroli niż jej posiadania, to aktywność atrybucyjna powinna być silniejsza u osób, u których wywołano stan deprywacji kontroli lub cierpiących na chroniczne poczucie braku kontroli, na przykład osób depresyjnych. I rzeczywiście, wykazano, że eksperymentalne wzbudzenie deprywacji kontroli (trening bezradności) zwiększa aktywność atrybucyjną osób badanych, i to niezależnie od wielkości tej deprywacji (Pittman i Pittman, 1980).

Funkcją pokrewną kontroli jest **funkcja przewidywania** zdarzeń. Podobnie jak wyjaśnianie, przewidywanie to jedna z podstawowych czynności poznawczych człowieka (Kelly, 1955). Zwłaszcza atrybucje dyspozycyjne (do cech osób) dobrze pełnią tę funkcję. Newman (1991) wykazał, że atrybucje dyspozycyjne są silniejsze wówczas, gdy ich użyteczność jako predyktorów zachowań jest większa. Nie dziwi zatem, że zdarzenia nietypowe, nieoczekiwane, a więc nieprzewidziane, stają się przedmiotem silniejszej aktywności atrybucyjnej niż zdarzenia oczekiwane.

Lista funkcji, jakie mogą pełnić procesy atrybucji, nie byłaby pełna, gdybyśmy nie wspomnieli o **funkcjach egotystycznych**. Atrybucje służą podtrzymaniu naszego dobrego mniemania o sobie zarówno we własnych oczach (Heider, 1958; Zuckerman, 1978), jak i w oczach naszych bliźnich (Baumeister, 1982). Atrybucje do własnej osoby po sukcesie podnoszą nam samoocenę, natomiast atrybucje do czynników pozaosobowych następujące po porażce zapobiegają jej spadkowi. Pozwalają nam uniknąć kompromitacji. Gdy nie jesteśmy pewni, czy damy sobie radę, na wszelki wypadek tak „preparujemy" sytuację, żeby ewentualną porażkę przypisać czynnikom, na które nie mieliśmy wpływu (Jones i Berglas, 1978; strategia samoutrudniania i jej konsekwencje dla samooceny jednostki zostały szczegółowo opisane przez Dolińskiego, 1993). I chociaż skrzywiony obraz neurotycznego poszukiwacza pochwał nie do końca jest prawdziwy, to jednak nie ulega wątpliwości, że obok funkcji usprawniających działanie (kontroli, predykcji zdarzeń) nie mniej ważna dla prawidłowego funkcjonowania człowieka jest buforowa funkcja atrybucji, pomocna w utrzymywaniu pozytywnej samooceny.

42.3

Ocenianie ludzi

Bogdan Wojciszke

Dotychczasowe rozważania zawarte w tym rozdziale dotyczyły przetwarzania deskryptywnego znaczenia informacji społecznej, a więc orientacji człowieka w obiektywnych właściwościach ludzi, przedmiotów i zdarzeń. Jednakże niemal każda informacja o otoczeniu społecznym ma ponadto jakieś znaczenie ewaluatywne, czyli pozwala również zorientować się w pozytywnej lub negatywnej wartości napotykanych osób i zdarzeń z punktu widzenia spostrzegającego je człowieka. Otrzymując informację, że jakaś osoba jest „inteligentna", dowiadujemy się, że cechuje ją wysoka sprawność procesów intelektualnych, ale także tego, że jest ona pod pewnym względem wartościowa, że zasługuje na pozytywną ocenę.

Języki naturalne zawierają setki określeń człowieka – są to głównie przymiotnikowe nazwy cech (inteligentny, towarzyski, uczciwy itd.) – i prawie wszystkie te określenia implikują pozytywną lub negatywną ocenę człowieka, do którego są odnoszone. Jeżeli przedstawimy liczebność określeń człowieka jako funkcję ich wartościowości, to rozkład okazuje się dwumodalny: istnieje wiele określeń negatywnych, bardzo niewiele neutralnych i wiele pozytywnych. Zależność taką wykazano na przykład dla języka polskiego (Lewicka, 1983), angielskiego (Anderson, 1981), niemieckiego (Ostendorf, 1994) i świadczy ona o tym, że w języku naturalnym nie można powiedzieć czegokolwiek o innym człowieku, nie oceniając go przy tym w jakiś sposób. Jest to jeden z licznych dowodów na wszechobecność wartościowania w spostrzeganiu świata społecznego, która ma swoje źródło w tym, że pierwotną funkcją spostrzegania społecznego było zapewne odróżnianie sytuacji zagrażających od bezpiecznych, a więc podejmowanie decyzji o tym, do kogo się zbliżać, a kogo unikać.

Ocenianie ludzi jest zatem nieodłączne od ich spostrzegania i nic dziwnego, że liczne teorie psychologii społecznej próbują opisać i wyjaśnić proces formułowania ocen. Omówimy tu trzy najważniejsze sposoby ujmowania tego procesu: jako oddolnej integracji danych, jako odgórnego wykorzystania schematu i jako procesu tendencyjnego sprawdzania hipotez.

42.3.1

Ocenianie jako oddolna integracja danych

Oceny, jakie inni formułują na nasz temat, nierzadko wywierają decydujący wpływ na nasze losy (by wspomnieć choćby egzamin czekający niektórych Czytelników po przeczytaniu tego tekstu). Chcielibyśmy więc być oceniani tak, jak na to zasługujemy – na podstawie bezstronnie zebranych i przeanalizowanych faktów. Rozważania nad ocenianiem rozpoczniemy od prezentacji modeli przyjmujących taką właśnie wizję procesu formułowania ocen.

42.3.1.1

Ilościowe modele integracji danych

Ponieważ praktycznie każda informacja o innym człowieku zawiera taką czy inną ocenę, nasuwa się wniosek, że nasz ogólny stosunek do człowieka jest rezultatem jakiegoś procesu integracji (scalania) tych cząstkowych ocen.

Najprostsza możliwa zasada integrowania ocen cząstkowych w ocenę globalną to ich **sumowanie**. Jeżeli Adamowi przysługują takie cechy, jak wesoły (+2), inteligentny (+3) i życzliwy (+3), a ich oceny cząstkowe (powiedzmy, na skali od –3 do +3) przedstawiają się tak jak w nawiasach, to nasza ocena globalna Adama wyniesie +8. Inna zasada integrowania danych to **uśrednianie**, oparta na założeniu, że ocena globalna jest wynikiem uśrednienia ocen cząstkowych. Nasz przykładowy Adam zasługiwałby zatem na ocenę 2,67. W niektórych warunkach przewidywania obu modeli się różnią. Dzieje się tak na przykład wtedy, gdy do zestawu informacji dodamy jeszcze jedną, mniej krańcową od dotychczasowych. Model sumowania zakłada, że rezultatem dodania takiej (i wszelkiej pozytywnej) informacji będzie wzrost oceny globalnej, model uśredniania natomiast zakłada jej spadek. W naszym przykładzie z Adamem dodatkowa informacja, że jest on zwinny (+1), spowodowałaby wzrost oceny (z +8 na +9) w myśl modelu sumowania, a spadek (z 2,67 do 2,25) zgodnie z modelem uśredniania. Liczne badania Normana Andersona (1981) i współpracowników przekonują, że w takiej sytuacji trafniejsze są przewidywania modelu uśredniania: ocena globalna rośnie wskutek dodania nie każdej informacji pozytywnej, lecz jedynie informacji bardziej pozytywnej od już posiadanych. To samo odnosi się do spadku oceny na skutek otrzymywania dalszych danych negatywnych.

Trzeci model zaproponowany przez Andersona to **ważone uśrednianie**, oparte na założeniu, że ocena globalna jest wynikiem uśrednienia ocen cząstkowych pomnożonych przez ich wagę. Waga oceny cząstkowej wyraża jej ważność, czyli wielkość wpływu na ocenę globalną w porównaniu z innymi, współwystępującymi informacjami. Najważniejszym wyznacznikiem wagi informacji jest treść celu, ze względu na który formułujemy ocenę innego człowieka. Jeżeli oceniamy Adama jako kandydata do wspólnego spędzenia wakacji, to życzliwość będzie odgrywała większą rolę w naszej ocenie niż inteligencja, choć cechy te są jednakowo pozytywne. Jeżeli oceniamy go jako ewentualnego partnera do tenisa, to najważniejsza może okazać się zwinność, choć jest to cecha ogólnie mniej pozytywna od pozostałych.

Ważone uśrednianie pozwala uwzględnić także efekty kolejności otrzymywanych informacji poprzez przypisanie stosunkowo większej wagi informacjom początkowym. Liczne badania dowodzą, że **informacje uzyskane jako pierwsze wywierają silniejszy wpływ na ocenę globalną niż informacje uzyskane w dalszej kolejności.** Ten **efekt pierwszeństwa** sprawia, że osoba opisana jako inteligentna – przedsiębiorcza – impulsywna – krytyczna – uparta – zazdrosna jest oceniana wyżej niż osoba opisana w odwrotnej kolejności (Asch, 1946). Efekt pierwszeństwa można wyjaśniać na trzy sposoby (Wojciszke, 1991).

Wyjaśnienie pierwsze to hipoteza spadku uwagi: w miarę otrzymywania informacji o tym samym człowieku nasza uwaga słabnie, w związku z czym kolejne dane wywierają coraz słabszy wpływ na ocenę. Przeciwko tej hipotezie przemawia wielokrotnie stwierdzany fakt, że choć największy wpływ na ocenę wywierają informacje pierwsze, najlepiej zapamiętywane są z reguły informacje uzyskane jako ostatnie z kolei (a dobre ich zapamiętywanie świadczy, że były obdarzane uwagą).

Wyjaśnienie drugie to hipoteza dyskredytowania informacji sprzecznych z już posiadanymi, która odwołuje się do teorii dysonansu poznawczego (por. rozdz. 43.), zakładającej, że ludzie aktywnie unikają sprzeczności w obrębie wyznawanych przekonań na temat tego samego obiektu i odrzucają nowe informacje, jeśli są one sprzeczne z tymi, w które już uwierzyli. Ten mechanizm efektu pierwszeństwa występuje wtedy, gdy informacje początkowe oddziela od następnych duży odstęp czasowy, a przedmiot ocen jest dla nas w jakiś sposób ważny, nieistotne sprzeczności nie wywołują bowiem dysonansu.

Wyjaśnienie trzecie to (nawiązująca do teorii postaci) hipoteza ukierunkowanego rozwijania naszego sądu o innym człowieku. Informacje otrzymane jako pierwsze dostarczają kontekstu interpretacyjnego dla danych uzyskanych w dalszej kolejności. Jeżeli więc dowiadujemy się o, powiedzmy, lojalności osoby mądrej, inaczej to zinterpretujemy niż wiadomość o lojalności głupca. W tym pierwszym wypadku lojalność znaczyć może tyle co wierność i konsekwencja; w wypadku drugim – tyle co uparta ślepota i niezdolność do zmiany. Ponieważ prawie wszystkie dane o ocenianych osobach cechują się pewną wieloznacznością, informacje uzyskane jako pierwsze z kolei i początkowy sąd o ocenianym człowieku służą jako umysłowe narzędzie subiektywnego ujednoznaczniania danych. Hipoteza ukierunkowanego rozwijania sądu jest stosunkowo najtrafniejszym wyjaśnieniem efektu pierwszeństwa także dlatego, że tylko na jej podstawie można przewidzieć, w jakich warunkach efekt ten zanika lub przeradza się w swoje przeciwieństwo – **efekt świeżości, czyli silniejsze oddziaływanie informacji odebranych jako ostatnie z kolei** (a więc pamięciowo najświeższych). Warunki takie to dokonywanie ocen po każdej kolejnej porcji danych, powtarzanie danych na głos i konieczność odrębnego zapamiętania kolejnych informacji. Ich wspólnym mianownikiem jest zerwanie ciągłości procesu kształtowania oceny. Na przykład czynność tak z pozoru błaha, jak powtarzanie na głos odbieranych informacji, pochłania część aktualnie dostępnych możliwości operacyjnych umysłu,

utrudniając myślenie o wzajemnych związkach między współodbieranymi danymi, a w konsekwencji zaburza ciągłość procesu ich integracji, jak to wykazał Srull (1981).

42.3.1.2 Asymetrie ewaluatywne i treść informacji

Ilościowe modele integrowania informacji w rodzaju uprzednio przedstawionych (por. też model postawy doskonale racjonalnej, omawiany w następnym rozdziale) opierają się na założeniu o stałości ewaluatywnego znaczenia danych, że „lojalny" czy „sprawny" znaczy zawsze to samo niezależnie od innych, współwystępujących informacji. Jednak wyniki sporej liczby badań przekonują, że ewaluatywne znaczenie wielu informacji silnie zależy od treści danych, które z nimi współwystępują (Wyer, 1974). Skoro „lojalny" znaczy co innego po „głupi" niż po „mądry", to całe przedsięwzięcie przewidywania oceny globalnej na podstawie (rzekomo) niezależnych od kontekstu ocen cząstkowych traci sens.

Ilościowe modele integrowania informacji nie wyjaśniają również w wystarczającym stopniu innych prawidłowości rządzących formułowaniem ocen, do których należy niejednakowe traktowanie przez ludzi danych pozytywnych i negatywnych, co znane jest pod nazwą asymetrii pozytywno-negatywnej. Liczne dane zebrane przez Janusza Czapińskiego (1985, 1988) dowodzą, że asymetria owa rozkłada się na dwa różne efekty. Pierwszy z nich to **inklinacja pozytywna (*positivity bias*) – skłonność do formułowania raczej pozytywnych niż negatywnych ocen innych ludzi, siebie samego, obiektów społecznych i świata w ogólności** (czyli optymizm). Ludzie z reguły przeceniają także stopień osobistej kontroli nad biegiem wydarzeń i pozostają raczej w pozytywnym niż negatywnym nastroju. Drugi składnik asymetrii to **efekt negatywności (*negativity effect*) polegający na silniejszym uzależnieniu oceny globalnej od negatywnych niż od pozytywnych informacji, na których podstawie jest ona formułowana.** Negatywne zdarzenia i komunikaty niosą więcej informacji i są lepiej przez ludzi różnicowane (na przykład w językach naturalnych jest zwykle więcej negatywnych niż pozytywnych określeń człowieka), prowadzą też do subiektywnie pewniejszych wniosków, gdy pochodzą z wiarygodnego źródła. Ludzie wymagają również lepszego uzasadnienia sądów negatywnych niż pozytywnych i precyzyjniej uzasadniają własne oceny negatywne.

Występowanie efektu negatywności jest uzależnione od deskryptywnej treści informacji stanowiącej podstawę oceny. W szczególności różnica dotyczy dwóch dziedzin treści: informacji o moralności i o sprawności innego człowieka. W **dziedzinie moralności** informacje o zachowaniach pozytywnych są mniej diagnostyczne dla odpowiadających im cech osobowości niż zachowania negatywne. Większość ludzi zachowuje się przeważnie uczciwie, życzliwie i przyzwoicie – taki jest nakaz społeczny i spotyka się to z aprobatą otoczenia, w związku z czym nie wiadomo, czy zachowanie takie jest wynikiem szczególnych cech osobowości, czy też wymogów społecznych. Odwrotnie rzecz się ma z zachowaniami nieuczciwymi – jeżeli ktoś kradnie, świadczy to na pewno o jego nieuczciwości, a nie o uleganiu naciskom. Inaczej jest w **dziedzinie sprawności**. Tu zachowania negatywne są mało diagnostyczne dla cech – na egzaminie można słabo wypaść nie z powodu braku zdolności, lecz z powodu braku motywacji, czasu na przygotowanie lub niechęci egzaminatora. Silnie diagnostyczne są natomiast zachowania pozytywne – jeżeli ktoś rozwiąże zadanie, z którym inni nie dają sobie rady, świadczy to na pewno o wysokim poziomie zdolności (przy niskim ich poziomie zadanie po prostu nie zostałoby rozwiązane). Omówione zróżnicowanie diagnostyczności pozytywów i negatywów w tych dwóch dziedzinach decyduje o tym, że silny efekt negatywności stwierdza się jedynie w dziedzinie moralności, natomiast w dziedzinie sprawności ulega on zanikowi, a nawet odwróceniu do efektu pozytywności (Skowronski i Carlston,

1987). Tak więc jeżeli dowiadujemy się, że ktoś ukradł 1000 złotych i że ofiarował taką samą sumę na sierociniec, pozostajemy przy negatywnej opinii o jego moralności. Natomiast jeżeli dowiadujemy się, że ktoś raz ukończył bieg jako pierwszy, a raz jako ostatni w dobrej stawce zawodników, to jesteśmy raczej wysokiego zdania o poziomie jego talentu.

Ujemna ocena osoby cechującej się zarówno zaletami, jak i wadami (efekt negatywności) jest oczywiście przejawem strategii unikania ryzyka w kontaktach interpersonalnych. Ogólnie negatywna ocena takiej osoby prowadzi do wycofania się z wszelkich z nią kontaktów, co wyklucza ewentualne szkody. Jednak strategia taka jest adaptacyjna tylko na krótką metę – w dłuższym planie czasowym prowadziłaby do zaniku kontaktów społecznych jednostki, jako że większość naszych bliźnich ma nie tylko zalety. Aby utrzymać i rozwijać kontakty społeczne, jednostka musi więc przynajmniej czasami ujawniać efekt pozytywności, to znaczy decydować, że „dwuznaczna" osoba zasługuje na dodatnią ocenę. Z funkcjonalnego punktu widzenia decyzja taka wydaje się najrozsądniejsza, gdy jej możliwe konsekwencje są raczej niewielkie. Rozumowanie to prowadzi do przewidywania, że efekt pozytywności pojawi się wówczas, gdy integrujemy sprzeczne (pozytywne i negatywne) informacje o niewielkiej intensywności, natomiast efekt negatywności – podczas integrowania sprzecznych danych o wartościowości silnej (kiedy koszty cudzych wad mogą być wielkie). Przewidywanie to potwierdził empirycznie Czapiński (1982).

Efekty pozytywności i negatywności w procesie integrowania sprzecznych danych są zatem funkcją zarówno treści informacji, jak i natężenia jej wartościowości. Oba te czynniki mogą działać niezależnie, a w konsekwencji warunki najbardziej sprzyjające efektowi pozytywności to integrowanie sprzecznych informacji dotyczących sprawności i słabo wysyconych wartościowaniem, natomiast efektowi negatywności sprzyja przetwarzanie informacji dotyczących moralności i silnie wysyconych wartościowaniem (co wykazali Wojciszke, Brycz i Borkenau, 1993).

42.3.2
Ocenianie jako odgórne wykorzystanie schematu

Dotąd przedstawione modele oceniania zakładają, że ocena powstaje wskutek bezstronnego zbierania danych i jest ciągiem licznych operacji umysłowych (ustalenie cech człowieka, ustalenie ich wartościowości cząstkowych, scalenie ocen cząstkowych w globalną). Wynikałoby z tego, że proces oceniania jest dość czasochłonny i że każdego człowieka uczymy się niejako „od nowa" – oceniamy go tak, jakbyśmy nie wiedzieli niczego o różnych rodzajach osób. Jednak w rzeczywistości oceny są często formułowane niemalże natychmiastowo, a posiadane przez nas struktury wiedzy mogą odgrywać decydującą rolę w ich powstawaniu.

Omawiane w tym rozdziale schematy zawierają nie tylko informacje czysto deskryptywne (o typowych właściwościach egzemplarza schematu), ale również typowe reakcje afektywne (uczucia czy oceny) na egzemplarz schematu czy przedstawiciela jakiejś kategorii osób. Na przykład stereotyp policjanta zawiera nie tylko wiedzę o typowych cechach policjanta (umundurowany, wysoki, zasadniczy, niezbyt rozgarnięty – co oczywiście nie musi być prawdą, ale wiele osób ma taki właśnie stereotyp policjanta; Wojciszke, 1991), ale także typowe oceny i reakcje emocjonalne (strach, niechęć, ocena negatywna). Zidentyfikowanie spostrzeganego człowieka jako uosobienia jakiejś kategorii czy schematu prowadzi nie tylko do aktywizacji prototypu (informacji opisujących typowy egzemplarz schematu), ale też do typowej reakcji afektywnej na egzemplarz danego schematu. W konsekwencji reakcja afektywna na spostrzeganą osobę może być skutkiem przeniesienia oceny lub emocji z odpowiedniego prototypu na tę osobę, na takiej samej zasadzie, jak działa uprzednio omówione „wzbogacanie" pamięci o informacje wygenerowane z prototypu.

Ocena globalna napotkanego człowieka może zatem wynikać z jego początkowego (często nieświadomego) sklasyfikowania, a nie z roztrząsania jego szczegółowych właściwości. Ponieważ proces ten jest automatyczny i prosty, może on przebiegać bardzo szybko, co dobrze przystaje do obserwacji, że nasze reakcje afektywne na innych ludzi bywają natychmiastowe i nierzadko występują jeszcze przed odebraniem czy zanalizowaniem szczegółowych danych na temat ocenianego człowieka (Zajonc, 1985).

Występowania tego rodzaju zjawisk dowodzą badania Susan Fiske (1982) i jej współpracowników nad wpływem wywieranym zarówno przez schematy zindywidualizowane („mój narzeczony"), jak i szeroko podzielane („polityk") na spostrzeganie osób rzeczywistych i fikcyjnych. Badania te wykazały, że identyczne cechy osoby spostrzeganej – same w sobie neutralne, czy nawet dodatnie – prowadziły do oceny silnie negatywnej, jeżeli ich nosiciel był spostrzegany jako uosobienie negatywnego schematu polityka, bądź też do oceny względnie neutralnej, jeżeli taka identyfikacja nie miała miejsca. Jednak zjawisko to występowało jedynie u tych badanych, którzy mieli dobrze wykształcony stosowny schemat (w tym wypadku – dysponowali rozbudowaną wiedzą o politykach).

Fiske sformułowała także bardzo przejrzysty i potwierdzony licznymi badaniami model teoretyczny, precyzujący, w jakich warunkach oceny mają charakter schematopochodny, a w jakich ich formułowanie przyjmuje postać oddolnej integracji danych. Model ten zakłada, że oceny schematopochodne pojawiają się w dwóch wypadkach. Po pierwsze, gdy wśród danych o ocenianym człowieku znajduje się identyfikator kategorii (na przykład słowna informacja, że jest on policjantem, lub widok jego munduru), a dane o jego szczegółowych cechach albo nie dotyczą zawartości kategorii (na przykład „chadza na ryby", co ma się nijak do zawartości schematu „policjant"), albo są z tą kategorią zgodne (na przykład „wysoki"). Po drugie, wówczas gdy identyfikator nie jest dany, ale konfiguracja cech jest tak charakterystyczna dla kategorii, że automatycznie wywołuje ją z pamięci (na przykład jeżeli napotkana osoba jest i wysoka, i zasadnicza, i niezbyt rozgarnięta równocześnie). W obu tych wypadkach przestajemy interesować się dalszymi cechami specyficznymi dla ocenianej osoby i formułowanie oceny odbywa się na zasadzie przeniesienia reakcji afektywnej typowej dla danej kategorii osób na tę konkretną osobę. Jeżeli jednak specyficzne cechy człowieka okazują się sprzeczne z kategorią bądź nie wywołują z naszej pamięci żadnego schematu, wówczas żadnej gotowej oceny nie można wykorzystać i musi ona zostać sformułowana od podstaw, a więc na mocy oddolnej integracji danych.

Fiske i współpracownicy udowodnili także, że rola schematów w ocenianiu rośnie wtedy, gdy:

(1) dany schemat był niedawno używany do formułowania ocen (dzięki czemu cechuje go wysoka dostępność pamięciowa i duże prawdopodobieństwo ponownego użycia);
(2) schemat jest mało skomplikowany wewnętrznie (dzięki czemu zawarte w nim treści są jednoznacznie pozytywne lub negatywne, a prototypowa reakcja afektywna jest silna);
(3) sąd wydawany jest w pośpiechu (ocenianie schematopochodne pochłania mniej czasu);
(4) losy człowieka oceniającego nie zależą od człowieka ocenianego (ten pierwszy może więc sobie pozwolić na pomyłki w ocenie i jest słabo motywowany do dokładności).

W warunkach przeciwnych rośnie oczywiście szansa, że ocenianie przebiegać będzie na zasadzie oddolnego integrowania danych.

42.3.3
Ocenianie jako tendencyjne sprawdzanie hipotez

Jeżeli ocena jest kształtowana w wyniku integrowania danych, proces ten często nie ma „bezstronnego" charakteru, lecz sterowany jest jakąś hipotezą na temat wartości ocenianego człowieka. Jeżeli ocena jest schematopochodna z natury, często schematy dostarczają nie tyle gotowych ocen, ile pewnych hipotez co do tego, jaki okaże się oceniany człowiek. Oba te fakty uwzględnia trzecie podejście do procesu formułowania oceny, traktujące go jako proces tendencyjnego sprawdzania hipotez (Wojciszke, 1991).

W myśl tego podejścia punktem wyjścia procesu oceniania jest często jakaś mniej lub bardziej nieświadoma hipoteza co do tego, jaka okaże się formułowana ocena. Źródłem takich hipotez mogą być nasze motywacje (na przykład do oceny kochanego człowieka przystępujemy z nastawieniem, że raz jeszcze okaże się ona pozytywna), dotychczasowa wiedza ogólna (na przykład o policjantach) czy początkowa wiedza o danej osobie (egzaminator przekonany o nieuctwie jakiegoś studenta traktuje egzamin jako okazję do sprawdzenia tej opinii), a nawet nasze stany emocjonalne (w dobrym humorze formułujemy więcej ocen pozytywnych niż w złym). Niezależnie od swego źródła, hipotezy takie w dość podobny sposób zniekształcają proces formułowania oceny, ponieważ wpływają na przebieg różnych operacji umysłowych składających się na ten proces. W szczególności hipotezy:

(1) organizują proces poszukiwania danych w otoczeniu bądź we własnej pamięci (między innymi nastawiają na poszukiwanie danych istotnych dla rozstrzygnięcia o prawdziwości hipotezy, pozwalają skrócić poszukiwanie danych, gdy okazują się one zgodne z oczekiwaniem, a wydłużyć je w wypadku sprzeczności);
(2) decydują o interpretacji znaczenia danych i o sposobie ich ujednoznaczniania w wypadku wieloznaczności (zwykle niejasne dane są asymilowane, „podciągane" do hipotezy);
(3) decydują o wiarygodności danych (akceptacja danych prawdopodobnych, podważanie wiarygodności danych nieprawdopodobnych);
(4) zmieniają zachowanie autora hipotez w taki sposób, że osoby stanowiące obiekt hipotez mogą je potwierdzać własnym postępowaniem (samospełniające się proroctwa).

Nastawienie na poszukiwanie danych istotnych dla rozstrzygnięcia o prawdziwości hipotezy pozwala szukać tego, co ważne, a ignorować to, co nieważne. Sprawdzanie czyjejś inteligencji nastawia więc oczywiście na informacje o sprawności i szybkości uczenia się, ale nie, powiedzmy, o poglądach politycznych czy zdolnościach muzycznych tej osoby. Taka reguła poszukiwania informacji nazywa się **strategią diagnostyczności** i ma charakter w pełni racjonalny. Jednak nakaz poszukiwania danych diagnostycznych dla hipotezy przekształca się często w poszukiwanie głównie danych prawdopodobnych przy założeniu słuszności hipotezy, przy jednoczesnym ignorowaniu danych z nią sprzecznych. Na przykład sprawdzając hipotezę o czyimś braku inteligencji, o wiele bardziej interesujemy się przejawami głupoty niż mądrości tej osoby. Taka reguła zbierania danych nazywa się **strategią konfirmacji** i prowadzi zwykle do częstszego potwierdzania (konfirmacji) hipotezy, niż wynikałoby to z obiektywnych danych.

Zniekształcanie interpretacji danych przez hipotezy znajduje interesującą ilustrację w klasycznym badaniu, w którym przyszli nauczyciele (studenci) oceniali zdolności intelektualne sześcioletniej dziewczynki przedstawionej im za pomocą filmu wideo (Darley i Gross, 1983). Dziewczynka bawiła się piłką, a z tła wynikało, że dziecko pochodzi albo z rodziny zamożnej (w tle ładny domek jednorodzinny), albo z rodziny biednej (obskurny wieżowiec). Jeżeli badani oglądali tylko ten zapis, informacja o pochodzeniu dziewczynki nie wpływała na formułowaną przez nich ocenę jej zdolności. Wpływ taki ujawniał się dopiero wtedy, gdy badani dodatkowo otrzymywali wieloznaczną informację o szkolnych osiągnięciach dziewczynki (oglądali zapis rozwiązywania przez dziewczynkę testów, w których czasami wypadała dobrze, a czasami źle). Badani przekonani, że dziewczynka pochodzi z rodziny biednej, interpretowali tę informację jako negatywną i niżej oceniali zdolności dziecka niż badani przekonani, że przedstawiona dziewczynka pochodzi z rodziny zamożnej (którzy z kolei interpretowali tę informację *in plus*). Eksperyment ten dowodzi, że stereotyp może oddziaływać na spostrzeganie nie tyle jako źródło gotowych sądów o przedstawicielu stereotypizowanej grupy, ile jako źródło hipotez, które sprawiają, że interpretacja dwuznacznych danych staje się bardziej tendencyjna.

Hipotezy nie tylko decydują o selektywności w poszukiwaniu i odbiorze danych czy o tendencyjnej ich interpretacji, ale także prowadzą do „produkowania" danych potwierdzających hipotezy pomimo ich początkowej fałszywości. Jest to zjawisko **samospełniającego się proroctwa**. Jego istota to postawienie pewnej hipotezy na temat natury jakiejś sytuacji czy człowieka („Ten nowy sąsiad wygląda na agresywnego faceta, ma takie czarne, zrośnięte brwi"), która to hipoteza inicjuje sekwencję zdarzeń („Sprawdzę, czy rzeczywiście jest taki agresywny, i rzucę w jego psa kamieniem") doprowadzających do pojawienia się rzeczywistych dowodów jej trafności („Ale krzyczy i wygraża – rzeczywiście jest agresywny, miałem rację").

Późniejsze badania dowiodły, że samospełniające się proroctwo jest zjawiskiem przebiegającym w trzech etapach:

(1) obserwator formułuje jakąś błędną hipotezę na temat obserwowanej osoby,
(2) traktuje tę osobę stosownie do swoich oczekiwań,
(3) osoba ta zaczyna reagować na to zachowaniem, które potwierdza hipotezę obserwatora.

Warunkiem pojawienia się tej sekwencji zdarzeń jest bezpośredni kontakt między obserwatorem a „obiektem" hipotezy i relatywnie większa zdolność obserwatora do narzucania własnej definicji sytuacji (Jussim, 1998). Tak więc hipotezy nauczyciela czy przełożonego mają większą szansę na samopotwierdzenie niż hipotezy ucznia czy podwładnego.

RAMKA 42.10

W jednym z pierwszych badań empirycznych nad tym zjawiskiem Rosenthal i Jacobson (1968) zmierzyli iloraz inteligencji dzieci z pewnej szkoły podstawowej, po czym wylosowali 20% dzieci i zapowiedzieli nauczycielom, że dzieci owe w ciągu najbliższego roku szkolnego ujawnią bardzo wyraźny przyrost inteligencji, która dotąd była u nich utajona (przeprowadzone badania testowe dotyczyły rzekomo wykrywania takiego właśnie utajonego potencjału intelektualnego). Kiedy w rok później autorzy powtórnie zmierzyli inteligencję swoich badanych, owych 20% dzieci ujawniło rzeczywisty (obiektywnie mierzony) przyrost inteligencji. Studium to nie rozstrzygnęło o przyczynach owego wzrostu inteligencji, jednak późniejsze badania wykazały, że czynnikiem za to odpowiedzialnym było zapewne postępowanie nauczycieli, którzy dzieci te obdarzali większą uwagą i zachętą do nauki, co doprowadziło do rzeczywistego rozwoju intelektualnego tych uczniów.

Zjawisko samopotwierdzających się hipotez wzbudziło sporo kontrowersji (jako że dotyczy ono zamiany niesprawiedliwych i fałszywych ocen w rzekomo prawdziwe). Jednak dziś wiemy, że istnienie tego zjawiska nie ulega wątpliwości (wykazano je w ponad trzech setkach badań), choć jego siła jest stosunkowo niewielka i wpływ, na przykład, rzeczywistych zdolności ucznia na uzyskiwane przezeń oceny szkolne jest znacznie większy od wpływu oczekiwań jego nauczycieli lub rodziców. Co więcej, osoby obserwowane mogą zdawać sobie sprawę z negatywnych oczekiwań żywionych przez różnych obserwatorów pod ich adresem i potrafią skutecznie przeciwdziałać tym oczekiwaniom (Jussim, 1998). Mimo to samospełniające się proroctwa mogą powodować niebezpieczne zniekształcenie ocen, jeśli ich efekty kumulują się przez dłuższy okres, na przykład w kolejnych latach szkoły podstawowej.

42.4

Podsumowanie

Spostrzeganie świata społecznego (przede wszystkim innych ludzi) i nasze w nim postępowanie bardzo silnie zależy od wykształconych przez nas struktur wiedzy i od tego, które z nich są zaktywizowane w momencie spostrzegania. Główne struktury wiedzy to reprezentacje kategorii osób (stereotypy i schematy ról społecznych), skrypty (reprezentacje ciągów zdarzeń i działań) oraz reprezentacje cech ludzkich. Wszystkie one mają strukturę prototypową i hierarchiczną. Wszystkie decydują o selektywności uwagi, o sposobie interpretacji nadchodzących informacji i o ich zapamiętywaniu. Warunkiem koniecznym do tego, by jakaś struktura wiedzy wpływała na przetwarzanie informacji, jest jej zaktywizowanie i możliwość zastosowania do przetwarzanych danych.

Psychologowie społeczni sformułowali wiele teorii w celu wyjaśnienia procesu atrybucji, to jest wnioskowania przez ludzi o przyczynach własnych zachowań oraz zachowań innych ludzi. Najważniejsze jest rozróżnienie przyczyn wewnętrznych (związanych z działającą osobą) i zewnętrznych (związanych z sytuacją, w jakich ona działa) wprowadzone przez Heidera. Różne modele teoretyczne specyfikują różne informacje, na których ludzie opierają (lub powinni opierać) swoje wnioski przyczynowe. Do najważniejszych należą informacje o skutkach wyjaśnianego działania, jego zgodności z oczekiwaniami społecznymi, o sytuacyjnych ograniczeniach działania (model Jonesa i Davisa), a także o spójności, wybiórczości i powszechności wyjaśnianego działania (model *ANOVA* Kelleya).

Rzeczywiste wnioski o przyczynach cudzych i własnych zachowań często odbiegają od przewidywań modeli normatywnych wskutek pojawiania się licznych tendencyjności i błędów atrybucyjnych. Do najważniejszych należą: podstawowy błąd atrybucji (przecenianie stopnia korespondencji między działaniem i cechami jego wykonawcy, a w konsekwencji przecenianie roli cech osobowości jako przyczyn cudzych zachowań); asymetria aktor – obserwator (większa skłonność do upatrywania przyczyn cudzych zachowań w osobowości niż w sytuacji, a własnych – w sytuacji); egotyzm atrybucyjny (przypisywanie własnych sukcesów czynnikom wewnętrznym, a porażek – czynnikom sytuacyjnym); egocentryzm atrybucyjny (przypisywanie sobie większej odpowiedzialności za wyniki uzyskiwane wspólnie z innymi osobami) oraz efekt fałszywej powszechności (przecenianie rozpowszechnienia własnych zachowań i opinii).

Spostrzegając świat społeczny, kierujemy się nie tylko deskryptywnym, ale i ewaluatywnym znaczeniem docierających do nas informacji. Dokonujemy ocen napotykanych osób. Trzy najważniejsze sposoby ujmowania procesu oceniania to traktowanie go jako oddolnej integracji danych (na przykład ważone ich uśrednianie), jako odgórnego wykorzystania schematu i jako procesu tendencyjnego sprawdzania hipotez. Każde z tych ujęć procesu oceniania jest do pewnego stopnia prawdziwe, choć każdy z modeli obowiązuje w odmiennych warunkach, w jakich następuje formułowanie ocen.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Na czym polega zasada prototypowości, a na czym zasada hierarchiczności w odniesieniu do struktur wiedzy?
2. W jaki sposób schematy wpływają za zapamiętywanie informacji?
3. Jakie warunki muszą zostać spełnione, aby skrypt zaczął regulować przebiegiem zachowania?
4. Czym różni się wyjaśnianie przyczyn zdarzeń powtarzalnych i niepowtarzalnych w ujęciu Harolda Kelleya?
5. Jakie są przyczyny podstawowego błędu atrybucji?
6. Jakie są przyczyny atrybucyjnej asymetrii aktor – obserwator?
7. Dlaczego ludzie przeceniają stopień rozpowszechnienia własnych poglądów i zachowań?
8. Kiedy ocenianie przyjmuje postać oddolnego integrowania danych, a kiedy ma schematopochodny charakter?

LITERATURA ZALECANA

Doliński, D. (1993). *Orientacja defensywna*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Kofta, M., Szustrowa, T. (red.). (1991). *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z psychologii społecznej*. Warszawa: PWN.

Lewicka, M. (1993). *Aktor czy obserwator. Psychologiczne mechanizmy odchyleń od racjonalności w myśleniu potocznym*. Warszawa: Pracownia Wydawnicza PTP.

Lewicka, M., Trzebiński, J. (red.). (1985). *Psychologia spostrzegania społecznego*. Warszawa: Książka i Wiedza.

Macrae, C. N., Stangor, C., Hewstone, M. (red.). (1998). *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Maruszewski, T. (red.). (1993). *Poznanie, afekt, zachowanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Mądrzycki, T. (1986). *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*. Warszawa: PWN.

Skarżyńska, K. (1981). *Spostrzeganie ludzi*. Warszawa: PWN.

Wojciszke, B. (1986). *Teoria schematów społecznych*. Wrocław: Ossolineum.

Wojciszke, B. (1991). *Psychologia oceniania ludzi*. Poznań: Nakom.

43

Postawy i ich zmiana

Bogdan Wojciszke

W demokratycznie rządzonych społeczeństwach rządzący robią z grubsza to, co odpowiada rządzonym, a jeżeli robią co innego, to przestają rządzić, chyba że uda im się nakłonić rządzonych do zmiany poglądów. Zapewne stąd właśnie wynika ogromna popularność problematyki postaw i ich zmiany, których badanie stanowi jedną z najważniejszych dziedzin psychologii społecznej.

Postawą wobec dowolnego obiektu (przedmiotu, zdarzenia, idei, innej osoby) nazywamy względnie stałą skłonność do pozytywnego lub negatywnego ustosunkowywania się człowieka do tego obiektu. Ustosunkowanie to może mieć charakter zarówno emocji, jak i mniej lub bardziej chłodnej oceny obiektu. Określenie czyjejś postawy wobec jakiegoś obiektu oznacza umiejscowienie człowieka na dwubiegunowym kontinuum ustosunkowania do tego obiektu, rozciągającym się od stosunku skrajnie negatywnego (całkowite odrzucenie obiektu) do stosunku skrajnie pozytywnego (całkowita akceptacja obiektu). Kluczowymi właściwościami postawy są zatem **znak** (pozytywny lub negatywny) i **natężenie** (większe lub mniejsze); inne właściwości to ważność, funkcja, zakres czy złożoność (por. Mądrzycki, 1977), choć większość teorii i badań dotyczy jedynie znaku i natężenia postawy.

Wiele wcześniejszych prac przyjmowało tak zwaną trójskładnikową definicję postawy (por. Mika, 1982). Zgodnie z nią, postawę tworzy – obok stosunku emocjonalnego (uczuciowo-oceniający składnik postawy) – także składnik poznawczy (przekonania człowieka na temat danego obiektu) oraz składnik behawioralny (tendencja do pozytywnych lub negatywnych zachowań w stosunku do obiektu). Jednak związek owych trzech rodzajów reakcji (emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej) na ten sam obiekt często bywa słaby, a jego wielkość zależy od wielu dodatkowych czynników i z pewnością nie można założyć jego istnienia na mocy definicji.

43.1

Geneza postaw

Podźwiękiem po trójskładnikowej definicji postawy jest przyjmowany tu pogląd, że trzy najważniejsze mechanizmy genezy postaw to:

(1) nabywanie przekonań na temat właściwości obiektu, (2) przeżycia emocjonalne związane z danym obiektem oraz (3) własne zachowania kierowane na ów obiekt. Omówimy je kolejno, rozważając na zakończenie także przejmowanie „gotowych" postaw od innych osób.

43.1.1
Postawa jako rezultat przekonań

Traktowanie postawy jako rezultatu przekonań wiąże się najczęściej z założeniem o jej postpoznawczym charakterze, czyli z poglądem, że nasz emocjonalny stosunek do obiektu wynika ze świadomych opinii na jego temat. Precyzyjnym przykładem takiej koncepcji jest stanowisko Martina Fishbeina i Icka Ajzena (1975), które nazwać można modelem postawy doskonale racjonalnej (termin Nowaka, 1973). Na gruncie tego modelu przekonanie oznacza przypisanie obiektowi postawy jakiejś właściwości (na przykład „Ukończenie studiów podwyższa prestiż społeczny") w wyniku obserwacji, wnioskowania bądź otrzymania stosownej informacji od jakiegoś nadawcy. Właściwość ta może być przypisywana z różną siłą – prawdopodobieństwo, że dany obiekt odznacza się daną właściwością, może być różne dla różnych ludzi (niektórzy mocno wierzą w prestiż studiów, inni wierzą w to jedynie słabo). Każde przekonanie implikuje też pewną cząstkową ocenę obiektu postawy, w zależności od wartościowości cechy obiektu, o którą idzie (dla niektórych prestiż jest silnie pozytywny, dla innych – dość obojętny). Omawiany model zakłada, że ogólna postawa wobec obiektu równa się sumie iloczynów siły przekonań i ocen cząstkowych implikowanych przez owe przekonania, co przedstawia wzór [43-1]:

[43-1] $P_x = \Sigma\, p_i\, o_i$

(model postawy doskonale racjonalnej),

TABELA 43.1

Wyznaczniki postawy według modelu postawy doskonale racjonalnej (przykład hipotetyczny)

CECHY STUDIÓW	ADAM			MAREK		
	p_i	o_i	$p_i o_i$	p_i	o_i	$p_i o_i$
Podnoszą prestiż	0,80	+1	+0,80	0,90	+2	+1,80
Opłacalne	0,70	+2	+1,40	0,80	+3	+2,40
Przedłużają beztroskę	0,60	–2	–1,20	0,70	+1	+0,70
Przedłużają zależność	0,80	–3	–2,40	0,60	–2	–1,20
Postawa globalna	$\Sigma p_i o_i = 1,40$			$\Sigma p_i o_i = 3,70$		

Uwaga. Hipotetyczne postawy wobec studiów dwóch osób w różnym stopniu przekonanych o czterech właściwościach studiów. Kolumny „p" przedstawiają siłę tych przekonań, wyrażoną prawdopodobieństwem, że studiom przysługują wymienione cechy. Kolumny „o" przedstawiają oceny cząstkowe, implikowane – zdaniem każdego z przykładowych studentów – przez każde z tych przekonań o studiach. Adam i Marek przypisują wprawdzie studiom te same cechy, jednak ze względu na różnice w sile przekonań i w ocenach cząstkowych poszczególnych cech ogólna postawa Adama do studiów jest negatywna, postawa Marka zaś – pozytywna.

gdzie P oznacza postawę wobec obiektu x; p_i oznacza i-te przekonanie podmiotu na temat obiektu x, czyli subiektywne prawdopodobieństwo, że obiekt x ma cechę i; o_i zaś oznacza ocenę cząstkową cechy i. Ilustrację zastosowań tego równania zawiera tabela 43.1.

Badania wskazują, że na podstawie znajomości siły przekonań i implikowanych przez nie ocen cząstkowych można przewidzieć ogólną postawę wyznawcy tych przekonań wobec danego obiektu. Jednak przewidywania takie bywają dalekie od doskonałości, jako że często stosunek emocjonalny do obiektu wykształca się bez pośrednictwa naszych świadomych czy jakichkolwiek przekonań na jego temat.

43.1.2
Postawa jako rezultat emocji

Najprostszym i bardzo często występującym mechanizmem kształtowania się postawy bez pośrednictwa przekonań na temat jej obiektu jest **warunkowanie klasyczne** (zob. rozdz. 17.). Podstawowy mechanizm polega oczywiście na tym, że wielokrotne pojawianie się obiektu, któremu towarzyszy (lub go poprzedza) dowolna nagroda, prowadzi do wykształcenia pozytywnego stosunku do tego obiektu, a pojawianie się tego samego obiektu w trakcie jakiegoś zdarzenia karzącego (lub tuż przed nim) prowadzi do wykształcenia się stosunku negatywnego. Obiekty pierwotnie obojętne nabierają zatem dodatniego lub ujemnego znaczenia dzięki ich skojarzeniu ze zdarzeniami lub obiektami, które takie znaczenie już mają. Istnienie tego zjawiska potwierdzają liczne badania, w których początkowo obojętnymi obiektami były na przykład słowa bezsensowne lub nazwy mało znanych jednostce narodów, a bodźcami, które z nimi współwystępowały i dzięki temu „użyczyły" im swego znaczenia afektywnego, były słowa o silnie oceniającej treści („szczęśliwy", „paskudny") bądź nazwiska sławnych ludzi, jak Einstein czy Hitler (Staats i Staats, 1958).

Zbliżonym mechanizmem jest **przeniesienie ustosunkowania** z jakiegoś bodźca wywołującego reakcję emocjonalną na współwystępujący z nim obiekt postawy. W przeciwieństwie do warunkowania klasycznego przeniesienie takie nie wymaga wielokrotnego współwystępowania obiektu postawy z bodźcem emocjorodnym – może ono następować w wyniku ich jednorazowej współobecności. Dobrą ilustracją tego zjawiska są badania Dominiki Maison (1997), która pokazywała ludziom zdjęcie reklamującej szminkę modelki o źrenicach rozszerzonych lub o normalnej wielkości. Badani oglądający modelkę z rozszerzonymi źrenicami oceniali ją bardziej pozytywnie (taki wzrost atrakcyjności wykazały również badania prowadzone przez innych autorów), a to pozytywne ustosunkowanie przenosiło się także na reklamowaną szminkę – oceniano ją jako produkt atrakcyjniejszy i lepszej jakości.

Mechanizmy te są bardzo często wykorzystywane w reklamach, których producenci próbują doprowadzić do przeniesienia na promowane produkty emocji wzbudzanych przez inne obiekty, takie jak piękne, sympatyczne czy budzące zaufanie osoby. Do dużej skuteczności takich zabiegów przyczynia się nieświadomość mechanizmu przenoszenia ustosunkowania, który może działać nawet przy tak krótkotrwałych ekspozycjach bodźca emocjorodnego, że człowiek w ogóle nie zdaje sobie z nich sprawy. Na przykład w pewnym badaniu pokazywano ludziom przezrocza przedstawiające nieznaną im osobę w trakcie różnych codziennych czynności. Przed każdym z przezroczy ponadto wyświetlano podprogowo (to jest poza świadomością badanych, bo tylko przez 0,009 sekundy) zdjęcie sceny albo przyjemnej (przedstawiającej na przykład parę nowożeńców), albo nieprzyjemnej (przedstawiającej na przykład ludzką czaszkę). Badani, u których kojarzono nieznaną osobę z obrazami przyjemnymi, żywili w stosunku do niej pozytywną postawę i przypisywali jej bardziej pozytywne cechy niż badani, u których osobę tę kojarzono z obrazami nieprzyjemnymi (Krosnick, Betz, Jussim i Lynn, 1992).

Za pozornie niezrozumiałymi i irracjonalnymi ustosunkowaniami ludzkimi ukrywać się mogą proste mechanizmy genezy postaw. Za niewytłumaczalną niechęcią Twojej przyjaciółki do coca-coli może się kryć na przykład to, że popijała nią w dzieciństwie potrawę z muchomora sromotnikowego, co sprawiło, że w stanie ciężkim trafiła do szpitala. Co więcej, na zasadzie generalizacji ta niechęć mogła przenieść się na inne napoje. Mechanizmy tego rodzaju mogą być trudne do wykrycia, ponieważ w roli zdarzeń udzielających swego znaczenia obiektowi postawy występować mogą niedające się z zewnątrz zaobserwować wydarzenia psychiczne, takie jak, powiedzmy, stan zakochania albo rozmyślanie nad własną sprawnością umysłową.

Postawy powstają także na mocy **warunkowania instrumentalnego** (zob. rozdz. 17.), polegającego na uczeniu się znaczenia pierwotnie obojętnej reakcji dzięki temu, że po tej reakcji pojawiają się pozytywne lub negatywne dla jednostki zdarzenia. Roli tego mechanizmu w genezie postaw dowodzą na przykład badania, w których podczas rozmowy telefonicznej z badanymi na temat pewnej lokalnej imprezy wzmacniano (mówiąc „dobrze, dobrze") albo pochlebne, albo niepochlebne wypowiedzi na temat tej imprezy. Przeprowadzony w tydzień później pomiar opinii „na tematy lokalne" wykazał, że osoby, u których wzmacniano pochlebne wypowiedzi o imprezie, cechowały się bardziej pozytywnym do niej stosunkiem niż osoby, u których wzmacniano wypowiedzi niepochlebne (Insko, 1965).

Jeszcze inny mechanizm genezy postaw wiąże się ze **zjawiskiem samej ekspozycji** (Zajonc, 1985). Badania nad nim polegają na prezentowaniu ludziom całych serii obiektów (na przykład zdjęć twarzy ludzkich lub figur geometrycznych), przy czym niektóre z nich pokazywane są raz, inne – dwa razy, jeszcze inne – cztery, osiem czy więcej razy. Następnie „stare" obiekty miesza się z nowymi, prosząc badanych o to, by ocenili, jak bardzo lubią każdy z tych obiektów, a zwykle także o to, by rozpoznali, które z nich były już eksponowane. Około dwustu badań zgodnie wykazało, że im częściej jakiś obiekt jest eksponowany, tym bardziej jest przez nas lubiany – sama ekspozycja jakiegoś obiektu wystarcza więc, by go polubić (Bornstein, 1989).

Dość oczywiste wyjaśnienie tego zjawiska odwołuje się do założenia, że lubienie obiektu często spotykanego ma swe źródło w jego znajomości – obiekty dobrze znane to takie, po których nie spodziewamy się żadnych nieprzyjemnych niespodzianek, a więc zapewniają nam one pewien komfort psychiczny. Jednakże takie wyjaśnienie nie jest wystarczające, ponieważ obiekty już eksponowane są bardziej lubiane od nowych nawet wtedy, kiedy nie są świadomie rozpoznawane jako już widziane, a także wtedy, kiedy eksponowane są tak krótko, że badani w ogóle nie zdają sobie sprawy z ich ekspozycji. Co więcej, wzrost lubienia bodźców wskutek samej ich ekspozycji jest silniejszy w odniesieniu do bodźców eksponowanych podprogowo niż w wypadku bodźców eksponowanych wystarczająco długo, by je świadomie zapamiętać. Przyrost lubienia jest też najsilniejszy po pierwszych kilkunastu, kilkudziesięciu powtórzeniach, a następnie pozostaje niezmienny, lub nawet słabnie. Skłoniło to Bornsteina (1989) do postulowania dwuczynnikowego wyjaśnienia zjawiska samej ekspozycji. Z jednej strony początkowy przyrost lubienia jest skutkiem habituacji – wygaszenia reakcji na nowe, potencjalnie niebezpieczne bodźce. Ponieważ habituacja oznacza wygaszenie pobudzenia emocjonalnego, a ludzie wykazują skłonność do negatywnego interpretowania pobudzenia o niejasnym dla nich pochodzeniu, sama habituacja wystarcza do pojawienia się lekko dodatniej reakcji emocjonalnej. Z drugiej strony czynnikiem ograniczającym zjawisko samej ekspozycji jest nuda: wielokrotna konstatacja, że jakiś bodziec nie jest zagrażający, wystarcza do początkowego wzrostu jego lubienia, jednak powtarzanie tego procesu sprawia, że ów obojętny bodziec przestaje mieć jakiekolwiek znaczenie.

Zjawisko samej ekspozycji tkwi u podłoża lubienia osób często spotykanych i skuteczności wielu reklam (z których każda jest wielokrotnie powtarzana w telewizji, zanim nastąpi jej „zużycie"). Każdy z nas zna jednak takie obiekty – na przykład ludzi – których nie znosi mimo wielokrotnego ich spotykania. Jest też wiele poglądów, których musimy wysłuchiwać setki razy, co wcale nie doprowadza nas do ich polubienia, lecz do rozpaczy lub rozjuszenia. Rzecz w tym, że zjawisko samej ekspozycji nie jest oczywiście ani jedynym, ani najważniejszym wyznacznikiem naszych postaw i co więcej, występuje ono jedynie w ograniczonych warunkach.

Po pierwsze, obiekt musi być na wstępie przynajmniej neutralny – częste spotykanie obiektu budzącego już od początku negatywną reakcję zwykle tę reakcję nasila. Po drugie, obiekt nie może być eksponowany bez przerwy, bo to prowadzi do szybszego nim znudzenia. Po trzecie, obiekty złożone bardziej zyskują na powtarzaniu ich ekspozycji niż obiekty proste, przy których znudzenie następuje znacznie szybciej. Po czwarte wreszcie, efekt samej ekspozycji dotyczy obiektów niezbyt dla nas ważnych – w wypadku ważnych obiektów dysponujemy zwykle większą ilością informacji na ich temat, co samo przez się silniej wpływa na nasze ustosunkowanie do tych obiektów.

43.1.3
Postawa jako rezultat zachowań

Postawy mogą także wynikać z naszych zachowań kierowanych na ich obiekt. Mechanizm ten opisuje teoria autopercepcji postaw (Bem, 1972), zakładająca, że własne postawy rozpoznajemy w podobny sposób do tego, w jaki rozpoznajemy stany i postawy innych ludzi – na podstawie obserwacji (własnego) zachowania i warunków, w jakich się ono pojawia. Jeżeli zachowujemy się w pozytywny sposób w stosunku do jakiegoś obiektu (działamy na jego rzecz, chwalimy go itp.), to działania takie stają się przesłanką do wnioskowania, że nasza postawa wobec owego obiektu jest pozytywna. Podobnie działania skierowane przeciwko jakiemuś obiektowi prowadzą nas do wniosku, że go nie lubimy. Jeżeli jednak własne zachowanie jest przez człowieka spostrzegane jako silnie uzależnione od sytuacyjnych warunków, które je w widoczny sposób wywołują i wyjaśniają, to nie staje się ono przesłanką do wnioskowania o własnym ustosunkowaniu, a jego przyczyna jest upatrywana w sytuacji.

Tak więc wnioskujemy o naszych postawach z treści własnych zachowań, co jednak zanika, kiedy zachowania te widziane są przez człowieka jako wymuszone jakimś zewnętrznym czynnikiem. Jedna z weryfikacji tego twierdzenia polegała na poproszeniu osób badanych o przypominanie sobie własnych zachowań religijnych, a następnie o oszacowanie swojej postawy wobec religii (Fazio, Herr i Olney, 1984). Kiedy badani studenci przypominali sobie własne zachowania religijne z ostatniego roku, a więc zachowania niedawne i wywodzące się z okresu, kiedy byli już dorośli i na ogół robili to, czego sami chcieli, stwierdzono normalny efekt autopercepcji – mianowicie wzrosła siła bezpośrednio potem mierzonych postaw wobec religii. Jednakże kiedy studenci przypominali sobie swoje zachowania religijne z dzieciństwa, a więc z okresu odległego, kiedy robili raczej to, czego wymagali od nich rodzice, analogiczny wzrost siły postaw nie nastąpił.

Wiele badań przekonuje, że ludzie wnioskują o swoich postawach na podstawie własnych niedawnych zachowań, jednak aby ten efekt wystąpił, muszą być spełnione dwa warunki. Po pierwsze, początkowa postawa (poprzedzająca zachowanie) musi być słaba i mało wyrazista dla jej podmiotu. Po drugie, zachowanie musi być spostrzegane jako niewymuszone zewnętrznymi naciskami (na przykład nadzorem lub wymaganiami innych osób, nagrodami, unikaniem kar). Tak więc aby nasze zachowania wpływały na nasze opinie, zachowania te muszą być widziane jako zależne od nas samych, a nie od sytuacji.

43.1.4
Przejmowanie postaw od innych

Postawy ukształtowane w wyniku osobistych doświadczeń z ich obiektem są silniejsze, pewniejsze, mniej podatne na zmiany i częściej sterują naszym działaniem niż postawy wykształcone na bazie informacji z drugiej ręki. Jednak oczywiste jest, że liczba obiektów, do których mamy określony stosunek, znacznie przekracza liczbę obiektów, z którymi osobiście się zetknęliśmy. Oznacza to, że wiele, jeśli nie większość swoich postaw przejmujemy w mniej lub bardziej gotowej postaci od innych ludzi.

W początkowym okresie życia osobami, od których przejmujemy postawy, są głównie rodzice. Na przykład postawy dzieci w stosunku do osób odmiennej rasy zależą w dużym stopniu od postaw rodziców tych dzieci (Stephan i Rosenfeld, 1978). Zarówno liczne badania, jak i potoczna obserwacja wskazują, że dzieci nawet jako osoby dorosłe mają poglądy na politykę, religię czy wychowanie raczej podobne do poglądów swoich rodziców. Począwszy od wieku dorastania, głównymi „nadawcami" postaw stają się grupy rówieśnicze, często przezwyciężające wpływ rodziców. Klasyczne badania Newcomba (1963) z lat czterdziestych i sześćdziesiątych nad młodzieżą studiującą w pewnej liberalnej uczelni wykazały, że choć młodzież ta z reguły pochodziła z rodzin o poglądach konserwatywnych, to jednak przejmowała od starszych kolegów i nauczycieli poglądy liberalne. Zmiana ta utrzymywała się jeszcze po dwudziestu latach.

Współcześnie bardzo poważnym źródłem postaw oddziałującym w masowej skali są mass media, a szczególnie telewizja. W połowie lat dziewięćdziesiątych przeciętny Polak oglądał telewizję ponad trzy godziny dziennie (dwukrotnie dłużej w dni świąteczne), co w sumie daje ponad piętnaście lat nieprzerwanego oglądania telewizji w ciągu całego życia! Telewizja wywiera znaczny wpływ na wiele postaw społeczeństwa, na przykład na wyniki wyborów politycznych. Mechanizmy, na których mocy przejmujemy postawy od innych osób, są podobne do omawianych dalej mechanizmów zmiany postaw.

43.2
Wpływ postaw na rozumienie świata

Podobnie jak inne rodzaje struktur wiedzy, postawy wywołują tendencyjność w przetwarzaniu informacji o obiektach, których dotyczą. Tendencyjność ta zaczyna się już w momencie poszukiwania informacji, bądź też „otwarcia" się na ich dopływ z zewnątrz, a dotyczy również interpretacji odbieranych danych, wyciągania z nich wniosków, a także zapamiętywania owych danych.

43.2.1
Selektywność poszukiwania informacji

Teoria dysonansu poznawczego (Festinger, 1957) każe przewidywać, że w celu przyjemnego potwierdzenia słuszności własnych poglądów aktywnie dążymy do uzyskiwania informacji zgodnych z własnymi postawami, natomiast aby przeciwdziałać nieprzyjemnym dysonansom, unikamy informacji sprzecznych z postawami. Na przykład nałogowi palacze unikają informacji na temat związku palenia z rakiem płuc, a chętnie poszukują informacji dementujących tę zależność (Brock, 1965). Jednakże starsze badania nad tą hipotezą selektywnej ekspozycji okazały się niezbyt dla niej pochlebne, co wynika z ograniczoności zakresu sytuacji, w których ona obowiązuje (Frey, 1986). Unikanie argumentów sprzecznych z własną postawą zanika w warunkach wymuszających bezstronność (wskutek publicznego charakteru własnego zachowania czy konieczności wyjaśnienia go innym), gdy sprawa jest dla nas mało ważna, gdy jesteśmy przekonani, że łatwo sobie poradzimy z kontrargumentami, a także wtedy, gdy przygotowujemy się do zmiany własnego poglądu, poszukując argumentów na rzecz naszego przyszłego, już zmienionego poglądu.

43.2.2
Tendencyjność interpretacji danych odbieranych na bieżąco i z pamięci

Interesująca koncepcja zaproponowana przez Russella Fazio (1986) przyjmuje, iż postawa wobec obiektu jest w istocie skojarzeniem reprezentacji tego obiektu z określonym ustosunkowaniem czy reakcją uczuciową (na przykład „Luiza" – „miłość"). Siła tego skojarzenia jest równoznaczna z siłą postawy, której wskaźnikiem może być czas reakcji na pytania o ocenę obiektu. Jeżeli człowiek szybko decyduje, czy obiekt ma jakąś silnie wartościowaną cechę, czy jej nie ma, oznacza to, że postawa jest silna i łatwo dostępna pamięciowo. Jeżeli decyduje powoli, wskazuje to na postawę słabą, to jest słabe skojarzenie obiektu z pozytywnym lub negatywnym stosunkiem emocjonalnym (i niewielką dostępność pamięciową danej postawy).

Badania Fazio wykazały, że samo powtarzanie związku ocena – obiekt prowadzi do wzmocnienia postawy (tak jak powtarzanie współwystępowania dwóch dowolnych bodźców nasila skojarzenie między nimi), a postawy ukształtowane w wyniku naszego bezpośredniego kontaktu z ich obiektami cechują się większą siłą od postaw wykształconych na bazie informacji z drugiej ręki. Ponadto w wypadku silnych postaw samo pojawienie się obiektu postawy powoduje automatyczną aktywizację stosunku emocjonalnego do tego obiektu. Reakcja ta prowadzi z kolei do tendencyjnego przetwarzania nowych informacji o danym obiekcie. Na przykład pojawienie się zdecydowanie nielubianej osoby wzbudza w nas uczucia negatywne, a te uczucia mogą zmieniać interpretację świata (na przykład skądinąd całkiem przeciętna impreza towarzyska wyda nam się wyraźnie nieudana). Eksperymenty Russella Fazio wykazały też, że wpływ reakcji uczuciowej aktywizowanej przez pojawienie się obiektu postawy jest automatyczny i niespecyficzny. Na przykład pojawienie się obiektu obdarzanego silnymi uczuciami pozytywnymi przyspiesza formułowanie pozytywnych, a opóźnia formułowanie negatywnych sądów na tematy niezwiązane z tymi obiektami, odwrotnie zaś oddziałuje pojawienie się obiektu postawy silnie negatywnej.

Mechanizm aktywizacji stosunku uczuciowego wskutek pojawienia się obiektu postawy wyjaśnia źródło tendencyjnego przetwarzania danych na temat tego obiektu, a także samopodtrzymujący się charakter postaw. Gdy napotkamy raz jeszcze jakiś obiekt postawy, prawdopodobnie zinterpretujemy dotyczące go informacje raczej w sposób zgodny z już istniejącą własną postawą niż w sposób z postawą tą sprzeczny. Działanie tego mechanizmu ogranicza się jednak tylko do postaw silnych i do informacji przynajmniej w jakimś stopniu wieloznacznych.

Ponieważ informacje zgodne z postawami wywołują konsonans, a informacje z nimi sprzeczne rodzą dysonans, teoria dysonansu każe przewidywać lepsze zapamiętywanie tych pierwszych niż drugich. Niektóre wczesne badania zdawały się wprawdzie potwierdzać to przewidywanie, ale selektywność pamięci w służbie redukowania dysonansów była z reguły niewielka, a późniejsze, bardziej rygorystyczne badania selektywności tej nie potwierdziły. Współczesne badania przekonują, że postawy wpływają na selektywność pamięci, jednak często wiąże się to nie z redukowaniem dysonansu, lecz z funkcjonowaniem postaw jako struktur wiedzy (por. rozdz. 42.1). Podobnie jak inne struktu-

ry wiedzy, postawy ułatwiają zapamiętywanie związanych z nimi informacji: materiał zarówno zgodny, jak i sprzeczny z postawami jest lepiej zapamiętywany od materiału neutralnego. W konsekwencji osoby o neutralnej postawie wobec jakiejś kwestii słabiej zapamiętują dotyczące jej informacje niż osoby o postawie wyraźnie pozytywnej lub negatywnej (Hymes, 1986).

43.3

Wpływ postaw na zachowanie

Jednym z oczywistych powodów niezwykłej popularności problematyki postaw w psychologii społecznej było przekonanie o silnym związku postaw z zachowaniem: pozytywnemu stosunkowi człowieka do jakiegoś obiektu towarzyszą zachowania wyrażające aprobatę, ochronę lub działanie na rzecz tego obiektu, natomiast stosunkowi negatywnemu – zachowania wyrażające potępienie, zwalczanie lub działanie na szkodę tegoż obiektu. Pod koniec lat sześćdziesiątych pojawiło się jednak wiele prac podsumowujących dziesiątki badań wskazujących jednoznacznie, że zgodność postaw z wyrażającymi je zachowaniami jest daleka od doskonałości (Wicker, 1969). Na przykład w klasycznych badaniach LaPierre'a (1934) stwierdzono, że w 250 hotelikach lub restauracjach bez obiekcji obsłużono parę Chińczyków, a tylko w jednym miejscu odmówiono obsługi. Jednak w pół roku później ponad 90% właścicieli tych lokali deklarowało w ankiecie uprzedzenia i niechęć do przyjmowania Chińczyków. Według metaanalizy 88 badań, dokonanej przez Krausa (1995), przeciętna korelacja postaw ze sto-

RAMKA 43.1

Potoczne przekonanie, że lepiej pamiętamy to, co jest zgodne z naszymi postawami, niż to, co z nimi sprzeczne, może wynikać z funkcjonowania postaw jako prostych heurystyk rozwiązywania problemów dotyczących obiektów tych postaw. Jeżeli nie jesteśmy pewni prawdziwości jakiejś informacji o obiekcie postawy, to decydujemy o tym na podstawie tego, jak owa informacja ma się do naszej postawy. Dzięki tej **heurystyce ustosunkowania** chętniej wierzymy w informacje zgodne niż w informacje sprzeczne z postawami, co czasami wygląda na lepsze przypominanie informacji zgodnych, choć w istocie niewiele ma wspólnego z przypominaniem rozumianym jako reprodukcja danych. Zjawisko to ilustruje badanie Anthony'ego Pratkanisa (1988), który zebrał wiele mało znanych faktów na temat sławnych osób (na przykład, że prezydent USA Reagan miał kiepskie stopnie na studiach) i przedstawił je badanym z prośbą o „rozpoznanie", które z tych faktów są prawdziwe, a które nie. Okazało się, że im bardziej pozytywny był stosunek badanych do sławnej osoby, tym częściej identyfikowali oni jako prawdziwe fakty dobrze o tej osobie świadczące, a tym rzadziej akceptowali fakty świadczące o niej źle. Tak więc przeciwnicy Reagana „przypominali sobie", że miał on marne stopnie, choć jego zwolennicy zgadzali się raczej z pozytywnymi informacjami na jego temat.

Oddziaływanie postaw na przypominanie poprzez heurystykę ustosunkowania jest bardzo zbliżone do omawianego w paragrafie 42.1.2 zjawiska fałszywych alarmów i generowania rzekomych danych pamięciowych na podstawie schematu, za którego pomocą dane te są zapamiętywane lub rozpoznawane.

sownymi zachowaniami wynosi $r = 0{,}38$. Jest to jednak tylko wartość przeciętna – niekiedy zachowania są bardzo silnie uzależnione od odpowiednich postaw, niekiedy zaś związku takiego wcale się nie stwierdza. Oznacza to istnienie dodatkowych czynników decydujących o wpływie postaw na zachowanie. Poszukiwania tych czynników podporządkowane były jednej z trzech strategii: metodologicznej (dostosowywanie poziomów ogólności postawy i zachowania); strategii poszukiwania moderatorów zgodności, a więc różnych dodatkowych czynników, od których zależy występowanie zgodności; oraz strategii poszukiwania mediatorów – procesów psychicznych, za których pośrednictwem postawy wpływają na zachowanie.

43.3.1

Poziom ogólności postawy i zachowania

Strategia metodologiczna zakłada, że zgodność postaw z zachowaniem jest w rzeczywistości duża, natomiast wiele badań nie jest w stanie jej wykazać, ponieważ mierzą postawy i zachowania na różnych poziomach ogólności. Albo posługują się pojedynczymi aktami behawioralnymi jako wskaźnikami zachowania, albo porównują szczegółowe zachowania z ogólnymi postawami. Remedium na te dwie usterki stanowią, odpowiednio, agregacja danych o zachowaniu i konkretyzacja mierzonej postawy.

Wskaźnikiem zachowania jakiegoś rodzaju może być albo pojedyncze działanie (na przykład wskaźnikiem religijności może być obecność w kościele w ostatnią niedzielę), albo zagregowane (uśrednione czy zsumowane) dane o licznych działaniach (a więc także o modleniu się, przestrzeganiu nakazów, zakazów itp.). Jednorazowy pomiar zachowania jest oczywiście bardziej narażony na nietrafność i nierzetelność niż pomiary wielokrotne (jako że nawet człowiek bardzo religijny mógł zachorować i nie pójść do kościoła). Stąd też zgodność zachowania z postawami jest zwykle znacznie większa w wypadku wskaźników działań zagregowanych niż pojedynczych. Na przykład zgodność postawy wobec religii z pojedynczym zachowaniem religijnym wynosi przeciętnie $r = 0{,}14$, podczas gdy dla wskaźnika agregującego dane o 100 różnych zachowaniach religijnych $r = 0{,}63$ (Fishbein i Ajzen, 1974).

Jednak nawet pojedyncze zachowanie może być dobrze przewidywane, jeżeli tylko stanowiąca źródło przewidywań postawa jest równie szczegółowa jak przewidywane zachowanie. Na przykład w jednym z badań przewidywano częstość używania pigułki antykoncepcyjnej na podstawie pomiaru coraz to bardziej konkretnych postaw, a więc postaw wobec kontroli urodzin, wobec pigułki antykoncepcyjnej, wobec osobistego używania pigułki, wreszcie wobec używania pigułki przez te dwa lata, podczas których mierzono faktyczne zachowania. Im bardziej konkretna była postawa, tym silniejszy był jej związek z faktycznym używaniem pigułki (Davidson i Jaccard, 1979). Ponieważ postawa wobec jakiegoś określonego działania skierowanego na obiekt jest zwykle bardziej konkretna od ogólnej postawy wobec danego obiektu, ta pierwsza jest również lepszym predyktorem działania niż ta druga. Stanowi to ważną przesłankę omawianej dalej teorii działań przemyślanych.

43.3.2

Moderatory zgodności zachowania z postawami

Stopień zgodności zachowania z postawą zależy ponadto od innych, „trzecich" zmiennych, zwanych moderatorami zgodności – mianowicie od tego, jaka to postawa, kto ją wyznaje, jakie to zachowanie i w jakich warunkach dochodzi do jego wykonania.

Z tego punktu widzenia przekonujące jest rozróżnienie między sytuacjami indywidualizującymi, dezindywiduującymi i skryptowy-

mi (Abelson, 1982). **Sytuacje indywidualizujące to warunki umożliwiające postępowanie zgodne z naszymi preferencjami, nakłaniające do myślenia o sobie lub o swoich poglądach i zachęcające nas do wykorzystywania płynących stąd wniosków we własnym działaniu.** Najlepiej poznaną klasą takich sytuacji są warunki **autokoncentracji**, owocujące wzrostem zgodności zachowania z własnymi poglądami (por. rozdz. 35.). Podobny wpływ wywiera sytuacyjnie wzbudzone myślenie o własnej postawie tuż przed wykonaniem związanego z nią zachowania, na przykład wskutek przeżycia swobody wyboru (dokonywanie swobodnego wyboru aktywizuje bowiem nasze preferencje, postawy i wartości – Kofta, 1982). **Sytuacje dezindywiduujące to warunki, w których następuje czasowe nasilenie identyfikacji jednostki z jakąś grupą, jej symbolami i wartościami w takim stopniu, że jej osobiste wartości i opinie przestają regulować jej zachowanie.** Typowym przykładem takich warunków jest uczestnictwo w demonstracji czy w strajku, a więc silnie emocjonujące i wychodzące poza codzienność działanie w grupie realizującej jakiś cel symboliczny. Zgodność zachowania z indywidualnymi poglądami czy postawami poszczególnych członków grupy zanika w tych warunkach, ponieważ sensem zachowania staje się nie ekspresja siebie, lecz wyrażanie symbolicznych wartości grupy. **Sytuacje skryptowe to warunki, które mniej lub bardziej automatycznie inicjują gotowy już ciąg zachowań, czyli skrypt** (por. rozdz. 42.1), dobrze utrwalony i mniej więcej jednakowy dla wszystkich osób mających ten skrypt. Podczas wojskowej parady, egzaminu czy uczestnictwa w pogrzebie wszyscy zachowujemy się w podobny sposób, ponieważ dla każdej z tych sytuacji istnieje dość sprecyzowany scenariusz zachowań, wykluczający wpływ własnych postaw czy upodobań uczestników na ich zachowania. W tych kategoriach można wyjaśniać przytoczony poprzednio wynik LaPierre'a, że nawet uprzedzeni do Chińczyków właściciele hoteliков obsługują ich tak samo jak wszystkich innych klientów. Przyjmując nowego klienta, właściciel hotelu nie zastanawia się nad swoimi postawami rasowymi, lecz realizuje skrypt „przyjmowanie nowego gościa", a więc zapisuje go do książki meldunkowej, sprawdza jego potencjalną wypłacalność (a nie rasę) itd.

Tak więc tylko niektóre sytuacje umożliwiają ujawnienie się własnych postaw w zachowaniu uczestniczących w nich osób. Inne sytuacje wymuszają jednakowe zachowania wszystkich uczestników dlatego, że inicjują realizację określonego skryptu, albo dlatego, że jednostka wyraża w nich wolę i wartości raczej grupowe niż własne.

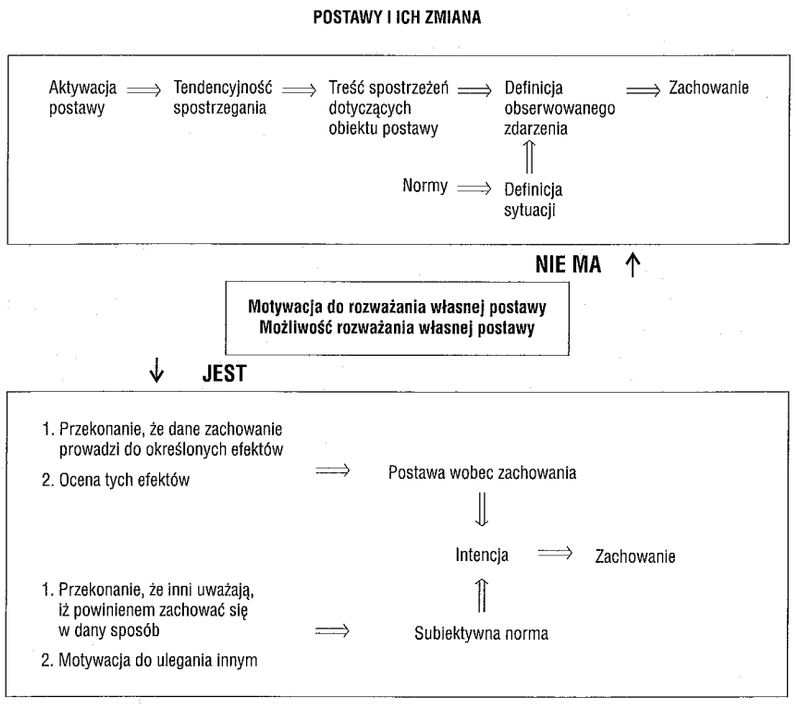
Innym moderatorem zgodności zachowania z postawami są pewne właściwości samej postawy, takie jak jej ważność, wywodzenie się z bezpośrednich doświadczeń z danym obiektem i wewnętrzna jednorodność. Postawy ważne, dotyczące kwestii mających bezpośredni wpływ na nasze losy, chętniej wprowadzamy w życie niż postawy wobec kwestii, które nas nie dotyczą. Na przykład w jednym ze stanów amerykańskich rozważano kwestię podniesienia wieku, od którego można klientowi sprzedawać alkohol, z 18 na 21 lat. Jak się okazało, studenci uniwersytetu znajdującego się w tym stanie byli z reguły przeciwni tej zmianie. Jednak wcale nie wszyscy chcieli działać przeciwko propozycjom wprowadzenia nowego prawa – dzwonić do nieznanych sobie osób, namawiając do głosowania przeciw tej ustawie. Jedynie 5% studentów, którzy i tak skończyliby 21 lat przed wejściem nowego prawa w życie, oferowało udział w telefonicznej akcji. Udział w takiej akcji deklarował jednak niemalże co drugi z tych studentów, których prawo to zdążyłoby objąć (Crano, 1995). Na tej samej zasadzie postawy wywodzące się z osobistych doświadczeń z danym obiektem generują zachowania bardziej z nimi zgodne, ponieważ postawy te są dla nas ważniejsze, jaśniej zdefiniowane i bardziej odporne na zmianę niż postawy przejęte od innych ludzi.

43.3.3
Mediatory zgodności zachowania z postawami

Wskazywanie poszczególnych czynników nasilających czy osłabiających zgodność zachowania z postawami nie składa się jeszcze na teorię wyjaśniającą procesy, na których mocy postawy decydują o zachowaniu. Budowa takiej teorii to poszukiwanie mediatorów zgodności. Ta strategia rozwiązywania problemu zgodności zaowocowała dwiema teoriami wyjaśniającymi sposób wpływania postaw na zachowanie. Pierwsza z nich to **model tendencyjnego spostrzegania obiektu postawy** (Fazio, 1986), który zakłada, że postawy wpływają na zachowanie, kształtując sposób spostrzegania ich obiektów. Druga to **teoria działań przemyślanych** (Ajzen i Fishbein, 1980), zgodnie z którą postawa oddziałuje poprzez kształtowanie naszej świadomej intencji zachowania się w ten, a nie inny sposób wobec danego obiektu. Pozytywna postawa wobec własnej teściowej może więc skłaniać do prawienia jej komplementów i sprawiania drobnych przyjemności albo na zasadzie automatycznego interpretowania jej zachowań w pozytywny sposób, co prowadzi do równie pozytywnych zachowań własnych (widzimy, że jest miła, więc stosownie do tego reagujemy), albo na zasadzie świadomej intencji (lubię ją, więc postanawiam, że powiem jej coś miłego).

Teoria tendencyjnego spostrzegania obiektu postawy bazuje na omówionym poprzednio wpływie postawy na interpretację i pamięć danych o jej obiekcie, co ilustruje górna część ryciny 43-1. Kluczowe dla tego modelu jest pojęcie aktywizacji postawy. Jak wykazały poprzednio omawiane badania, postawy silne są aktywizowane wskutek samego pojawienia się ich obiektu. Przeżywanie nawet słabych pozytywnych uczuć w kontakcie z danym obiektem powoduje tendencyjność w jego spostrzeganiu, na przykład selektywnie zauważamy zgodne z przeżywanym afektem, pozytywne cechy obiektu, albo też dane pozytywne uznajemy za bardziej wiarygodne od negatywnych. W rezultacie widzimy właściwości obiektu jako bardziej pozytywne, niż działoby się to w wypadku braku silnej postawy (lub negatywnej postawy wobec tego obiektu), a cały kontakt z obiektem postawy jest definiowany jako przyjemny i pozytywny, co prowadzi do własnego zachowania zgodnego z tą definicją. Jednakże jak ilustruje rycina 43-1, definicja zdarzenia uwarunkowana jest nie tylko spostrzeganiem obiektu postawy, ale także definicją sytuacji i normami zachowania w danej sytuacji. Jeżeli uczeń spotyka się na przykład z agresją ze strony swego nauczyciela, to sposób widzenia nauczyciela dyktuje silnie negatywne zachowanie w stosunku do niego. Jednak uczeń zdaje sobie sprawę z norm nakazujących szacunek dla nauczyciela, a także z niepożądanych dla siebie konsekwencji ich przekroczenia, co w oczywisty sposób będzie go powstrzymywać od ujawnienia swojej postawy w zachowaniu. O trafności tego modelu świadczy fakt, że wzmacnianie postawy za pomocą różnych procedur (na przykład nasilanie skojarzenia między widokiem obiektu postawy a emocjonalnym doń stosunkiem) owocuje wzrostem zgodności zachowania z postawą.

Istotną cechą modelu Russella Fazio jest spontaniczny, niekoniecznie uświadamiany charakter procesów psychicznych pośredniczących między samą postawą a wyrażającym ją zachowaniem. Natomiast w pełni uświadamiany, kontrolowany przebieg procesów pośredniczących między postawą a zachowaniem postuluje teoria działań przemyślanych, przedstawiona w dolnej części ryciny 43-1. Zgodnie z nią, zachowanie jest bezpośrednią konsekwencją świadomej intencji działającego człowieka. Treść intencji uwarunkowana jest dwoma czynnikami: postawą człowieka wobec danego działania (która z kolei zależy od przekonania, że działanie prowadzi do określonych rezultatów, a także od oceny tychże rezultatów) oraz subiektywnym przekonaniem o treści norm społecznych dotyczących danego zachowania. Taka subiek-



Dwa modele procesów psychicznych pośredniczących między postawą a zachowaniem: tendencyjne spostrzeganie obiektu postawy (Fazio, 1986) i teoria działań przemyślanych (Ajzen i Fishbein, 1980)

RYCINA 43-1

tywna norma zależy z kolei od przekonania człowieka, że inni, ważni dla niego ludzie uważają, iż powinien się w dany sposób zachować, oraz od motywacji do podporządkowania się tym wymaganiom. Zgodność rzeczywistego zachowania z postawą jest więc tym większa, im słabiej intencja pozostaje uzależniona od norm obowiązujących (zdaniem działającego człowieka) w danej sytuacji. W szczególności kiedy inni oczekują zachowań sprzecznych z intencją podsuwaną nam przez własną postawę, a nasza motywacja do ulegania temu naciskowi jest duża (na przykład dlatego, że inni dysponują silnymi nagrodami czy karami), związek zachowania z naszą postawą ulega zupełnemu zanikowi.

Liczne badania Fishbeina, Ajzena i innych autorów ogólnie potwierdzają teorię działań przemyślanych, choć dwa jej założenia wymagają modyfikacji. Po pierwsze, dotyczy to założenia, że postawa i subiektywna norma są niezależnymi wyznacznikami intencji. Część badań wskazuje, że przekonania normatywne (wiara, że inni żądają od nas pewnych zachowań) wpływają zarówno na subiektywną normę, jak i na naszą postawę wobec zachowania, a więc na nasze przekonanie o tym, co dobre, a co złe (np. Vallerand, Deshaies, Cuerrier, Pelletier i Monegau, 1992). Po drugie, modyfikacji wymaga założenie, że postawa wpływa na zachowanie wyłącznie za pośrednictwem świadomych intencji. Badania dowodzą bowiem, że w wielu wypadkach, kiedy nawet występuje zgodność postawy z zachowaniem, związek ten nie jest zapośredniczony świadomą intencją. Oczywiście z tym założeniem jest również sprzeczny model tendencyjnego spostrzegania obiektu postawy, w myśl którego świadome intencje w ogóle nie są potrzebne do wpływu postawy na zachowanie. Jak więc jest możliwe, aby oba modele procesów łączących postawę z zachowaniem były prawdziwe? W udzieleniu odpowiedzi na to pytanie pomaga właśnie fakt, że model tendencyjnego spostrzegania postuluje spontaniczność procesów pośredniczących między postawą a zachowaniem, podczas gdy teoria działań przemyślanych postuluje świadomy, kontrolowany przebieg tych procesów.

Ponieważ świadome, kontrolowane przetwarzanie informacji następuje, gdy coś nas motywuje do takich rozmyślań, a jednocześnie sytuacyjne warunki umożliwiają nam ich przeprowadzenie, procesy postulowane przez teorię działań przemyślanych obowiązują wtedy, gdy pojawia się i motywacja, i warunki do myślenia o własnych postawach. Kiedy natomiast zabraknie albo motywacji, albo odpowiednich do myślenia warunków, wówczas zgodność zachowania z postawami występuje (jeżeli w ogóle może zaistnieć) na mocy drugiego z mechanizmów przedstawionych na rycinie 43-1.

Podsumowując, dwa rodzaje procesów mogą pośredniczyć między postawą a zacho-

RAMKA 43.2

Przewidywania zilustrowane ryciną 43-1 potwierdził eksperyment, w którym wytwarzano w badanych pozytywną postawę wobec jednego domu towarowego, nazwijmy go „Nowak", negatywną zaś wobec innego domu towarowego, nazwijmy go „Kowalski" (Sanbonmatsu i Fazio, 1990). Osiągano to przez podawanie w większości pozytywnych informacji o sklepie Nowaka i w większości negatywnych wiadomości o sklepie Kowalskiego. Jednak wśród nietypowych, negatywnych informacji o sklepie Nowaka były dane o złym funkcjonowaniu działu ze sprzętem fotograficznym, natomiast wśród nietypowych, pozytywnych informacji o sklepie Kowalskiego – dane o świetnym poziomie tego właśnie działu. Zadaniem badanych było podjęcie decyzji, w którym domu towarowym kupiliby aparat fotograficzny. U połowy badanych wzbudzono motywację do przemyślenia swojej decyzji (zapowiedziano im konieczność jej uzasadnienia), u połowy zaś nie wzbudzano tej motywacji. Ponadto części badanych z każdej grupy pozostawiono nieograniczoną ilość czasu na podjęcie tej decyzji, inni natomiast musieli ją podjąć w ciągu zaledwie 15 sekund. Teoria działań przemyślanych dyktowała w tej sytuacji dokonanie zakupu u Kowalskiego, w sklepie ogólnie złym, ale z dobrym sprzętem fotograficznym. Tymczasem koncepcja automatycznego wprowadzania własnej postawy w działanie dyktowała, by jednak kupować u Nowaka, a więc w sklepie, z którym łączy się pozytywna postawa. Badani decydowali się na kupowanie aparatu u Kowalskiego tylko wtedy, kiedy byli zarówno motywowani do przemyślenia swej decyzji, jak i mieli na to czas. We wszystkich pozostałych warunkach badani wykazywali automatyczną tendencję do kupowania u Nowaka, w sklepie ogólnie lubianym.

waniem: postawa może decydować o ukształtowaniu świadomej intencji działania, bądź też pozytywnie lub negatywnie utendencyjniać spostrzeganie aktualnych właściwości jej obiektu, co prowadzi do stosownych działań wobec owego obiektu. Pierwszy z tych procesów występuje jedynie wtedy, kiedy istnieje zarówno motywacja do przemyślenia konsekwencji własnej postawy, jak i sytuacyjne warunki umożliwiające przeprowadzenie takich rozważań. Drugi proces ma charakter spontaniczny, może więc występować zarówno pod nieobecność szczególnej motywacji, jak i przy braku możliwości przemyślenia własnych decyzji. Jednak na tej drugiej zasadzie oddziaływać na zachowanie mogą jedynie postawy silne, to znaczy aktywizowane wskutek samego pojawienia się ich obiektu. Nietrudno zauważyć, że oddziaływanie większości poprzednio omawianych moderatorów zgodności między postawą a zachowaniem wyjaśnić można poprzez odwołanie się do tych – automatycznych bądź przemyślanych – procesów pośredniczących między postawą i zachowaniem.

43.4

Mechanizmy zmiany postaw

Zmiany postaw są najpopularniejszym tematem eksperymentalnej psychologii społecznej, a niemal wszystkie badania nad tym problemem były i są prowadzone w demokratycznych społeczeństwach o gospodarce rynkowej. Życie tego rodzaju społeczeństw w dużym stopniu opiera się bowiem na indywidualnych decyzjach konsumenckich i politycznych, których przesłanką są postawy obywateli. Wpływ na te decyzje wymaga zatem znajomości metod oddziaływania na postawy i opinie jednostek.

43.4.1

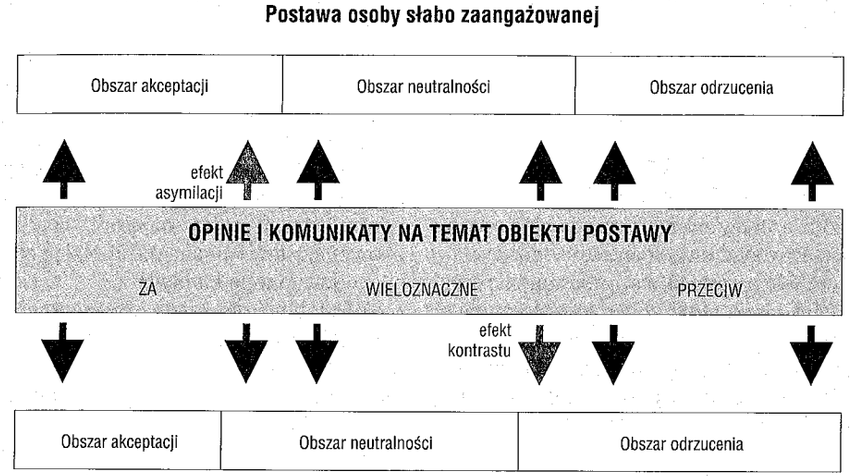
Teorie zmiany postaw

Niemal każda z teorii psychologii społecznej jest również teorią zmiany postaw – poczynając od poprzednio omówionych teorii genezy postaw, a kończąc na tak ogólnych koncepcjach, jak teoria dysonansu poznawczego czy atrybucji. Wynika to zarówno z niezwykłej popularności zmian postaw jako tematyki badawczej, jak i z różnorodności procesów psychicznych, od których zmiana postaw zależy. W tej sytuacji przegląd teorii zmian postaw musi być z konieczności bardzo selektywny i zostanie tu ograniczony do trzech koncepcji – jednej wąskiej i precyzyjnej (teoria sądów społecznych), jednej szerokiej, ale nieprecyzyjnej (procesualny model perswazji) i wreszcie koncepcji łączącej szerokość zastosowań i dużą precyzję (teoria dwutorowości perswazji).

43.4.1.1
Teoria sądów społecznych

Teoria sądów społecznych (Sherif, Sherif i Nebergall, 1965) zakłada, że postawę człowieka wobec jakiegoś obiektu pojmować należy nie jako pojedynczy punkt na kontinuum ustosunkowania do tego obiektu (od stosunku skrajnie negatywnego do skrajnie pozytywnego), lecz jako charakterystykę trzech różnych przedziałów na tym kontinuum, zobrazowanych na rycinie 43-2. Przedział pierwszy to **obszar akceptacji**, zawierający stanowisko, które najlepiej wyraża stosunek człowieka do obiektu postawy oraz wszystkie inne stanowiska również przezeń akceptowane. **Obszar odrzucenia** zawiera wszystkie te stanowiska wobec obiektu, które dany podmiot postawy uważa za niemożliwe do przyjęcia. Wreszcie **obszar neutralności** zawiera stanowiska neutralne z punktu widzenia podmiotu postawy, których on ani nie akceptuje, ani nie odrzuca.

Reakcja podmiotu postawy na perswazję zależy od tego, w którym z wymienionych obszarów znajdzie się stanowisko oferowane



Obszar akceptacji, neutralności i odrzucenia u osoby słabo i silnie zaangażowanej w postawę oraz ich wpływ na proces interpretowania opinii i komunikatów na temat obiektu postawy

RYCINA 43-2

w przekazie. Jeżeli stanowisko przekazu jest stosunkowo bliskie własnej postawie odbiorcy, to trafi ono do obszaru akceptacji. Występuje wówczas **efekt asymilacji** – stanowisko przekazu jest subiektywnie podciągane do własnej postawy odbiorcy (asymilowane do niej), czyli widziane przez odbiorcę jako bliższe jego postawie, niż to w istocie ma miejsce. W konsekwencji zmiana postaw pod wpływem takiego przekazu będzie niewielka. Jeżeli stanowisko przekazu jest stosunkowo dalekie od własnej postawy odbiorcy, to trafi ono do obszaru odrzucenia. Występuje wówczas **efekt kontrastu** – stanowisko przekazu jest subiektywnie przeciwstawiane własnej postawie odbiorcy, czyli widziane jest przezeń jako dalsze od jego postawy, niż to jest w istocie. W konsekwencji przekaz zostanie całkowicie odrzucony, a zmiana postaw pod jego wpływem będzie również niewielka.

Twierdzenia teorii sądów społecznych dobrze przystają do wielu potocznych obserwacji, wskazujących, że wzrost ważności kwestii, której dotyczą przekaz i postawa, nasila skłonność do czarno-białego spostrzegania przekazu („Kto nie jest z nami, jest przeciwko nam"). Na przykład tocząca się na początku lat dziewięćdziesiątych dyskusja nad dopuszczalnością aborcji w Polsce wywołała postępujący wzrost zaangażowania jej uczestników. Zaowocowało to powiększaniem się zakresu odrzucenia możliwych opinii – w końcu 1992 roku zwolennicy zakazu aborcji, dominujący liczebnie w stosownej komisji sejmowej, odrzucili wszystkie (!) poprawki zwolenników niekaralności aborcji (i społeczeństwa, które w większości opowiadało się za niekaralnością aborcji).

Nietrudno zauważyć, że teoria sądów społecznych uwzględnia jedynie dwa wyznaczniki skuteczności perswazji – rozbieżność prze-

kazu z własną postawą odbiorcy oraz ważność tejże postawy. Koncepcja ta jest więc tylko mikroteorią zmian postaw, ponieważ wyznaczników skuteczności perswazji jest w istocie znacznie więcej.

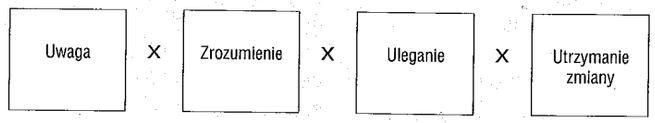
43.4.1.2 Procesualny model perswazji

Znacznie szerszy zakres wyznaczników zmiany postaw został uwzględniony w procesualnym modelu perswazji, sformułowanym przez Billa McGuire'a (1985) i będącym kontynuacją wcześniejszych prac nad perswazją, prowadzonych przez grupę badaczy z Uniwersytetu Yale (Hovland i Janis, 1959; Hovland, Lumsdaine i Sheffield, 1949). W myśl tego modelu ostateczny efekt komunikatu perswazyjnego zależy od co najmniej czterech etapów jego przetwarzania: uwagi, zrozumienia jego treści, ulegania jego argumentom i utrzymania tej zmienionej postawy w obliczu kontrpropagandy (por. ryc. 43-3).

Pierwszym warunkiem skutecznego oddziaływania przekazu jest oczywiście jego **zauważenie** przez odbiorcę. Na przykład kandydat na prezydenta nie będzie miał żadnych szans na to, że będzie wybrany, jeżeli jego perswazja nie zostanie przez potencjalnych wyborców zauważona (stąd też współcześnie wszyscy kandydaci starają się zaprezentować w mass mediach). Warunkiem drugim jest **zrozumienie** jego komunikatów przez odbiorców – w wypadku masowego odbiorcy oznacza to z reguły liczebną przewagę tych, którzy lepiej rozumieją przekazy raczej proste niż złożone. Może to wyjaśniać większe sukcesy wyborcze partii oferujących raczej przekazy proste (na przykład potępianie wroga) niż skomplikowane (objaśnianie programu reform). Warunkiem trzecim jest **ulegan**ie przekazowi, a więc akceptacja jego argumentów. Jednak nawet kandydat, któremu udało się wyborców przekonać, nie wygra wyborów, jeżeli nie **utrzymają** oni swoich zmienionych postaw i ulegną późniejszej kontrpropagandzie innego kandydata.

Wystąpienie każdego kolejnego procesu uwarunkowane jest zaistnieniem procesu poprzedniego. Prawdopodobieństwo wystąpienia każdego z tych procesów jest jednak dalekie od jedności, a prawdopodobieństwo każdego kolejnego procesu jest uzależnione od łącznego prawdopodobieństwa procesów poprzednich, dlatego też im dalszy etap, tym mniejsza szansa na jego pojawienie się. Najłatwiej zatem ściągnąć uwagę odbiorcy i sprawić, by nas zrozumiał, trudniej sprawić, by uległ naszym argumentom, a najtrudniej – by utrzymał zmienioną postawę.

Procesualny model perswazji cechuje się szerokim zakresem i plastycznością – pozwala wyjaśnić oddziaływanie wielu wyznaczników skuteczności perswazji, a także wytłumaczyć sprzeczne efekty tego samego czynnika, gdyż ta sama zmienna może w różny sposób wpływać na różne etapy perswazji. Na przykład inteligencja odbiorcy podwyższa zdolność do zrozumienia przekazu, co zwiększa szansę skutecznej perswazji. Jednak inteligencja sprzyja też formułowaniu własnych



Procesualny model perswazji McGuire'a

Według: Stroebe i Jonas (1996, s. 247), za zgodą wydawcy; *copyright* Blackwell Publishers Inc.

RYCINA 43-3

kontrargumentów w odpowiedzi na przekaz, co hamuje skłonność do ulegania perswazji. Które z tych oddziaływań przeważy? Jednym z istotnych tu czynników jest złożoność argumentacji popierającej przekaz. Gdy argumentacja jest złożona, to im większa inteligencja odbiorców, tym większa ich zdolność do zrozumienia argumentów, a w konsekwencji – tym większa zmiana postawy. Gdy jednak argumentacja jest prosta bądź nie ma jej wcale, inteligencja nie będzie już wpływać na zrozumienie przekazu (wszyscy odbiorcy są w stanie go zrozumieć), lecz nadal będzie wywierać wpływ na zdolność do formułowania własnych kontrargumentów, a więc hamować uleganie przekazowi (Eagly i Chaiken, 1993). Jeżeli przekazowi (na przykład: „Penicylina powinna zostać zakazana") przedstawianemu badanym nie towarzyszy żadna argumentacja, to zmiana postaw maleje wraz ze wzrostem ich inteligencji. Ale kiedy temu samemu przekazowi towarzyszy skomplikowana argumentacja medyczna, zmiana postaw rośnie wraz ze wzrostem inteligencji odbiorców, gdyż tylko oni są w stanie tę argumentację zrozumieć.

Szeroki zakres procesualnego modelu perswazji i jego plastyczność (zdolność do wyjaśniania sprzecznych efektów tej samej zmiennej) są jednak zaletami osiąganymi za cenę spadku precyzji przewidywań. Przykład inteligencji pokazuje, że precyzyjne przewidywanie wpływu tej zmiennej na skuteczność perswazji jest możliwe jedynie pod warunkiem przyjmowania pewnych dodatkowych założeń, na przykład, że inteligencja wpływa na rozumienie przekazu tylko wtedy, kiedy towarzysząca mu argumentacja jest złożona. Choć założenie to wydaje się rozsądne, to jednak nie jest ono elementem samego modelu teoretycznego i oczywiste staje się, że w celu wyjaśnienia wpływu innych zmiennych trzeba przywoływać spoza modelu wiele innych założeń, co naraża na niebezpieczeństwo wyjaśnień *ad hoc*. To właśnie sprawia, że model McGuire'a, jakkolwiek znajduje szerokie zastosowanie, jest jednak nieprecyzyjny.

43.4.1.3 Teorie dwutorowości perswazji

Oczywiście najlepsza byłaby teoria pozwalająca zarówno wyjaśniać szeroki zakres zjawisk, jak i przewidywać je w sposób precyzyjny i bez uciekania się każdorazowo do jakichś dodatkowych założeń. Obie te zalety trudno jest równocześnie osiągnąć, jak to ilustrują dwie opisane dotąd teorie zmian postaw: teoria sądów społecznych (precyzyjna, ale wąska) i procesualny model perswazji (nieprecyzyjny, ale szeroki). Teorią zmiany postaw najbliższą tego ideału jest **model szans na rozpracowanie przekazu** (*elaboration likelihood model*), którego autorami są Richard Petty i John Cacioppo (1986). Model ten zakłada, że zmiana postawy może dochodzić do skutku dwoma różnymi torami – centralnym i peryferyjnym. **Centralny tor perswazji ma u swoich podstaw staranne i przemyślane przetwarzanie informacji zawartej w przekazie, a podstawową przesłanką skuteczności przekazu jest jego zdolność do wzbudzania przychylnych reakcji poznawczych (myśli i sądów) odbiorcy.** Im bardziej reakcje przychylne przekazowi górują nad nieprzychylnymi, tym większa szansa na zmianę postawy w kierunku zgodnym ze stanowiskiem przekazu. Zmiana zależy więc głównie od jakości zawartej w przekazie argumentacji, ma trwały charakter, jest odporna na kontrpropagandę i wprowadzana przez odbiorcę w jego własne zachowanie. **Peryferyjny tor perswazji opiera się** natomiast nie na rozważaniu merytorycznej wartości otrzymanej informacji, lecz **na powierzchownym zidentyfikowaniu jakiegoś sygnału sugerującego pozytywny lub negatywny stosunek do stanowiska oferowanego w przekazie.** Takim sygnałem może być na przykład sympatyczność albo antypatyczność nadawcy przekazu, jego wysoki autorytet albo to, co robią inni ludzie w odpowiedzi na dany przekaz. Rozpoznanie takiego zachęcającego do uległości sygnału powoduje przesunięcie postawy odbiorcy w kierunku stanowiska oferowanego w przekazie, jednak

zmiana ta nie ma charakteru trwałego, łatwo zanika wskutek późniejszej kontrpropagandy i rzadko jest wprowadzana przez odbiorcę w działanie.

Podobne rozróżnienie między systematycznym i heurystycznym przetwarzaniem przekazu sformułowała Shelly Chaiken (1980). Przetwarzanie systematyczne ma charakter przemyślany i „głęboki", przetwarzanie heurystyczne zaś to chodzenie „na skróty" i zastępowanie systematycznej analizy argumentów prostymi, automatycznie wykorzystywanymi regułami typu: „Im więcej argumentów, tym lepiej", „Profesorowie wiedzą lepiej niż sprzątaczki", „Skoro mój ojciec w to uwierzył, to warto temu wierzyć".

Podstawową różnicą między dwoma torami perswazji jest poziom rzeczywistego rozpracowania przekazu i zawartej w nim argumentacji. Rozpracowanie to jest duże przy centralnym, a małe przy peryferyjnym torze perswazji. Szansa rozpracowania przekazu rośnie, kiedy odbiorca jest motywowany do przetwarzania przekazu (z jakiegoś powodu chce się z nim zapoznać), oraz wtedy, kiedy jest on w stanie to zrobić, czyli jest zdolny do przetworzenia przekazu dzięki warunkom albo zewnętrznym (na przykład ma wystarczająco dużo czasu), albo wewnętrznym (na przykład ma wystarczająco dużo wiedzy lub inteligencji). Gdy zarówno motywacja, jak i zdolność do przetwarzania przekazu są duże, perswazja toczy się torem centralnym. Kiedy brak jest albo motywacji, albo zdolności (bądź też ich obu), przekaz nie jest rozpracowywany i perswazja toczy się torem peryferyjnym.

Teoria dwutorowości perswazji wykorzystuje więc rozróżnienie między świadomym i automatycznym przetwarzaniem informacji, wiążąc problematykę zmiany postaw z ogólniejszą teorią funkcjonowania ludzkiego umysłu. Pozwala to wykorzystać wiele prawidłowości, stwierdzonych przez badaczy poznania społecznego (por. rozdz. 42.), do wyjaśnienia procesów perswazji. Wiadomo na przykład, że obecność pochłaniających uwagę dystraktorów może uniemożliwić świadome (wymagające uwagi), a wymusić automatyczne (i niewymagające uwagi) przetwarzanie informacji. Przeniesienie tej reguły do problematyki perswazji zaowocowało badaniami dowodzącymi, że pojawienie się dystraktorów podczas perswazji powoduje spadek wpływu tych czynników, których oddziaływanie opiera się na świadomym przetwarzaniu przekazu (takich jak jakość argumentacji), a nasilenie wpływu czynników, których działanie opiera się na automatycznym, powierzchownym przetwarzaniu informacji (takich jak wiarygodność nadawcy).

Drugą zaletą teorii dwutorowości perswazji jest jej szeroki zakres – pozwala ona wyjaśniać wpływ licznych zmiennych na perswazję i jej skuteczność. Takie zmienne, jak jakość argumentacji, liczba nowych argumentów czy sposób organizacji przekazu, wpływają na wnioski wyciągane przez odbiorcę przy rozpracowywaniu przekazu (gdy perswazja toczy się torem centralnym). Inne zmienne, jak wiarygodność czy atrakcyjność nadawcy, jego podobieństwo do odbiorcy, długość przekazu czy reakcje współodbiorców, wpływają na perswazję dzięki temu, że stanowią sygnały ulegania bądź nieulegania przekazowi (gdy perswazja toczy się torem peryferyjnym). Wreszcie trzecia grupa zmiennych oddziałuje na perswazję dzięki wpływaniu na szanse rozpracowania przekazu, a więc decydowaniu, którym torem perswazja się potoczy. Są to zmienne wyznaczające albo motywację do przetwarzania przekazu (ważność postawy; stopień, w jakim poruszana w przekazie sprawa osobiście dotyczy odbiorcy), albo zdolność do jego przetwarzania (dystraktory, powtórzenia argumentów, inteligencja i wiedza odbiorcy).

Ostatnią wreszcie zaletą teorii dwutorowości jest jej precyzja pozwalająca dość dokładnie przewidywać, kiedy która zmienna wpłynie, a kiedy nie wpłynie na skuteczność perswazji. Na przykład omawiane dalej badania pokazują, że dystraktory obniżają skuteczność perswazji, gdy argumentacja przekazu jest silna, choć podnoszą skuteczność argumentacji słabej. Kiedy jednak odbiorca w ogóle nie jest zainteresowany przetwarzaniem przekazu, dystraktory przestają w jakikolwiek sposób wpływać na wielkość zmiany postaw. Takie różne i pozornie sprzeczne oddziaływania tego samego czynnika na wielkość zmiany postaw są możliwe do przewidzenia na podstawie kilku niezmiennych założeń teorii, które ponadto pozwalają wysnuć podobne przewidywania w odniesieniu do wpływu również innych wyznaczników skutecznej perswazji.

Ograniczeniem teorii dwutorowości perswazji jest upatrywanie mechanizmu centralnej zmiany postaw wyłącznie w reakcjach poznawczych na przekaz (to jest w myślach, jakie przekaz budzi). W rzeczywistości o skuteczności przekazu decydują także stany emocjonalne wzbudzone przezeń w odbiorcy, a ich wpływ jest niezależny od treści samych myśli. Na przykład o oporze wobec prób perswazji skierowanych na ważną postawę decydują zarówno myśli odrzucające przekaz, jak i uczucie irytacji nim wywołanej (Zuwerink i Devine, 1996).

43.4.2
Wyznaczniki skutecznej zmiany postaw

Przejrzyste uporządkowanie różnych wyznaczników zmiany postaw staje się możliwe dzięki prostemu schematowi aktu komunikacji, który zawiera się w formule „kto, co, w jaki sposób, do kogo i z jakim efektem mówi". Ta właśnie formuła pozwala podzielić wyznaczniki skutecznej perswazji na te, które dotyczą kolejno: nadawcy przekazu, treści, organizacji i środka komunikacji przekazu, oraz te, które dotyczą samego odbiorcy przekazu.

43.4.2.1
Nadawca przekazu

Przeważająca część naszych postaw i wiedzy w ogóle dotyczy takich obiektów, z którymi nie mamy osobistych kontaktów, a przy tym nawet postawy wobec obiektów znanych nam z własnego doświadczenia często są kształtowane pod wpływem informacji uzyskanych z zewnętrznych źródeł. Źródeł takich jest jednak wiele, a w wypadku istotnych problemów różne źródła głoszą odmienne lub sprzeczne opinie. Komu więc wierzymy? Liczne badania przekonują, że wiarygodni są nadawcy **kompetentni** (eksperci dysponujący wiedzą fachową), **o czystych intencjach** (godni zaufania, bo nie manipulują naszymi poglądami dla swojej korzyści), **atrakcyjni** (których lubimy) oraz nadawcy **podobni** do nas samych.

Nietrudno zauważyć, że owe właściwości skutecznego nadawcy z reguły nie są jego obiektywnie istniejącymi cechami, takimi jak wzrost czy kolor włosów, lecz stanowią wytwór samego odbiorcy. W szczególności zaufanie do intencji nadawcy jest w decydującym stopniu uzależnione od atrybucji dokonywanych przez odbiorcę perswazji. Gdy nadawca głosi poglądy, których i tak można się po nim spodziewać (na podstawie tego, jaki jest on sam, albo na podstawie tego, do kogo się zwraca), wówczas treść jego argumentacji przypisywana jest albo jego własnym motywom i celom, albo naciskom sytuacyjnym, na przykład oczekiwaniom słuchaczy. W rezultacie argumentacja nadawcy widziana jest jako tendencyjna. Jeżeli natomiast głosi on poglądy nieoczekiwane, treść jego opinii spostrzegana jest jako ukształtowana przez fakty, a sam nadawca widziany jest jako bezstronny. Gdy na przykład nadawca jest wierzącym katolikiem potępiającym aborcję i przekonanym o istnieniu wielu powodów, z jakich powinno się ograniczać swobodę jednostek, to oczekujemy oczywiście, że osoba ta jest także przeciwnikiem pornografii. Wendy Wood i Shelly Chaiken (1981) wykazały, że jeżeli taka osoba wygłosi przekaz podkreślający dobroczynne efekty pornografii, to jej perswazja jest skuteczniejsza od prób przekonywania podjętych przez nadawcę, po którym odbiorca z góry spodziewa się pozytywnego stosunku do pornografii.

Z punktu widzenia teorii dwutorowości perswazji wiarygodność nadawcy jest sygnałem przekonywającej treści przekazu, który

powinien podnosić skuteczność perswazji tylko przy peryferyjnym przetwarzaniu przekazu, to znaczy wtedy, kiedy odbiorca albo w niewielkim stopniu interesuje się kwestią podnoszoną w przekazie, albo nie jest w stanie przetwarzać rzeczywistej treści argumentacji. Kiedy jednak istnieje zarówno możliwość, jak i motywacja do przetwarzania argumentów, to o skuteczności perswazji decyduje nie wiarygodność źródła, lecz siła argumentów.

Stosunkowo najsłabszym wyznacznikiem skuteczności perswazji jest atrakcyjność nadawcy. Jest ona jedynie słabym sygnałem wiarygodności, a wzrost skuteczności nadawcy lubianego ogranicza się z reguły do kwestii mało ważnych dla odbiorcy – takich, które nie dotyczą go osobiście – zmiana postaw zaś pociąga za sobą niewielki wysiłek czy małe koszty lub zyski odbiorcy (Petty i Cacioppo, 1986). Ponadto atrakcyjność podnosi skuteczność perswazji głównie wtedy, gdy środek przekazu uwypukla osobę nadawcy. Lubiany nadawca jest więc skuteczniejszy w wypadku bezpośredniego kontaktu bądź przekazu telewizyjnego lub radiowego, ale nie w wypadku przekazu pisanego (Chaiken i Eagly, 1983).

43.4.2.2 Treść przekazu

Logicznie rzecz biorąc, najważniejszą przesłanką zmiany poglądów powinna być siła argumentacji użytej w przekazie. Omawiany poprzednio model postawy doskonale racjonalnej Fishbeina zakłada, że postawa jest funkcją naszych przekonań o jej obiekcie, a dokładniej – siły przekonań, że obiekt ma jakieś właściwości, oraz natężenia pozytywnych lub negatywnych ocen tych właściwości obiektu. Argumentacja jest zatem silna wtedy, gdy przekonuje, że:

(1) obiekt postawy ma pozytywne cechy,
(2) obiekt nie ma cech negatywnych,
(3) charakterystyczne dla obiektu cechy są pozytywne, a nie negatywne.

Choć najczęściej odbiorcy bardziej są przekonani argumentacją silną niż słabą, zależność ta nie pojawia się zawsze. Wskazuje na to eksperyment, w którym raz jeszcze przekonywano studentów o konieczności wprowadzenia rozległego egzaminu z przedmiotów kierunkowych na zakończenie studiów. Połowę badanych próbowano przekonać za pomocą trzech, a połowę za pomocą dziewięciu argumentów (silnych lub słabych), w warunkach dużego lub małego zaangażowania, to jest kiedy perspektywa końcowego egzaminu albo osobiście dotyczyła, albo nie dotyczyła badanych studentów. Jak widać na rycinie 43-4, kiedy odbiorcy byli osobiście zaangażowani w kwestię poruszaną w przekazie, argumenty silne bardziej ich przekonywały niż argumenty słabe. Jednak oddziaływanie argumentacji silnej i słabej stawało się równie nikłe, kiedy odbiorcy byli słabo zmotywowani do przetwarzania informacji zawartej w przekazie. Podobny zanik przewagi argumentacji silnej występuje także wskutek spadku możliwości przetwarzania informacji zawartej w przekazie, na przykład z powodu działania dystraktorów. Cały ten wzorzec wyników jest oczywiście zgodny z teorią dwutorowości perswazji.

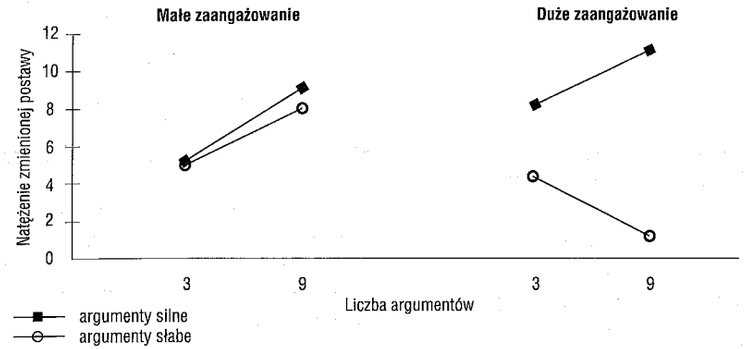
W spornej sprawie istnieją oczywiście argumenty przemawiające zarówno za każdym z możliwych stanowisk, jak i przeciw niemu. Czy nadawca powinien unikać przedstawiania argumentów przeciwnych własnemu stanowisku i tworzyć komunikaty jednostronne? (Dzięki temu jego własne stanowisko może wydać się bardziej zdecydowane i silniejsze, ale może być również posądzony o manipulatorskie ukrywanie kontrargumentów lub o nieumiejętność poradzenia sobie z nimi). Czy też, przeciwnie, nadawca powinien przedstawić również argumenty sprzeczne z jego własnym stanowiskiem? (Dzięki temu jego stanowisko może wprawdzie wydać się słabsze, ale za to wiarygodniejsze i bliższe odbiorcom o odmiennych poglądach, a ponadto nadawca może przecież zbić kontrargumenty i uodpornić odbiorców na późniejszą kontrpropagandę).

Komunikaty jednostronne są o tyle skuteczne, o ile ich odbiorca nie zdaje sobie sprawy z istnienia alternatywnego w stosunku do przekazu, a możliwego do utrzymania stanowiska w spornej kwestii. Komunikaty dwustronne są natomiast skuteczne o tyle, o ile odbiorca już i tak zdaje sobie sprawę (dzięki wykształceniu lub własnej początkowej opinii) z istnienia takiej alternatywy.

Wielcy mówcy porywający słuchaczy, jak Juliusz Cezar czy Hitler, z wirtuozerią grali na emocjach tłumów. Usiłując coś ludziom wy-

RAMKA 43.3

Przewidywania dotyczące zróżnicowanej roli wiarygodności nadawcy i jakości jego argumentacji przy dwóch torach perswazji potwierdził elegancki eksperyment, w którym przekonywano studentów o konieczności wprowadzenia rozległego egzaminu z kierunkowych przedmiotów na zakończenie nauki (Petty, Cacioppo i Goldman, 1981). Manipulowano przy tym niezależnie wielkością zaangażowania, siłą argumentów i wiarygodnością ich nadawcy. W warunkach silnego zaangażowania szło o egzaminy czekające samych odbiorców perswazji, w warunkach zaangażowania słabego – o egzaminy planowane w odległej przyszłości. W warunkach argumentacji silnej badani otrzymywali osiem dobrze sformułowanych argumentów na rzecz egzaminu, w warunkach argumentacji słabej – osiem argumentów rozwodnionych i nieprzekonujących. Wreszcie połowie badanych przedstawiano te argumenty jako wynik dyskusji uczniów lokalnej szkoły średniej, połowie zaś jako wynik dociekań ministerialnej komisji do spraw kształcenia. W warunkach niskiego zaangażowania odbiorców zostali oni bardziej przekonani zarówno silniejszą argumentacją, jak i większą wiarygodnością jej źródła. Jednak wpływ wiarygodności źródła zanikał w warunkach silnego zaangażowania, a wpływ siły argumentacji wzrastał i stawał się jedyną przesłanką skuteczności perswazji.



Wpływ liczby i siły argumentów na zmianę postawy w warunkach małego i dużego zaangażowania odbiorców w sprawę, której dotyczy przekaz perswazyjny

Według: Petty i Cacioppo (1984, s. 77), za zgodą wydawcy; *copyright* American Psychological Association.

RYCINA 43-4

perswadować, do czegoś przekonać, nadawcy starają się ich „porwać za sobą" i „przemówić do ich serc". Ile prawdy tkwi w powszechnym przekonaniu, że propaganda odwołująca się do emocji jest skuteczniejsza od tej, która odwołuje się jedynie do rozumu? Odpowiedź zależy tu przede wszystkim od znaku emocji wzbudzanych przekazem.

Kiedy przekaz wzbudza w nadawcach emocje pozytywne, wszystkie przesłanki (na przykład klasyczne warunkowanie emocji czy mechanizmy wpływu nastroju na przetwarzanie danych) każą przewidywać wzrost jego skuteczności. Dowodzą tego liczne dane, a niektóre z nich zostaną omówione nieco dalej, pod nagłówkiem „Wpływ nastroju na perswazję", ponieważ w badaniach tych emocje były z reguły wywoływane nie przez sam przekaz, lecz przez różne wydarzenia towarzyszące jego odbieraniu.

W wypadku negatywnych emocji wzbudzanych przekazem sprawa jest jednak bardziej skomplikowana, przy czym wszystkie rozważania musimy ograniczyć wyłącznie do strachu, której to emocji jako jedynej poświęcono znaczącą liczbę badań. Przyniosły one wyjątkowo sprzeczne wyniki – wskazujące zarówno na wzrost, jak i na spadek skuteczności przekazu wraz ze wzrostem wzbudzanego przezeń strachu. Sprzeczności te można wyjaśniać hipotezą krzywoliniowości związku między natężeniem strachu a skutecznością perswazji: słaby i silny strach wywołuje niewielką zmianę postaw, podczas gdy strach umiarkowany wywołuje zmianę stosunkowo największą. Hipoteza ta wynika z procesualnego modelu perswazji, zakładającego, że wywoływany przekazem strach wzbudza dwie wzajemnie się znoszące tendencje. Po pierwsze, nasila skłonność do ulegania przekazowi, ponieważ odbiorca nie chce się narazić na poważne konsekwencje zignorowania zaleceń przekazu. Po drugie, strach obniża skłonność odbiorcy do zapoznania się z treścią przekazu, ponieważ ten jest nieprzyjemny i wzbudza chęć ucieczki. Choć zatem w miarę wzrostu lękotwórczości przekazu narasta motywacja do ulegania jego treści, faktyczna zmiana postaw rośnie tylko do momentu, w którym awersyjność przekazu zmusi odbiorcę do ucieczki i przerwania kontaktu z przekazem.

RAMKA 43.4

Próbę udzielenia odpowiedzi na pytanie o względną skuteczność przekazów jedno- i dwustronnych podjęto już dość dawno, pod koniec II wojny światowej. Po klęsce Niemiec wśród amerykańskich żołnierzy walczących na Pacyfiku zaczęło szerzyć się przekonanie o nieuchronności klęski Japonii, która miała być jakoby tylko kwestią tygodni, jeśli nie dni. Ponieważ obniżało to w oczywisty sposób ducha bojowego armii, podjęto akcję propagandową mającą przekonać żołnierzy, że wojna z Japonią potrwa jeszcze dwa lata. Żołnierzom przedstawiano dwie piętnastominutowe pogadanki radiowe: jednostronną (podkreślającą potencjał militarny Japonii, jej dotychczasowe zwycięstwa itp.) albo dwustronną (wskazującą też na potęgę USA itp.; Hovland i in., 1949). Żadna z tych form nie okazała się bezwzględnie skuteczniejsza od drugiej – ich skuteczność zależała natomiast od wykształcenia i początkowej postawy odbiorców. Odbiorcy mało wykształceni, których postawa była zbliżona do stanowiska przekazu (które trafiało w obszar akceptacji, gdyby posłużyć się językiem teorii sądów społecznych), zostali bardziej przekonani przekazem jednostronnym. Natomiast odbiorcy wykształceni i żywiący opinie rozbieżne ze stanowiskiem przekazu (które trafiało w obszar odrzucenia ich postaw) zostali bardziej przekonani przekazem dwustronnym.

43.4.2.3 Organizacja przekazu

Identyczne treści mogą wywierać większy lub mniejszy wpływ w zależności od sposobu ich zorganizowania przez nadawcę. Po pierwsze, istotną rolę odgrywa **kolejność argumentacji**, wyrażająca się w efekcie pierwszeństwa (silniejszym oddziaływaniem argumentów przekazanych jako pierwsze z kolei) i w efekcie świeżości (silniejszym działaniem argumentów podanych na końcu, a więc „najświeższych"). Czynnikiem rozstrzygającym o wystąpieniu któregoś z tych efektów w konkretnej sytuacji jest czas upływający między pierwszym przekazem, drugim przekazem i decyzją odbiorcy (którą ujawnia, na przykład, pomiar jego postawy czy głosowanie). W serii eksperymentów symulujących rozprawę sądową podawano badanym (występującym w roli sędziów) podsumowanie argumentów oskarżyciela i argumentów obrońcy. Manipulowano przy tym czasem upływającym między dwoma przekazami i między drugim z nich a momentem wydania ostatecznego sądu przez osoby badane. Efekt pierwszeństwa stwierdzono w sytuacji, kiedy argumentacja oskarżyciela i obrońcy następowały bezpośrednio po sobie, ale pomiar postawy (decyzji o winie oskarżonego) był odroczony w czasie i następował dopiero po upływie tygodnia. Efekt świeżości natomiast pojawiał się wtedy, kiedy między pierwszym a drugim przekazem była długa (tygodniowa) przerwa, pomiar postawy zaś następował bezpośrednio po drugim przekazie. Żadnych efektów kolejności nie stwierdzono, kiedy oba przekazy i pomiar postawy następowały bezpośrednio po sobie, ani też wtedy, kiedy obie przerwy (między przekazami i między drugim przekazem a pomiarem postawy) były długie (Miller i Campbell, 1959).

Efekt pierwszeństwa pojawia się zatem wtedy, kiedy różnica pamięciowego „wieku" informacji z pierwszego i drugiego przekazu jest niewielka, a pomiar postawy jest na tyle odległy od aktu perswazji, że różnica ta staje się nieistotna, ponieważ odbiorca zdążył zapomnieć mniej więcej tyle samo informacji z obu przekazów. Występowanie efektu pierwszeństwa można więc przypisać albo temu, że informacje podane jako pierwsze wpływają na nastawienie odbiorcy i utendencyjniają jego przetwarzanie danych uzyskanych w dalszej kolejności, albo hamowaniu proaktywnemu. To ostatnie polega na tym, że pamięć informacji z pierwszego przekazu utrudnia zapamiętywanie informacji podanej w przekazie drugim. Kiedy jednak warunki związane z funkcjonowaniem ludzkiej pamięci preferują przekaz drugi z kolei (jest on niedawny, a więc dobrze pamiętany, podczas gdy wcześniejszy przekaz został już częściowo zapomniany), zarówno hamowanie proaktywne, jak i efekt tendencyjnego nastawienia odbiorcy słabnie, a w zmianie postaw pojawia się efekt świeżości.

Drugi problem związany z organizacją przekazu to **liczba nadawców** przekazujących argumentację. Kiedy świadkowie Jehowy podejmują próby nawrócenia błądzących, zabierają się do tego zawsze we dwie osoby. I mają rację, ponieważ uleganie wpływom społecznym rośnie wraz z liczbą osób wpływ ten wywierających. Większa skuteczność kilku nadawców przedstawiających po jednym argumencie niż tylko jednego nadawcy, który sam przedstawia całą argumentację, wynika z tego, że pojawienie się nowego nadawcy silniej przyciąga uwagę do wygłaszanego przezeń następnego argumentu. Świadczy o tym zanikanie większej skuteczności licznych nadawców w sytuacji, w której uwagę odbiorców rozpraszają jakieś inne bodźce (Petty i Cacioppo, 1986), a więc kiedy ich uwaga jest przeciążona i nie może już rosnąć wskutek pojawienia się następnego nadawcy.

43.4.2.4 Środek przekazu

Prasa, radio i telewizja to środki o wzrastającym stopniu „żywości". Ilustracją potęgi radia jest historia, jaka wydarzyła się przy okazji emisji pewnej audycji radiowej, autorstwa znakomitego reżysera Orsona Wellesa. Audycja zrealizowana została w konwencji relacji

„na żywo" z następującej właśnie inwazji Marsjan na Ziemię. Reżyseria była tak doskonała (a publiczność w 1938 roku w tak niewielkim stopniu przyzwyczajona do ekstrawagancji mass mediów), że spośród sześciomilionowego audytorium około miliona słuchaczy wpadło w prawdziwą panikę i opuściło swoje domy i miasta w ucieczce przed Marsjanami. Tym bardziej przekonujące mogą być efekty telewizji, która pozwala nam nie tylko słyszeć, ale i widzieć „na własne oczy" nawet to, czego nigdzie poza ekranem dostrzec nie sposób.

Systematyczne badania nad skutecznością różnych środków przekazu wskazują jednak na ograniczenia reguły „żywość = skuteczność". Ograniczenie pierwsze wiąże się ze stopniem **złożoności przekazu**. Przekazy proste mogą być rozumiane jednakowo dobrze przy każdego rodzaju medium i one to najbardziej powinny zyskiwać w miarę wzrostu żywości środka przekazu. Komunikaty złożone łatwiej natomiast zrozumieć w formie pisanej – zawsze przecież można wrócić do poprzedniego wiersza i powtórnie przeczytać trudniejszy fragment. W zgodzie z tym rozumowaniem, kiedy przekazy proste lub złożone przedstawiano badanym w postaci słowa drukowanego, nagrania magnetofonowego i nagrania wideo, stwierdzono, że uleganie przekazowi prostemu rosło w miarę wzrostu żywości medium. Jednak przy złożonym przekazie największe uleganie jego treści stwierdzono wtedy, kiedy miał on postać pisaną (Eagly i Chaiken, 1993).

Ograniczenie drugie wiąże się z wiarygodnością nadawcy. Oczywiście radio i – szczególnie – telewizja silnie eksponują osobę nadawcy, którego w druku ani nie widać, ani nie słychać. Zatem im żywszy środek przekazu, tym bardziej widoczna jest dla odbiorcy zarówno duża, jak i mała wiarygodność nadawcy. Badania, w których silnie lub słabo wiarygodny nadawca przedstawiał swój przekaz w prasie, radiu bądź w telewizji, wykazały, że skuteczność tego pierwszego nadawcy systematycznie rosła wraz z żywością środka przekazu. Natomiast i tak już niewielka skuteczność nadawcy mało wiarygodnego malała wraz ze wzrostem żywości medium, tak że w wypadku telewizji uzyskiwał on niemalże tyle zmian zamierzonych, ile bumerangowych, co w efekcie dawało zmianę zerową (Andreoli i Worchel, 1978). Choć zatem niemal wszyscy nadawcy rwą się do telewizji (na przykład przy okazji różnych kampanii wyborczych), ci, którzy nie są wiarygodni bądź sympatyczni według odbiorców, lepiej by zrobili, zostając w domu albo poprzestając na kampanii prasowej, w której ich cechy byłyby mało widoczne dla publiczności.

43.4.2.5
Odbiorca przekazu

Ostatnia wielka klasa wyznaczników skutecznej perswazji wiąże się z osobą odbiorcy. Wiele wczesnych badań próbowało odpowiedzieć na pytanie, czy podatność na perswazję jest sama w sobie cechą osobowości. Oznaczałoby to, że ludzie ulegający perswazji w jakiejś sprawie mają też większą skłonność do ulegania innym zabiegom perswazyjnym, na zupełnie inny temat i w innej sytuacji. Wczesne badania wykazały, że korelacje między zmianą jednej postawy a zmianą dowolnej innej postawy tego samego odbiorcy wskutek innej perswazji wahały się w przedziale od –0,12 do 0,52 (przy medialnej korelacji 0,22). Skłoniło to autorów tych badań do postulowania, że podatność na perswazję jest odrębną cechą (Hovland i Janis, 1959). Jednak większość współczesnych badaczy pozostaje w tej kwestii sceptyczna, uważając, iż skorelowanie ulegania perswazji w różnych sytuacjach jest zbyt nikłe i niekonsekwentne, aby można było wniosek ten zaakceptować.

Równie nieprzekonująco wypadły próby znalezienia osobowościowych wyznaczników podatności na perswazję, takich jak poczucie kontroli czy introwersja – ekstrawersja. Jednakże w pewnym sensie to właśnie w odbiorcy tkwią najważniejsze wyznaczniki skutecznej perswazji, ale wiążą się one nie z jego cechami, lecz z jego procesami psychicznymi występującymi w trakcie perswazji. Kluczowym procesem jest oczywiście **przetwarzanie argumentacji** zawartej w przekazie. Rozważmy, w jaki sposób na te poznawcze reakcje odbiorcy wpływa jego początkowa postawa, poziom zaangażowania w kwestię poruszaną w przekazie, stan emocjonalny w momencie wysłuchiwania przekazu i wreszcie występowanie sytuacyjnych dystraktorów podczas przetwarzania przekazu.

Postawy silne, powiązane z licznymi przekonaniami i zachowaniami odbiorcy, trudniej oczywiście zmienić, ponieważ inspirują one do wymyślania większej liczby kontrargumentów w odpowiedzi na przekaz perswazyjny i/lub argumentów podtrzymujących ich dotychczasową postawę (Eagly i Chaiken, 1993).

O reakcji na przekaz decyduje też wielkość rozbieżności między oferowanym przezeń stanowiskiem a dotychczasową postawą odbiorcy. Przy małej rozbieżności postawa może zmienić się tylko w niewielkim stopniu, a możliwy zakres zmian rośnie wraz ze wzrostem tej rozbieżności. Ponadto teoria dysonansu poznawczego pozwala przewidywać, że wzrost rozbieżności nasila wielkość dysonansu przeżywanego przez odbiorcę, a więc i wielkość motywacji do usuwania owego dysonansu za pośrednictwem zmiany własnej postawy. Jednak wraz ze wzrostem rozbieżności spada wiarygodność nadawcy w oczach odbiorcy („Tylko idiota może mieć tak skrajne czy nietypowe poglądy"), co prowadzi do usuwania dysonansu nie poprzez zmianę własnej postawy, lecz przez odrzucenie przekazu.

Elliot Aronson i jego współpracownicy wykazali, że właśnie wiarygodność nadawcy jest czynnikiem decydującym o postaci związku między rozbieżnością przekaz – postawa a skutecznością perswazji (Aronson, Turner i Carlsmith, 1963). Podawali oni swoim badanym przekaz słabo, średnio lub silnie rozbieżny z własną postawą badanych wobec pewnego utworu poetyckiego. Przekaz był przy tym przedstawiany jako pochodzący od nadawcy wiarygodnego w stopniu albo dużym (znany poeta), albo małym (nieznany student). Oddziaływanie nadawcy wysoce wiarygodnego okazało się oczywiście zawsze silniejsze niż nadawcy mało wiarygodnego. Co ważniejsze, przy nadawcy wysoce wiarygodnym zmiana postaw rosła liniowo w miarę wzrostu rozbieżności – zapewne dlatego, że zmiana własnej postawy była tu najlogiczniejszym sposobem redukowania coraz większego dysonansu. Natomiast w wypadku nadawcy mało wiarygodnego zależność ta była krzywoliniowa. Początkowy wzrost rozbieżności wywołał narastanie zmiany postaw, choć dalszy wzrost rozbieżności owocował spadkiem zmiany postaw – zapewne dlatego, że początkowo dysonans był redukowany poprzez zmianę własnej postawy, a potem przez odrzucanie przekazu, co ułatwiał spadek wiarygodności nadawcy wskutek coraz większej rozbieżności jego stanowiska z początkową postawą odbiorcy.

Teoria sądów społecznych przewiduje, że wzrost **zaangażowania odbiorcy** nieodmiennie utrudnia zmianę jego poglądów. Jednak dziesiątki badań nad konsekwencjami wzrostu zaangażowania, podsumowane przez Blaire'a Johnsona i Alice Eagly (1989), pokazują, iż rzeczywistość jest bardziej skomplikowana. Przede wszystkim zaangażowanie odbiorcy może wynikać z różnych przyczyn, co decyduje o sposobie jego wpływania na wielkość zmiany postaw. Kiedy wzrost zaangażowania wynika z powiązania postawy z ważnymi wartościami podmiotu, rezultatem zaangażowania jest rzeczywiście spadek podatności na perswazję. Podobnie, choć słabiej, oddziałuje wzrost zaangażowania wynikający z publicznego charakteru własnej postawy i reakcji na przekaz (gdy odbiorca pragnie wywrzeć dobre wrażenie na obserwujących go osobach). Kiedy jednak wzrost zaangażowania wynika z silnego związku kwestii poruszanej w przekazie z bieżącymi celami i pragnieniami odbiorcy, skutki wzrostu zaangażowania zależą od siły argumentacji podawanej w przekazie. Zgodnie z teorią dwutorowości perswazji, wzrost zaangażowania powoduje nasilenie motywacji do przetwarzania przekazu, co owocuje wzrostem ulegania przekazom dobrze uargumentowanym, a spadkiem ulegania argumentacji słabej, tak jak to ilustruje na przykład rycina 43-4.

Liczne obserwacje dowodzą, że pozytywny nastrój podnosi skłonność odbiorców do ulegania perswazji. Dobrze o tym wiedzą politycy i biznesmeni, którzy starają się prowadzić negocjacje w warunkach zapewniających dobry nastrój, na przykład po smacznym posiłku w przyjemnym lokalu. Skuteczność perswazji może być uzależniona od nastroju na mocy kilku mechanizmów, z których najbardziej interesujący odwołuje się do odmiennych funkcji adaptacyjnych emocji pozytywnych i negatywnych. Ponieważ nastrój pozytywny działa uspokajająco i demobilizująco, owocuje on większą skłonnością do posługiwania się upraszczającymi heurystykami zamiast uważnym przetwarzaniem odbieranych przekazów. Z kolei nastrój negatywny owocuje wzrostem czujności i mobilizacji, a w konsekwencji silniejszą motywacją do przetwarzania informacji.

Hipotezy te sformułowali Norbert Schwarz, Herbert Bless i Gerd Bohner (1991), którzy w eleganckiej serii eksperymentów wprowadzali swoich badanych w dobry lub zły nastrój i próbowali zmieniać ich postawy za pomocą silnej lub słabej argumentacji. Jak wskazują wyniki zawarte w tabeli 43.2, badani wprowadzeni w dobry nastrój okazali się jednakowo przekonani argumentami silnymi i słabymi, natomiast badani w nastroju negatywnym zostali bardziej przekonani argumentami silnymi niż słabymi. Co więcej, tylko w nastroju negatywnym argumenty silne wywoływały więcej przychylnych (a mniej nieprzychylnych) myśli na temat przekazu niż argumenty słabe. W innych badaniach ci sami autorzy stwierdzili zanik różnic między nastrojem pozytywnym i negatywnym, a także między reakcjami na argumentację silną i słabą, kiedy pojawienie się dystraktorów przeszkadzało badanym w rzeczywistym przetwarzaniu przekazu. Tak więc nastrój pozytywny podwyższa uleganie argumentom słabym, choć obniża uleganie argumentom silnym. Nastrój negatywny działa odwrotnie.

Dokonany tu przegląd licznych wyznaczników perswazji może sugerować, że zmiany postaw można spowodować stosunkowo łatwo. Należy jednak zdać sobie sprawę z tego, że większość badań nad perswazją dotyczyła postaw mało ważnych dla osób badanych (zapewne właśnie dlatego, żeby bez trudu udało się wykryć zmiany postaw stanowiące przedmiot badań). Postawy ważne dla człowieka wykazują silny opór na zmianę, ponieważ są one powiązane z koncepcją własnej osoby i wyznawanymi wartościami (Boninger, Krosnick i Berent, 1995), a także z wieloma innymi poglądami. Zmiana postaw wobec tak ważnych kwestii, jak religia czy własna matka, jest mało prawdopodobna, jako że wymagałaby zmiany własnej tożsamości i zmiany licznych wartości wyznawanych przez człowieka.

TABELA 43.2

Wpływ nastroju i jakości argumentacji zawartej w przekazie na zmianę postawy oraz na proporcję przychylnych i nieprzychylnych myśli na temat przekazu

ARGUMENTACJA	DOBRY NASTRÓJ	ZŁY NASTRÓJ
	Postawa	
Słaba	4,60	3,00
Silna	4,70	5,40
	Przychylne myśli na temat przekazu	
Słaba	0,16	0,06
Silna	0,14	0,31
	Nieprzychylne myśli na temat przekazu	
Słaba	0,50	0,59
Silna	0,55	0,35

W adaptacji według: Bless, Bohner, Schwarz i Strack (1990), za zgodą wydawcy; *copyright* Society for Personality and Social Psychology.

43.5

Podsumowanie

Postawa to względnie stała skłonność do pozytywnego lub negatywnego ustosunkowywania się do jakiegoś obiektu, a więc oceniania go i/lub reagowania nań określonymi emocjami. Postawy mogą powstawać na mocy różnych mechanizmów kształtowania ustosunkowania (warunkowanie klasyczne lub instrumentalne, duża częstość kontaktu z ich obiektem), za pośrednictwem przekonań o obiekcie i w wyniku własnych zachowań kierowanych na obiekt. Dobrze wykształcone i silne postawy wpływają na sposób przetwarzania informacji o ich obiektach. Postawy wywierają wpływ na nasze zachowania za pośrednictwem utendencyjniania sposobu, w jaki widzimy w konkretnej sytuacji dane obiekty (i ten proces może być automatyczny, niekontrolowany i bezwysiłkowy), albo za pośrednictwem formułowania świadomej intencji do pozytywnego lub negatywnego działania w stosunku do obiektu postawy (kiedy jesteśmy do tego motywowani, a warunki sytuacyjne umożliwiają świadome przetwarzanie informacji). Siła związku zachowania z postawami jest zmienna i zależy od takich czynników, jak właściwości samej postawy i sytuacji, w której do owego zachowania dochodzi.

Wielkość zmiany postaw wywołanej perswazją zależy od cech nadawcy (kompetencja, czystość intencji, atrakcyjność i podobieństwo do odbiorcy), od treści zawartych w przekazie (siła i liczba argumentów, ich jednostronny bądź dwustronny charakter, odwoływanie się do emocji), od organizacji przekazu (kolejność argumentów, liczba podających je nadawców), od środka przekazu (prasa, radio, telewizja) oraz od tych stanów i cech odbiorcy, które decydują o sposobie przetwarzania przezeń argumentacji zawartej w przekazie.

Gdy odbiorca jest zarówno motywowany, jak i zdolny do rzeczywistego przetwarzania zawartych w przekazie treści, perswazja toczy się torem centralnym, a zmiana postaw ma charakter trwały i zależy od poznawczych reakcji na przekaz, uwarunkowanych siłą i jakością argumentacji. Kiedy odbiorcy brakuje albo motywacji, albo możliwości przetwarzania argumentów, perswazja toczy się torem peryferyjnym, a zmiana postaw ma charakter nietrwały i zależy od tego, czy w bieżącej sytuacji występują sygnały ulegania, czy też opierania się przekazowi. Typowym sygnałem uległości są właściwości nadawcy, takie jak jego wiarygodność i atrakcyjność.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Co to jest postawa?
2. Jakie są główne mechanizmy genezy postaw?
3. W jaki sposób postawy wpływają na przetwarzanie informacji?

4. Od czego zależy wpływ postaw na zachowanie?
5. Jakie etapy perswazji zakłada jej model procesualny?
6. Jakie właściwości nadawcy, przekazu i odbiorcy decydują o skuteczności perswazji?
7. Na czym polega centralny, a na czym peryferyjny tor perswazji?
8. Kiedy perswazja toczy się torem centralnym, a kiedy peryferyjnym?

LITERATURA ZALECANA

Aronson, E., Wilson, T. D., Ackert, R. M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł* (rozdz. 8.). Poznań: Zysk i S-ka.

Cialdini, R. (1993). *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Mądrzycki, T. (1977). *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa: WSiP.

Mika, S. (1982). *Psychologia społeczna*. Warszawa: PWN.

Wojciszke, B. (2001). *Psychologia postaw i ocen*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

44

Tożsamość i współzależność

Janusz Ł. Grzelak i Maria Jarymowicz

Rozdział ten dotyczy zagadnień wzajemnych relacji między jednostką i jej otoczeniem społecznym. Jak się przekonamy, człowiek jest do tego stopnia istotą społeczną, że nawet określenie własnej tożsamości staje się możliwe jedynie poprzez odniesienie własnej osoby do innych ludzi. Odniesienie takie oznacza zarówno porównywanie siebie z innymi (co prowadzi między innymi do wykształcenia się tożsamości osobistej), jak i utożsamienie siebie z jakimiś grupami (co prowadzi do wykształcenia się tożsamości społecznej). Nieodłącznym składnikiem kondycji ludzkiej jest też współzależność społeczna – efekty naszych działań zależą nie tylko od nas samych, ale także od tego, jak postępują inni ludzie z naszego otoczenia. Współzależność społeczna często skłania ludzi do kooperacji korzystnej dla wszystkich zaangażowanych stron; nierzadko jednak natura współzależności jest taka, że działania najbardziej korzystne dla jednostki są równocześnie niekorzystne dla innych jednostek. Taki konflikt interesów prowadzi do rywalizacji między ludźmi, a psychologowie poświęcają sporo wysiłków badawczych, aby zrozumieć dynamikę konfliktu i wyznaczniki jego konstruktywnego rozwiązywania, co zwykle oznacza raczej współpracę niż rywalizację.

44.1

Psychologia tożsamości

Maria Jarymowicz

Psychologia tożsamości zajmuje się źródłami, przebiegiem, rezultatami i znaczeniem procesów doświadczania i rozpoznawania samego siebie wśród innych przedmiotów poznania. Stawia pytania o to, dlaczego ludzie poszukują (bądź też nie poszukują) informacji na swój temat, od czego zależy stopień ich dociekliwości (czy niechę-

ci do zadawania sobie pytań), skąd czerpią wiedzę o własnej osobie, od czego zależy zakres wglądu, jaki osiągają (zakres tego, czego udaje im się bądź nie udaje o sobie dowiedzieć), a także pytania o to, co z tego wglądu wynika dla ich duchowego i społecznego funkcjonowania. Psychologia tożsamości jest częścią szerszej dyscypliny: **psychologii Ja**, której przedmiot stanowią także inne składowe **struktury Ja** (por. Reykowski, 1975), w tym samowiedza utajona – treści i zasady funkcjonowania niedostępne samoświadomości.

44.1.1
Tożsamość jako przedmiot psychologii

Tożsamość jest pojęciem, którym posługują się różne dyscypliny humanistyczne (antropologia, socjologia, nauki prawne i inne). Każda z dyscyplin nawiązuje do jego podstawowego znaczenia, ale każda nadaje mu specyficzny sens. Stąd też, gdy mówimy o tożsamości prawnej czy tożsamości psychologicznej danej osoby, to mamy na myśli inne zakresy jej właściwości.

44.1.1.1
Pojęcie „tożsamość"

Według *Słownika języka polskiego* (PWN, 1978), **tożsamość** znaczy tyle co **identyczność**: bycie tym samym, a nie czymś czy kimś innym („Ta szklanka to ta, a nie żadna inna", „Ta osoba to ta, a nie żadna inna"). Termin ten odnoszony jest jednak nie tyle do obiektów jako takich, ile do konfiguracji cech, pozwalających na ich **identyfikowanie** (rozpoznawanie).

W naukach społecznych pojęcie tożsamości odnosi się do rozpoznawania ludzi: rozmaitych zbiorowości i jednostek. Ustalanie czyjejś tożsamości, identyfikowanie kogoś polega na rozpoznawaniu jego **atrybutów specyficznych**, to jest cech odróżniających daną osobę czy grupę od wszystkich innych. Często chodzi o uchwycenie jak najmniejszej ich liczby, umożliwiającej szybkie i łatwe rozpoznanie tego, kto jest kim. Zadania tego typu stawiają sobie między innymi rozmaite instytucje społeczne, zainteresowane identyfikowaniem obywateli. Niezawodnym „znakiem szczególnym" jest odcisk kciuka – dzięki temu, że można na nim wyraźnie zobaczyć niepowtarzalny, charakterystyczny tylko dla danej jednostki układ linii papilarnych. Do dowodów tożsamości ludzi wpisuje się dane demograficzne o unikatowej konfiguracji, pozwalające odróżnić daną osobę od wszystkich innych (w określonym dniu z tej samej matki mogą wprawdzie urodzić się bliźnięta, ale mają one inne imiona, zawody czy adresy). W stosunkach międzyludzkich orientację w zakresie tego, kto jest kim, niezmiernie ułatwia widok twarzy czy innych cech fizycznych. I choć wskazówki takie nie wystarczają, gdy stawiamy pytania dalej idące (na przykład o to, kto jest „liberałem", czy o to, kto jest „prawdziwym Polakiem"), to jednak zawsze ustalanie czyjejś tożsamości dokonuje się nie poprzez opisanie wszystkich możliwych atrybutów, ale przez skupienie uwagi na atrybutach wybranych, spostrzeganych jako specyficzne.

Tak więc tożsamość wyraża się poprzez atrybuty charakterystyczne dla danej osoby. Psychologia zwraca jednak uwagę na fakt, że ludzie różnią się w spostrzeganiu tego, co dla kogoś typowe. Ta sama osoba może być charakteryzowana z wielu różnych punktów widzenia i przez jednych spostrzegana głównie jako „czuły ojciec", a przez innych jako „pracownik bez inicjatywy". Tożsamość rozpoznana to zatem nie tyle – po prostu – cechy danej osoby czy grupy, co ich spostrzeganie i powstający w umyśle spostrzegającego ich wizerunek. Dotyczy to także spostrzegania samego siebie, które przejawia się wybiórczą koncentracją uwagi na tylko niektórych własnych cechach i przypisywaniem do nich mniejszej lub większej wagi w procesie charakteryzowania samego siebie. I w takim sensie tożsamość – jako efekt procesu autopercepcyjnego – stanowi przedmiot dociekań psychologii tożsamości.

44.1.1.2
Tożsamość w percepcji społecznej

Identyfikowanie ludzi ma swoje specyficzne cele. Chodzi o ich różnicowanie nie tylko ze względu na cechy fizyczne (jak cechy rasowe czy miejsce urodzenia), ale i psychiczne (jak zdolności czy cechy charakteru). Te ostatnie są wielorakie i często opisywane w języku abstrakcyjnym (jak w wypadku właściwości typu „wytrwałość", „inteligencja" czy „odwaga cywilna"), a to oznacza, że ich desygnaty (przejawy w zachowaniu) bywają trudne do rozróżnienia. Trudność ta pojawia się na przykład wtedy, gdy trzeba odróżnić niezdolnych od leniwych, nonkonformistów od niezależnych, dojrzałych od niedojrzałych czy fanatyków od zaangażowanych. Innymi słowy, w percepcji społecznej rozpoznać czyjąś tożsamość to nie tylko dostrzec cechy, które pozwalają stwierdzić, że dany człowiek – fizycznie – to **ta, a nie inna osoba**, ale także zauważyć cechy pozwalające stwierdzić, że dany człowiek – psychicznie – to **taka, a nie inna osoba**.

W wielu sytuacjach praktycznych liczy się możliwość nie tylko trafnej, ale i szybkiej orientacji, kto jest kim. Wtedy kluczowe znaczenie ma wybór atrybutów niezawodnych. Często dzieje się to jednak pochopnie i na podstawie powierzchownych przesłanek (takich jak kolor skóry, ubiór czy czyjś jednorazowy sukces). Dochodzi wówczas do uproszczonych, a często i fałszywych diagnoz. W psychologii społecznej wiele uwagi poświęcono procesom **kategoryzacji społecznych** – polegającym na przypisywaniu ludzi do określonych kategorii społecznych według wybranych kryteriów (takich jak narodowość, płeć czy zawód) oraz na wnioskowaniu o ich cechach osobowych na podstawie schematów czy stereotypów całej kategorii (por. rozdz. 42.). W wyniku takich procesów dana osoba spostrzegana jest „kategorialnie", to jest przez pryzmat cech przypisywanych całej kategorii, a nie „personalnie" – jej cechy indywidualne nie zostają dostrzeżone.

William James (1890) uważał potrzebę bycia rozpoznanym przez otoczenie za najbar-

RAMKA 44.1

Pomyłki w społecznym rozpoznawaniu bywają w skutkach wysoce niepożądane. Bywają też bardzo bolesne dla podmiotów. Oto przeżycia bohatera jednej z *Bajek o identyczności* autorstwa Leszka Kołakowskiego – *Bajki syryjskiej o wróblu i łasiczce*. Mały wróbel zwycięża w wyścigu dużo większą od siebie łasiczkę. Łasiczka czuje się przez wróbla oszukana, a sowa, jako sędzia, staje po jej stronie:

„– Oszukałeś łasiczkę – krzyknęła sowa.

– Nic nie powiedziałem – kłócił się wróbel.

– Oszukałeś ją wyglądem – powtórzyła sowa.

– Taki się urodziłem – odparł wróbel – i nie odpowiadam za swój wygląd.

– Odpowiadasz czy nie, to nie ma znaczenia – huknęła sowa – dość, że masz wygląd, jaki masz, a ten wygląd oszukał łasiczkę.

– Może mój wygląd oszukał łasiczkę, ale ja nie oszukałem łasiczki – krzyknął wróbel czerwony ze złości – bo ja nie jestem swoim wyglądem!"

Wróbel nie chciał uznać swego wyglądu za odpowiednik własnej tożsamości. Ciało i wygląd odgrywają jednak istotną rolę w rozwoju tożsamości, a u niektórych ludzi pozostają jej podstawą. Czy wyczuwamy to intuicyjnie, myśląc o palcach pianisty, podniebieniu kipera czy długich nogach modelki?

dziej podstawową spośród społecznych potrzeb człowieka, a jej niezaspokojenie – za szczególnie dotkliwe źródło frustracji. W latach późniejszych wykazano, że pozostawanie nietrafnie rozpoznanym czy anonimowym (stany deindywiduacji) prowadzi do silnych napięć, które ludzie rozładowują poprzez działania mające na celu zwrócenie na siebie uwagi – a są to często czyny wysoce agresywne (Kamińska-Feldman, 1988).

Źródłem kłopotów są także problemy z rozpoznawaniem samego siebie. Przedmiot zainteresowań psychologów stanowią problemy tożsamościowe ludzi w okresie dorastania czy w okresach zmian i przełomów życiowych (takich jak podejmowanie nowych ról – matki czy szefa; zmiany statusu – z osoby pracującej na bezrobotną; osiągnięcie wieku emerytalnego itp.). Zmiany takie sprawiają (dotyczy to zwłaszcza zmian następujących gwałtownie – jak wielka wygrana pieniężna czy powypadkowe inwalidztwo), że człowiek traci dotychczasowe rozeznanie co do samego siebie. Musi przyjąć do wiadomości, że jest już kimś innym, i rozpoznać, na czym owa inność polega. Dochodzić może wówczas do poważnych **kryzysów tożsamościowych** (Marcia, 1966), przejawiających się niepokojem, a także zniekształceniami informacji na temat siebie i innych ludzi (po to by uzyskać pożądane informacje – por. Jarymowicz, 1984). Gdy możliwe jest stopniowe poznawanie siebie, zadanie też nie jest łatwe, bo człowiek się zmienia i na każdym etapie życia trzeba wyłonić jakieś cechy szczególnie przydatne do charakterystyki siebie „tu i teraz" spośród wielkiego ich zbioru.

Identyfikowanie ludzi jest złożonym procesem poznawczym, którego dynamika zależy od motywacji, dociekliwości i narzędzi poznania, jakimi dysponuje podmiot.

44.1.1.3 Tożsamość własna jako przedmiot dociekań psychologii

W wielu dyscyplinach naukowych przedmiotem badań jest tożsamość ludzi ujmowana z perspektywy zewnętrznego obserwatora. Natomiast psychologia zajmuje się **tożsamością własną**, uchwytną dla samego podmiotu, z jego własnej, wewnętrznej perspektywy. Jest to perspektywa pod wieloma względami szczególna. W tym jednym jedynym wypadku osoba poznająca ma dostęp do sfery intrapsychicznej, prywatnej, ukrytej przed innymi. Może więc wiedzieć o sobie to, czego nie wiedzą inni. Z drugiej strony liczne zjawiska psychiczne pozostają niedostępne samoświadomości (Bobryk, 1996; Wojciszke, 1980), choć są widoczne dla otoczenia. W tym jednym jedynym wypadku poznanie ma cechy wyjątkowe, także ze względu na sposób przeżywania samego siebie, emocje, jakie wzbudza własna osoba, oraz ich zniekształcający wpływ na operowanie informacjami o sobie (por. charakterystyka mechanizmów obrony ego – Freud, 1997/1936; Grzegołowska-Klarkowska, 1986; czy tak zwanych efektów odnoszenia do Ja – Greenwald i Pratkanis, 1988/1984).

Samowiedza jest tylko częściowo dostępna świadomości. Decydują o tym, po pierwsze, czynniki „instrumentalne", związane z operowaniem informacjami: brak pytań o siebie, brak aktywności samopoznawania, słabości narzędzi poznawczych, nieumiejętność dostrzegania własnych cech, kłopoty z ich nazywaniem i rozumieniem, a także specyficzne reguły rządzące aktualizowaniem samowiedzy. Wiedza wyartykułowana, dostępna świadomemu przetwarzaniu, to wiedza deklaratywna. Istotną część wiedzy stanowi jednak wiedza proceduralna, zawarta w procedurach i operacjach, przyswajana w toku uczenia się, ale niedostępna świadomemu przetwarzaniu. Katarzyna Stemplewska-Żakowicz (1996), opisując funkcjonowanie tych dwóch systemów wiedzy, cytuje przypadek półtorarocznej dziewczynki, która nie potrafiła wskazać, gdzie ma twarz, choć adekwatnie wykonywała polecenie „umyj twarz". Drugą kategorię czynników ograniczających dostępność informacji na swój temat stanowią czynniki emocjonalno-motywacyjne, wyznaczające tendencję do wypierania bądź do innych form unikania „złej wiedzy". Anthony Greenwald i Mahzarin Banaji (1995) dokonali przeglądu badań nad tak zwanym poznaniem utajonym – odnoszącym się do faktycznych doświadczeń człowieka, które po pewnym czasie nie są introspekcyjnie dostępne, to jest pozostają nierozpoznane. Cytowane przez autorów dane eksperymentalne dotyczą głównie takich doświadczeń, których ujawnienie mogłoby być nieprzyjemne. Ich „zatajenie" przed samoświadomością sprawia, że własne uprzedzenia czy kompleksy mogą przejawić się tylko niejasnymi poczuciami co do własnego stosunku do innych ludzi czy do samego siebie.

W tej warstwie samowiedzy, która ma charakter świadomy, wyodrębniają się **treści tożsamościowe, to jest treści szczególnie wyraziste, centralne** (Stryker, 1987). Ich wyłonienie spośród innych treści samowiedzy bywa niełatwe – jak to zapisał Henryk Elzenberg (w *Kłopotach z istnieniem*): „Pytanie: gdzie jest tak zwane ja? Oto wczoraj znajduję się sam w pokoju i zaczynam myśleć o sobie. [...] Przedmiotem tych myśli byłem ja, a jakoś one tego ja nie znajdowały, przesuwały się po szczegółach, wypadkach, stosunkach, pojęciach, ale do środka nie docierały".

Psychologia także nie jest wolna od kłopotów z rozróżnieniem pojęć **Ja** i **tożsamość** – terminy te (podobnie jak terminy angielskie *self* i *identity*) są często używane zamiennie. Kryjące się za tym pomieszanie pojęciowe jest wysoce kłopotliwe – głównie dlatego, że struktura Ja wpływa na funkcjonowanie człowieka w sposób w dużej mierze pozaświadomy i automatyczny (Bargh, w druku), inaczej, niż to się dzieje w wypadku tożsamościowych elementów samowiedzy. Zdaniem wielu autorów, celowe gromadzenie informacji na swój temat, kierowanie do siebie pytań tożsamościowych i zdobywanie orientacji co do własnej osoby (własnych cech, stanów, relacji z innymi, korzeni czy perspektyw) zmienia stan umysłu i umożliwia świadomy wpływ na samego siebie: stawianie sobie celów, tworzenie ich hierarchii, planowanie działań i podporządkowanie ich wizjom związanym z dążeniem do samorealizacji (Obuchowski, 1993). Badacze wskazują na to (por. Stryker, 1987), że wyrazista tożsamość nie tylko umożliwia wybory, ale także wyznacza stałość i spójność zachowań z sytuacji na sytuację: wyartykułowane Ja jest fundamentem świadomej regulacji funkcjonowania. W szczególności wyartykułowana samowiedza umożliwia wykorzystanie specyficznych zdolności człowieka: poznawczego dystansowania się wobec samego siebie oraz kontroli nad samym sobą (Kofta, 1979).

Wagę i znaczenie tego, co składa się na samoświadomość, w odróżnieniu od tego, co pozostaje poza jej obszarem, uznało wiele dyscyplin psychologii. W psychoanalizie – jaźni (ego) przypisane zostały funkcje koordynowania potrzeb id z wymaganiami superego i rzeczywistości, pełnione w zależności od tego, jakie treści są dostępne świadomości. Z tego podejścia wywodzą się współczesne psychoanalityczne koncepcje tożsamości (por. rozdz. 36.). Szczególną rolę stymulującą studia nad tożsamością podmiotu odegrała psychologia humanistyczna. Powstała ona w opozycji do tych nurtów psychologii, które ujmowały psychikę bądź bez uwzględniania w niej roli czującego i myślącego podmiotu (behawioryzm), bądź z koncentracją uwagi na podmiocie i jaźni podporządkowanej niekontrolowanym siłom biologicznym i społecznym (psychologia głębi). To w nurcie psychologii humanistycznej pojawiło się zainteresowanie tym, co w psychice specyficznie ludzkie: podmiotem, samoświadomością, zdolnością do samokontroli i samostanowienia (por. rozdz. 36.). Najszerszym zakresem studiów nad tożsamością – studiów teoretycznych, powiązanych z badaniami empirycznymi – legitymuje się jednak psychologia społeczna. Problematyka tożsamości była w niej obecna od samego początku (por. Cooley, 1902; Mead, 1975/1934). W jej obrębie wykorzystywany jest w znaczącym stopniu dorobek filozofii i psychologii ogólnej. Wiedza prezentowana w dalszej części niniejszego rozdziału pochodzi w głównej mierze z dorobku eksperymentalnej psychologii społecznej.

44.1.2
Tożsamość dostępna samemu sobie

Samopoznanie jest procesem pod pewnymi względami analogicznym wobec innych procesów poznawczych, a pod innymi – procesem o cechach szczególnych. Badania w obszarze poznawczej psychologii społecznej opierają się na takich właśnie dwóch założeniach: wedle jednego – samopoznawanie przebiega na zasadach ogólnych, rządzących przebiegiem wszelkich procesów poznawczych; wedle drugiego zaś – samopoznanie podlega zasadom specyficznym, wynikającym głównie ze szczególnego punktu widzenia w spostrzeganiu samego siebie oraz ze stosunku podmiotu do własnej osoby. Łączenie wiedzy pochodzącej z badań podporządkowanych każdemu z tych założeń zwiększa wgląd w naturę procesów samopoznania i formowania się tożsamości.

44.1.2.1
Dwoistość Ja

Poszukiwanie własnej tożsamości wyróżnia się wśród innych procesów poznawania tym, że w tym jednym jedynym wypadku człowiek jest zarówno przedmiotem poznania, jak i poznającym podmiotem: ma zdolność obserwowania, analizowania i wartościowania samego siebie. Owa dwoistość Ja jest trudno uchwytna i przybliżana przez różne terminy i charakterystyki. Pojęcia najogólniejsze i najbardziej złożone to **Ja podmiotowe** i **Ja przedmiotowe**.

Ja podmiotowe charakteryzowane jest fenomenologicznie, bez wskazywania fizycznej (biologicznej) lokalizacji: jako byt umysłowy, przejawiający się stanami świadomości, w tym – samoświadomości (Harré, 1984). Są to doznania, odczucia, spostrzeżenia, myśli, preferencje, intencje, wizje celów, a także świadomość tych stanów oraz specyficzne zdolności: koncentrowania uwagi na sobie i sprawstwa zgodnego z własną wolą. Ja przedmiotowe definiowane jest jako samowiedza zakodowana w strukturach poznawczych i dająca się aktualizować (Kozielecki, 1981).

Ja podmiotowe i Ja przedmiotowe składają się na **strukturę Ja**; to ostatnie pojęcie wprowadzone zostało po to, by zwrócić uwagę, że obie sfery pozostają we wzajemnych związkach (Jarymowicz, 1994a). Ludzie obserwują siebie, klasyfikują, nazywają, definiują. Rozpoznanie we własnym Ja – jako przedmiocie poznania – jakichś cech (jak poczucie humoru czy złośliwość) pociąga za sobą określony sposób ich podmiotowego przeżywania (na przykład akceptację lub dezaprobatę), a to z kolei wpływa na przetwarzanie informacji o sobie jako przedmiocie poznania (na przykład prowadzi do unikania pewnych informacji na swój temat).

Obie części Ja pozostawać mogą w interakcjach o mniejszej czy większej częstości. Kiedy do interakcji nie dochodzi, podmiot jest „strumieniem świadomości" (James, 1890): spostrzega, doznaje, odczuwa, przypomina sobie, pragnie itp. Gdy kieruje uwagę na samego siebie i swoje przeżycia, uruchamia samoświadomość, a gdy dołącza refleksję – aktualizuje i konstytuuje Ja przedmiotowe. Procesy te mogą toczyć się naprzemiennie, fazowo. Kiedy podmiot się złości, może to zaobserwować i nazwać swój stan („Rozwścieczyło mnie to"), a następnie się tego zawstydzić i zapragnąć opanować złość („No i po co robię z siebie takiego potwora"), podjąć trud samokontroli, a potem jego rezultat skonstatować („Jednak potrafię nad sobą zapanować"), by w chwilę później odczuć zadowolenie z siebie i umocnić swoje przekonanie o sobie jako osobie opanowanej.

Dwoistość Ja opisywał James (1890), rozróżniając pomiędzy doświadczającym podmiotem (*I*) oraz „Ja empirycznym": doświadczanym przedmiotem (*me*, na które składa się wszystko to, co może być spostrzeżone jako „moje"). W dalszych latach pojęcia te jednak rzadko pojawiały się w literaturze, ze względu na trudności w uchwyceniu natury Ja podmiotowego (por. Greenwald i Pratkanis, 1988/1984; Kozielecki, 1981). W piśmiennictwie polskim próbę ich przybliżenia przedstawił Jerzy Bobryk (1981).

44.1.2.2
Dwoistość własnej tożsamości

Erik Erikson (1956) rozróżnił **tożsamość ego** i **tożsamość self**, ale terminologia ta nie zyskała popularności w psychologii społecznej. Bardziej powszechne jest (por. Epstein, 1991) redukowanie obu pojęć Ja do rozróżnienia pomiędzy Ja poznającym (*self as a knower*) i Ja poznawanym (*self as an object of knowledge*) oraz odnoszenie pojęcia tożsamości zarówno do sfery przeżyć czującego i myślącego podmiotu (*ego-identity*), jak i do sfery zakodowanych w umyśle treści rozpoznanych w odniesieniu do samego siebie (*self-identity*). Innymi słowy, tożsamość ujmowana bywa w dwóch perspektywach:

(1) jedna z nich to **perspektywa podmiotowa** – gdy opisywana jest tożsamość dana podmiotowi poprzez powtarzające się sposoby przeżywania samego siebie,
(2) druga to **perspektywa przedmiotowa** – gdy opisywana jest tożsamość jako system względnie trwałej wiedzy i przekonań o samym sobie.

Najbardziej podstawową formę tożsamości podmiotowej stanowią subiektywnie oczywiste **pierwotne poczucia tożsamościowe** (Maslow, 1990/1970): globalne poczucie bycia samym sobą („Ja to ja") oraz poczucia ciągłości („Ja to ja, przez całe życie"), spójności („Ja to ja, pomimo różnorodności moich cech, stanów, zachowań w różnych momentach i sytuacjach") i niepowtarzalności własnej osoby („Ja to ja i nikt inny"). Są one podmiotowi dane automatycznie, każdorazowo, „na zawołanie" (o ile u danej osoby ukształtowało się choćby najbardziej elementarne pojęcie Ja). Człowiek czuje się tą samą osobą, pomimo iż wie, że jego fizyczność zmienia się „nie do poznania" w okresie od niemowlęctwa do starości, i uświadamia sobie, jak bardzo różne jest jego zachowanie w różnych sytuacjach (na przykład w pracy i w domu), ma też poczucie, że jest niepowtarzalny, choć dostrzega swoje podobieństwo do innych ludzi.

Oto dwie różne formy kontaktów z samym sobą: odczuwać i wiedzieć. Decydują one o złożoności tożsamości człowieka i wyznaczają jej różne formy: poczucia i samowiedzę. Te pierwsze dane są nam bez konieczności poszukiwania uzasadnień, natomiast treści samowiedzy składające się na tożsamość są pochodnymi autorefleksji, które opierają się na autoanalizach, na świadomym przetwarzaniu informacji. Pozyskujemy je od otoczenia, z samoobserwacji, ale także generujemy we własnym umyśle (jak zawsze wtedy, gdy dochodzimy do jakiegoś wniosku na swój temat, wykraczającego poza to, co dane w obserwacjach – jak na przykład wtedy, gdy ktoś, analizując siebie, dochodzi do wniosku „Stać mnie na więcej").

W miarę rozwoju samowiedzy jej niewyartykułowane treści dane są podmiotowi w postaci wtórnych poczuć tożsamościowych – można mieć poczucie własnej uczciwości czy niepewności co do własnej pozycji w grupie bez wyraźnych uzasadnień dla swoich stanów. Każdy człowiek (nie tylko dziecko, ale i dorosły) ma takie niewyartykułowane obszary samowiedzy (por. Greenwald i Pratkanis, 1988/1984 – pojęcie „Ja rozlanego"). Utrzymują się one tak długo, dopóki dany atrybut własnej osoby nie stanie się przedmiotem aktywnego samopoznania. Wielu ludziom nie wystarcza to, co dane w postaci ogólnikowych poczuć; chcą wiedzieć coś ponad „Ja to ja" i chcą to wiedzieć świadomie. To jednak wymaga pewnego wysiłku, nakładów energetycznych – i ten właśnie fakt leży u podstaw zróżnicowania ludzi pod względem stopnia wglądu we własne Ja. Samopoznanie zależy od zaangażowania, zaciekawienia samym sobą (wzbudzenia potrzeb tożsamościowych), gotowości do dociekań, stawiania sobie określonych pytań tożsamościowych i poszukiwania na nie odpowiedzi. W rezultacie motywacyjnego i poznawczego zaangażowania formułuje się tożsamość przedmiotowa: wyartykułowane wizje siebie, wchodzące

w skład samowiedzy i wyselekcjonowane ze względu na jakieś cele (pytania) podmiotu.

Wiedza tożsamościowa jest różnorodna i zapisana w postaci skryptów czy schematów poznawczych (zob. rozdz. 20.), do pewnego stopnia wzajemnie niezależnych. Gdy pozostają one niezintegrowane, przejawiają się zmiennością wizerunków samego siebie – jak obrazy siebie w różnych rolach społecznych (jestem kimś innym jako syn lub zwierzchnik, przyjaciółka czy współpracownica itp.). Umysł może jednak dokonać integracji różnych wizji własnej osoby, poprzez zbudowanie **prototypu Ja**, w odpowiedzi na nadrzędne pytanie tożsamościowe: „Kim jestem?" Człowiek potrafi dostrzec to, co dla niego charakterystyczne, pomimo wielkiej różnorodności własnych zachowań i ich zmienności z sytuacji na sytuację. Na podstawie obserwacji samego siebie (w tym również dostrzegania tego, jak jest widziany przez otoczenie) formułuje uogólnione sądy dotyczące tego, co dla niego najbardziej typowe. Prototyp Ja definiowany jest jako zespół przypisywanych sobie cech, wyabstrahowanych z różnych obszarów samowiedzy (Markus i Zajonc, 1985). Jest on przybliżany w badaniach prostymi technikami samoopisu – w odpowiedzi na pytanie otwarte: „Kim jestem?", czy w uzupełnieniu członów testów zdań niedokończonych. Przyjmuje się założenie, że człowiek wymienia w takich technikach cechy prototypowe, wyabstrahowane spośród innych cech Ja. Są one zarazem uznawane za centralne wymiary tożsamości.

To ostatnie założenie zostało poparte wynikami badań eksperymentalnych, w tym badań Hazel Markus i współpracowników (Markus, 1993). Osoby uczestniczące w badaniach Markus wskazywały na liście cech w pierwszym czytaniu te cechy, które uważały za najbardziej i najmniej dla siebie charakterystyczne, a w drugim czytaniu – te cechy, które uważały za szczególnie ważne bądź mało ważne. Cechy zaznaczone i na pierwszej, i na drugiej liście, uznane przez badanych za charakterystyczne i ważne, nazwano cechami **schematowymi**, a cechy uznane za najmniej

ARCHIWUM AUTORA

Hazel R. Markus

charakterystyczne i zarazem najmniej ważne – cechami **aschematowymi**. Okazało się, że to, co subiektywnie w taki sposób rozróżniane, jest zarazem obiektywnie wyraźnie zróżnicowane pod względem funkcjonalnym: cechy schematowe odgrywają inną rolę w percepcji społecznej niż cechy aschematowe (na przykład, inni ludzie są spostrzegani przede wszystkim z punktu widzenia cech schematowych Ja; są one rozpoznawane szybciej niż cechy aschematowe).

Tożsamość przedmiotową można więc zdefiniować jako rodzaj wiedzy wyartykułowanej, na którą składają się treści uznane przez podmiot za najbardziej ważne dla scharakteryzowania własnej osoby. W definicji takiej nie ma wyraźnego wskazania, że chodzi o wiedzę pozwalającą na odróżnienie siebie od innych ludzi. Z takim celem mogą się wiązać bezpośrednio pewne pytania tożsamościowe, typu: „Kim jestem jako niepowtarzalna jednostka?", „Czym się różnię od innych Polaków?" Przyjmuje się jednak, że stawianie takich pytań nie jest niezbędnym warunkiem formowania się tożsamości. Wobec danego człowiekowi subiektywnie oczywistego po-

czucia niepowtarzalności poszukiwanie samowiedzy może być ukierunkowane już tylko na jej dookreślanie – poprzez rozpoznawanie własnych doświadczeń, autobiografii czy osobowych atrybutów.

44.1.2.3 Źródła i kody orientacji co do samego siebie

Co jest podstawą orientacji na swój temat? – oto pytanie, które stawiano w psychologii tożsamości najczęściej. Rzadziej pytano o zróżnicowanie znaczenia samowiedzy pochodzącej z różnych źródeł (na przykład o rolę sądów o sobie, przejętych od otoczenia lub opartych na własnych wnioskach na swój temat) czy o to, skąd się biorą pytania tożsamościowe i dlaczego jedni ludzie zadają ich wiele, a inni przejawiają niewielką dociekliwość.

Brak gotowości do dociekań (swoiste „poznawcze lenistwo", któremu mogą towarzyszyć stwierdzenia: „Nie zastanawiam się", „Nie zawracam sobie głowy takimi problemami") tłumaczy się dostępnością poczuć tożsamościowych. Uniwersalną bazę takich najbardziej pierwotnych form samoświadomości stanowi organizm, jego niepowtarzalność i ciągłość: dzięki biologicznej konstrukcji człowiek dysponuje niezawodnym układem odniesienia dla świadomości własnego unikatowego jestestwa. Warto jednak zwrócić uwagę, że ludzie różnią się stopniem świadomości własnego ciała (czego praktycznym skutkiem może być dramatyczne zaniedbanie, czy też umiejętne wspieranie kondycji własnego organizmu), a w pewnych wypadkach tracą jego poczucie (co wiąże się z dezintegracją psychiki). Warto też uświadomić sobie, że warunkiem narodzin poczucia ciała jest choćby najbardziej elementarna forma psychicznego doświadczania samego siebie przez niemowlę w kontaktach z otoczeniem, wywodzącego się z komunikacji niewerbalnej i empatii emocjonalnej. Wymiana taka umożliwia formowanie się pojęcia Ja, a jej brak jest źródłem patologicznych zaburzeń rozwoju tożsamości (zrozumienie natury procesów krystalizowania się u dziecka zaczątków sa-

RAMKA 44.2

Pewien wgląd w znaczenie rodzaju kodu, w jakim wyrażona jest tożsamość podmiotu, dla jego społecznego funkcjonowania, dają badania Marzeny Winczo (1994). Autorka dokonała koncepcyjnego rozróżnienia percepcyjno-wyobrażeniowej i słowno-pojęciowej wizji Ja i Innych i sprawdzała empirycznie niektóre jego implikacje. Przyjęła, że wyobrażeniowe wizje siebie mają charakter bardziej prywatny, bo są nieczytelne dla innych ludzi. Natomiast wizje wyrażone słownie mają charakter bardziej publiczny – nie tylko dlatego, że łatwiej jest dzielić się nimi (opowiedzieć o nich innym) i uzyskiwać informacje zwrotne (dowiadywać się, co inni o nich myślą), ale także dlatego, że kod słowny – jako podstawowy instrument społecznej komunikacji – jest sam w sobie nośnikiem społecznych znaczeń. Stąd nawet najbardziej intymne opisywanie siebie poprzez słowa jest zarazem konfrontowaniem siebie z systemem norm społecznych – jak w wypadku stwierdzenia zaadresowanego do samego siebie „Jestem tchórzem" czy „Nie stać mnie na wytrwałość". Winczo przewidywała (i w serii eksperymentów uzyskała dane potwierdzające tę hipotezę), że wyobrażeniowe wizje samego siebie współwystępują z większą niezależnością formułowanych sądów od nacisków opinii publicznej niż wizje siebie wyrażone słownie. W wyniku swoich studiów autorka stawia pytanie: „Dwa kody – dwa światy?", i dostarcza argumentów przemawiających na rzecz odmiennej roli regulacyjnej kodów wyobrażeniowego i pojęciowego.

moświadomości oraz zaburzeń tego procesu nie jest łatwe – pomocna może okazać się literatura: Trzebińska, 1998; Zalewska, 1998).

Samowiedza wyartykułowana, wykraczająca poza globalne poczucia, zapisana jest w systemach różnych umysłowych kodów: w postaci słowno-pojęciowej bądź percepcyjno-wyobrażeniowej. Zróżnicowanie rodzaju kodów poznawczych wyznacza ważne różnice we właściwościach funkcjonowania człowieka (por. rozdz. 21.). Dotyczy to także form tożsamości, choć większość istniejących koncepcji odwołuje się wyłącznie do reprezentacji słowno-pojęciowych.

W różnych koncepcjach tożsamości, opisywanej jako efekt świadomego przetwarzania informacji na temat własnej osoby, podkreśla się rolę zarówno otoczenia jako źródła samowiedzy (por. Cooley, 1902 – pojęcie „Ja odzwierciedlonego"), jak i aktywności samego podmiotu („rozmowy z samym sobą" – Mead, 1975/1934).

Otoczenie może być mniej lub bardziej aktywnym źródłem opinii czy nacisków w przekazywaniu wzorców osobowych. W teoriach rozwojowych zwraca się uwagę na szczególne znaczenie okresu wczesnego dzieciństwa, kiedy to opiekunowie stanowią główne źródło wszelkich doświadczeń i samowiedzy dziecka (Kohut, 1985). Dotyczy to nie tylko cech charakteru, upodobań tak różnych, jak preferencje smakowe czy estetyczne (mama wie, co dziecko lubi i czego nie lubi, a dziecko przejmuje jej opinie za własne i podporządkowuje im zachowania), ale i orientacji społecznych, kulturowych, politycznych. Stopniowo wpływy otoczenia maleją i mogą wywoływać mniej lub bardziej świadomy opór (reaktancję), w następstwie czego rozbudować się może tak zwana **tożsamość negatywna** czy nonkonformistyczna (Tap, 1979): przekonania o sobie będące zaprzeczeniem wzorców, norm, upodobań oraz opinii otoczenia na temat podmiotu. Stopniowo zmniejsza się też prawdopodobieństwo prostego odzwierciedlania opinii innych ludzi o sobie, bo podmiot odbiera komunikaty otoczenia, przetwarzając je selektywnie, zgodnie z rozwijającymi się własnymi schematami poznawczymi. Różnicuje się zarazem wizerunek siebie publiczny i prywatny (por. Carver i Scheier, 1981). Z drugiej strony zwiększa się świadome zapotrzebowanie na informacje z zewnątrz, aktywne ich poszukiwanie i wykorzystywanie w myśleniu o sobie – jednym z najpotężniejszych źródeł informacji na swój temat jest porównywanie siebie z innymi ludźmi.

Znana jest koncepcja **porównań społecznych** Leona Festingera (1954), który zwrócił uwagę na aktywną rolę podmiotu w poszukiwaniu informacji o sobie poprzez dowiadywanie się, jacy są inni ludzie, i konfrontowanie tej wiedzy z samoobserwacjami. Procesy porównań odgrywają podstawową rolę w poznawaniu siebie pod względem cech trudnych do jednoznacznej oceny; są one szczególnie użyteczne do oceniania własnych zdolności i walidacji własnych opinii. Dzięki porównaniom dowiadujemy się, na ile jesteśmy sprawni, inteligentni, pomysłowi, a w wypadku niepewności co do własnych gustów czy preferencji kluczowe znaczenie miewa to, czy inni uznają coś za kicz, czy też za wytwór szczególnie wysublimowany. Koncepcja Festingera zapoczątkowała prawdziwą lawinę badań (por. Suls i Miller, 1977), skupionych głównie wokół pytania o to, od czego zależy wybór obiektu porównań, i o to, co w obiekcie przyciąga uwagę.

Na wiele pytań nie można jednak odpowiedzieć, opierając się na porównaniach społecznych – dzieje się tak wtedy, gdy dotyczą one właściwości nieuchwytnych w zachowaniach czy wypowiedziach otoczenia. Na pytanie o to, czy jestem prawdomówny lub jakie mam aspiracje, podmiot odpowiada sobie sam. W miarę rozwoju wzrasta liczba pytań stawianych samemu sobie oraz stopień zdolności udzielania na nie odpowiedzi. Odpowiadanie możliwe jest dzięki obserwowaniu własnych zachowań i przeżyć (Dymkowski, 1993) i odnoszeniu ich do standardów osobistych (Reykowski, 1975; Wojciszke, 1986b). W odpowiedzi na pytanie: „Czy jestem uczciwy?", podmiot może porównywać własne zachowania z własnym standardem uczciwości (pojmowaniem tego, co uczciwe), a nie z zachowaniami innych czy ich opiniami na swój temat.

Autoanalizy mogą wykraczać poza doświadczenie z samym sobą i prowadzić do generowania nowej wiedzy o sobie, gdy ich narzędziem są intelekt i pojęcia abstrakcyjne (Baumeister, 1997). Człowiek może uznać, że wybrał nieadekwatny zawód reportera, kiedy dowie się, że jest introwertykiem. Może też dojść do wniosku, że osiągnął szczególnie oryginalny wynik, jeśli ma jakiś standard tego, co typowe, a co oryginalne. A także może mieć wizje siebie w przyszłości dzięki zdolnościom antycypacji. Mówiąc ogólnie, gromadzenie samowiedzy zależne jest nie tylko od bogactwa doświadczeń, ale i od rozwoju narzędzi poznawczych oraz zdolności umysłu do intelektualnego ogarniania świata (Piaget, 1966).

Odrębność właściwości systemów informacji doświadczeniowego i intelektualnego wykorzystywana jest w niektórych koncepcjach tożsamości (Epstein, 1991). Uwzględnia ją Ewa Trzebińska (1998), wyróżniając w obszarze samowiedzy schematy doświadczania i schematy analizy oraz wykazując empirycznie wagę tego rozróżnienia. Dzięki doświadczeniu człowiek może czuć się mężczyzną lub kobietą, ale może też poczuć się „częścią przyrody" czy identyfikować się z „proletariuszami wszystkich krajów", o ile uprzednio ogarnął poznawczo istnienie takiej kategorii i powiązał z nią własne Ja.

Posłużenie się intelektem pozwala na nowe wglądy i syntezy samowiedzy, ale wymaga woli zaangażowania myślenia; bez takiej motywacji osoba o najbardziej sprawnym intelekcie może cierpieć na brak zintegrowanego Ja.

44.1.3 Tożsamość społeczna i tożsamość osobista

W toku życia różnicują się doświadczenia dotyczące siebie jako cząstki świata społecznego i siebie jako jednostki. Formują się substruktury, umożliwiające spostrzeganie i doświadczanie siebie w tych dwóch różnych perspektywach („Ja jako student UŚ", „mieszkaniec globu", „obywatel danego państwa" itp. czy „Ja jako ja"). Każda z tych perspektyw wyznaczać może odmienne cele, cechy działań, sposoby widzenia świata. Tożsamość społeczna wiąże się z uformowaniem się My, co wyraża się poznawczymi powiązaniami własnej osoby z innymi ludźmi oraz identyfikowaniem się z ich celami, wartościami, zasadami postępowania. Tożsamość osobista wiąże się z uformowaniem się Ja, co wyraża się spostrzeganiem siebie jako niepowtarzalnej jednostki oraz identyfikowaniem się z celami i standardami osobistymi.

Warto zaznaczyć, że termin „tożsamość osobista" (*personal identity*) może wydać się niefortunny, bo przecież tożsamość społeczna identyfikującego się z innymi ludźmi podmiotu również ma charakter osobisty. Dlatego niektórzy badacze posługują się rozróżnieniem „tożsamość społeczna" – „tożsamość indywidualna".

44.1.3.1 Tożsamość społeczna

W wersji podmiotowej tożsamość społeczna przejawia się identyfikowaniem się podmiotu z innymi ludźmi: odczuwaniem więzi, uświadamianiem sobie wspólnoty, gotowością do współdziałania itp. W wersji przedmiotowej tożsamość społeczna wyraża się dostrzeganiem powiązań pomiędzy własną osobą i niektórymi innymi ludźmi oraz odnoszeniem do nich pojęcia My.

Część poczuć więzi z innymi osobami jest podmiotowi dana bez pośrednictwa procesów poznawczego łączenia Ja z Innymi. Dotyczy to osób, które stanowią bezpośrednie otoczenie, z którymi jednostka pozostaje w bliskich kontaktach: nie tylko widzi, ale też czuje ich obecność. Podmiot odczuwa syntonię z osobami, które są dla niego źródłem wsparcia, bezpieczeństwa, zaspokajania potrzeb afiliatywnych, erotycznych itd. Tożsamość społeczna jest wówczas oparta na realnych po-

wiązaniach zależnościowych (w rodzinie, diadach partnerskich, grupach osób przyjaźniących się) i wyraża się odczuwaniem wspólnoty, bez jej analizowania, opisywania, nazywania.

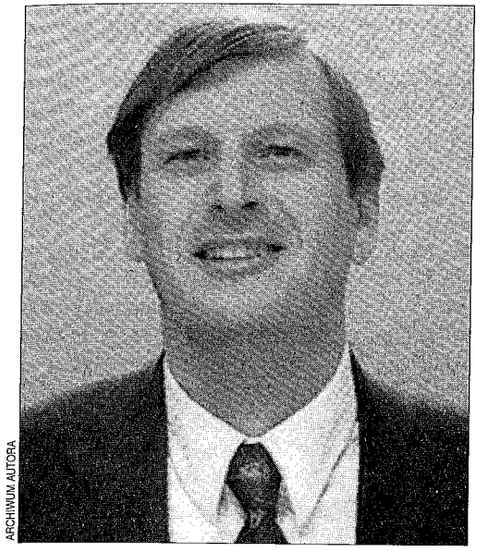
Identyfikowanie się z innymi może jednak obejmować nie tylko ludzi z bezpośredniego otoczenia, ale i ludzi spoza najbliższego kręgu – i to zarówno znanych, jak i nieznanych, nigdy nienapotkanych. Badacze zwracają uwagę na to, że identyfikujemy się przede wszystkim z ludźmi o tej samej przynależności społecznej, to jest ludźmi (por. Brewer i Gardner, 1996):

(1) powiązanymi z nami relacjami „twarzą w twarz", będącymi członkami tej samej **grupy społecznej** („My, sąsiedzi", „My to ja i moja rodzina"), lub
(2) stanowiącymi wspólnotę przez przynależność do szerszej **kategorii społecznej**, złożonej z osób, których większości nie można spotkać osobiście („My, lekarze", „My, Polacy").

W tym drugim wypadku warunkiem identyfikowania się i ukształtowania tożsamości podmiotowej (poczuć więzi, gotowości angażowania się w relacje) jest uprzednie ukształtowanie się tożsamości przedmiotowej: jakiejś formy poznawczej reprezentacji My, łączącej w umyśle podmiotu Ja z Innymi, pomimo braku podstaw percepcyjnych i bezpośrednich doświadczeń. Powiązanie mentalne w postaci konstruktu My sprawia, że człowiek może identyfikować się z ludźmi sobie nieznanymi – jak feministka, która chce wywalczyć coś dla wszystkich kobiet świata, choć większości ich nie zna osobiście, czy człowiek opowiadający się za integracją europejską, mimo że zna tylko pewną część europejskich społeczności.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że tożsamość społeczna oparta na przynależności do wspólnych kategorii prowadzi do więzi nie z konkretnymi osobami, lecz z całą zbiorowością. Powstaje w ten sposób rodzaj mentalności „klanowej": identyfikacje obejmują wszystkich członków kategorii, a podmiot abstrahuje od faktu, że mieszczą się w niej osoby, z którymi nigdy nie chciałby się utożsamiać. Taka jest właśnie natura procesów społecznych kategoryzacji: kategorialnego myślenia o innych, bez wnikania w perspektywę personalną. Reprezentant danej kategorii może być lubiany i wyzwalać poczucie więzi nie ze względu na jakieś osobiste przymioty, lecz ze względu na sam fakt wspólnej społecznej przynależności (na przykład ze względu na to, że pochodzi z tego samego miasta czy należy do tej samej partii).

W większości koncepcji teoretycznych przedmiot analiz stanowią formy tożsamości społecznej oparte na **realnej przynależności** do grup i kategorii społecznych. Do najbardziej znanych należą koncepcje wypracowane przez badaczy szkoły bristolskiej: **teoria tożsamości społecznej** Henri Tajfela (1974 – *social identity theory*, SIT) oraz **teoria kategoryzowania samego siebie** Johna Turnera (Turner, Hogg, Oakes, Reicher i Wetherell, 1987 – *self-categorization theory*, SCT). Wedle SIT, tożsamość społeczna wyraża się (1) spostrzeganiem wspólnej przynależności do danej kategorii społecznej oraz (2) podzielaniem z innymi członkami danej zbiorowości emocjonalnego zaangażowania w uczestnictwo w niej. Według SCT, identyfikowanie się z daną zbiorowością wynika nie z samej (dostrzeganej) własnej przynależności, lecz zależy od poznawczego zaklasyfikowania własnej osoby do danej kategorii społecznej – od zdefiniowania Ja w terminach przynależności do danej kategorii. Innymi słowy, tożsamość społeczna danej osoby oparta jest nie tyle na jej społecznej przynależności (choćby i dostrzeganej, w odróżnieniu od przynależności niedostrzeganych: ktoś może spostrzegać to, że jest mieszkańcem Mazur, a nie dostrzegać, że mieszka w Europie), ile na zdefiniowaniu siebie jako członka danej kategorii. Należymy do bardzo licznych grup i kategorii społecznych, ale tylko wybiórczo, w stosunku do niektórych spośród nich, świadomie odnosimy określenie My. Gdy dojdzie do uformowania schematu My o określonej treści („My – studenci UJ" czy „My – kibice Widzewa"), to jego aktualizowanie się pociąga za sobą realne skutki, związane z identyfikowaniem się z celami danej zbiorowości.



ARCHIWUM AUTORA

John C. Turner

Tożsamość społeczna może być ponadto oparta na **przynależności symbolicznej** do jakichś zbiorowości, do których się faktycznie nie należy: pojęcie My może dotyczyć zbiorowości ludzi, do których chciałoby się przynależeć (jak w wypadku kogoś, kto ma zamiar emigrować do innego kraju), lub zbiorowości ludzi, do których nie można realnie przynależeć, bo żyli w innym czasie („My, filozofowie różnych epok", „My, Polacy, budujący swoją kulturę od stuleci") bądź stanowić będą przyszłe pokolenia. Podobnie jak można cieszyć się domem, który jeszcze nie został zbudowany, ale mamy już jego wizję, tak można przeżywać identyfikacje z przyszłymi generacjami ludzi, którzy się jeszcze nie narodzili – o ile ukształtuje się pojęcie My obejmujące własną osobę i owych ludzi, którzy będą żyli w przyszłości. Mogą też powstawać identyfikacje dotyczące nie tyle konkretnych zbiorowości ludzi, ile danego kręgu kulturowego – My odnosi się wówczas do ludzi wyodrębnionych spośród innych ze względu na podobny stosunek do jego symboli (por. Boski, 1992).

Co więcej, pojęcie My może się kształtować bez związku z jakąkolwiek przynależnością (realną czy symboliczną) do określonych zbiorowości ludzi; umysł może nie tylko odzwierciedlać czy antycypować rzeczywistość, ale i tworzyć rozmaite, czysto poznawcze kategorie, wiążące różnych ludzi, o odmiennych przynależnościach społecznych. W wyniku operacji poznawczych może uformować się My abstrakcyjne, typu „My, patrioci" – taka kategoria poznawcza obejmuje przecież ludzi należących do rozmaitych kategorii społecznych. My odnosi się wówczas nie do określonych osób jako takich, lecz do wspólnoty z nimi ze względu na ich wybrane cechy czy wyznawane wartości: podmiot wiąże pojęcie Ja z Innymi, którzy „cenią wolność", „są wrażliwi na niedolę innych" czy „poświęcają się dla nauki" (por. Jarymowicz, 1994c – pojęcie My atrybucyjnego). Identyfikacje z inną osobą są wówczas oparte nie na tym, że należy ona do kategorii Polaków czy kobiet, lecz na tym, że reprezentuje sobą jakieś podzielane przez podmiot cechy, cele czy wartości.

W ciągu z górą stu lat badań wykazano, że świat społeczny wywiera istotny wpływ na funkcjonowanie jednostki. Obserwowano po wielekroć wpływ samej obecności innych ludzi na zachowanie (por. rozdz. 46.). Wykryto także, że przynależność społeczna ma nader ważne znaczenie dla różnicowania zachowań wobec ludzi o tej samej bądź innej przynależności. Zwykle swoich traktujemy lepiej (nazwano to efektem faworyzacji), co – jak wykazano – wynikać może nie tylko z faktycznych więzi między członkami tej samej grupy, ale i z samego faktu powstania „mentalnego bytu", wiążącego własną osobę z innymi ludźmi etykietką My (por. badania w tak zwanym paradygmacie grupy minimalnej – Tajfel i Turner, 1979). Co więcej, badania wykazują, że aktualizacja w świadomości samej etykietki My – jako słowa skojarzonego w doświadczeniu z istotnymi związkami z innymi ludźmi – może mieć wpływ na funkcjonowanie.

RAMKA 44.3

Gdy w jednym z badań cytowanych przez Leyensa, Yzerbyta i Schadrona (1994) informowano ludzi, że przekazana im zostanie podprogowo opinia ich grupy, to choć naprawdę eksponowano bezsensowne bodźce dźwiękowe, uczestnicy badania wykazali wyższy stopień stereotypowości sądów o członkach innych grup niż osoby z grupy kontrolnej. Marilynn Brewer i Wendy Gardner (1996) przedstawiły wyniki badania, w którym uczestnicy czytali prostą historyjkę (o młodych ludziach wybierających się do miasta) – w jednej z grup badanych zaimek „my" występował w opowiadaniu trzykrotnie, a w drugiej dziewiętnaście razy. W dalszej części badania osoby z grupy czytającej tekst, w której częściej pojawiał się zaimek „my", okazały się bardziej konformistyczne (znacząco częściej zgadzały się z „opinią publiczną") niż osoby z drugiej grupy. Ważna okazała się sama etykietka My, zupełnie w badaniach nieodniesiona do Ja osób badanych.

W psychologii społecznej analizowano głównie znaczenie tożsamości dla zróżnicowania zachowań wobec członków grup własnych (*ingroups*) i członków innych grup (*outgroups*). Przedmiot badań stanowiły zachowania ludzi w relacjach międzygrupowych – w związku z pytaniami o źródła wrogości, skłonności do dyskryminowania innych i stereotypowego spostrzegania obcych (Tajfel i Turner, 1979). Wiadomo, że animozje mogą być wynikiem nie tylko realnych konfliktów, ale i obcości wynikającej z psychologicznego dystansu czy niechęci będącej skutkiem uprzedzeń (nastawień emocjonalnych podmiotu, wyzwalających jego reakcje bez względu na rodzaj zachowań obiektu). Opisano na przykład zjawisko bezwiednego przeceniania różnic pomiędzy grupą własną i innymi grupami, czemu towarzyszyć mogą poczucia dystansu i obcości. Stwierdzono, że grupy własne spostrzegane są jako znacznie bardziej zróżnicowane wewnętrznie niż grupy obce (por. Codol i Jarymowicz, 1984). Te ostatnie są często spostrzegane jako jednorodne i opisywane w sposób uproszczony, stereotypowy, a ich reprezentanci spostrzegani są i traktowani bezosobowo. Sprzyja to uprzedzeniom, a pod ich wpływem – pochopnym kategoryzacjom społecznym. Zjawiska te nasilają się w warunkach kryzysów tożsamościowych, a gdy te związane są z przemianami społecznymi na szerszą skalę, pociągającymi za sobą masową dezorientację, może dochodzić do poważnego wzrostu międzygrupowej wrogości (por. Worchel, Morales, Paéz i Deschamps, 1998).

Wielu autorów zwraca jednak uwagę na to, że przytoczone tu tezy są często formułowane w sposób zbyt ogólny. Skłonność do odmiennego spostrzegania i traktowania swoich i obcych jest wprawdzie dość powszechna, ale u różnych ludzi przejawia się różnym nasileniem czy formami. Jedni bezwiednie i w niewielkim stopniu faworyzują swoich, a inni programowo dyskryminują i agresywnie zwalczają obcych. Stwierdzono, że rodzaje zachowań w kontaktach międzygrupowych zależą w pewnym stopniu od tożsamości jednostek. Wykazano, po pierwsze, że rozmaite przejawy psychologicznego dystansu i stereotypowego spostrzegania grup obcych są bardziej wyraziste, gdy wzbudzana jest tożsamość społeczna, a wyraźnie słabsze, gdy uwaga badanych koncentrowana jest na tożsamości indywidualnej. Tak na przykład, w badaniu Anny Kwiatkowskiej (1994) osoby koncentrowane na My istotnie wyżej oceniały przydatność tak powierzchownych wskazówek, jak rysy twarzy czy gestykulacja, do rozpoznawania czyjejś przynależności narodowej niż osoby koncentrowane na Ja. Stwierdzono, po drugie, że skutki wzbudzenia tożsamości społecznej zależą od jej formy. Dane uzyskane przez Marię Jarymowicz i współpracowników (Jarymowicz, 1994c) wskazują na to, że sama przynależność do określonych grup nie pociąga za sobą ostrych dychotomizacji My – Oni i związanych z nimi postaw, o ile dominująca w umyśle danego człowieka forma My nie jest zredukowana do kategorii własnej przynależności społecznej. Gdy badani mieli oceniać osiągnięcia Polaków i innych nacji, to przejawy faworyzowania swoich (przeceniania osiągnięć własnych) wykazały osoby o tak zwanym My kategorialnym, nie wykazały ich natomiast osoby o tak zwanym My atrybucyjnym. Innymi słowy, dane sugerują, że odmienne spostrzeganie i dyskryminowanie członków grup obcych jest wynikiem uformowania się My wiążącego Ja z członkostwem w grupach i kategoriach społecznych.

Pojęcie My stanowi istotny układ odniesienia dla społecznych kategoryzacji, a jego zakres decyduje o tym, kto w umyśle podmiotu znajdzie się w jego obszarze lub poza nim. Własna osoba może być wiązana z mniej lub bardziej rozległą kategorią innych ludzi (jak w wypadku kategorii „My, Polacy" i „My, ludzie"). Różni ludzie mogą zostać „włączeni w obszar My" (por. Reykowski, 1979), a to wyznacza zakres przychylności wobec innych. Istotne jest również to, czy kategoria My powstaje za pośrednictwem dychotomicznych różnicowań My – Oni, czy też wyodrębnia się na tle ogółu Innych; w tym drugim wypadku My jest czę-

RAMKA 44.4

Izaaka Babla *Dziennik 1920* (wydawnictwo „Twój Styl", 1998) to obraz okrucieństw wojny i złożoności reakcji autora, który jako korespondent wojenny towarzyszył oddziałom Budionnego. Oto opis odporu polskiego ataku (3 sierpnia): „Skręcamy z leszniowskiej szosy, niepewność – to Polacy czy nasi..." „Zaczyna się starcie, artyleria wali, bliskie wybuchy, groźna chwila, decydująca bitwa – zatrzymamy tę polską ofensywę czy nie..." „Straszne pole, usiane zarąbanymi, nieludzkie okrucieństwo, niewiarygodne rany, roztrzaskane czaszki, młode, białe, nagie ciała". W kilka dni później (7 sierpnia): „Miasteczko przesycone jest krwawą historią żydowsko-polskiego getta. Nienawiść do Polaków jest powszechna. Grabili, torturowali, dźgali aptekarza rozpalonym żelazem [...], wszystko dlatego, że ktoś strzelał do polskiego oficera – co za idiotyzm. Polacy musieli zwariować, sami siebie tym gubią". A w następnym akapicie: „Prastary kościół, groby polskich oficerów za ogrodzeniem [...]. Plebania do szczętu zrujnowana, znajduję starodawne księgi, bezcenne łacińskie rękopisy [...], dobrana biblioteka [...] ciemne obrazy, zdjęcia ze zjazdu prałatów w Żytomierzu, podobizny papieża Piusa X, piękna twarz, cudowny portret Sienkiewicza – oto ekstrakt tego narodu". I wcześniej (15 lipca): „Znaleźliśmy odezwę Piłsudskiego. Wzruszająca odezwa [...]. Wzruszające, smutne, nie ma żelaznych, bolszewickich argumentów – żadnych obiecanek i te słowa – porządek, ideały, wolne życie. Górą nasi!"

Oto obraz złożoności identyfikacji Babla i ich rozdzielności z jego społecznymi przynależnościami: żydowskie pochodzenie, przynależność do jednej ze stron w okrutnej wojnie, strach przed przeciwnikiem, ale i potępienie wszelkiego okrucieństwa tej wojny, współczucie dla przeciwnika, podziw dla jego rodzimej kultury (także i czeskiej: „Z zachwytem patrzę na nie-ruskie, czyste, solidne życie Czechów") oraz użycie słowa „nasi" wobec tych, którzy są wprawdzie przeciwnikami, ale w odezwie do swoich żołnierzy odwołują się do wartości najwyższych.

ścią szerszej kategorii, a Inni są spostrzegani jako różni, odmienni, a nie przeciwstawni (Jarymowicz, 1994c).

W umysłach ludzi współistnieje wiele form My, będących odzwierciedleniem faktycznych przynależności bądź wynikiem refleksji i dostrzegania wspólnoty niezależnie od przynależności. Rodzaj odniesień tożsamości społecznej wyznacza istotne cechy percepcji świata i zaangażowań podmiotu.

Badacze wskazują na to, że człowiek zdolny jest do integracji we własnej tożsamości przynależności do różnych grup i kultur – jak to się dzieje w wypadku niektórych ludzi należących do mniejszości narodowych (Melchior, 1991) czy żyjących na pograniczu kultur (Czapska, 1989).

44.1.3.2 Tożsamość osobista

Początkowo własna osoba, mimo odrębności cielesnej, nie jest oddzielona psychicznie, nie jest odróżniona od reszty świata. Spostrzeganie ma charakter synkretyczny: niemowlę nie dostrzega granic własnego ciała i nie wiąże reakcji cielesnych z samym sobą. Na skutek aktywności motorycznej, kontaktów fizycznych i emocjonalnych z otoczeniem oraz w następstwie komunikatów otoczenia powstaje Ja przedmiotowe, dzięki czemu staje się możliwe spostrzeganie i doświadczanie samego siebie (Bobryk, 1981). Zachodzą procesy będące podstawą kształtowania się tożsamości osobistej.

To, jak spostrzegamy siebie samych, zależy w dużej mierze od tego, w jakich warunkach społeczno-kulturowych wzrastamy. Socjalizacja prowadzi do utrwalania się systemów znaczeń i wzorców zachowań specyficznych dla określonych obszarów kulturowych, a to wpływa na treści Ja – odmienne historycznie (Baumeister, 1997; Bobryk, 1981) czy kulturowo (por. Markus i Kitayama, 1991). Człowiek spostrzega samego siebie oczyma innych, przez pryzmat ważnych dla danej epoki czy środowiska znaczeń (na przykład, w czasie powstań czy wojen częściej myśli o sobie w kategoriach „waleczny" czy „odważny" niż w czasie pokoju). Używa pojęć i innych narzędzi poznania, jakie przyswoił sobie, obcując z otoczeniem (na przykład, może myśleć lub nie myśleć o sobie jako poddanym króla w zależności od tego, czy żyje w systemie monarchistycznym, czy też nie). Autorzy odwołują się do porównań międzykulturowych i zwracają uwagę na odmienność treści składających się na pojęcie Ja. Tak na przykład, Markus i Kitayama (1991) wyróżniają pojęcia „Ja współzależne", charakterystyczne dla azjatyckich kultur kolektywistycznych, oraz „Ja niezależne", przypisywane indywidualistycznej kulturze północnoamerykańskiej. Przytaczają też liczne ilustracje empiryczne: badani Amerykanie z większą łatwością posługują się w odniesieniu do siebie charakterystykami prototypowymi (typu „Jestem wrażliwy" czy „Jestem towarzyski"), podczas gdy Japończycy mają nawyk opisywania siebie w zależności od cech sytuacji społecznej, toteż rzadko posługują się prototypem siebie: rzadko mówią o sobie w kategoriach ogólnych, typu „Jestem nieśmiały", a często w kategoriach uogólnień odnoszących się do danego rodzaju sytuacji (typu: „Jestem speszony, gdy mam zabrać głos publicznie").

RAMKA 44.5

W historii myśli humanistycznej często podkreślano wagę tego, co składa się na tożsamość osobistą. Oto wypowiedzi myślicieli różnych epok i kultur.

Sokrates: „Tylko samopoznanie daje wiedzę, która decyduje o głównych cnotach ludzkiej działalności".

Artur Schopenhauer: „Indywidualność [człowieka] towarzyszy mu zawsze i wszędzie. [...] W ostatniej instancji o naszym szczęściu czy nieszczęściu decyduje to, co wypełnia i czym zajęta jest nasza świadomość".

Henryk Elzenberg: „Po dwóch jednocześnie liniach rozwoju posuwa się nasze życie. Jedna w dół: [...] obniżanie lotu, zgoda na niedoskonałość, rosnący brzydki cynizm rozczarowania – i u kresu wszystkiego śmierć własna, poprzedzona śmiercią wszystkich nadziei. Druga: wysiłek, pęd w górę, oczyszczanie się, przezwyciężanie, coraz więcej dobrej woli, duszy, mądrości, i śmierć także, ale już inna: przez wyzbycie się obciążeń, przejście w stan lotny. [...] Od nas zależy, czy swoje osobiste «tak», swą samowiedzę, swoje «jestem» rzucimy na jedną z tych dróg rozwojowych, czy też na drugą".

Joseph Ratzinger: „Tożsamość uformowana jest warunkiem otwarcia się na świat".

Igor Kon: „Człowiek odkrywa swoje ja nie po to, by się w nim ukryć, lecz po to, by oddać siebie ludziom".

Powstawanie samowiedzy i jej treści decydują o istotnych cechach funkcjonowania podmiotu, jego zachowań w realnych sytuacjach życiowych. Przyjmuje się, że formowanie się tożsamości osobistej wymaga różnicowań Ja – Inni, w tym Ja – My. O ile kształtowaniu się tożsamości społecznej sprzyjają różnicowania międzygrupowe, o tyle podstawę formowania się tożsamości osobistej stanowią różnicowania interpersonalne, w tym odnoszące się do osób podobnych (Festinger, 1954) i wewnątrz własnych grup odniesienia (por. Jarymowicz, 1994b). Zdaniem Turnera (por. Turner i in., 1987), personalizacja przejawia się stopniem prototypowości: stopniem, w jakim członkowie danej kategorii – w tym własna osoba – różnią się od prototypu członka danej grupy.

Wedle stanowiska symbolicznego interakcjonizmu (i jego prekursorów: Deweya, Cooleya i Meada), samopoznanie oparte jest na wymianie symbolicznych znaczeń przez świadomych partnerów interakcji, a to, w jaki sposób podmiot opisuje siebie, pozostaje zawsze w relacji do innych ludzi. Procesów samopoznania nie można jednak sprowadzić ani do świadomej wymiany, ani do świadomego przetwarzania informacji. Bazę tożsamości stanowić mogą procesy niewiążące się z bezpośrednią wymianą czy porównaniami społecznymi. Podstawę formowania się tożsamości osobistej stanowi **poznawcza odrębność Ja – Inni**, przejawiająca się: (1) **spostrzeganiem różnic** pomiędzy własną osobą a innymi ludźmi (np. Brewer, 1991; Codol, 1979) bądź (2) **odrębnością schematów** Ja – Inni (Jarymowicz, 1994b).

O spostrzeganiu różnic decydują podejmowane czynności porównań społecznych: człowiek dostrzega podobieństwa bądź różnice pomiędzy sobą i innymi ludźmi (czasami przecenia je lub nie docenia ich życzeniowo, zgodnie z tym, czy chciałby, czy też nie chciałby być do kogoś podobny). Podstawę odrębności prototypów Ja, My, Inni stanowić może nie tyle spostrzeganie podobieństw czy różnic, ile niezależność ścieżek doświadczania i poznawania siebie samego i innych ludzi. Dzięki odmiennym źródłom informacji, zdolności do samoobserwacji i autorefleksji, do **decentracji** (przenoszenia uwagi) i **egzocentryzmu** (skupiania uwagi na świecie zewnętrznym) powstają względnie niezależne subsystemy wiedzy. Wyraża się to między innymi tak zwaną odrębnością schematową, to jest nieporównywalnością prototypowych wymiarów reprezentacji Ja względem prototypowych wymiarów reprezentacji My czy Inni (Jarymowicz, 1994b; por. par. 47.2.3). Tak na przykład, człowiek może spostrzegać samego siebie głównie w kategoriach sprawnościowych, a innych ludzi – głównie w kategoriach moralnych.

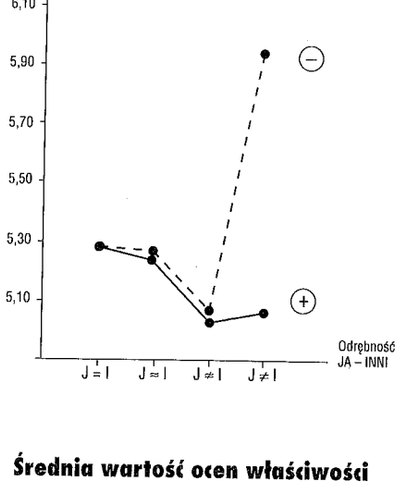
Wykazano, że gdy dochodzi do porównań społecznych, to cechy uznane za najbardziej dla własnej osoby specyficzne (odróżniające

RAMKA 44.6

Wykazano, że informacje o cechach spostrzeganych przez podmiot jako odróżniające własną osobę od innych ludzi w stopniu najwyższym są przetwarzane inaczej niż pozostałe cechy samoopisu (Jarymowicz, 1991).

W dwóch badaniach, z których pochodzą przedstawione na rycinach 44-1 i 44-2 dane, uczestnicy dokonywali samoopisów. Posługiwali się w tym celu listą cech oraz skalami od 1: „Jestem dużo mniej...", do 7: „Jestem dużo bardziej niż inni". Na tej podstawie dokonano dla każdej z osób badanych podziału jej cech na cztery kategorie: od Ja = I (cechy nieróżniące Ja od Innych), poprzez pośrednie stopnie odrębności (Ja ≈ I i Ja ≠ I), do Ja ≠ I (cechy najwyraźniej różniące Ja od Innych).

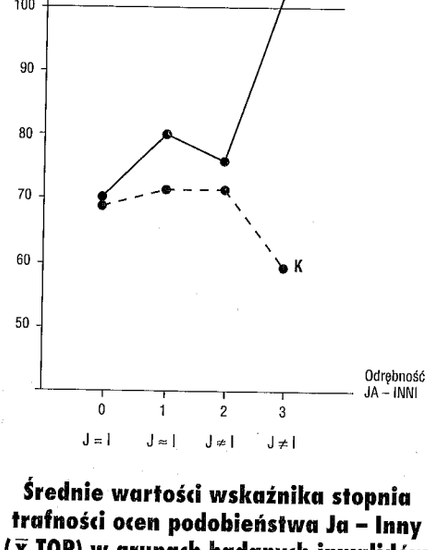
Okazało się (por. ryc. 44-1: wskaźniki $\bar{x}$ Ona), że badani przypisali bohaterce pewnego pamiętnika wyższe natężenia własnych cech negatywnych niż pozytywnych – ale ten egotystyczny efekt przejawił się tylko w zakresie cech spostrzeganych przez podmiot jako najbardziej dla niego specyficzne. Okazało się także (por. ryc. 44-2: wskaźniki $\bar{x}$ Top), że badani inwalidzi ocenili wyżej stopień swojego podobieństwa do innych ludzi niż badani z grupy kontrolnej, ale różnice te przejawiły się tylko w zakresie cech spostrzeganych jako najbardziej dla własnej osoby specyficzne.



Średnia wartość ocen właściwości bohaterki pamiętnika ($\bar{x}$ ONA) w zakresie cech Ja pozytywnych (+) bądź negatywnych (–)

Według: Jarymowicz i Kwiatkowska (1988, s. 69), za zgodą wydawcy; *copyright* Ossolineum.

RYCINA 44-1



Średnie wartości wskaźnika stopnia trafności ocen podobieństwa Ja – Inny ($\bar{x}$ TOP) w grupach badanych inwalidów (INW) i kontrolnej (K)

Według: Jarymowicz i Kwiatkowska (1988, s. 75), za zgodą wydawcy; *copyright* Ossolineum.

RYCINA 44-2

Ja od Innych w stopniu najwyższym) podlegają specjalnym regułom percepcyjnym: koncentrują uwagę, stanowią punkt odniesienia w spostrzeganiu innych ludzi, są lepiej pamiętane (Leyens, Yzerbyt i Rogier, 1997; McGuire i McGuire, 1981). W związku z tym, według jednej z definicji, **tożsamość osobista to subsystem samowiedzy, na który składają się cechy spostrzegane przez podmiot jako dla własnej osoby najbardziej charakterystyczne i zarazem najbardziej specyficzne, to jest najwyraźniej odróżniające własną osobę od innych ludzi** (Jarymowicz, 1991).

Spostrzeganie podobieństw i różnic Ja – Inni wiąże się z subiektywnym poczuciem podobieństwa/odrębności i jest atrybutem własnej tożsamości (odpowiednio: społecznej i osobistej). Wiąże się też z mniejszą lub większą atrakcyjnością osób spostrzeganych jako podobne bądź niepodobne do Ja. Wykazano, że atrakcyjne bywa i podobieństwo (por. rozdz. 45.3), i odrębność od innych (Codol, 1979; Jarymowicz, 1984). Model tożsamości Snydera i Fromkina (1980) pozwala rozstrzygnąć tę rzekomą sprzeczność: człowiek poszukuje i wspólnoty z innymi (tożsamości społecznej), i własnej unikatowości (tożsamości osobistej). Atrakcyjność podobieństwa pod jednym względem nie wyklucza awersyjności podobieństwa innego rodzaju (tak na przykład, ludzie lubią innych o podobnych gustach i preferencjach, a odrzucają informacje o podobieństwie cech uważanych za specyficznie własne). Studiowanie tych zależności uznaje się w psychologii społecznej za istotne z tego względu, że atrakcyjność podobieństwa czy odrębności jest wyznacznikiem postaw wobec innych ludzi – podobnych czy niepodobnych do Ja.

Wykazano także, że (nie zawsze uświadamiana) odrębność schematu Ja od innych schematów ma istotne znaczenie dla funkcjonowania. Stosunkowo niski stopień odrębności schematów Ja – My pociąga za sobą skutki w postaci wzrostu znaczenia kategorii My w regulacji własnych zachowań (co przejawia się między innymi wzrostem gotowości do uproszczonych kategoryzacji społecznych i faworyzowania swoich w porównaniu z obcymi – por. Kwiatkowska, 1994).

Tożsamość osobista może wyrażać się w formach, które sprzyjają koncentracji na sobie i niedostrzeganiu perspektywy innych ludzi. Badania wykazują, że dotyczy to przede wszystkim osób, które mają kłopoty w różnicowaniu Ja – Inni, ponieważ nie są one zdolne do decentracji i spostrzegania świata z perspektywy innej niż własna. Natomiast wysoki stopień różnicowania perspektyw własnej i cudzej umożliwia decentrację, ale może prowadzić do nadmiernego egocentryzmu, o ile podmiot nie jest motywowany do poświęcania uwagi innym ludziom (Szuster, 1994). Gdy spostrzeganiu siebie i innych jako odrębnych i autonomicznych podmiotów towarzyszy empatia i przychylny innym ludziom system wartości, różnicowanie Ja – Inni sprzyja nie dyskryminacji, lecz dojrzałej wspólnocie (Hoffman, 1990).

44.2

Współzależność społeczna

Janusz Ł. Grzelak

W niezliczonych sytuacjach społecznych świadczymy sobie usługi, rozdzielamy dobra. Innym ludziom sprawiamy przyjemność lub przykrość i sami tego od innych doświadczamy. Coś zyskujemy lub tracimy. Ważne jest nie tylko to, co i jak wiele zyskujemy lub tracimy, ale także to, w jakiej mierze zyski i straty zależą od nas samych, a w jakiej mierze od pozostałych aktorów sytuacji społecznej.

Unieruchomiona w samochodzie ofiara wypadku zdana jest na reakcję świadków, którzy wypadek zauważyli, losy świadków zaś zdają się nie zależeć od działań ofiary. Sytua-

cje skrajne, w których jeden partner dominuje, drugi natomiast bez reszty od niego zależy, są zapewne nieliczne. W większości sytuacji społecznych ich aktorzy są od siebie wzajemnie zależni.

Oto kilka przykładów. Dwóch magistrantów prowadzi wspólne badania, żaden z nich nie należy do pracowitych, ale powodzenie zależy od wielkości i jakości pracy, którą każdy z nich włoży w badania. W czasie nadciągającej powodzi wielkość ochronionego przed wodą dobytku zależy między innymi od tego, jak wielu mieszkańców i jak wydajnie pracuje przy umacnianiu wałów. Wpłacając corocznie podatek od dochodów osobistych, podatnicy tworzą pulę pieniędzy, której znaczną część władze państwa, powiatu lub gminy przeznaczają na edukację, ochronę zdrowia, bezpieczeństwo, kulturę, czyli te dobra, z których wszyscy lub niemal wszyscy mogą potem korzystać.

To, co te sytuacje łączy, to współzależność. **Współzależność społeczna występuje wtedy, gdy (1) dwóch lub więcej aktorów (2) dokonuje wyboru pomiędzy przynajmniej dwoma dostępnymi działaniami, (3) których konsekwencje są nieobojętne dla wszystkich aktorów.**

Są sytuacje, w których to, co najlepsze dla jednej ze stron współzależności, jest zarazem najlepsze dla pozostałych. Taką bezkonfliktową sytuacją jest inicjatywa ludzi, których zasobność jest zbyt mała, by mogli pokusić się o własne przedsięwzięcie gospodarcze, wystarczająca jednak, by zdołali założyć przedsiębiorstwo razem. Na drugim krańcu są sytuacje interesów sprzecznych. W tenisowym meczu singlowym nie może wygrać dwóch tenisistów naraz – jeden z nich wygrywa, drugi przegrywa.

Najbardziej psychologicznie interesujące są te sytuacje, w których interes każdego z aktorów koliduje z interesami pozostałych aktorów, ale nie jest z nimi sprzeczny. Pytaniem tego rozdziału jest to, kiedy w konflikcie między interesem własnym a interesem wspólnym człowiek gotów jest działać na rzecz tego drugiego.

44.2.1 Człowiek – istota ekonomiczna

W naszym myśleniu o człowieku głęboko zakorzeniona jest wiara w to, że motywację jego wszelkich działań stanowi dobro własne. Problemem jest to, jak to dobro maksymalizować w sytuacji współzależności. Odpowiedź oferuje teoria gier (*game theory*) Johna von Neumana i Oskara Morgensterna (1944). Jest to część teorii decyzji dotycząca sytuacji, w których nie są znane prawdopodobieństwa stanów rzeczy, czyli teoria decyzji w warunkach niepewności. Tworzona z intencją optymalizacji zachowań ekonomicznych teoria gier okazała się jednak na tyle ogólna, że szybko znalazła zastosowanie nie tylko w ekonomii, ale także w wielu innych naukach, w tym w psychologii. Jako model normatywny, powiada nie o tym, jak naprawdę ludzie czy organizacje gospodarcze się zachowują, ale jak zachować się powinny, by zmaksymalizować własny interes. Dla psychologów kuszącym pytaniem było to, czy teoria normatywna jest zarazem opisową. Pokusa była tym większa, iż model był prosty i elegancki, a jego psychologiczna interpretacja wydawała się łatwa. Stworzony na podstawie modelu paradygmat eksperymentalny pozwalał badać zachowania człowieka z precyzją rzadko spotykaną w naukach społecznych.

Teoria gier wywierała przemożny wpływ na badania psychologiczne przez ponad cztery dekady. Jej język pozwala na klaryfikację i lepsze zrozumienie wielu złożonych sytuacji społecznych.

44.2.1.1 Podstawowe idee teorii gier

Podstawowe założenie psychologicznej interpretacji teorii decyzji głosi, że **człowiek jest racjonalny, jeśli spośród dwóch lub więcej działań dostępnych w danej sytuacji wybiera to, którego skutki mają najwyższą wartość subiektywną** (jest to jeden ze sposobów rozumienia racjonalności – zob. rozdz. 24.). Owe skutki to wszystko, co nie

jest obojętne dla podejmującego decyzję: mogą to być pieniądze, mieszkanie, inne dobra materialne, prestiż, władza, aprobata społeczna itd.

W klasycznej teorii zakłada się, że wszyscy gracze znają swoje i partnera wartościowania skutków działań i że wszyscy są doskonale, a zatem w równym stopniu racjonalni.

Najłatwiej strukturę współzależności pokazać w postaci tak zwanej macierzy gry. Tabela 44.1 przedstawia pięć najprostszych sytuacji, w których każdy z dwóch jej bohaterów (Kolumna i Wiersz) ma po dwa działania do wyboru – nazwijmy je C i D. Liczby w tabeli przedstawiają, ile satysfakcji lub dysatysfakcji każdemu z aktorów sprawiają konsekwencje podejmowanych decyzji. Porcje dla Kolumny zaznaczone są kursywą, dla Wiersza – drukiem prostym.

W sytuacji (a) jeden aktor zyskuje dokładnie tyle, ile traci drugi. Jest to gra o sumie stałej, bo suma wartości własnych i partnera dla wszystkich kombinacji wyborów (czyli w każdym z pól tabeli) jest taka sama i w tym wypadku wynosi 0. Interesy graczy są sprzeczne, tak jak sprzeczne są interesy tenisistów walczących na korcie. Na drugim biegunie jest gra (b), w której interesy stron są idealnie zgodne. W pozostałych sytuacjach interesy nie są całkowicie zgodne, ale nie są też sprzeczne. Są to gry o sumie niestałej (niezerowej).

Nie wdając się w szczegóły formalne, możemy stwierdzić, że teoria podpowiada dwie reguły podejmowania decyzji. Obie zdają się odpowiadać intuicji potocznej.

Pierwsza to **reguła minimaksu** (*minimax rule*). Powiada ona: wybierz najlepsze zło spośród możliwych, czyli **wybierz to działanie, którego najgorszy skutek jest dla Ciebie lepszy niż najgorsze skutki innych działań.** W grze (a) dla Wiersza najgorszy wynik działania C to 1, a najgorszy wynik działania D to –2. 1 jest lepsze niż –2, zatem strategią minimaksową jest C. Dla Kolumny natomiast *D* jest bezpieczniejsze niż *C*, gdyż najgorsze wyniki tych działań to odpowiednio: *–1* i *–2*.

TABELA 44.1

Przykłady różnych typów współzależności społecznej

(a) GRA O SUMIE STAŁEJ

W \ K	C	D
C	2 / *–2*	1 / *–1*
D	–1 / *1*	–2 / *2*

(b) GRA BEZKONFLIKTOWA 1

W \ K	C	D
C	4 / *4*	3 / *3*
D	2 / *2*	1 / *1*

(c) DYLEMAT WIĘŹNIA

W \ K	C	D
C	3 / *3*	1 / *4*
D	4 / *1*	2 / *2*

(d) GRA KURCZĄT

W \ K	C	D
C	3 / *3*	2 / *4*
D	4 / *2*	1 / *1*

(e) GRA BEZKONFLIKTOWA 2

W \ K	C	D
C	4 / *4*	2 / *3*
D	3 / *2*	1 / *1*

Zauważmy, że wybór strategii C i *D*, czyli strategii minimaksowych, prowadzi do wyników 1 i *–1*. Ten stan rzeczy ma pewną szczególną właściwość: żadnemu z aktorów nie opłaca się od niego odstąpić, jeśli drugi aktor przy nim pozostanie. Wiersz, zmieniając działanie z C na D, doprowadziłby do wyniku dla siebie najmniej zadowalającego (–2), Kolumna zaś, zmieniając działanie z *D* na *C*, doprowadziłaby do skutku równie złego (*–2*).

Para strategii prowadząca do stanu rzeczy, od którego żadnej ze stron konfliktu odstąpić się nie opłaca, o ile druga tego nie uczyni, nazywana jest parą strategii w równowadze, sam stan rzeczy zaś – punktem równowagi (*equilibrium point*).

Wybór strategii prowadzących do punktu równowagi jest drugą regułą racjonalnego rozwiązania gry. Jest to reguła powszechnie rekomendowana jako najlepsze rozwiązanie w sytuacjach, które są przedmiotem tego rozdziału.

W grach (b) i (e) strategiami minimaksowymi są strategie C i one też prowadzą do punktu równowagi. W grach (b), (c) i (e) strategie minimaksowe są zarazem strategiami dominującymi dla każdej ze stron, to znaczy, że ich wybór zawsze przynosi wyniki lepsze niż wybór drugiej strategii, niezależnie od tego, co druga strona uczyni. W grze (d), inaczej niż w pozostałych, strategie minimaksowe C*C* nie pozostają w równowadze. Każdemu aktorowi opłaca się odstąpić od strategii C, zakładając, że drugi przy niej pozostanie. Jeśli jednak obaj to uczynią, to obaj na tym najmniej zyskają (1, *1*).

W grach o niesprzecznych interesach zawsze można znaleźć takie działania, które wprawdzie nie maksymalizują interesu własnego, ale stosunkowo dobrze realizują interes wspólny. Są to strategie, które spełniają następujący warunek: **nie ma w danej sytuacji innej pary strategii, których skutki byłyby lepsze dla obu graczy jednocześnie.** Wyniki, do których prowadzi taka para, nazywa się **wynikami optymalnymi Pareto** (*Pareto optimal*). To je właśnie mamy na myśli, gdy mówimy o dobru rodziny, wsi, gminy.

Zachowania prowadzące do największych korzyści dla wszystkich aktorów naraz (a zatem do wyników Pareto optymalnych), nazywane są kooperatywnymi lub kooperacją. Zachowania, które prowadzą do osiągnięcia przewagi nad partnerem, nazywane są rywalizacyjnymi lub rywalizacją, a zachowania na rzecz własnych korzyści nazywane są zachowaniami indywidualistycznymi.

W grach (b) i (e) strategie minimaksowe pozostają w równowadze i są zarazem kooperatywne (optymalne w sensie Pareto). W grze (d), zwanej grą kurcząt, strategie minimaksowe nie pozostają, jak już wiemy, w równowadze, ale są kooperatywne. Z kolei w grze (c), zwanej dylematem więźnia, strategie minimaksowe są w równowadze, ale nie są kooperatywne. Punkt równowagi to para wyników 2,*2* tworzona przez wybory D*D*. Wybory C*C* prowadzą do wyników kooperatywnych 3,*3*. 2,*2* jest gorsze niż 3,*3*. Jak jednak uzasadnić wybór C? Takiego uzasadnienia nie ma na gruncie racjonalności indywidualnej. Każdemu graczowi wybierającemu C opłaca się odstąpić od tego wyboru niezależnie od tego, co uczyni drugi. Paradoksem jest, że postępując racjonalnie, gracze osiągają znacznie mniej, niż gdyby postąpili nieracjonalnie.

Chociaż rozdział ten poświęcony jest konfliktom interpersonalnym, warto pamiętać, że tego rodzaju analizę teoretyczną stosuje się także w odniesieniu do grup, organizacji, państw. Dobrą ilustracją dylematu więźnia w skali globalnej jest wyścig zbrojeń w pierwszych dekadach po II wojnie światowej. Dwa ówczesne supermocarstwa militarne, USA i ZSRR, miały do wyboru albo strategię intensywnego zbrojenia (D), albo strategię zamrożenia zbrojeń, ewentualnie rozbrojenia (C). „Logika" dylematu więźnia wskazuje na to, że dla każdego mocarstwa lepszym rozwiązaniem było zbroić się niż nie zbroić, niezależnie od tego, co czyniło drugie mocarstwo. Zbrojenie było strategią dominującą. Obydwa mocarstwa zbrojąc się utrzymywały relacje między sobą w stanie równowagi. Żadnemu mocarstwu nie opłacało się odstąpić od zbrojeń, jeśli

były (a były) powody, by sądzić, że drugie się zbroi. Odstąpienie od zbrojeń i inwestowanie, na przykład, w dobra publiczne we własnym państwie oznaczałoby podjęcie ogromnego ryzyka. Nic zatem dziwnego, że wyścig zbrojeń i zimna wojna trwały tak długo.

Ze względu na swoje właściwości właśnie dylemat więźnia jest konfliktem najczęściej badanym przez psychologów.

44.2.1.2 Rodzaje konfliktu

Konflikty różnią się między sobą, o czym była mowa wcześniej, typem relacji pomiędzy interesami graczy, czyli właściwościami strategicznymi. Różnią się regułami gry, liczbą dostępnych strategii, a także liczbą graczy.

Konflikty wieloosobowe. Przez wiele lat prosty schemat gry dwuosobowej wydawał się najlepszym narzędziem do sprawdzenia strategicznych umiejętności ludzi. Pierwsze badania psychologiczne nad konfliktami wieloosobowymi rozpoczęto dopiero na początku lat siedemdziesiątych (Kelley i Grzelak, 1972).

Wiele dwuosobowych konfliktów interesów można z łatwością uogólnić na sytuacje n-osobowe (n > 2). Na przykład, przejście od dwu- do pięcioosobowego dylematu więźnia staje się łatwo widoczne, gdy wyniki wyborów przedstawione są jako funkcja liczby wyborów kooperacyjnych (por. tab. 44.2).

W dylemacie pięcioosobowym pięć wyborów C maksymalizuje dobro wspólne. Pięć wyborów D natomiast tworzy punkt równowagi. Wyniki uzyskane przez każdego rosną wraz z liczbą wyborów C, ale przy dowolnej liczbie wyborów C każdemu graczowi indywidualnie bardziej opłaca się wybór D. Właściwości strategiczne są więc takie same jak w dylemacie dwuosobowym. Tabela 44.2a jest typowym zapisem gry w postaci macierzy wyników. Wyniki zależą od konfiguracji wyborów, czyli od tego, czy są to dwa wybory C, jeden C, a drugi D, czy też zero wyborów C (dwa wybory D). Wyniki gry można zatem ująć w postaci funkcji liczby wyborów C. Tabela 44.2b przedstawia ten sam dylemat więźnia nie w postaci macierzowej, ale właśnie jako funkcję liczby wyborów C. Maksymalna liczba wyborów C w dwuosobowym dylema-

TABELA 44.2

Przekształcenie dwuosobowego dylematu więźnia w dylemat pięcioosobowy

(a)

		K: C	K: D
W	C	3 *3*	1 *4*
	D	4 *1*	2 *2*

(b)

WYPŁATY	LICZBA WYBORÓW C: *0*	*1*	*2*
Wypłaty dla wybierających D	2	4	–
Wypłaty dla wybierających C	–	1	3

(c)

WYPŁATY	LICZBA WYBORÓW C: *0*	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Wypłaty dla wybierających D	2	4	6	8	10	–
Wypłaty dla wybierających C	–	1	3	5	7	9

cie wynosi 2, ale w ten sam sposób (jako funkcję liczby wyborów C) zapisać można n-osobowy dylemat. W tabeli 44.2c jest to dylemat pięcioosobowy: liczba wyborów C zmienia się w przedziale 0–5.

Dylematy ograniczonych zasobów. Istotą dylematu ograniczonych zasobów jest to, że **jeśli członkowie zbiorowości podejmą działanie doraźnie korzystne dla każdego z nich, to w dłuższej perspektywie działania te prowadzą do stanu dla wszystkich gorszego niż stan początkowy.**

John Platt (1973), David Messick i Marylinn Brewer (1983) sytuacje tego typu nazywają pułapkami społecznymi. Pułapką jest właśnie to, że doraźne nagrody kuszą do zachowań, których odroczonym skutkiem jest stan niepożądany. Sekwencja zdarzeń jest bowiem następująca:

Zachowanie → Wzmocnienie natychmiastowe pozytywne → Wzmocnienie odroczone negatywne

Taką strukturę ma bardzo wiele sytuacji, w których człowiek korzysta z atrakcyjnych, ale ograniczonych zasobów naturalnych – zasobów, których tempo samoodradzania się jest wolniejsze niż możliwe tempo ich eksploatacji. Jest to zatem problem nadmiernie ekstensywnego wyrębu lasu, polowania na rzadkie, ginące zwierzęta, marnotrawnego używania wody w czasie suszy (Hardin, 1968).

Z psychologicznego punktu widzenia problemem rozważanym przez decydenta w pułapkach społecznych nie jest tworzenie wspólnego dobra, ale jego wykorzystywanie. Problemu nie stanowi to, „czy dać", ale „czy (i ile) wziąć".

Dylematy dóbr publicznych. W dylemacie dóbr publicznych **członkowie zbiorowości muszą włożyć coś do wspólnej puli, aby powstało dobro publiczne, z którego potem korzystać mogą wszyscy członkowie zbiorowości. Dla każdego lepiej jest nie uczestniczyć w tworzeniu dobra, ale jeśli wszyscy tak uczynią, to dobro w ogóle nie powstanie.**

Sekwencja zdarzeń jest zatem odmienna niż w pułapkach społecznych:

Zachowanie → Wzmocnienie natychmiastowe negatywne → Wzmocnienie odroczone pozytywne

Sytuacje te nazywane są też barierami społecznymi (*social fence*).

Często niezbędne jest osiągnięcie jakiegoś progu wkładów, żeby dobro w ogóle powstało. Przykładem takiego dylematu w niewielkiej skali społecznej może być instalacja oświetlenia na osiedlu domków jednorodzinnych. Niezbędny jest jakiś kapitał utworzony przez mieszkańców, aby oświetlenie założyć, ale kiedy zostanie ono założone, służy wszystkim mieszkańcom niezależnie od tego, czy i w jakiej mierze uczestniczyli w kosztach inwestycji.

Wkład bywa stopniowalny. Przykładem są podatki. Tym większe są świadczenia na rzecz obywateli, im większy jest budżet, ale trudno mówić o jakiejś krytycznej wielkości, o której mógłby decydować pojedynczy podatnik. Problemem w sytuacji barier jest raczej to, „czy dać", niż to, „czy wziąć".

Pułapki są społecznie groźniejsze niż społeczne bariery, bo, po pierwsze, zachowania eksploatacyjne są natychmiastowo wzmacniane, co, zgodnie z naszą wiedzą o uczeniu się, prowadzi do szybkiego utrwalenia się zachowania. Po drugie zaś, odroczone skutki negatywne często wymykają się spod kontroli poznawczej (Komorita i Parks, 1994). Łowcom słoni może nie wystarczyć wyobraźni do tego, by przewidzieć, że słonie są gatunkiem ginącym i kość słoniowa za jakiś czas przestanie być źródłem ich utrzymania.

44.2.2
Kiedy ludzie kooperują?

Badanie konfliktów naturalnych jest trudne ze względu na ich złożoność i dynamikę. Dlatego prawie wszystkie badania przeprowadzono w laboratorium. Przyjmuje się, że nawet bardzo prosta sytuacja eksperymentalna dobrze odwzorowuje bogate scenariusze konfliktów w życiu społecznym, jeżeli tylko można założyć, iż sytuacje społeczne i laboratoryjne nie różnią się od siebie z punktu widzenia teorii najważniejszym, a mianowicie relacjami pomiędzy interesami graczy. Jeśli człowiek myśli strategicznie, to, zgodnie z teorią, istotne są relacje między użytecznościami dóbr, a nie to, czym owe dobra są (pieniędzmi, miłością, prestiżem itd.) i w jakim kontekście występują.

W typowym eksperymencie konsekwencjami działań są zatem z reguły drobne zyski lub straty pieniędzy bądź punktów. Złożone i zróżnicowane działania ludzi w sytuacjach naturalnych zostają zastąpione naciśnięciem klawisza, zakreśleniem litery, wpisaniem liczby itp.

W prostej grze eksperymentalnej tabela ukazuje konsekwencje wyborów. W badaniach nad dylematami kanwę scenariusza stanowi na ogół opis naturalnego konfliktu, a badani podejmują decyzje w zależności od rodzaju dylematu: ile z przedstawianej w scenariuszu puli pobrać lub ile do niej włożyć. Niemal zawsze badani są sobie nieznani i podejmują decyzje anonimowo.

44.2.2.1
Konsekwencje decyzji

Relacje interesów. Kooperacja w prostych (macierzowych), dwuosobowych grach eksperymentalnych wybierana jest tym częściej, im mniejszy jest konflikt między interesem własnym a interesem wspólnym (np. Guyer i Rapoport, 1972). Innymi słowy, ludzie tym bardziej skłonni są działać na rzecz zysku wspólnego, im bardziej zgodny jest on z regułami racjonalności indywidualnej. Najwyższy poziom kooperacji (około 85%) odnotowuje się w takich grach bezkonfliktowych, w których strategie kooperatywne są dominujące i współtworzą punkt równowagi. Niższy poziom (około 70%) uzyskiwano w grach, w których strategie kooperatywne tworzą punkt równowagi, ale nie są minimaksowe, jeszcze niższy (45–55%), gdy strategie kooperatywne są minimaksowe, ale nie są w równowadze. Najniższy (30–40%) wreszcie poziom obserwuje się w grach typu dylematu więźnia, w których strategie kooperatywne nie są minimaksowe i nie prowadzą do równowagi.

Powyższe uogólnienia dotyczą zarówno gier dwuosobowych, jak i nienegocjacyjnych gier wieloosobowych (Tyszka i Grzelak, 1976).

Gra pokus i obaw. Jeżeli gra ma strategię dominującą, to wielkość różnic pomiędzy jej wynikami a wynikami innych strategii nie powinna wpływać na częstość wyborów kooperatywnych. A jednak wpływa. Wrażliwość ludzi na konsekwencje działań jest nawet większa, niż to przewiduje teoria.

Najlepszym predyktorem kooperacji okazał się prosty wskaźnik jej opłacalności (Komorita i Barth, 1985):

$$[44\text{-}1] \quad K' = \frac{C_n - D_0}{D_{n-1} - C_1}$$

gdzie n = liczba osób wybierających C.

W dylemacie więźnia i grze bezkonfliktowej, przedstawionych w tabeli 44.1 (gry c, e), wskaźniki K' wynoszą odpowiednio: 0,33 i 3.

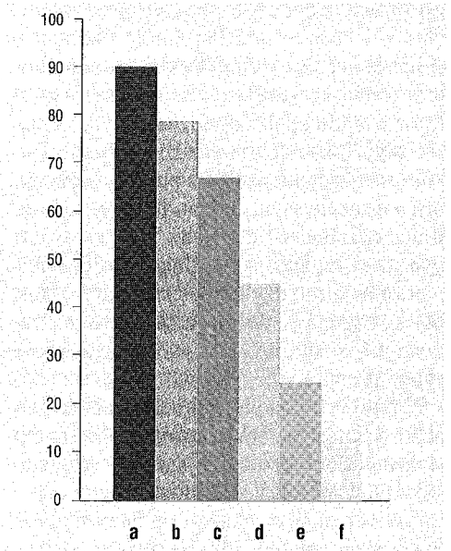
Predyktywna wartość wskaźnika potwierdzona została w dylematach więźnia niezależnie od liczby graczy, a ponadto zarówno przy bardzo małych, jak i przy sporych, jak na kieszeń badanych, stawkach.

Najważniejszą i nie bez znaczenia dla praktyki społecznej konkluzją wynikającą z badań nad wpływem wielkości bodźców ekonomicznych na zachowanie jest to, że nawet drobne zmiany w macierzy wypłat mogą powodować duże zmiany w gotowości ludzi do działania bądź na rzecz interesu wspólnego, bądź na rzecz interesu własnego.

RAMKA 44.7

Dobrą ilustracją efektu dla gier pięcioosobowych są wyniki badań Tadeusza Tyszki i Janusza Grzelaka (1976). W 6 spośród 29 zastosowanych w eksperymencie gier ciąg wypłat za wybór D był ten sam. Zmieniały się wypłaty za wybór C, zmieniała się wobec tego jego opłacalność, malejąc od gry *a* do gry *f* (zob. tab. 44.3). W grach bezkonfliktowych *a*, *b* opłacalność C była dodatnia, w grze *c* była zerowa, w grach *d*–*f* ujemna. Ostatnie 3 gry to dylematy więźnia. Badani dokonywali po jednym wyborze w każdej grze.

Rycina 44-3 pokazuje, jak poziom kooperacji maleje wraz ze spadkiem jej opłacalności.



Wpływ opłacalności kooperacji na częstość jej występowania

Według: Tyszka i Grzelak (1976).

RYCINA 44-3

TABELA 44.3

Gry o różnym stopniu opłacalności kooperacji

	WYPŁATY	LICZBA WYBIERAJĄCYCH C					
		0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
a	Wypłaty dla wybierających D	1	4	7	10	13	–
	Wypłaty dla wybierających C	–	5	8	11	14	17
b	Wypłaty dla wybierających D	1	4	7	10	13	–
	Wypłaty dla wybierających C	–	3	6	9	12	15
c	Wypłaty dla wybierających D	1	4	7	10	13	–
	Wypłaty dla wybierających C	–	1	4	7	10	13
d	Wypłaty dla wybierających D	1	4	7	10	13	–
	Wypłaty dla wybierających C	–	–1	2	5	8	11
e	Wypłaty dla wybierających D	1	4	7	10	13	–
	Wypłaty dla wybierających C	–	–4	–1	2	5	8
f	Wypłaty dla wybierających D	1	4	7	10	13	–
	Wypłaty dla wybierających C	–	–9	–6	–3	0	3

Według: Tyszka i Grzelak (1976, s. 364), za zgodą wydawcy; *copyright* SAGE Publications.

44.2.2.2 Kontrola nad wynikami

Wielkość kontroli a liczba uczestników konfliktu. Im więcej uczestników sytuacji społecznej, tym mniejsza gotowość każdego z nich do działania na rzecz innych. Teza ta potwierdzana była w wielu badaniach nad niesieniem pomocy, nad wpływem społecznym, nad produktywnością grupową (zob. rozdz. 45.2 i 46.). Badania nad konfliktem interesów nie przynoszą tak jednoznacznych wyników.

W trzyosobowym dylemacie więźnia obserwuje się mniej zachowań kooperacyjnych niż w diadach, w siedmioosobowych grupach jeszcze mniej niż w triadach, ale grupy dwunastoosobowe nie różnią się już od grup siedmioosobowych (Fox i Guyer, 1978). Współpraca w grach eksperymentalnych maleje zatem wraz ze wzrostem grupy wtedy, gdy grupy są stosunkowo małe, w grupach dużych zaś spadek nie jest obserwowany (van Lange, Liebrand, Messick i Wilke, 1992).

Wydaje się, że to nie sama wielkość grupy decyduje o poziomie kooperacji, ale czynniki z nią skorelowane. W klasycznej teorii działań zbiorowych powiada się, że wraz ze wzrostem liczby osób maleje (1) zauważalność własnego wpływu na rozwiązanie konfliktu, a także (2) identyfikowalność, czy też rozpoznawalność zachowań jednostki przez pozostałych aktorów sytuacji (Olson, 1965; Messick, 1973).

RAMKA 44.8

W laboratorium sytuację dylematu, w którym dobro publiczne może być użyteczne przy krytycznej liczbie wkładów można symulować poprzez grę przedstawioną w tabeli 44.4 (van de Kragt, Orbell i Dawes, 1983). W eksperymencie tym każdy badany otrzymywał na początku 5 dolarów. Dobro publiczne wynosiło 10 dolarów. Żeby je osiągnąć, trzeba było trzech osób, które zdecydowałyby się włożyć swoich 5 dolarów do puli. Jeśli ktoś był tylko jedynym lub jednym z dwóch wkładających, to tracił swoje pieniądze, a pozostałe osoby je zachowywały. Jeśli jednak przynajmniej trzy osoby decydowały się na wkład, wszystkie dostawały po 15 dolarów minus włożonych 5 dolarów, czyli po 10 dolarów. Osoby, które nie włożyły swoich pieniędzy, korzystały z tego, dostając 10 dolarów i zachowując początkowych 5 dolarów. W tym eksperymencie wyjątkowo dużo, bo aż w ponad 96% badanych grup znalazły się przynajmniej trzy osoby współpracujące (wnoszące wkład).

TABELA 44.4

Dylemat dóbr publicznych z krytycznym wkładem

TWOJA DECYZJA	LICZBA OSÓB, KTÓRE ZDECYDOWAŁY SIĘ NA WKŁAD						
	0	1	2	3	4	5	6
Włożyć	0	0	10	10	10	10	10
Nie włożyć	5	5	5	15	15	15	15

Najlepszym świadectwem roli zauważalności, czyli w istocie wielkości własnego wpływu, są badania nad dylematami, w których dobro publiczne może być utworzone dopiero przy pewnej krytycznej liczbie wkładów. Poniżej tej liczby wkłady jednostek są po prostu marnowane (przypomnijmy przykład oświetlenia na osiedlu).

Zauważalność zależy także od wielkości wkładu, który każdy uczestnik może wnieść do wspólnej puli. W eksperymencie Norberta Kerra (1992) badani w grupach pięcioosobowych mogli dysponować wkładami od 1 do 50 punktów. Z dobra wspólnego mogli korzystać, jeśli w puli znalazło się przynajmniej 50 punktów. Gdy badani mieli do dyspozycji wkłady jednopunktowe, decydowali się na ich włożenie do puli tylko w 7%, a gdy wkłady były pięćdziesięciopunktowe – aż w 92%.

Tym, co ludzi powstrzymuje przed własnym udziałem w budowaniu wspólnego dobra, jest zatem między innymi przekonanie, że ich wkład niewiele zmieni.

Badania potwierdzają też, że na kooperację wpływa anonimowość, czyli identyfikowalność. Badani podejmujący decyzje w sposób anonimowy rzadziej kooperowali niż ci, którzy podejmowali decyzje w sposób jawny, widoczny dla innych (Fox i Guyer, 1978). Anonimowość zwykle rośnie – choć nie zawsze – wraz z liczbą uczestników dylematu. W masie anonimowych członków łatwiej jest ukryć odstępstwo od społecznej normy poszanowania dla dobra wspólnego, łatwiej uchronić się od sankcji społecznych (Stroebe i Frey, 1982).

Zmiany strukturalne kontroli zasobów. Badania (np. Samuelson, Messick, Rutte i Wilke, 1984) pokazują, że w obliczu szybkiego wyczerpywania się zasobów ludzie skłonni są rezygnować z indywidualnego podejmowania decyzji, czyli z własnej kontroli nad zasobami, albo (1) na rzecz grupowego podejmowania decyzji, albo (2) na rzecz wybranej osoby, przywódcy, któremu powierza się decyzje dotyczące zarządzania zasobami. Wybór przywódcy jest preferowany przy zewnętrznej atrybucji przyczyn kryzysu, traci zaś na atrakcyjności przy atrybucji wewnętrznej (to znaczy wewnątrzgrupowej), gdy spostrzeganym źródłem kryzysu są nadmiernie eksploatacyjne zachowania innych aktorów dylematu. Jako przywódca preferowany jest taki uczestnik, który w historii konfliktu wykazał wstrzemięźliwość w korzystaniu ze wspólnych zasobów.

Drugim rozwiązaniem strukturalnym, bo zmieniającym strukturę dylematu, jest podział zasobów pomiędzy uczestników dylematu, niejako ich prywatyzacja. Rozwiązanie to dopiero ostatnio zwróciło uwagę badaczy. Podejmowanie decyzji w trudnych warunkach dylematu ograniczonych zasobów opiera się na heurystykach, spośród których najprostszą i najbardziej popularną jest heurystyka równego podziału. Atrakcyjność zasady równego podziału zależy między innymi od rodzaju zasobów, od tego, czy są one łatwo podzielne. Scott Allison, Lorraine McQueen i Lynn Schaerfl (1992) pokazali, że zastosowanie zasady równości prowadzi do prawie optymalnego poziomu korzystania z zasobów, gdy zasoby te są łatwo podzielne, natomiast w wypadku zasobów trudno podzielnych zasada ta jest nieskuteczna.

44.2.2.3 Czynniki interpersonalne

Zachowanie partnerów interakcji. To, czy interakcja kończy się wzajemną współpracą, czy też rywalizacją, w bardzo dużym stopniu zależy od pierwszego wyboru, czyli: jaki początek, taki koniec. Prawdopodobieństwo wzajemnej kooperacji jest wyższe wśród tych, którzy właśnie od kooperacji swoją interakcję zaczęli (np. Terhune, 1968 – w grach dwuosobowych; Kelley i Grzelak, 1972 – w grach n-osobowych). W badaniach Terhune'a (1968), jeśli badani zaczęli dylemat więźnia od dwustronnej kooperacji, to częstość kooperacji we wszystkich próbach utrzymywała się na poziomie 40%, a inicjacja gry przez dwustronną rywalizację prowadziła do spadku kooperacji do 20%.

Jednym ze skutecznych sposobów wzbudzania kooperacji partnera jest modelowanie, czyli stwarzanie przykładu poprzez własne zachowanie. Kooperatywne decyzje jednej ze stron konfliktu zwiększają na ogół skłonność do współpracy drugiej strony. Związek ten jest jednak nieliniowy i zależy od typu współzależności. Okazuje się bowiem, że całkowita dobroć nie popłaca. Dowodzą tego eksperymenty zwłaszcza nad konfliktami podobnymi do gry kurcząt (Sermat, 1967). W grach wielokrotnie powtarzanych kooperację partnera bardziej wzbudza kooperacja własna na poziomie około 80% niż na poziomie 100%. Podobny, chociaż nie aż tak silny efekt notowany jest także w dylemacie więźnia. Ludzie bezwyjątkowo dobrzy są wykorzystywani. Postawa bezwarunkowej współpracy i ugody doprowadziła Gandhiego do sukcesu zapewne dzięki jego niezwykłemu autorytetowi i charyzmie. Nie jest to jednak postawa, którą można polecać wszystkim w życiu codziennym.

Najskuteczniejsza ze wszystkich okazała się wszakże warunkowa strategia lustrzanego odbicia (przegląd badań w: Patchen, 1987). Strategia ta polega na powtarzaniu wyboru dokonanego przez partnera w poprzedniej próbie (czyli: jak Kuba Bogu, tak Bóg Kubie). Jednego z najbardziej wymownych świadectw skuteczności strategii lustrzanego odbicia dostarczył Robert Axelrod (1984). Zaprosił on matematyków, psychologów, socjologów, ekonomistów do konkursów na opracowanie takiego programu, który w komputerowej symulacji dylematu więźnia prowadziłby do najwyższego poziomu kooperacji obu partnerów. W konkursach – pomijamy w tym miejscu różnice między nimi – wygrał program napisany przez Anatola Rapoporta, w którym gracz zaczyna od wyboru kooperatywnego, a następnie odwzajemnia wybory partnera. Konkursy, a także późniejsze symulacje przeprowadzone przez Axelroda prowadzą do trzech istotnych rekomendacji, jak zachowywać się w sytuacjach strategicznie zbliżonych do dylematu więźnia. Pierwszą sugestią jest to, by odwzajemniać zarówno kooperację, jak i rywalizację. Drugą jest to, by nigdy nie dokonywać wyboru rywalizacyjnego na początku, ponieważ na ogół prowadzi to do chęci rewanżu i tym samym do eskalacji konfliktu. Trzecią jest to, by w interakcji z innymi nie sięgać po bardzo wyrafinowane, rozwinięte i skomplikowane strategie. Mimo woli mogą one prowadzić do mylnych interpretacji intencji, do nieporozumień i tym samym mogą utrudniać osiągnięcie współpracy. Proste strategie, takie jak strategia lustrzanego odbicia, mają czytelne intencje, wyraziste efekty i dzięki temu łatwiej prowadzą do rozwiązań satysfakcjonujących obie strony. Nie tylko badania laboratoryjne, nie tylko symulacje komputerowe, ale także doświadczenie potoczne zdaje się wskazywać, że są to rady wielce trafne.

Jak powiadają Dean Pruitt i Melvin Kimmel (1977), często obserwowany w dylemacie więźnia spadek kooperacji po pierwszym wyborze może być przypisany brakowi zaufania w kooperacyjne intencje partnera. Przy strategii lustrzanego odbicia, doświadczając frustracji wynikającej z obustronnych wyborów indywidualistycznych (D,*D*), gracze zaczynają zdawać sobie sprawę z tego, że ich działania są rzeczywiście współzależne i że wynik ich wyborów jest nieporównanie gorszy niż ten, gdyby obaj wybrali kooperację (C,*C*). Jednakże wybór C naraża na eksploatację ze strony partnera. Dlatego warunkiem kooperacji jest (1) ustanowienie kooperacji przez gracza jako własnego celu, (2) oczekiwanie, że własna kooperacja będzie odwzajemniona, a nie wykorzystana przez partnera. Ten drugi czynnik można inaczej nazwać zaufaniem. Rolę zaufania do partnera w sytuacjach konfliktowych trudno przecenić. Świadczą o tym zarówno dawne, klasyczne badania Mortona Deutscha (1958), jak i najnowsze studia teoretyczne i empiryczne (np. Yamagishi, Yamagishi, Takahashi i Hayashi, 1995).

Zaufaniem można zapewne tłumaczyć także to, że w większym stopniu jesteśmy skłonni współpracować z „nawróconym grzesznikiem" niż ze „świętym", który zaczął grzeszyć. Znacznie więcej wyborów kooperatywnych obserwuje się bowiem wtedy,

gdy w grach wielokrotnie rozgrywanych gracz rozpoczyna wyłącznie lub niemal wyłącznie od wyborów indywidualistycznych, stopniowo zwiększając liczbę wyborów kooperatywnych, niż wtedy, gdy zaczyna on od kooperacji, stając się z upływem czasu coraz bardziej rywalizacyjny (Harford i Solomon, 1967).

Wiedza o zachowaniu się innych wywiera istotny wpływ również na zachowanie się w wieloosobowych dylematach ograniczonych zasobów. Rozsądny uczestnik dylematu powinien pobierać z puli w sposób optymalny, pozwalający na utrzymanie zasobów na stałym poziomie. Jeśli jednak widzi, że wielkość puli przyrasta (czyli że inni pobierają poniżej optimum), to rozsądek powinien dyktować zwiększenie własnych pobrań. Jeżeli zaś wielkość puli wyraźnie maleje, to powinien ograniczyć własne pobrania, aby nie doprowadzić do wyczerpania zasobów. Tak też na ogół się dzieje w badaniach laboratoryjnych (Rutte, Wilke i Messick, 1987). Wielkość pobrań zależy jednak także od obserwowanej różnorodności zachowań uczestników dylematu. Wiedza o tym, że wariancja pobrań wśród pozostałych „konsumentów" tego samego dobra jest duża (czyli jedni pobierają mało, inni dużo), prowokuje do nadużywania puli, czyli do pobierania powyżej poziomu optymalnego. Dzieje się tak jednak, dopóki pula nie jest zagrożona. W sytuacji kryzysu badani stają się bardziej konserwatywni i informacja o różnorodności przestaje być ważna (Samuelson i Messick, 1986).

Na używanie zasobów wpływa też atrybucja przyczynowa. Na przykład, w eksperymencie Rutte i współpracowników (1987) badanym przekazywano informacje pozwalające sądzić, że powodzenie lub niepowodzenie wynika albo z właściwości samych zasobów (ich początkowej wielkości, tempa odnawiania się), albo z nadmiernego lub niedostatecznego wykorzystania zasobów przez ich konsumentów. W pierwszym wypadku badani zachowywali się w sposób zbliżony do optymalnego, w drugim dostosowywali swoje zachowanie do innych i podobnie do nich pobierali powyżej lub poniżej poziomu optymalnego.

Porozumiewanie się. Możliwość porozumiewania się może być wykorzystana zarówno do uzgodnienia taktyki prowadzącej do powiększania dobra wspólnego, jak również dla zmylenia, oszukania partnera. Porozumiewanie się może służyć zachęcaniu do współpracy, ale może też służyć prowokowaniu do rywalizacji (Terhune, 1968). To prawda znana nam z życia. Lata badań pokazują jednak, że najczęstszym efektem komunikacji jest wzrost kooperacji.

Bywa, że już sama zapowiedź, iż badani będą mogli się porozumiewać, podnosi poziom współpracy, nawet jeśli faktycznie porozumienie nie mogło zaistnieć (Swingle i Santi, 1972).

Efekt porozumiewania się jest tym silniejszy, im bardziej treść komunikatów związana jest z przebiegiem konfliktu i w im większym stopniu treść i forma zbliżają się do ustalenia wiążącej obie strony strategii (Loomis, 1959).

Wpływ informacji przekazywanych sobie przez graczy jest tym silniejszy, w im większym stopniu informacje te są uwiarygodnione historią konfliktu (Cahagan i Tedeschi, 1968). Nic dziwnego. Czyny są lepszym dowodem intencji partnera niż jego słowa, deklaracje, gesty. Rozbieżność między informacjami prowadzi do kryzysu zaufania i tym samym do trudności w rozwiązaniu konfliktu.

Porozumiewanie się zwiększa także poziom kooperacji w wieloosobowych grach eksperymentalnych (Grzelak i Tyszka, 1974; Liebrand, 1984). Sprzyja ono również właściwemu korzystaniu z zasobów w dylemacie ograniczonych zasobów. Dyskusja nad dylematem obniża tendencję do nadmiernej eksploatacji (Messick, Allison i Samuelson, 1988).

Podobnie rzecz się ma w wypadku dylematów dóbr publicznych. W wielu eksperymentach porozumiewanie się było dozwolone. Wtedy też uzyskiwano najwyższy poziom kooperacji (van de Kragt i in., 1983). W szczególności dotyczy to takiej formuły porozumiewania się, która umożliwia dyskusję nad wspólnymi celami uczestników, aktywizuje normy grupowe i wartość wspólnego dobra. Porozumiewanie się jest przede wszystkim

ważne wtedy, gdy działania uczestników wymagają koordynacji, a zatem w dylematach, w których utworzenie dobra zależy od przekroczenia określonego progu minimalnych wkładów (Komorita i Parks, 1994).

Messick i Brewer (1983) przedstawiają cztery niewykluczające się wyjaśnienia dobrodziejstw komunikacji. Po pierwsze, rozmowa pozwala na wymianę informacji o zamierzonych wyborach, co sprzyja uzgodnieniu zachowań i tworzeniu się grupowych norm współpracy. Po drugie, wymiana informacji może zmniejszać spostrzegane ryzyko wykorzystania własnej kooperacji przez partnera, sprzyja budowie zaufania. Po trzecie, rozmowa pozwala na odwołanie się do norm moralnych i do wartości dobra wspólnego. Po czwarte wreszcie, kontakt z partnerem ułatwia tworzenie się poczucia tożsamości grupowej. O tym ostatnim mowa poniżej.

Bliskość interpersonalna i tożsamość grupowa. Wyjątkowo silny wpływ na kooperację ma identyfikacja z partnerami jako grupą (zob. rozdz. 44.1). Im większe jest poczucie przynależności i tożsamości grupowej, tym większa staje się presja wywierana na jednostkę, by działała na rzecz dobra wspólnego. Wzbudzenie tożsamości grupowej prowadzi do zdecydowanie wyższej kooperacji zarówno w dylematach dóbr publicznych, jak i w dylematach ograniczonych zasobów (Brewer i Kramer, 1986; Dawes, van de Kragt i Orbello, 1988).

Samuelson (1991) dokonał przeglądu programów społecznych, których celem było skłonienie ludzi do oszczędności w używaniu energii. Okazało się, że wszystkie skuteczne programy zawierały jakieś formy wzbudzania tożsamości grupowej. Było to, na przykład, organizowanie się większej społeczności w małe grupy, urządzanie konkursów między grupami, przyznawanie grupom (nie jednostkom) nagród pieniężnych.

Nie dziwi w tym kontekście, że współpraca jest większa wśród lubiących się ludzi, tych, którzy czują się podobni do siebie i sobie bliscy (Swingle i Gillis, 1968). Poziom współpracy w mniejszym stopniu zależy od strategicznych właściwości sytuacji wśród lubiących się niż wśród nielubiących się osób (Kranas, 1972).

Lęk przed eksploatacją. Dwa motywy zdają się rządzić decyzją o rezygnacji ze współtworzenia dobra wspólnego w dylematach: chciwość i lęk. Pierwszy jest bliskim krewnym motywu rywalizacji – chęcią osiągnięcia jak najwięcej jak najmniejszym kosztem – poprzez wykorzystanie kooperacji innych. Drugi to obawa przed tym, żeby nie stać się ofiarą eksploatacji przez innych. Obawa ta zależy od interpretacji zachowań innych uczestników dylematu: jest mała, gdy spostrzeganą przyczyną braku wkładu ze strony innych jest to, że po prostu nie mogą dać z siebie więcej; jest duża, gdy są powody, by sądzić, że inni dają poniżej swoich możliwości (Kerr, 1983). Lęk przed eksploatacją maleje, gdy wkład wniesiony przez uczestnika dylematu może być przez niego wycofany, lub też gdy ci, którzy nie wnieśli swojego wkładu, będą go pozbawieni (czyli eksploatacja nie pozostanie bezkarna).

Lęk jest słabszy, a zatem gotowość do udziału w tworzeniu wspólnego dobra jest większa, gdy uczestnik dylematu może swój wkład ostrożnie stopniować, w porównaniu z sytuacją, w której jest on zmuszony do podjęcia decyzji „wszystko albo nic" (Suleiman i Rapoport, 1992).

44.2.3 Reinterpretacja konfliktu interesów

Ludzie reagują na świat taki, jakim go widzą, a nie jaki jest (zob. rozdz. 42.). Innymi słowy, zachowanie zależy od subiektywnej reprezentacji świata, od schematów i skryptów, które nabywamy w ciągu życia. Ta prawda odnosi się także do samych psychologów. Studia empiryczne i teoretyczne, które prowadzimy, również zależą od pewnego rodzaju skryptów

i schematów, które są w danym czasie dominujące. Nazywamy je teoriami i paradygmatami eksperymentalnymi.

Wczesne badania psychologiczne były zdominowane przez teorię, że człowiek jest racjonalny ekonomicznie. Czy badania to potwierdzają? Odpowiedź nie jest jednoznaczna. Z jednej strony okazało się, że zachowanie jednostki zależy od strategicznych właściwości konfliktu, od jego struktury. Z drugiej strony jednak duży wpływ ma wiele czynników pozastrategicznych, takich jak bliskość interpersonalna, poczucie wpływu, lęk. Co więcej, nawet w najprostszych, najbardziej sterylnych i wyizolowanych warunkach dwuosobowych gier eksperymentalnych liczba odstępstw od preskrypcji teorii decyzji jest bardzo duża, zdarza się bowiem, iż sięga 40% w sytuacjach, zdawałoby się, najprostszych: w grach ze strategią dominującą (gry bezkonfliktowe, dylemat więźnia).

44.2.3.1 Psychologiczna teoria współzależności

Czy zatem ludzie są nieracjonalni i nie maksymalizują swojego interesu, czy może ich interes jest inny niż ten zakładany w badaniach? Może też ich percepcja i interpretacja sytuacji różnią się od postulowanych w teorii?

Sposób traktowania konfliktu interesów w kategoriach „bodźca i reakcji" (macierz wypłat i decyzja) zmienia się z biegiem lat badań i studiów teoretycznych i w coraz większym stopniu uwzględnia rolę czynników inter- oraz intrapersonalnych. Dobrymi przykładami są wspomniane wcześniej koncepcja oczekiwań Pruitta i Kimmela (1977), czy też koncepcja Brewer i Kramer (1986), dotycząca roli tożsamości społecznej.

Najbardziej rozwinięte ramy teoretyczne dla psychologicznej analizy współzależności społecznej stworzone zostały przez Harolda Kelleya i Johna Thibaut (1978; opis teorii w literaturze polskiej: Majcher, 1989). Patrząc na konflikt z perspektywy aktorów, autorzy ci wyróżniają dwa rodzaje macierzy: macierz daną i macierz efektywną. Macierz dana zawiera wartościowania konsekwencji działań wyłącznie z perspektywy jednego aktora, ze względu na jego preferencje, potrzeby. Tak właśnie macierz traktuje się w klasycznej interpretacji teorii gier.

Aktorów jest jednak przynajmniej dwóch. Proste założenie teorii gier, że gracze są identyczni, to znaczy równie racjonalni, jest, oczywiście, psychologicznie nietrafne. Uwzględnienie wiedzy, przypuszczeń dotyczących perspektywy partnera, kim jest i do czego dąży, odwołanie się do wiedzy o podobnych partnerach i sytuacjach, uwzględnienie wreszcie atrakcyjności interakcji z tym partnerem w porównaniu z atrakcyjnością interakcji z innymi partnerami – wszystko to prowadzi do zmiany wartościowań i przekształcenia macierzy danej w macierz efektywną. Dopiero ta macierz stanowi podstawę zachowania. Na przykład, jeśli mam do wyboru obejrzenie jednego z dwóch filmów albo sam, albo z lubianym przeze mnie partnerem, to bardziej satysfakcjonujące może być dla mnie obejrzenie nawet mniej interesującego filmu razem niż samotne pójście do kina. Jeśli jednak partnera nie lubię, to lepszym rozwiązaniem może być samotne pójście na film mniej atrakcyjny niż wspólne obejrzenie filmu bardziej interesującego dla nas obu, niezależnie od naszej interakcji. To nie upodobania filmowe decydują w tym wypadku o zachowaniu, ale wartość, jaką ma dla mnie film w interakcji z partnerem. Jeśli w grze eksperymentalnej los zetknął mnie z przyjacielem, a nie z nieznajomym, to mogę wybrać kooperację, nawet jeśli będę miał poczucie straty pieniężnej, bo wartością dla mnie ważniejszą jest zachowanie przyjaźni. Macierz dana może być na początku interakcji taka sama dla obu partnerów, ale rozwój interakcji w czasie, to, co ważnego się w niej zdarza z punktu widzenia każdego z aktorów, może prowadzić do tego, że macierze efektywne obu partnerów będą bardzo różne.

Każda sytuacja współzależności może być, według Kelleya i Thibaut, charakteryzowana poprzez (1) relacje między interesami

partnerów, czyli poprzez alokację wyników, (2) wielkość i rodzaj kontroli, jaką sprawuje każdy z partnerów, czyli poprzez to, kto i w jakim stopniu decyduje o alokacji. Analiza współzależności z perspektywy kontroli pogłębia zrozumienie sytuacji. Autorzy – nie wnikając w tym miejscu w szczegóły – wyróżniają trzy rodzaje kontroli: kontrola nad wynikami własnymi, kontrola nad wynikami partnera, kontrola interakcyjna, która wynika z koordynacji działań własnych i partnera. Każdy z rodzajów kontroli dotyczy wyników własnych i wyników partnera. Dla ilustracji zwróćmy uwagę na to, że szczególną właściwością dylematu więźnia, o której dotychczas nie mówiliśmy, jest to, iż każdy gracz ma większy wpływ na wyniki partnera niż na własne. Inaczej mówiąc, jego los bardziej zależy od partnera niż od niego samego. W grze 1c w tabeli 44.1 wybór Wiersza pomiędzy C a D zmienia wyniki dla Wiersza o 1, a dla Kolumny o 2. Podobnie rzecz się ma w wypadku Ko-

RAMKA 44.9

Kelley i Thibaut (1974) przedstawiają kilka rodzajów przekształceń macierzy danej w macierz efektywną. Są to zarówno przekształcenia dotyczące sposobu zachowania się, przebiegu interakcji w czasie (na przykład zmiana sekwencji działań, wcześniejsze lub późniejsze niż partner reagowanie na sytuację), jak i przekształcenia dotyczące zmiany konsekwencji działań i ich wartościowań. Jedno z przekształceń dokonywane jest po to, aby zmaksymalizować zysk (satysfakcję) partnera. Matka kochająca swoje dziecko tak zmienia wartościowania konsekwencji działań, że „opłacalne" staje się działanie maksymalizujące dobro dziecka. Jest to przykład przekształcenia altruistycznego. Przykładem innego przekształcenia jest maksymalizacja wspólnego zysku. Przyjaciele czy wspólnicy tak zmieniają wyniki działań w trakcie współpracy, żeby przynosiła ona jak najwięcej korzyści wspólnych. Jeszcze innym przykładem jest transformacja prowadząca do osiągnięcia przewagi nad partnerem. Wartości są więc nadawane konsekwencjom działań w zależności od celu, który ma być w danej interakcji osiągnięty (o czym szerzej w następnym podrozdziale, o orientacjach społecznych).
Symbolicznie, przyjmując arbitralnie liczby – bo ważny w tym miejscu jest tylko kierunek zmian – macierze efektywne, powstające w rezultacie przekształceń, mogą być takie jak w tabeli 44.5.

TABELA 44.5

Przykłady transformacji wartości wyników

Macierz dana: Dylemat więźnia	Maksymalizacja wartości wyników partnera	Maksymalizacja wartości wyników wspólnych	Maksymalizacja wartości różnicy między wynikami
K: C / D W C: 8 (8) / 0 (12) W D: 12 (0) / 4 (4)	K: C / D W C: 8 (8) / 12 (0) W D: 0 (12) / 4 (4)	K: C / D W C: 16 (16) / 12 (12) W D: 12 (12) / 8 (8)	K: C / D W C: 0 (0) / −12 (12) W D: 12 (12) / 0 (0)

lumny. Fakt ten bez wątpienia dodaje dramatyzmu dylematowi więźnia, bo wprawdzie podobne relacje kontroli są w grze 1b, ale w niej nie ma powodu do zmartwienia, ponieważ interesy graczy są zgodne. Wyrównaną kontrolę mają gracze w grze kurcząt, którzy zmieniają wyniki własne i partnera o 1 lub o 3 (średnio o 2), ale w tej grze nieporównanie większą rolę niż w pozostałych przykładach odgrywa kontrola koordynacyjna. Wielkość sprawowanej kontroli i jej rodzaj zmieniają się w trakcie przebiegu interakcji (czyli także podlegają przekształceniom), jeśli nie jest to interakcja jedynie chwilowa. W różnych momentach interakcji partnerzy mogą zmieniać jej charakter, czyli – mówiąc w języku tradycyjnym – mogą zmieniać charakter rozgrywanej gry, na przykład poprzez przejęcie inicjatywy i oddanie jej partnerowi. Kelley (1997) przedstawił szczegółową analizę formalną takich zmian, czyli przejść z jednego do innego stanu interakcji, a Paul van Lange (1994) potwierdził jej trafność empirycznie.

Zgrubnie naszkicowana tu koncepcja Kelleya i Thibaut dobitniej niż inne teorie podkreśla różnice między perspektywą aktora i obserwatora, wskazuje na zmienność, dynamikę interakcji, której stan początkowy dzięki rozmaitym przekształceniom (wyników, kontroli) może bardzo się zmieniać w trakcie jej trwania i jakościowo zmieniać jej właściwości strategiczne. Ponadto w tej koncepcji zwraca się szczególną uwagę na to, że człowiek nie jest przykuty do jednej sytuacji. Jeśli jej spodziewane lub uzyskane wyniki nie są satysfakcjonujące, można z interakcji zrezygnować, zmieniając na przykład jej partnera, licząc przy tym na lepsze wyniki w następnej interakcji. Jest to sposób widzenia bardzo odległy od przyjętego w klasycznych eksperymentach, w których badani są „zamknięci" w sytuacji stworzonej w laboratorium i nie mają możliwości wyboru innej sytuacji*.

Ograniczeniem teorii jest to, że zaproponowane instrumenty analizy współzależności dotyczą sytuacji dwuosobowych. Jednakże sam sposób myślenia, a zwłaszcza zwrócenie uwagi na rolę wewnętrznych, subiektywnych procesów przetwarzania informacji o konflikcie, jest godny uwagi – także wtedy, gdy analizujemy konflikty w grupach większych niż diady.

44.2.3.2 Interes własny, ale jaki? Orientacje społeczne

Podstawowe założenie wielu teorii psychologicznych, w szczególności teorii decyzji, głosi, jak to wielokrotnie stwierdzaliśmy, że człowiek jest egoistyczny z natury. Dba wyłącznie o własny interes. Można zatem postawić pytanie, czym ten interes jest. Czy prospołeczne, altruistyczne zachowanie człowieka może pojawiać się z pobudek nieegoistycznych? Jest to pytanie zadawane w wielu dziedzinach nauki o człowieku: w filozofii, psychologii, socjologii, ekonomii, nauce o ewolucji.

Współczesne teorie ewolucji (zob. rozdz. 5.) w coraz większym stopniu „rozszerzają" interes własny, tak że obejmuje on także interes innych. Alexander (1987) twierdzi, że zachowania prospołeczne wynikają z uczenia się przez ludzi pięciu „reguł dawania" innym, z których każda ma czysto egoistyczne podłoże. Regułami tymi są:

(1) daj krewnemu;
(2) daj, gdy jest wysokie prawdopodobieństwo odwzajemnienia;
(3) daj, gdy wysokie jest prawdopodobieństwo sankcji za niedanie;
(4) daj, gdy jest prawdopodobne, że danie będzie nagrodzone przez obserwatorów (a nie tylko odbiorców, beneficjentów) dawania;
(5) we wszystkich pozostałych sytuacjach nie dawaj.

* Jest to słabość badań w bardzo wielu dziedzinach psychologii społecznej. Trudno przewidzieć, jak zmieniłby się obraz wyników badań laboratoryjnych, na przykład nad wyuczoną bezradnością, reaktancją, przywództwem, agresją, gdyby badanym stwarzano możliwość „wyjścia" z sytuacji bądź jej zmiany na inną. Skupieni na testowaniu jednej teorii, zdajemy się nie dostrzegać znaczenia, jakie dla społecznego funkcjonowania jednostki może mieć międzysytuacyjna mobilność, dobrowolna zmiana sytuacji społecznej.

Pierwsze cztery reguły odzwierciedlają historię poglądów na temat genezy zachowań prospołecznych w teoriach ewolucji altruizmu – teoriach, w których sukcesywnie wprowadzano coraz więcej powodów uzasadniających pojawianie się altruizmu jako instrumentalnego względem interesu własnego.

Caporael, Dawes, Orbell i van de Kragt (1989) podważają tezę o bezwyjątkowo egoistycznym podłożu altruizmu, pokazując w szeregu eksperymentów, że zachowania prospołeczne, ukierunkowane na maksymalizację zysku wspólnego aktorów interakcji, mogą występować w warunkach nieobecności jakichkolwiek identyfikowalnych pobudek egoistycznych, to znaczy gdy nie stosuje się żadna z zasad Alexandra.

Niezależnie od ewolucyjnego rodowodu zachowań altruistycznych i niezależnie od tego, czy pełnią one funkcje wyłącznie egoistyczne, faktem jest, że w sytuacjach społecznych różni ludzie ujawniają różne – nie tylko egoistyczne – preferencje wobec rozdziału dóbr między siebie i innych. Preferencje te nazywane są **orientacjami społecznymi.**

W interakcji z innymi jednostka może dążyć do maksymalizacji (McClintock, 1972; Grzelak, 1988, 1993):

(1) zysków własnych (indywidualizm),
(2) zysków partnera (altruizm),
(3) własnej przewagi nad partnerem (rywalizacja),
(4) łącznych zysków własnych i partnera (kooperacja),
(5) strat własnych (masochizm),
(6) strat partnera (agresja),
(7) łącznych strat własnych i partnera (sadomasochizm),
(8) przewagi strat własnych nad stratami partnera (męczeństwo).

W innych modelach przyjmuje się także orientację równościową, to znaczy tendencję do minimalizowania różnic między zyskami własnymi i partnera (Wieczorkowska, 1982), i minimaksową – tendencję do maksymalizacji najniższego zysku niezależnie od tego, czyj ten zysk jest.

44.2.3.3 Zróżnicowane efekty orientacji społecznych

W licznych badaniach okazało się, że orientacje wpływają na percepcję sytuacji i partnera, na wartościowania i na zachowanie. Oto kilka przykładów.

Orientacje a procesy poznawcze. W badaniach Grzelaka (1981) osoby o wysokim poziomie indywidualizmu zadawały więcej pytań o konsekwencje decyzji dla siebie, osoby altruistyczne – stosunkowo więcej pytań o partnera, osoby o orientacji równościowej – więcej pytań o obu aktorów interakcji. Maki i McClintock (1983) pokazali, że osoby indywidualistyczne i kooperatywne łatwiej identyfikują motywacje innych niż altruiści i osoby rywalizujące.

Kelley i Stahelski (1970) sformułowali tak zwaną hipotezę trójkąta, w której powiada się, że osoby o orientacji rywalizacyjnej spostrzegają innych jako podobnych do siebie, osoby kooperatywne zaś spostrzegają całe spektrum intencji, motywacji innych, czyli zarówno kraniec kooperacyjny, jak i rywalizacyjny. Tak szerokie oczekiwania pozwalają osobom kooperatywnym na znacznie bardziej elastyczne i zróżnicowane zachowania w różnych sytuacjach społecznych. Hipoteza ta różni się od powszechnie przyjmowanej w psychologii hipotezy inklinacji egocentrycznej (*egocentric bias*), wedle której każdy spostrzega innych jako w miarę podobnych do siebie. W ponaddwudziestoletniej historii badań obserwowano oba efekty, z przewagą efektu trójkąta.

Orientacje społeczne wpływają na to, jak spostrzegamy świat społeczny, z jakich elementów jego obraz jest budowany, czego się po nim spodziewamy.

Orientacje a wartościowania. Różnice nie dotyczą tylko percepcji, ale także kryteriów, które stosujemy do oceny interakcji społecznych. Osoby indywidualistyczne i rywalizacyjne spostrzegają świat społeczny w katego-

riach siły, mocy, natomiast osoby o orientacji kooperacyjnej – w kategoriach moralnych, dobra i zła (Liebrand, Jansen, Rijken i Suhre, 1986; Sattler i Kerr, 1991). Van Lange i Liebrand (1991) stwierdzili, że osoby kooperatywne spostrzegają innych kooperujących jako inteligentnych, niekooperujących zaś – jako nieinteligentnych i słabych. Percepcja osób o orientacjach niekooperacyjnych jest, oczywiście, przeciwna.

Orientacja a zachowanie. Nic dziwnego zatem, że stwierdzono także bezpośredni związek pomiędzy orientacjami a zachowaniem. Jednym z eksperymentów szczególnie wyraziście ukazujących wpływ orientacji na zachowanie był eksperyment Davida Kuhlmana i Alfreda Marshello (1975), w którym badani w grach eksperymentalnych zachowywali się zgodnie z wcześniej i niezależnie mierzonymi orientacjami społecznymi: osoby o orientacji kooperacyjnej częściej zachowywały się kooperacyjnie niż indywidualiści, ci zaś częściej wykazywali skłonność do kooperacji niż osoby o orientacji rywalizacyjnej. Ten sam eksperyment potwierdził także hipotezę trójkąta Kelleya i Stahelskiego – osoby kooperatywne zachowywały się w grze eksperymentalnej bardziej elastycznie niż pozostałe, czyli dostosowywały swoje zachowanie do zachowania partnera; kooperowały z partnerem kooperującym, rywalizowały z partnerem rywalizującym.

Osoby rywalizacyjne przejawiają także silniejszą tendencję do nadmiernego eksploatowania ograniczonych, a pożądanych przez innych zasobów (Sattler i Kerr, 1991).

Orientacje społeczne, których pomiar ograniczony jest do alokacji dwuosobowych, okazują się wpływać na zachowanie ludzi także w sytuacjach wieloosobowych (Liebrand, 1984; Liebrand i van Run, 1985). Co więcej, orientacje związane są z postawami wobec dobra wspólnego, publicznego, w skali najbliższego sąsiedztwa, gminy czy kraju. Osoby zorientowane prospołecznie w porównaniu ze zorientowanymi egocentrycznie deklarują istotnie większą aktywność zarówno w sferze prywatnej, jak i w sferze publicznej, częściej skłonne są płacić nieco wyższe podatki na rzecz podwyższenia jakości usług publicznych, są także bardziej wrażliwe na rozmaite przypadki nadużywania przez innych dóbr publicznych (Grzelak i Nejtardt, 1996).

Odstępstwa od rozwiązań teoretycznie najbardziej racjonalnych można w dużym stopniu wyjaśnić właśnie poprzez indywidualne zróżnicowanie orientacji. Ale czy wtedy odstępstwa od teorii są odstępstwami? Jeśli dla kogoś wartością jest zdobywanie przewagi nad partnerem, to jego niekooperatywny wybór w grze dla obserwatora bezkonfliktowej – jak gra (e) z tabeli 44.1 – jest w pełni racjonalny, bo maksymalizuje jego interes. Podobnie w dylemacie więźnia wybór kooperacji może być racjonalny dla kogoś, kto ceni sobie dobro partnera lub zysk wspólny, a badania nad orientacjami społecznymi pokazały, że tacy ludzie istnieją i stanowią całkiem pokaźną część populacji w naszej kulturze.

44.2.3.4
Sytuacyjna zmienność orientacji

Zróżnicowanie ludzi pod względem orientacji nie oznacza, że orientacje są stałe. Okazuje się, że mimo iż ludzie mogą zdradzać pewien rodzaj zgeneralizowanej preferencji do jednego typu alokacji, to ich orientacje społeczne mogą zmieniać się zależnie od sytuacji. Sama interakcja z partnerem może aktywizować orientacje społeczne różne od tych, które uczestnicy interakcji mieli na jej początku. Przebieg interakcji może zatem zmieniać to, co i jak ludzie chcą w niej osiągnąć (Kelley, 1997). Na orientacje społeczne wpływa liczba aktorów sytuacji społecznej, dobra, które są w tej sytuacji dzielone, sposób przedstawienia tych dóbr oraz wiele innych czynników (Grzelak, 1995).

44.2.4
Na granicy i poza granicami racjonalności

Myślenie człowieka odbiega od formalnych wzorców wnioskowania logicznego, myślenia

probabilistycznego. Obserwowane odstępstwa są na tyle duże i systematyczne, że nie wystarczy powiedzieć, iż człowiek w zasadzie myśli poprawnie, choć czasem się myli... Obok reguł myślenia logicznego i probabilistycznego nagminnie stosowane są przez ludzi uproszczone heurystyki (Lewicka, 1993; por. także rozdz. 24.). Jednym z prostych i często stosowanych zabiegów jest na przykład uproszczenie problemu i rozważenie tylko kilku wariantów, czyli selektywne skupienie uwagi na fragmencie, a nie na całości problemu decyzyjnego. Tego rodzaju zabiegi występują, jak się zdaje, często, zwłaszcza w skomplikowanych sytuacjach wieloosobowych, w których struktura konfliktu bez uproszczeń może być – i często jest – nieprzejrzysta (Grzelak, 1991).

Wielu teoretyków sądzi, że omówione w tym rozdziale badania nad motywacyjnymi i poznawczymi uwarunkowaniami zachowań kooperacyjnych nie podważają wizji w pełni racjonalnego *homo oeconomicus*. Wizję tę tylko wzbogacają i modyfikują. W dalszym ciągu można przecież utrzymywać, że człowiek dąży do maksymalizacji interesu własnego, tyle że interes ten jest na tyle pojemny, iż wpisać weń można także interes innych. W dalszym ciągu można też twierdzić, że człowiek pozostaje racjonalny nawet wtedy, gdy spostrzegany przez niego świat jest uboższy czy zdeformowany lub raczej – z poszanowaniem dla każdej jego wizji – gdy jest on różny od tego najczęściej zakładanego przez badaczy. Teoretycy ci przyjmują zatem, że człowiek jest racjonalny w ramach swojej wizji świata, tyle że granice tego, co racjonalne, przy takim założeniu muszą się przesuwać, stawać nieostre.

Wiele zachowań w sytuacji konfliktu ma charakter impulsywny, jest sterowanych emocją, a nie rozumem. W badaniach nad konfliktem interesów nie zawsze o tym pamiętano.

Zdecydowana większość badań i uogólnień empirycznych dotyczących rozwiązywania konfliktu pomiędzy interesem własnym a interesem innych prowadzona była w sytuacjach o bardzo dobrze zdefiniowanym problemie decyzyjnym. Sposób prowadzenia badań prowokował badanych do myślenia, świadomego podejmowania decyzji. Nie jest to zarzut. Badania służyły sprawdzaniu teorii. Warto jednak na zakończenie zdać sobie sprawę, że teoria ukierunkowała strumień badań tak, iż poza obszarem zainteresowań badaczy pozostały inne, ważne czynniki.

44.3
Podsumowanie

Psychologia tożsamości zajmuje się źródłami, przebiegiem, rezultatami i znaczeniem procesów doświadczania i rozpoznawania samego siebie wśród innych przedmiotów poznania. Człowiek jest zarówno przedmiotem poznania, jak i poznającym podmiotem, w związku z czym mówi się o Ja przedmiotowym i Ja podmiotowym, które wspólnie składają się na strukturę Ja. Do opisu i zrozumienia tej struktury wykorzystuje się szereg pojęć współczesnej psychologii poznawczej (jak schematy i prototypy).

Szczególnie ważne jest rozróżnienie tożsamości społecznej i osobistej. Pierwsza z nich wiąże się z wykształceniem się pojęcia My, co wyraża się poznawczymi powiązaniami własnej osoby z innymi ludźmi i identyfikowaniem się z ich celami i wartościami. Tożsamość osobista wiąże się natomiast z wykształceniem się pojęcia Ja, co wyraża się spostrzeganiem siebie jako niepowtarzalnej jednostki i identyfikowaniem się z celami i standardami osobistymi. Podstawę wykształcania się tożsamości osobistej stanowić mogą dwie formy poznawczej odrębności Ja – Inni: spostrzeganie różnic między własną osobą i innymi ludźmi lub odrębność schematów Ja – Inni.

Sytuacje współzależności społecznej to sytuacje, w których to, co robi każdy członek grupy czy zbiorowości, wpływa nie tylko na

jego los, lecz także na los pozostałych członków. W większości sytuacji działanie najkorzystniejsze dla jednego członka nie jest najkorzystniejsze dla wszystkich – pojawia się więc konflikt interesów (na przykład o charakterze dylematu dóbr publicznych bądź dylematu ograniczonych zasobów).

Działanie na rzecz interesu wspólnego jest tym bardziej prawdopodobne, im (1) mniej naraża ono na szwank interes własny, (2) bardziej subiektywnie znacząca jest wielkość własnego wpływu na wynik końcowy, (3) bardziej decyzja o działaniu jest rozpoznawalna przez innych, (4) większa jest możliwość porozumiewania się pomiędzy stronami konfliktu, (5) bardziej odwzajemniane są wybory partnera, (6) mniej jest przesłanek do lęku, że prospołeczne działanie może być przez innych wykorzystane, (7) bardziej strony konfliktu czują przynależność do tej samej grupy lub kategorii społecznej.

Zachowanie ludzi w sytuacji konfliktu interesów jest po części wyjaśniane przez teoriodecyzyjny model człowieka racjonalnego, wzbogacony o trzy elementy. Po pierwsze, uznaje się, że człowiek reaguje na świat taki, jakim go widzi i ocenia, a nie jaki on jest. Po drugie, w relacjach z innymi ludzie dążą do różnych celów, to znaczy, że maksymalizacja interesu własnego może w szczególnym wypadku polegać na maksymalizacji interesu partnera. Ludzie różnią się celami, do których dążą, czyli orientacjami społecznymi. Orientacje społeczne wpływają na to, jak ludzie spostrzegają sytuację współzależności, czego oczekują od partnera i jak go oceniają, jak zachowują się w sytuacji konfliktu. Po trzecie, wiele zachowań w ogóle nie wynika z wyrafinowanego podejmowania decyzji, ale jest efektem nabytych nawyków, rutyny, czasem niekontrolowanych emocji.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Co to jest struktura Ja i jakie są jej podstawowe składniki?
2. Czym różni się tożsamość osobista od społecznej?
3. Jakie są twierdzenia teorii tożsamości społecznej?
4. Czym jest racjonalność w teorii decyzji?
5. Dlaczego ważne jest rozróżnienie pomiędzy konsekwencjami a subiektywną wartością konsekwencji działań?
6. Jaką strukturę interesów ma dylemat podatnika: płacić czy nie płacić podatków?
7. Kiedy rozmowa, dyskusja może sprzyjać współpracy, a kiedy nie?
8. Jakie czynniki sprawiają, że ten sam konflikt może być różnie rozumiany przez jego bohaterów?

LITERATURA ZALECANA

Boski, P., Jarymowicz, M., Malewska-Peyre, H. (1992). *Tożsamość a odmienność kulturowa.* Warszawa: Wydawnictwo IP PAN.

Grzelak, J. Ł. (1987). Homo economicus: Konflikt interesów w tradycji teorii gier. *Studia Psychologiczne, 25,* 29–49.

Grzelak, J. Ł. (1988). Homo economicus uspołeczniony? Motywacyjne i poznawcze uwarunkowania działania w interesie społecznym. *Studia Psychologiczne, 26,* 5–30.

Kamińska-Feldman, M. (1988). Deindywiduacja: źródła i konsekwencje. W: M. Jarymowicz (red.), *Studia nad spostrzeganiem relacji Ja – Inni: tożsamość, indywiduacja, przynależność* (s. 83–101). Wrocław: Ossolineum.

Kwiatkowska, A. (1999). *Tożsamość a społeczne kategoryzacje.* Warszawa: Wydawnictwo IP PAN.

Lewicka, M. (1993). *Aktor czy obserwator: Psychologiczne mechanizmy odchyleń od racjonalności w myśleniu potocznym.* Warszawa: Pracownia Wydawnicza PTP.

Majcher, G. (1987). Współzależność a kontrola. W: J. Ł. Grzelak (red.), *Problemy współzależności społecznej* (s. 7–55). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Tyszka, T. (1986). *Analiza decyzyjna a psychologia decyzji.* Warszawa: PWN.

45

Relacje interpersonalne

Bogdan Wojciszke

Najprostszy podział relacji interpersonalnych to rozróżnienie stosunków pozytywnych, korzystnych (jak pomaganie innym i wzajemna atrakcyjność) oraz negatywnych, niekorzystnych dla jednej lub dla obu stron (jak agresja). Psychologia znacznie wcześniej zainteresowała się relacjami negatywnymi niż pozytywnymi – pierwsze precyzyjne teorie agresji powstały już w latach trzydziestych XX wieku, podczas gdy pierwsze teorie wyjaśniające zachowania pomocne pojawiły się dopiero trzydzieści lat później. Jest to przejaw ogólniejszej tendencji nauk społecznych do większej koncentracji na zjawiskach szkodliwych czy niepożądanych niż na mniej dolegliwych zjawiskach pożądanych.

45.1

Agresja

Historia ludzkości to historia przemocy. W ciągu 5600 lat udokumentowanych dziejów miało miejsce ponad 14 600 wojen, co oznacza 2,6 wojny przypadającej na jeden rok (Montagu, 1976). Z agresją spotyka się osobiście prawie każdy z nas. Od 10 do 20% kobiet zostaje przynajmniej raz w życiu zgwałconych (Koss i Harvey, 1991), a poziom agresywnych przestępstw, takich jak rozboje i zabójstwa, znacznie wzrósł w Polsce w ciągu ostatniej dekady, jak ilustruje tabela 45.1.

Nie każda przemoc i nie każde zachowanie wywołujące cierpienie ofiary jest agresją. Najczęściej przyjmowana **definicja agresji określa ją jako zachowanie ukierunkowane na zadanie cierpienia innemu człowiekowi, który jest motywowany do uniknięcia tego cierpienia.** Jeżeli cierpienie ofiary jest głównym bądź jedynym celem sprawcy, mamy do czynienia z **agresją wrogą** (gniewną). Jeżeli cierpienie to służy sprawcy jedynie jako instrument do osiągnięcia innego celu (jak w wypadku rabunku czy wymuszenia), mamy do czynienia z **agresją instrumentalną**. Tak więc, na przykład, zabiegi dentysty nie są agresją („ofiara" godzi się na cierpienie), a do uznania poczynań sprawcy za agresję nie jest konieczne ani faktyczne cierpienie ofiary (na przykład jeżeli agresja okazała się nieskuteczna), ani świadoma intencja wyrządzenia krzywdy (ponieważ nie wszystkie swoje rzeczywiste cele człowiek sobie uświadamia).

TABELA 45.1

Liczba wybranych przestępstw agresywnych w Polsce przed zmianą systemową i po niej

WYBRANE PRZESTĘPSTWA	ROK 1989	1996	1997
Zabójstwa	556	1134	1093
Rozboje	9067	26257	30063
Gwałty	1660	1985	2260

Uwaga. Według danych Komendy Głównej Policji.

45.1.1 Teorie agresji

Pierwsza spośród trzech głównych teorii agresji, **teoria instynktu,** widzi ją jako zachowanie wrodzone, zdeterminowane biologiczną koniecznością wyładowania agresywnej energii, mało podatne na wpływy zewnętrzne i proces uczenia. **Teoria uczenia** zajmuje wręcz przeciwne stanowisko, zakładając, że agresja jest nabytym w trakcie życia jednostki rezultatem uczenia. **Teoria popędu** zajmuje tu stanowisko pośrednie, zakładając, że agresja stanowi wprawdzie rozładowanie popędu, jednak sam ów popęd jest rezultatem oddziaływania czynników sytuacyjnych, a sposób jego rozładowania uzależniony jest od procesów uczenia.

45.1.1.1 Agresja jako instynkt

Za głównych twórców teorii agresji jako instynktu uważani są Sigmund Freud oraz Konrad Lorenz, współtwórca etologii, nauki o zachowaniu zwierząt (por. rozdz. 6.). Freud uważał, że obok erotycznego instynktu życia (*Eros*) ludzi cechuje także instynkt śmierci (*Thanatos*), którego istotą jest dążenie do samozniszczenia i powrót (ludzkiego) organizmu do postaci nieorganicznej. Aby jednostka uniknęła autodestrukcji, ów instynkt zniszczenia musi być stale rozładowywany przez kierowanie agresji na inne niż własna osoba obiekty. Podstawowa teza Freuda, że agresja jest w istocie przetworzonym instynktem samozniszczenia, nie została nigdy szerzej zaakceptowana, a wieloletnie badania nad autodestrukcyjnymi zachowaniami człowieka wykazały, że są one niezwykle rzadkie poza przypadkami patologii. Wiele pojęć zwyczajowo przypisywanych Freudowi (jak *katharsis* czy przeniesienie agresji) było przezeń używanych w metaforyczny i niejasny sposób i dopiero inni badacze nadali im powszechnie dziś przyjęte znaczenie.

W przeciwieństwie do Freuda, wypowiedziom Lorenza (1965, 1996) nie sposób odmówić jednoznaczności: agresja jest wrodzonym wzorcem zachowania, który zostaje automatycznie wzbudzony pojawieniem się w otoczeniu odpowiednich „wyzwalaczy" bądź zahamowany pojawieniem się odpowiednich „inhibitorów". Organizm nie musi uczyć się znaczenia ani jednych, ani drugich, gdyż zdolność do stosownego reagowania na te bodźce jest wrodzona. Co więcej, agresja ma charakter spontaniczny, to znaczy może się pojawiać bez jakichkolwiek powodów zewnętrznych. Wyjaśnia to **hydrauliczna koncepcja agresji**, zakładająca, że energia agresywna jest samoistnie, stale wytwarzana i gromadzona wewnątrz organizmu, na podobieństwo wody stale napływającej pod ciśnieniem do zbiornika. Stały napływ tej energii powoduje konieczność jej okresowego rozładowywania poprzez agresywne zachowanie, co następuje wskutek pojawienia się typowych bodźców spustowych – wyzwalaczy agresji. Rozładowanie takie jest przy tym nagradzające (przynosi ulgę) i także z tego powodu poszukiwane. Im dłużej agresja pozostaje nierozładowana (i wciąż napływa do „zbiornika"), tym słabsze wyzwalacze wystarczają do jej spustu. Duże nagromadzenie energii prowadzi do jej rozładowania pod nieobecność wyzwalaczy typowych, a nawet jakichkolwiek (jest to tak zwana spontaniczna eksplozja agresywna). Tak więc agresja jest

nieuchronna zarówno u zwierząt, jak i u ludzi, a jedyny sposób, w jaki ci ostatni mogą sobie z nią poradzić, to rozładowywanie agresywnego instynktu przez częste, a mało szkodliwe akty agresji i inne podobne działania.

Lorenz opierał swoje twierdzenia z jednej strony na argumentach o adaptacyjnych korzyściach agresji wewnątrzgatunkowej (na przykład walki między samcami o partnerkę podwyższają szansę, że zapłodni ją najsilniejszy i rozpropaguje swoje lepsze geny w przyszłych pokoleniach), z drugiej zaś – na obserwacjach ptaków, gadów i ryb. U wielu gatunków tych zwierząt występują niezmienne sekwencje zachowań agresywnych, niewymagające uczenia się. Pojawiają się one nawet u takich dorosłych osobników, które od urodzenia wychowywane były w izolacji od potencjalnych wzorców agresji. U niższych kręgowców wykryto wiele bodźców funkcjonujących jako automatyczne wyzwalacze agresji – na przykład samce wielu gatunków automatycznie atakują dowolnego osobnika, a nawet obiekt z grubsza go przypominający, jeżeli tylko ma on pewien charakterystyczny dla danego gatunku szczegół identyfikujący rywala (taki jak kolor gardła u niektórych jaszczurek czy kępki piór na piersi u ptaków).

Choć u ludzi śmiertelna w skutkach agresja jest obserwowana często, u większości zwierząt agresja wewnątrzgatunkowa rzadko prowadzi do śmierci ofiary. Teorie instynktu wyjaśniają to dwojako. Po pierwsze, obok wyzwalaczy agresji istnieją też i jej „inhibitory", bodźce automatycznie hamujące agresję. Przemawiającym do wyobraźni przykładem podawanym przez Lorenza jest pochylanie głowy przez pokonanego wilka i odsłanianie zwycięskiemu rywalowi własnej tętnicy szyjnej na znak podporządkowania, co powstrzymuje zwycięzcę od mordu. Problem z ludzką agresją polega na tym, że ewolucja nie wbudowała w nas takich automatycznych inhibitorów (nie były one potrzebne, ponieważ człowiek nie jest biologicznie wyposażony w narzędzia mordu, takie jak pazury czy kły), „nie przewidziała" bowiem możliwości używania do morderczych celów narzędzi wyprodukowanych przez samego człowieka. Po drugie, w trakcie ewolucji pierwotny instynkt agresji został – jako zbyt niebezpieczny – zastąpiony agresją zrytualizowaną. **Agresja zrytualizowana** nie prowadzi do fatalnych konsekwencji, gdyż jest to wrodzony wzorzec zachowań, pozwalający rozstrzygnąć konflikty o terytorium czy samice w sposób, który nie prowadzi do poważnej szkody lub śmierci strony przegranej. Obserwacje agresji zrytualizowanej są szczególnie przekonujące u takich gatunków, które wyposażone są w skuteczne narzędzia mordu. Na przykład grzechotniki, zamiast zabijać przeciwnika jadem, angażują się w wymyślne tury zapasów rozstrzygających, kto jest lepszy.

Prace etologów, a w szczególności samego Lorenza, pisane są językiem pięknym i barwnym, co zadecydowało o ich ogromnej popularności i sile przekonywania. Nie zmienia to jednak faktu, że proponowana w nich wizja agresji ludzkiej, a także wizja przyczyn agresji zarówno u ludzi, jak i u zwierząt jest z gruntu fałszywa.

Po pierwsze, bardzo wątpliwa jest teza, jakoby wzorce zachowania agresywnego były u wszystkich zwierząt wrodzone i mało podatne na wpływy doświadczenia. Choć takie wzorce powszechnie obserwuje się u niższych kręgowców, to u bardziej zaawansowanych ewolucyjnie zwierząt typowe dla danego gatunku zachowanie agresywne może się w ogóle nie pojawiać. Dotyczy to nawet tak przysłowiowego przykładu wrodzonej agresji, jak zabijanie szczurów przez koty. Jeżeli małe kotki wychowywane są w warunkach pozwalających na obserwację matki zabijającej szczury, 87% z nich staje się w dorosłym życiu zabójcami szczurów. Jeśli jednak są wychowywane w całkowitej izolacji od szczurów, tylko 45% spontanicznie zabija szczury w dorosłym życiu, a odsetek ten spada do 17%, jeżeli kotki rosną przy stałej obecności szczurów, nie obserwując jednak nigdy ich zabijania (Kuo, 1938). Wcale nie jest zatem jasne, które z tych zachowań – zabijanie szczurów czy pozostawanie z nimi w dobrej komitywie – to zachowanie wrodzone. W każdym razie koty

można wychować w taki sposób, że w dorosłym życiu boją się myszy czy ptaków bądź chętnie przebywają w ich towarzystwie, nie czyniąc im szkody. Natężenie agresji przejawianej przez ssaki jest więc bardzo silnie modyfikowane indywidualnym doświadczeniem osobnika. Skłoniło to Kuo (1967) do postulowania, że im bardziej zaawansowany gatunek, tym bardziej czynniki genetyczne decydują jedynie o behawioralnym potencjale, możliwym zakresie zachowań osobnika, nie zaś o konkretnej postaci, jaką zachowania te przybiorą. O konkretnej postaci tych zachowań decyduje natomiast środowisko i jego oddziaływania. Im wyższy szczebel w drabinie ewolucyjnej, tym słabiej zachowanie osobnika uzależnione jest od czynników filogenetycznych (wrodzonych, uniwersalnych dla gatunku), a tym silniej – od czynników ontogenetycznych (nabytych, indywidualnych).

Po drugie, wbrew tezie o koniecznym i nagradzającym charakterze agresji, nie ma dowodów na to, by zwierzęta generalnie dążyły do agresji. Przeciwnie, duża liczba obserwacji wskazuje, że agresja ma charakter unikanego stresu i stanowi raczej ostateczność, do której dochodzi, jeżeli zawiodą rytualne próby odstraszania przeciwnika i jeżeli kontaktowi zwierząt towarzyszy ujemna stymulacja, przede wszystkim ból (Scott, 1969).

Po trzecie, brak dowodów na to, jakoby u wyższych zwierząt agresywna energia była spontanicznie wytwarzana i składowana w organizmie, a jej kumulacja prowadziła do agresji pod nieobecność jakiejkolwiek prowokacji. Dowody pochodzą tu głównie z badań nad wyjątkowo zresztą agresywnym gatunkiem ryb *Cichlidae* (Rasa, 1969). Jednak od ryb do ludzi droga (ewolucyjna) daleka, toteż wyciąganie wniosków na temat zachowania ludzi na podstawie obserwacji niższych zwierząt ma niewiele sensu. Choć prace etologów pełne są anegdot o wypiętych klatkach piersiowych i wywatowanych ramionach przypominających „podobne" agresywne zachowania ptaków (Eibl-Eibesfeldt, 1997; Morris, 1974), podczas ostatniego półwiecza badań nie znaleziono ani jednego automatycznego wyzwalacza agresji u ludzi, małp naczelnych, a nawet u psów. A jeżeli rozważania etologiczne miałyby mieć jakikolwiek sens, sygnał taki powinien być łatwo zauważalny. W odniesieniu do ludzi nie ma też żadnych danych dowodzących kumulacji popędu agresywnego, ani też czasowego zanikania agresji pod wpływem uprzedniego jej rozładowania. Przeciwnie, agresja prowadzi zwykle do dalszej agresji, nie do jej spadku, o czym mowa dalej.

W sumie nic nie potwierdza instynktownego charakteru ludzkiej agresji, a ponadto idea ta jest głęboko sprzeczna z ogromną liczbą danych wskazujących na plastyczność ludzkiego zachowania i na jego decydujące uzależnienie od procesów uczenia. Wielka popularność tej idei w potocznej i filozoficznej refleksji nad naturą człowieka zapewne ma swoje źródło w przekonaniu, że pozwala ona wyjaśnić uniwersalność agresji – uporczywość wojen, przemocy i przestępczości. W rzeczywistości jednak różne społeczeństwa mocno się różnią poziomem agresji (niektóre kultury są jej prawie całkowicie pozbawione, na przykład Arapeszowie z Nowej Gwinei czy Pigmeje z Kongo – Gorer, 1968). Z kolei powszechność jakiegoś zachowania wcale nie dowodzi jego wrodzonego charakteru – wszak prawie wszyscy ludzie oddają się oglądaniu telewizji, jeżeli tylko mają dostęp do stosownego wyzwalacza (telewizora), choć nikomu nie przychodzi do głowy, by uważać to za zachowanie instynktowne. Rzeczywistym powodem powszechności agresji wydaje się jej skuteczność jako uniwersalnego sposobu na pozyskiwanie różnych dóbr, o czym mowa nieco dalej.

45.1.1.2 Agresja jako popęd

Najbardziej znane ujęcie agresji jako popędu to **teoria frustracji – agresji**, sformułowana przez grupę badaczy z Uniwersytetu Yale (Dollard, Doob, Miller, Mowrer i Sears, 1939). Teoria ta głosiła, że wszelka agresja jest wynikiem frustracji, a wszelka frustracja rodzi skłonność do agresji. **Frustracja to zablokowanie skierowanej na cel aktywności organizmu, bądź też stan wynikający z napotkania takiej przeszkody.** Wzbudzana frustracją tendencja do agresji jest tym większa:

(1) im większa jest wartość zablokowanego celu,
(2) im bardziej osiągnięcie tego celu jest przez daną frustrację uniemożliwione,
(3) im większa liczba działań zostaje zablokowana.

Pobudzenia wywoływane różnymi frustracjami mogą się kumulować w organizmie, wskutek czego: „Niewielkie frustracje dodają się do siebie, wytwarzając agresywną reakcję o większej sile, niż można by normalnie oczekiwać na podstawie frustrującej sytuacji bezpośrednio poprzedzającej tę agresję" (Dollard i in., 1939, s. 31).

Wywołane frustracją pobudzenie zawsze prowadzi do agresji, choć nie zawsze jest ona ujawniana i kierowana na czynnik wywołujący frustrację, ponieważ wyrażanie agresji hamuje strach przed karą. Jeżeli strach ten jest wystarczająco duży, następuje albo przemieszczenie, albo zmiana postaci agresji. **Przemieszczenie agresji polega na jej skierowaniu na inny obiekt zagrożony słabszą karą** – na przykład sfrustrowany przez szefa mąż kieruje swoją wrogość nie na niego, lecz na żonę. **Zmiana postaci agresji polega na jej zastąpieniu inną reakcją agresywną, słabiej zagrożoną karą** – zamiast otwarcie atakować żonę, mąż opowiada złośliwe dowcipy o blondynkach. Klasycznym przypadkiem przemieszczenia i zmiany postaci agresji, wykrytym przez badaczy z Yale, jest silny związek pomiędzy częstością linczów dokonywanych na Murzynach przez białych farmerów z amerykańskiego Południa a ceną bawełny, z której farmerzy ci żyli. Im niższa cena bawełny, tym więcej było linczów w skali rocznej (korelacja $r = -0{,}67$; Hovland i Sears, 1940). Lęk przed karą hamuje samo wyrażanie agresji, ale nie pobudzenie do jej wyrażania. Przeciwnie, kara nasila pobudzenie, ponieważ działa ona jako dodatkowa frustracja. Czynnikiem rozładowującym samo pobudzenie jest natomiast tylko zachowanie agresywne. Ten katartyczny (oczyszczający) efekt agresji jest większy w wypadku agresji bezpośredniej niż przemieszczonej bądź zastąpionej inną reakcją.

Teoria frustracji – agresji była pierwszą jasno wyrażoną psychologiczną koncepcją agresji i zyskała sobie ogromną popularność, wchodząc na trwałe do myślenia zarówno psychologicznego, jak i potocznego. Jednak zdaje się to wynikać raczej z jej prostoty i poręczności (dostarcza ona łatwej wymówki przed odpowiedzialnością za agresję: „To nie moja wina, byłem sfrustrowany") niż z prawdziwości. Ogromna liczba badań zainspirowanych tą teorią szybko pokazała liczne ograniczenia ogólności jej twierdzeń.

Następstwem frustracji jest nie tylko agresja, ale przede wszystkim nasilenie zachowań ukierunkowanych na usunięcie przeszkody, a także **regresja** (pod wpływem frustracji zachowanie dzieci ulega prymitywizacji i upodabnia się do zachowania dzieci młodszych), **fiksacja** (uporczywe powtarzanie jakiejś reakcji niemającej instrumentalnego znaczenia), apatia i wycofanie się, redukcja samego napięcia bez prób zmiany jego źródła (alkohol, narkotyki), a nawet zaburzenia psychosomatyczne (czego dowodzą liczne badania podsumowane przez Bandurę, 1969). Powstaje tu oczywiście pytanie, co decyduje o tym, że frustracja prowadzi do agresji, a nie do jakichś innych następstw.

Odpowiedź najprostsza jest taka, że nie każda frustracja prowadzi do agresji, lecz tylko niektóre jej rodzaje. Wiele badań przekonuje, że frustracja nasila agresję szczególnie bądź wyłącznie wtedy, kiedy jest ona arbitralna, to jest zamierzona przez sprawcę, choć niczym nieuzasadniona. Fakt, że tylko niektóre frustracje wywołują agresję, wymaga jednak znacznego przeformułowania pierwotnej teorii, ponieważ dowodzi, iż sama frustracja nie wystarcza do wzbudzenia agresji. Muszą jej towarzyszyć jakieś dodatkowe czynniki, których oryginalna teoria nie uwzględniała.

Leonard Berkowitz (1965, s. 308) postulował, że takim dodatkowym czynnikiem są **sygnały wywoławcze agresji, czyli „bodźce skojarzone z czynnikami wzbudzającymi gniew aktualnie lub w przeszłości".** W myśl tej koncepcji do pojawienia się agresji konieczne jest zarówno pobudzenie wywołane frustracją, jak i obecność sygnałów wywoławczych agresji. Im silniejsze pobudzenie, tym słabsze sygnały wystarczają do wystąpienia agresji, a im pobudzenie słabsze, tym silniejsze muszą być te sygnały. Frustracja powoduje jedynie gotowość do agresji, która zamienia się w czyn pod warunkiem obecności odpowiednich sygnałów wywoławczych.

Głównym problemem tej koncepcji jest niejasność pojęcia sygnału wywoławczego. Jeśli przytoczoną definicję potraktować dosłownie, to niemal każdy bodziec jest takim sygnałem (ponieważ ma „jakiś związek z agresją"), a w każdej sytuacji naturalnej powinno znajdować się wiele takich bodźców. Konieczne jest więc ograniczenie pojęcia „sygnał wywoławczy" jedynie do bodźców silnie skojarzonych z agresją, takich jak widok broni. W jednym z eksperymentów Berkowitza badani rozgniewani bądź nierozgniewani na inną osobę zadawali jej szoki elektryczne, podczas gdy obok aparatu do zadawania szoków leżał pistolet i rewolwer albo rakiety tenisowe. Rozgniewani badani zadawali silniejsze szoki w obecności broni niż pod jej nieobecność. Ten „efekt broni" skłonił Berkowitza (1968, s. 22) do dramatycznej sugestii, że „pistolety nie tylko przemoc umożliwiają, ale mogą ją i stymulować. Cyngiel jest pociągany przez palec, ale i palec może zostać pociągnięty przez cyngiel". Eksperyment ten spotkał się z poważną krytyką metodologiczną (trudno jest sensownie uzasadnić pojawienie się broni w trakcie badania psychologicznego), a w wielu późniejszych badaniach nie udało się powtórzyć jego wyników. Przegląd 31 badań nad efektem broni wykazał, że większość spośród nich jednak ujawnia ten efekt, natomiast nie udaje się go uzyskać wtedy, kiedy badani zdają sobie sprawę z tego, że przedmiotem eksperymentu jest agresja i jej zależność od obecności broni (Carlson, Marcus-Newhall i Miller, 1990).

Innym sposobem sprecyzowania niejasnego pojęcia „sygnał wywoławczy" jest eksperymentalne wytworzenie skojarzenia między jakimś bodźcem i agresją czy gniewem, a następnie sprawdzenie, czy pojawianie się tego bodźca nasila agresję. Takie podejście zrealizował Adam Frączek (1974), który najpierw uwarunkował badanych na kolor zielony (po zapaleniu się zielonej lampki otrzymywali oni szoki elektryczne), a następnie prosił ich o wystąpienie w roli nauczycieli, którzy za pomocą kar (szoków elektrycznych) mieli doprowadzić innych ludzi do wyuczenia się pewnego zadania. Badani, dla których zieleń stanowiła sygnał wywoławczy agresji, zadawali więcej szoków, kiedy pracowali na zielonym aparacie, niż badani pracujący na aparacie innego koloru (bądź badani, których w ogóle nie wyuczano negatywnego znaczenia zieleni).

Ważne jest to, iż badani Frączka w ogóle nie byli sfrustrowani czy zagniewani, co sugeruje, że sygnały wywoławcze nasilają agresję także pod nieobecność pobudzenia (frustracji). Efekt broni również uzyskiwany jest pod nieobecność pobudzenia, a wiele badań wykazało też występowanie agresji pod nieobecność wywołujących ją sygnałów. W sumie zarówno frustracja, jak i sygnały wywoławcze nasilają agresję, choć żaden z tych czynników nie jest konieczny do jej wystąpienia.

Skoro frustracja nie jest konieczna do wystąpienia agresji, to co jest konieczne? Berkowitz (1989) twierdzi, że konieczne jest jedynie negatywne pobudzenie emocjonalne interpretowane przez jednostkę jako gniew, a seria badań przeprowadzonych przez tego autora pokazała, że na przykład trzymanie ręki w lodowatej wodzie także nasila agresję, choć stan taki nie jest frustracją. Również omawiane dalej wyniki badań przekonują, że pobudzenie emocjonalne jest jednym z najsilniejszych wyznaczników agresji (wrogiej, choć niekoniecznie instrumentalnej, która jest możliwa także bez pobudzenia emocjonalnego).

Teoria frustracji – agresji wystartowała od twierdzenia, że frustracja stanowi konieczny i wystarczający warunek agresji. W rzeczywistości frustracja nie jest ani konieczna do wystąpienia agresji, ani sama w sobie do tego nie wystarcza. Nie znaczy to, że między frustracją i agresją nie ma związku. Często faktycznie współwystępują one ze sobą, ale jeżeli już tak jest, to nie z powodów pierwotnie zakładanych przez badaczy z Yale. Frustracja nie wzbudza specyficznie agresywnego popędu, nieuchronnie prowadzącego do agresji bezpośredniej lub przemieszczonej, a sama agresja nie jest skutkiem popędu. Frustracja jedynie prowadzi do wzrostu pobudzenia emocjonalnego, które może wywodzić się także z wielu innych źródeł. W zależności od sposobu rozumienia przez jednostkę aktualnej sytuacji pobudzenie to może prowadzić do agresji bądź nasilać inne zachowania, lub też nie mieć żadnych konsekwencji.

45.1.1.3 Agresja jako rezultat uczenia

Dotychczasowy przegląd teorii agresji był w istocie przeglądem koncepcji, które okazały się nieprawdziwe (a ponieważ wielu nadal w nie wierzy, poświęciliśmy im tu tyle miejsca). Teorią, która nie podzieliła tego losu, jest koncepcja zakładająca, że agresja jest wynikiem uczenia się za pośrednictwem procesów warunkowania instrumentalnego i modelowania.

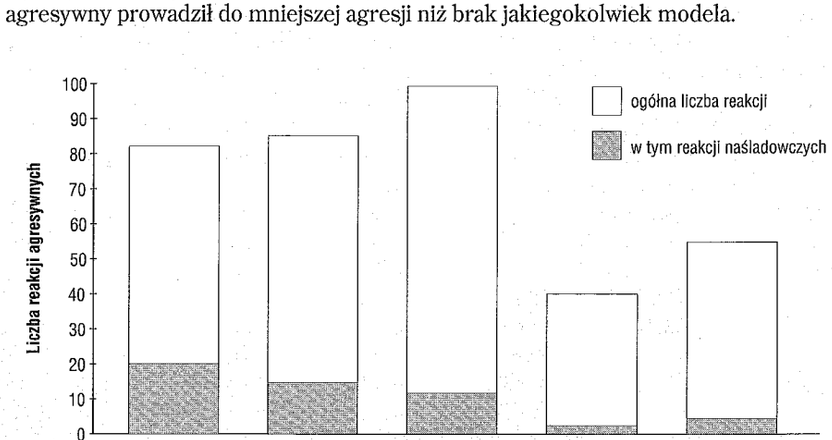
Warunkowanie instrumentalne jest procesem, za którego pomocą organizm uczy się znaczenia pierwotnie obojętnej reakcji, a więc tego, że jest ona instrumentem osiągania pożądanych stanów rzeczy. Kiedy po jakimś zachowaniu następuje nagroda, szansa jego pojawienia się w przyszłości rośnie (por. rozdz. 17.). Jeżeli więc agresja prowadzi do uzyskania jakiejś nagrody, winna się ona utrwalać i narastać u danej jednostki. Pozostaje rozstrzygnąć, co może być taką nagrodą. Niektórzy autorzy twierdzili, że agresja jest samoistnie nagradzająca, że działanie agresywne i obserwacja jego skutków same w sobie stanowią nagrodę. Przewidywanie takie wynika zarówno z teorii instynktu, jak i frustracji – agresji (nagradzająca jest redukcja napięcia wywoływana agresją). Jednak badania nie potwierdzają tego rodzaju sadystycznych skłonności u ludzi. W rzeczywistości wzrost cierpienia ofiary silnie hamuje agresję ludzi słabo do niej pobudzonych, co niekiedy zanika u ludzi sprowokowanych silnie, ale i oni nie wzmagają agresji pod wpływem wzrostu cierpienia ofiary. Choć obserwowanie umiarkowanych objawów cierpienia osoby denerwującej może być przyjemne, nie ma dowodów na to, że przyjemność ta funkcjonuje jako nagroda, natomiast obserwacja cierpienia osoby neutralnej jest nieprzyjemna (Zillmann, 1979).

Ogromna ilość danych przekonuje, że w istocie agresję nasila każda nagroda, zarówno zewnętrzna (pieniądze, zwycięstwo w rywalizacji, uznanie innych), jak i wewnętrzna, w rodzaju wzrostu samooceny czy poczucia kontroli nad biegiem wydarzeń (Bandura, 1973). Dotyczy to nie tylko agresji instrumentalnej, ale też wrogiej (nagrody nasilają nawet takie formy agresji, które nie są instrumentem uzyskiwania innych nagród) i wcale nie wymaga frustracji. Obie te kwestie dobrze ilustruje eksperyment, w którym grupę chłopców poddano „treningowi agresji" (Walters i Brown, 1963). Atakowali oni klowna-zabawkę i albo otrzymywali nagrodę za każdy wymierzony cios, albo za jedynie co szósty cios, albo wcale nie byli nagradzani. Inna grupa chłopców w ogóle nie miała możliwości wymierzania ciosów. Następnie część chłopców z każdej grupy albo poddano dotkliwej frustracji (przerwano projekcję interesującego filmu i odebrano słodycze), albo pozwolono im na udział w przyjemnej zabawie. Badacze obserwowali liczbę reakcji agresywnych pojawiających się następnie u chłopców podczas swobodnej zabawy. Najbardziej agresywni okazali się chłopcy nieregularnie nagradzani za ciosy – zgodnie z ogólną prawidłowością, że nagrody nieregularne są bardziej skuteczne od regularnych (por. rozdz. 17.). Natomiast chłopcy nagradzani regularnie nie byli bardziej agresywni od tych, któ-

RAMKA 45.1

Klarowną ilustracją ogromnej roli uczenia się za pośrednictwem obserwacji są klasyczne badania Alberta Bandury nad modelowaniem reakcji agresywnych u dzieci. Różne grupy przedszkolaków (wyrównane pod względem początkowej agresywności) zostały przydzielone do trzech warunków eksperymentalnych i dwóch kontrolnych. W warunkach „modela na żywo" dzieci obserwowały dorosłą osobę wykonującą szereg agresywnych działań skierowanych na dużą, nadmuchiwaną lalkę plastikową (uderzała ona lalkę w nos, waliła ją młotkiem, wydawała wrogie okrzyki itp.). W warunkach filmowej agresji realistycznej dzieci oglądały to samo, tyle że na ekranie filmowym. W warunkach agresji nierealistycznej dzieci oglądały te akty przemocy w konwencji filmu rysunkowego (na ekranie telewizyjnym, a dorosła osoba była przebrana za kota). Czwarta grupa dzieci obserwowała dorosłą osobę zachowującą się w nieagresywny sposób, piąta grupa zaś w ogóle nie miała okazji obserwowania osoby modelowej. Następnie każde dziecko poddano frustracji (pokazano atrakcyjne zabawki, ale nie pozwolono się nimi bawić) i przez 20 minut obserwowano przez jednostronne lustro jego zabawę.

Jak pokazuje rycina 45-1, obserwacja wszystkich trzech modeli prowadziła do nowych form zachowania – wystąpienia takich reakcji agresywnych, które przejawiał model, a które prawie wcale nie pojawiały się spontanicznie w grupach kontrolnych. Model nierealistyczny okazał się przy tym mniej skuteczny od modelu na żywo. Ponadto obserwowanie agresywnych modeli podwyższało liczbę reakcji agresywnych, nie tylko naśladowanych, ale i takich, które już znajdowały się w repertuarze zachowań dziecka. Model nierealistyczny okazał się tu równie skuteczny, jak dwa modele realistyczne. Wreszcie model nieagresywny prowadził do mniejszej agresji niż brak jakiegokolwiek modela.



Ogólna liczba reakcji agresywnych (całe słupki) i reakcji naśladowczych (zacienione części słupków) ujawnionych przez dzieci z grup poddanych uprzedniemu oddziaływaniu różnych modeli

Adaptacja według danych podsumowanych przez Bandurę (1973).

RYCINA 45-1

rych w ogóle nie nagradzano bądź którzy w ogóle nie mieli okazji do uprzedniej agresji. Frustracja nie wywierała żadnego wpływu na agresję w tym badaniu, a inne badania wykazały, że nasila ona agresję jedynie tych osób, które już uprzednio wyuczyły się reagowania agresywnego.

Podobnie jak to się dzieje z wszelkimi zachowaniami, **ludzie uczą się agresji nie tylko na podstawie własnych doświadczeń, ale i obserwując zachowanie innych oraz skutki, do jakich ono prowadzi, co nosi nazwę modelowania,** które w odniesieniu do agresji może mieć trojakiego rodzaju następstwa (Bandura, 1973). Po pierwsze, obserwując innych, człowiek może wyuczać się nowych, dotąd sobie nieznanych wzorców agresywnego zachowania (na przykład z filmów możemy się dowiedzieć, jak skutecznie upokorzyć innego człowieka). Po drugie, obserwowanie skutków cudzej agresji może nasilić bądź osłabić zahamowania tych zachowań agresywnych, których obserwator już uprzednio się wyuczył. Po trzecie wreszcie, cudze zachowanie może ułatwiać wykonywanie podobnych reakcji przez obserwatora, wzbudzając w nim podobne jak u „modela" emocje i motywy.

Podatność na oddziaływania modeli zależy przede wszystkim od obserwowanych konsekwencji ich zachowań. Jeżeli agresywne zachowanie modela jest nagradzane (bądź jedynie pozostaje nieukarane), to następuje wzrost agresji we własnym zachowaniu obserwatora. Jeżeli agresja modela zostaje ukarana, poziom agresji u obserwatora spada. Doświadczenia modela oddziałują jako zastępcze nagrody i kary, wywierając taki sam wpływ, jak nagrody i kary bezpośrednio doświadczane przez jednostkę. Odpowiedzialne są za to dwa mechanizmy (Bandura, 1973).

Po pierwsze, skutki cudzych działań agresywnych wpływają na oczekiwania obserwatora co do instrumentalnej wartości tych działań, a więc na przekonania, że spotkają się one z nagrodą lub z karą. Oczekiwania te kształtują z kolei własne działania obserwatora. Ludzka agresja pozostaje jednak bardziej pod kontrolą poznawczą niż pod kontrolą samych kar i nagród. Oznacza to, że jeśli nasze przekonania o skutkach działań agresywnych różnią się od kar i nagród faktycznie po nich następujących, to podporządkowujemy swoje działania raczej tym przekonaniom niż faktycznym związkom działań z następującymi po nich karami i nagrodami.

Po drugie, emocjonalne doświadczenia modela wywołują podobne emocje w samym obserwatorze, dzięki czemu występuje u niego proces zastępczego warunkowania instrumentalnego – na przykład wywołany przez karę strach modela udziela się obserwatorowi, co prowadzi do zaniku karanych reakcji także u obserwatora. Ten mechanizm jest prawdopodobnie ograniczony jedynie do takich modeli, z którymi obserwator może się zidentyfikować. Jeżeli bowiem obserwator obdarza modela emocjami negatywnymi, emocje modela nie prowadzą do przeżywania tych samych emocji u obserwatora (Zillmann i Cantor, 1977). Tłumaczy to, dlaczego działania osób o wysokim statusie społecznym i podobnych do obserwatora silniej są naśladowane niż działania osób o statusie niskim lub niepodobnych. Jednak skutki działań modela są znacznie ważniejsze od jego właściwości, a więc bardziej się liczą korzyści pozyskane przez modela dzięki agresji niż to, że model jest lubiany przez obserwatora.

Podsumowując, duża liczba danych dowodzi, że zachowania agresywne są nabywane, wywoływane, podtrzymywane i wygaszane stosownie do naszych przekonań o karach i nagrodach, z jakimi zachowania te się spotykają. Owe przekonania zaś wywodzą się nie tylko z naszych doświadczeń, ale i z obserwacji doświadczeń cudzych.

45.1.2
Wyznaczniki agresji

Ogromna liczba badań nad agresją pozwoliła wykryć wiele czynników nasilających bądź osłabiających agresję. Pozwoliła też stwier-

dzić, co takim wyznacznikiem nie jest. Zacznijmy od tej drugiej kwestii.

45.1.2.1 Czynniki genetyczne

Sporo zamieszania wywołał w swoim czasie związek chromosomowej anomalii XYY z przestępczością (normalni mężczyźni mają parę XY, kobiety – parę XX; Y uważany jest za chromosom determinujący męskość). Podczas gdy ogólna częstość tej anomalii wynosi u mężczyzn od 0,1 do 0,2%, stwierdzono ją aż u 2,9% upośledzonych umysłowo przestępców (Jacobs, Brunton, Melville, Brittain i McClemont, 1965). Dało to asumpt twierdzeniom, jakoby przestępczość, a w szczególności agresywność, miała podłoże genetyczne, mimo że 88% mężczyzn z anomaliami została skazana za kradzieże o nieagresywnym charakterze.

Przegląd kilkunastu badań dotyczących ogółem ponad 5000 więźniów wykazał występowanie tej anomalii u 1,9% więźniów (Jarvik, Klodin i Matsuyama, 1973). Jest to więc ogólnie bardzo niewielki procent, a w dodatku wiele spośród tych badań miało tendencyjny charakter, gdyż dotyczyły one więźniów wysokich i mało inteligentnych. Dodatkowy chromosom Y współwystępuje bowiem z wysokim wzrostem, a także z obniżeniem poziomu inteligencji. Ponieważ obniżona inteligencja przestępcy w oczywisty sposób nasila szanse jego uwięzienia, twierdzić można, że powodem nadwyżki osób z dodatkowym chromosomem Y wśród (uwięzionych) przestępców jest ich mniejsza inteligencja, a nie większa agresywność. Z drugiej strony nawet gdyby mężczyźni z podwójnym chromosomem Y okazali się jednak agresywniejsi od mężczyzn z chromosomem pojedynczym, wyjaśnieniem tego może być również ogólny związek agresywności ze wzrostem sprawcy – agresja dobrze zbudowanych osób jest po prostu skuteczniejsza, a więc ma większe szanse utrwalenia się dzięki swojej instrumentalnej wartości.

Nadreprezentacja osób z dodatkowym chromosomem Y wśród uwięzionych przestępców nie jest więc dowodem na genetyczne zdeterminowanie agresji u człowieka. Wątpliwe są też inne dowody – na przykład dobrze znany fakt, że agresywni ojcowie mają agresywniejszych synów niż ojcowie nieagresywni, może być wywołany raczej dziedziczeniem społecznym (ojcowie modelują i kształtują zachowania swoich synów) niż biologicznym.

Poważniejszym argumentem przemawiającym za genetycznym uwarunkowaniem agresji jest natomiast duża stałość agresywności w trakcie życia (pomimo zmienności warunków sytuacyjnych) oraz wczesne pojawianie się trwałych różnic indywidualnych w poziomie agresywności. Różnice te pojawiają się co najmniej w trzecim roku życia, a stopień ich trwałości jest zbliżony do czasowej stałości ilorazu inteligencji (Olweus, 1979). Metaanaliza kilkudziesięciu badań przekonuje też, że mężczyzn cechuje silniejsza agresywność niż kobiety, szczególnie w sytuacjach prowokacji i gdy agresja prowadzi do fizycznego bólu i cierpienia (Eagly i Steffen, 1986). Różnice te wyjaśnia się zwykle odmiennością wymagań społecznych ról kobiety i mężczyzny. Faktem jednak jest ponadkulturowy charakter tych różnic – w niemalże wszystkich znanych kulturach prowadzących wojny wojowanie uważane jest wyłącznie za domenę mężczyzn.

45.1.2.2 Prowokacja

Najbardziej niezawodnym sposobem wywołania agresji jest prowokacja w formie fizycznego ataku lub słownej obelgi. Prowokacja wywołuje agresję z co najmniej trzech powodów:

(1) wzbudza gniew i cierpienie, motywując sprowokowaną osobę do ich pozbycia się za pośrednictwem agresji (lub ucieczki);
(2) wzbudza pragnienie rewanżu poprzez agresję, zgodnie z zasadą wzajemności;
(3) podważa dobre mniemanie zaatakowanego o sobie i jego reputację, wzbudzając motywację do ich odzyskania.

RAMKA 45.2

Choć prowokacja nasila szansę zwrotnej agresji, zjawisko to nie jest ani nieuchronne, ani powszechne. Sposób reagowania na prowokację jest silnie uwarunkowany kulturowo, na przykład wychowaniem w tak zwanej kulturze honoru, w której nawet drobne utarczki stają się polem walki o prestiż i reputację, gdzie ceni się „zachowanie twarzy" i staje w obronie honoru własnego i rodziny w obliczu najmniejszej zniewagi. Kultura taka sankcjonuje agresję jako właściwą reakcję na zniewagę, a jej elementy można odnaleźć w południowych stanach USA, a zapewne także u polskich górali. Richard Nisbett i David Cohen (1996) poddawali studentów wychowanych w kulturze honoru (pochodzących z południa USA), bądź niewychowanych w takiej kulturze (pochodzących z północy) lekkiej zniewadze (w trakcie przechodzenia wąskim korytarzem badany był uderzany „niechcący" przez nieznajomego, który w dodatku mówił doń: „Jak chodzisz, dupku!"). W serii eksperymentów porównywano poziom wydzielania kortyzolu (hormonu znamionującego przeżywanie stresu) oraz testosteronu (hormonu znamionującego przygotowanie do agresji) przed prowokacją i po niej, a także mierzono wiele innych zmiennych. Jak ilustruje tabela 45.2, prowokacja budziła silniejsze reakcje fizjologiczne u osób wychowanych w kulturze honoru. Osoby te uważały przy tym, że prowokacja zaszkodziła ich męskości w oczach innych (obserwatorów prowokacji), oraz silniej angażowały się w działania odbudowujące nadszarpniętą męskość – bezpośrednio po prowokacji witały się silniejszym uściskiem ręki z nieznajomym. Kiedy zaś korytarzem z naprzeciwka nadchodził atletycznej budowy osiłek (i badani mogli z nim rywalizować o to, kto pierwszy stchórzy i przystanie, jak w grze w kurczaki), osoby z kultury honoru bardziej starały się go zdominować po doznaniu prowokacji i zatrzymywały się dopiero w bardzo bliskiej od niego odległości.

TABELA 45.2

Wychowanie w kulturze honoru a sposób reagowania na obraźliwą prowokację nieznajomego

SPOSÓB REAGOWANIA	BADANI WYCHOWANI W KULTURZE HONORU			
	TAK		NIE	
	Brak prowokacji	Prowokacja	Brak prowokacji	Prowokacja
Wzrost poziomu kortyzolu w ślinie	0,42	0,79	0,39	0,33
Wzrost poziomu testosteronu w ślinie	0,04	0,12	0,04	0,06
Ocena własnej męskości w oczach innych	3,48	3,05	3,47	3,34
Siła uścisku ręki	3,89	4,46	4,13	4,07
Odległość w grze w kurczaki (cm)	274	95	191	149

W adaptacji według: Cohen, Nisbett, Bowdle i Schwarz (1996, s. 960), za zgodą wydawcy; *copyright* American Psychological Association.

Oczywiście dwa ostatnie powody odpowiadania agresją na prowokację pozostają pod silną poznawczą kontrolą sprowokowanej osoby – jej reakcja uwarunkowana jest sposobem rozumienia działań prowokatora, a zatem stwierdzeniem, czy szkoda została wyrządzona oraz czy prowokator jest odpowiedzialny za wyrządzoną szkodę, co z kolei wymaga stwierdzenia, że atak był intencjonalny, a jego konsekwencje przewidywalne z punktu widzenia prowokatora (Rule i Ferguson, 1984). W rezultacie, w zależności od wyznawanych postaw i przekonań, to samo zdarzenie może być przez jednych ludzi rozumiane jako prowokacja usprawiedliwiająca agresję, bądź też jako zdarzenie zgoła niewinne. Na przykład osoby wierzące w sprawiedliwy porządek świata osądzają działania policji pacyfikującej demonstrantów jako mniej agresywne niż osoby niepodzielające wiary w sprawiedliwość świata (Leyens i Frączek, 1984).

Co interesujące, poznawcza kontrola reagowania na prowokację dotyczy nawet emocjonalnego pobudzenia – siła przeżywanych emocji uzależniona jest od sposobu rozumienia prowokującego zdarzenia. Dowodzi tego na przykład badanie, w którym studenci zostali poddani dotkliwym zniewagom przez asystenta badaczy. Nie dość, że postawił badanych przed nierozwiązywalnym zadaniem, to jeszcze oskarżył ich o całkowity brak starań i zjadliwie skomentował poziom ich zdolności (Zillmann i Cantor, 1976). Części badanych przedstawiono jednak uzasadnienie tej zjadliwości (asystent był bardzo zdenerwowany czekającymi go egzaminami) albo jeszcze przed atakiem, albo dopiero po nim, część zaś pozostawiono bez jakiejkolwiek usprawiedliwiającej informacji. U wszystkich badanych mierzono poziom pobudzenia przeżywanego w różnych momentach badania (tempo akcji serca i ciśnienie krwi), a także stwarzano im możliwość rewanżu przez zaszkodzenie asystentowi (mogli na niego naskarżyć profesorowi). Okazało się, że uzasadnienie prowokacji przed jej wystąpieniem hamowało przeżywanie pobudzenia i w rezultacie prowadziło do niskiej agresji w rewanżu na atak. Uzasadnienie prowokacji otrzymane dopiero po ataku także prowadziło do spadku pobudzenia, nie na tyle jednak, by powstrzymać rewanż, który był tylko nieznacznie słabszy niż w warunkach braku uzasadnienia. W tych ostatnich warunkach i spadek pobudzenia po ataku był najsłabszy, i agresja najsilniejsza.

45.1.2.3 Pobudzenie emocjonalne

Drugim czynnikiem zwykle nasilającym agresję jest pobudzenie emocjonalne. Choć wiele utworów literackich i filmów przedstawia zabójstwo z zimną krwią i dla zysku jako typowy obraz morderstwa, statystyki kryminalne przekonują, że jedynie 20–25% morderstw popełnianych w Europie i USA motywowanych jest chęcią zysku, podczas gdy pozostałe są motywowane głównie konfliktami, często między najbliższymi sobie osobami. Aż jedna trzecia wszystkich morderstw to morderstwa w najbliższej rodzinie (Zillmann, 1979), choć ofiara jest zwykle spowinowacona, a nie spokrewniona ze sprawcą. Wzrost pobudzenia emocjonalnego nasila agresję z co najmniej dwóch powodów: (1) pobudzenie nasila oddziaływanie prowokacji, (2) silne pobudzenie osłabia poznawczą kontrolę zachowania.

Sformułowana przez Dolfa Zillmanna **teoria przesunięcia pobudzenia** zakłada, że pochodzące z różnych źródeł pobudzenie emocjonalne sumuje się w organizmie i zwykle przypisywane jest w całości jednemu tylko czynnikowi. Ponieważ pobudzenie zalega jeszcze przez pewien czas w organizmie nawet po zaprzestaniu oddziaływania jego źródła, a zmiany otoczenia i bodźców skupiających aktualną uwagę mogą być znacznie szybsze, „stare", niewygasłe jeszcze pobudzenie może zostać subiektywnie przesunięte na nowy bodziec, który pojawił się w już zmienionej sytuacji. Kiedy więc prowokacja pojawia się w momencie, gdy prowokowany człowiek przeżywa jeszcze jakieś „stare" pobudzenie, sumuje się ono z pobudzeniem wywołanym aktualną prowokacją. W rezultacie prowokacja jest odbierana jako silniejsza, co prowadzi do wzrostu gniewu i agresji. Co interesujące, nie liczy się treść „starych" emocji, lecz jedynie siła wywoływanego nimi pobudzenia. Oddziaływanie prowokacji na agresję nasilane jest pobudzeniem, którego rzeczywistym źródłem jest intensywny wysiłek fizyczny, oglądanie filmów o erotycznej, agresywnej, a nawet komicznej treści czy słuchanie muzyki lub hałasu (Zillmann, 1979).

W jednym z eksperymentów badani wykonywali zadanie wywołujące albo silne, albo słabe pobudzenie (jazda na treningowym pseudorowerze albo nizanie pierścieni na sznurek), po czym brali udział w grze, podczas której ich przeciwnik albo ich prowokował (nazywając tępym osłem), albo nie prowokował do agresji. Po upływie kilku minut mogli mu odpłacić pięknym za nadobne, aplikując nieprzyjemne hałasy do słuchawek, które tamten miał na uszach. Natężenie hałasów zadawanych przez osoby uprzednio sprowokowane znacznie rosło, jeżeli w momencie prowokacji przeżywały one pobudzenie wywołane fizycznym wysiłkiem. Podobnego wzrostu agresji nie zaobserwowano jednak u badanych nieprowokowanych (Zillmann i Bryant, 1974). W innym eksperymencie najpierw poddawano badanych prowokacji, po czym dopiero wprowadzano ich w stan pobudzenia (za pomocą projekcji filmu o erotycznej treści) i umożliwiano agresywny rewanż w stosunku do prowokatora. Również tutaj agresja po prowokacji była silniejsza u badanych oglądających film pobudzający niż u tych, którzy oglądali film o treści neutralnej.

Tak więc agresja rośnie, jeżeli tuż przed prowokacją albo wkrótce po niej zostanie u sprowokowanej osoby wywołany dodatkowy wzrost pobudzenia. Treść czynnika wywołującego owo pobudzenie nie ma znaczenia, istotny jest natomiast czas upływający od chwili zaprzestania oddziaływania tego czynnika do momentu wystąpienia agresji. Jeżeli agresja następuje, na przykład, tuż po wysiłku, człowiek zdaje sobie sprawę, że przeżywane przezeń pobudzenie zostało wywołane właśnie wysiłkiem, i nie przenosi go na ofiarę. Jednak gdy okazja do agresji pojawia się dopiero w kilka minut później, kiedy pobudzenie jest jeszcze nasilone, ale podmiot nie wiąże go już z uprzednim wysiłkiem, wówczas przeniesienie pobudzenia występuje.

Drugi mechanizm wpływu pobudzenia emocjonalnego na agresję to osłabienie poznawczej kontroli zachowania. Zgodnie z **prawem Yerkesa–Dodsona**, opisującym związek pobudzenia ze sprawnością funkcjonowania, początkowy wzrost pobudzenia wywołuje przyrost, natomiast dalszy wzrost pobudzenia powoduje spadek sprawności działania. Im bardziej skomplikowane zadanie, tym mniejszy poziom pobudzenia wystarcza do osłabienia sprawności działania. Świadomi tego kaprale wszystkich armii świata starają się więc wymusztrować swoich rekrutów do tego stopnia, by ci wyuczyli się pożądanych wzorców zachowania tak dalece, że nie ulegną one dezorganizacji nawet w warunkach silnego pobudzenia. Poznawcza kontrola zachowania agresywnego, a więc jego regulacja będąca wynikiem interpretacji bieżącej sytuacji bądź spodziewanych konsekwencji działania, wydaje się zadaniem skomplikowanym. Pozwala to oczekiwać, że (1) poznawcza kontrola reakcji na prowokację załamuje się w wypadku silnego pobudzenia oraz że (2) kontrola poznawcza załamuje się szybciej (przy mniejszym pobudzeniu) niż kontrola agresji oparta na uczeniu się, na przykład na nawykach (Zillmann, 1987).

Przy umiarkowanym poziomie pobudzenia reagowanie na prowokację regulowane jest poznawczo, a więc sposobem rozumienia sytuacji, przewidywanymi konsekwencjami własnego działania, tym, jak ocenią nas inni i jak sami siebie ocenimy. Wzrost pobudzenia powoduje jednak dezorganizację tych procesów myślenia, a zachowanie zaczyna być regulowane przez prostszy system kontroli – wyuczone nawyki, zautomatyzowane reakcje na bodźce. Jeżeli jednostka wykształciła sobie agresywne wzorce postępowania, na przykład skłonność do automatycznego reagowania agresją na prowokację, to przy tym stop-

niu pobudzenia będzie ona postępować agresywnie, nawet jeżeli jest to nieopłacalne w świetle przewidywanych przez nią kar grożących za agresję. Wreszcie jeszcze silniejszy wzrost pobudzenia powoduje dezorganizację kontroli zachowania nawet przez nawyki – człowiek wydaje się wówczas pozbawiony jakichkolwiek mechanizmów wewnętrznej kontroli, „wali na oślep" w to, co – według niego – jest źródłem awersyjnej stymulacji, bądź rozładowuje pobudzenie w inny, nieprzewidywalny sposób.

45.1.2.4
Przemoc w mass mediach

Choć przemoc jest na ogół potępiana, ogromna popularność książek czy filmów akcji i kryminalnych wskazuje, że jest ona dla ludzi także bardziej interesująca od cnotliwego przestrzegania norm moralnych. Stąd też jest ona bardzo często pokazywana – na przykład analizy amerykańskich programów telewizyjnych wykazują pojawianie się od pięciu do sześciu aktów przemocy w przeciętnej godzinie programu w szczytowym czasie oglądalności (por. Friedrich-Cofer i Huston, 1986). Wiele koncepcji psychologicznych pozwala przewidywać, że częste oglądanie przemocy nasila agresję widzów, ponieważ aktywizuje ono treści o agresywnym charakterze, staje się okazją do modelowania agresji i wykształcania skryptów zachowań ukierunkowanych na wyrządzenie krzywdy innym, a także rodzi obojętność wobec cudzego cierpienia wskutek habituacji.

Przegląd kilkunastu badań dotyczących w sumie ponad 10 000 osób z różnych krajów (również Polski) wskazuje, że ilość czasu spędzanego na oglądaniu przemocy w telewizji jest dodatnio związana z różnymi wskaźnikami agresji przejawianej w zachowaniu (Freedman, 1984). Jest to jednak związek słaby, znaczna większość stwierdzanych korelacji zawiera się w przedziale od 0,10 do 0,20.

Samo występowanie korelacji nie przesądza oczywiście o tym, że oglądanie przemocy jest przyczyną agresywnego zachowania młodych widzów (bo takich dotyczyły prawie wszystkie badania). Kierunek zależności przyczynowo-skutkowej może tu być odwrotny: agresywne dzieci, właśnie dlatego, że są agresywne, mogą być bardziej skłonne do oglądania przemocy w telewizji. Kierunku zależności dowodzą jednak dodatkowe dane dwojakiego rodzaju. Po pierwsze, wyniki badań laboratoryjnych zgodnie pokazują, że oglądanie agresywnego modela nasila własną agresję widzów (por. ryc. 45-1). Po drugie, eksperymenty naturalne, w których młodzieży wyświetlano przez kilka wieczorów filmy o agresywnej treści, wykazały wzrost agresji we wzajemnych kontaktach w porównaniu z młodzieżą oglądającą filmy o treści neutralnej (Parke, Berkowitz, Leyens, West i Sebastian, 1977).

45.1.2.5
Normy i oczekiwania społeczne

Oglądanie przemocy na filmach jest więc słabo, choć rzetelnie skorelowane z agresją w zachowaniu młodocianych widzów, szczególnie chłopców. Psychologicznym mechanizmem tego związku może być wcześniej omawiane uczenie przez modelowanie, aktywizacja agresywnych wzorców zachowania (por. rozdz. 42.), a także osłabienie norm etycznych zakazujących krzywdzenia innego człowieka, na przykład wskutek pojawienia się przekonania, że agresja nie jest niczym zdrożnym, a przynajmniej nie jest potępiana przez innych.

Obecność innych ludzi potępiających agresję hamuje jej przejawy, podczas gdy obserwatorzy pochwalający agresję mogą prowadzić do jej nasilenia. Klarownego potwierdzenia tej hipotezy dostarczyły badania Bordena (1975), gdzie w obecności zwolennika agresji badani zachowywali się bardziej agresywnie niż w obecności obserwatora pacyfisty. Przy tym wycofanie obserwatora pochwalającego agresję powodowało jej spadek, podczas gdy wycofanie obserwatora potępiającego przemoc nie zmieniło natężenia agresji, do której badani byli stale prowokowani w trakcie eksperymentu. Inne badanie tego samego autora wykazało identyczny wpływ samej płci obserwatora: agresja badanych mężczyzn była wyższa w obecności mężczyzny niż kobiety. Takie zmiany poziomu agresji w zależności od poglądów obecnych w danej sytuacji obserwatorów sugerują, że wpływ aprobaty społecznej na zachowanie jest efektem nie mechanicznego warunkowania instrumentalnego, lecz świadomie kontrolowanego dążenia do aprobaty obserwatorów. Aprobata innych jest ważnym czynnikiem nasilającym agresywność u przestępców, którym zwykle bardziej zależy na aprobacie innych przestępców (pochwalających agresję) niż na aprobacie nie-przestępców, agresję potępiających (Kosewski, 1977).

Zakaz krzywdzenia innego człowieka jest co prawda powszechnym składnikiem systemów etycznych (w tym trzech największych religii świata – chrześcijaństwa, islamu i buddyzmu), jednak społeczna norma zakazująca agresji nie zawsze faktycznie obowiązuje. Wiele ideologii współczesnych i historycznych postuluje konieczność wyłączenia jakichś grup ludzi spod normalnego obowiązywania norm moralnych, co prowadzi do dehumanizacji ofiar, ich wyłączenia z kategorii ludzi. „Heretycy", „niewierni", „podludzie", „wrogowie klasowi" – każda z tych etykietek oznaczała setki tysięcy bądź miliony ofiar zamordowanych w zgodzie z odpowiednio przykrojonym zakresem obowiązywania norm moralnych.

45.1.3
Jak zahamować agresję?

Wobec oczywistej szkodliwości agresji staje przed nami pytanie: czy agresję można zahamować, a jeżeli tak, to w jaki sposób? Dwa najczęściej wskazywane sposoby to likwidacja agresji przez rozładowanie napięcia oraz poprzez jej karanie.

45.1.3.1
Katharsis, czyli rozładowanie

Hipoteza *katharsis* (oczyszczenia) zakłada rozładowanie rodzącego agresję pobudzenia poprzez wykonanie aktu agresywnego. W wyniku agresji miałoby więc spadać i pobudzenie, i szansa dalszego zachowania agresywnego.

Istniejące dane dość zgodnie dowodzą, że poziom fizjologicznego napięcia przeżywanego przez agresora sprowokowanego do agresji spada w wyniku jej dokonania. Akt agresji powoduje częściowy lub całkowity spadek rozkurczowego ciśnienia krwi do poziomu sprzed prowokacji, która z kolei wzrost ciśnienia wywołuje. Jednakże w ten sposób oddziałuje jedynie agresja skierowana na prowokatora, nie zaś na inne osoby – tak więc nie stwierdza się katartycznego efektu agresji przeniesionej (por. Geen i Quanty, 1977).

Badania nad wpływem aktu agresywnego na wielkość dalszej agresji tego samego sprawcy przyniosły wyniki równie zgodne, choć o przeciwnej wymowie. Większość eksperymentów, w których badanych sprowokowano do wrogiej wypowiedzi na temat „ofiary", wykazała, że ostatecznym tego następstwem był bardziej wrogi stosunek do ofiary niż u badanych, którzy nie mieli okazji do początkowej wrogości. Ludzie, którzy uprzednio zadali innej osobie ból, są gorszego o niej mniemania (mniej ją lubią i przypisują jej więcej negatywnych cech) niż badani, którzy nie mieli okazji do agresji w stosunku do tej osoby (por. Geen i Quanty, 1977). Co więcej, liczne badania wykazują, że podczas wielokrotnego powtarzania agresji fizycznej w stosunku do tej samej osoby poziom agresji nie tylko nie spada, ale rośnie.

Krótko mówiąc, dokonanie aktu agresji powoduje co prawda spadek fizjologicznego napięcia (zgodnie z hipotezą *katharsis*), ale nasila skłonność do dalszej agresji w stosunku do tej samej ofiary, co jest sprzeczne z hipotezą *katharsis*. Agresja często prowadzi do spirali przemocy. Dla przykładu, jedno z badań wykazało, że w 85% przypadków zabójstw współmałżonka policja interweniowała w ciągu dwóch lat poprzedzających zabójstwo co najmniej raz, a w 54% rodzin dochodziło do takiej interwencji pięć razy lub częściej (Blanchard i Blanchard, 1986).

Spirala przemocy ma wiele przyczyn. Po pierwsze, akt agresywny może funkcjonować jako nagroda, powoduje bowiem spadek (nieprzyjemnego) napięcia. Po drugie, zachowanie agresywne wywołuje tendencję do jego uzasadnienia negatywnymi cechami ofiary (a nie własnymi cechami agresora, co oczywiście stawiałoby go w negatywnym świetle). To zaś nasila dalszą agresję – jeżeli ktoś raz zasłużył na agresję, zasługuje na nią i przy następnej okazji. Po trzecie wreszcie, dokonanie lub obserwacja aktu agresywnego osłabia działanie czynników hamujących agresję, a nasila działanie sygnałów wywoławczych agresji.

Rozładowanie agresji, jakkolwiek może przynosić przyjemną ulgę (co zapewne jest powodem powszechnej wiary w skuteczność *katharsis*), jest zupełnie nieskutecznym sposobem na zahamowanie dalszej agresji. Dotyczy to także **katharsis pomocniczej**, czyli rozładowania pobudzenia poprzez inne niż agresja działania obniżające napięcie. Najczęściej wskazuje się tutaj aktywność fizyczną, udział w grach sportowych i fantazje na temat przemocy. Ponieważ wszystkie te pomocnicze sposoby rozładowania napięcia są mniej szkodliwe od samej agresji, zaleca się, aby młodzi ludzie uprawiali sporty, a więźniowie pracowali, dzięki czemu i jedni, i drudzy rozładują się i staną się mniej agresywni. *Katharsis* pomocnicza była przedmiotem stosunkowo małej liczby badań, jednak co najmniej dwa eksperymenty wykazały, że fantazje agresywne kierowane na prowokatora nie powodują powrotu napięcia fizjologicznego do poziomu sprzed prowokacji, a co najmniej siedem badań wykazało, że ćwiczenia fizyczne, walenie młotkiem czy aktywność sportowa wymagająca ostrej rywalizacji powodują raczej wzrost niż spadek agresji (Geen i Quanty, 1977).

45.1.3.2 Karanie agresji

Innym sposobem na agresję jest jej karanie, do którego psychologowie zwykli odnosić się dość sceptycznie, uważając je za mało skuteczne i nazbyt kosztowne dla karanego. Jest to skutek wpływu wczesnych prac Burrhusa Skinnera, który ekstrapolując na ludzi wyniki badań nad zwierzętami, głosił, że kary są i nieskuteczne, i szkodliwe. Jednak interpretacje Skinnera znacznie wykraczały poza dość nieliczne – podówczas – dane empiryczne, a późniejsze badania jednoznacznie wykazały, że kary są skutecznym sposobem usuwania zachowań u zwierząt (Fantino, 1973).

Skuteczność karania agresji u ludzi pozostaje jednak problemem kontrowersyjnym, do czego przynajmniej w pewnym stopniu przyczynia się brak rozróżnienia odstraszającej i korekcyjnej funkcji kar. **Funkcja odstraszająca** polega na tym, że ukaranie agresji hamuje jej występowanie u innych osób, które się jej (jeszcze) nie dopuściły. **Funkcja korekcyjna** polega na tym, że ukaranie agresji hamuje jej ponowne wystąpienie u ukaranej osoby.

Kary niewątpliwie mogą skutecznie pełnić funkcję odstraszającą. Nauczycielka stawia do kąta chłopca ciągnącego dziewczynki za włosy, w nadziei, że dzięki temu i inni chłopcy nie będą dręczyć swoich koleżanek. Wiele badań wskazuje, że nadzieje nauczycielki są całkowicie uzasadnione – obserwacja modela, którego agresja została ukarana, powoduje spadek agresji obserwatorów. Odstraszającej funkcji kar dowodzą też obserwacje rzeczywistych zjawisk społecznych, takich jak spadek liczby zabójstw po nagłośnieniu w mediach wykonania kary śmierci (Phillips, 1986). Jednak równie odstraszającą funkcję pełni informacja o orzeczeniu kary dożywocia. Wskazuje to – podobnie jak badania nad skutkami obostrzenia prawa karnego (Gibbs, 1987) – że surowość kary nie wpływa decydująco na skuteczność jej odstraszającej funkcji. Czynnikiem decydującym jest natomiast nieuchronność kary, przekonanie potencjalnego agresora, że zostanie za swą agresję ukarany. Większość kryminologów jest zdania, że o skuteczności walki z przestępczością decyduje raczej procent jej wykrywalności i karalności niż surowość kar przewidzianych prawem i faktycznie stosowanych.

Bardziej złożona jest kwestia korekcyjnej skuteczności kary. Chłopcy silnie agresywni w stosunku do rówieśników są potulni w domu, jeżeli ich rodzice karzą agresję „domową", a zachęcają do „pozadomowej" (Bandura i Walters, 1968). Z drugiej strony jednak wiele obserwacji dowodzi korekcyjnej nieskuteczności kary. Najsilniej karane dzieci są też najczęściej agresywne (Mika, 1969), podobną zależność obserwuje się również wśród przestępców (Kosewski, 1977), a ogólny poziom agresywności przejawianej przez chłopców i mężczyzn wykazuje znaczny stopień niezmienności w trakcie ich życia.

Tego rodzaju sprzeczności wynikają z licznych czynników ograniczających korekcyjną skuteczność kary. Agresja jest często nagradzająca dla agresora – aż 80% przypadków agresji kierowanej przez dzieci na rówieśników kończy się jakąś korzyścią agresora, na przykład pozyskaniem zabawki czy terytorium (Patterson, Littman i Bricker, 1967). Sugeruje to, że wymogiem skutecznego karania jest odebranie agresji jej instrumentalnej wartości (najskuteczniejsze są więc kary natychmiastowe, niepozwalające agresji dokończyć i odnieść z niej korzyści), bądź też stosowanie kar na tyle silnych, że ich negatywne konsekwencje dla agresora przeważają nad zyskami z agresji. Jednakże podnoszenie surowości kary jest zabiegiem obosiecznym, ponieważ kara może łatwo przekroczyć taką wysokość, która jest przez karaną osobę akceptowana. Niektóre formy karania agresji same mają wysoce agresywny charakter, a wszystkie budzą negatywne emocje, w związku z czym ich stosowanie może dać efekty odwrotne w stosunku do zamierzonych – na przykład fizyczne karanie agresji dziecka dostarcza mu dalszych wzorców agresywnego zachowania. Korekcyjna skuteczność kary wymaga więc spełnienia warunków, które zwykle dość trudno osiągnąć w rzeczywistych sytuacjach. Jednak wiele badań wskazuje, że kiedy karaniu agresji towarzyszy nagradzanie alternatywnych sposobów zachowania, agresja ulega osłabieniu (por. Bandura, 1969, 1973).

45.1.3.3 Złożone interwencje psychologiczne

Zarówno hipoteza *katharsis*, jak i karanie agresji są w istocie jednoczynnikowymi podejściami do kontroli agresji. Jednak sama agresja jest uwarunkowana wieloma czynnikami, toteż większą szansę na skuteczność mają złożone interwencje psychologiczne, w których usiłuje się agresję usunąć poprzez eliminację różnych wzbudzających ją i podtrzymujących czynników oraz poprzez dostarczanie alternatywnych w stosunku do agresji wzorców zachowania.

Spośród wielu proponowanych interwencji tego rodzaju najbardziej obiecujący wydaje się program proponowany przez Pattersona (1986) i współpracowników. Program ten opiera się na idei, że nasilenie agresji u dzieci jest skutkiem wychowania w rodzinie charakteryzującej się spiralą wzajemnego przymusu między rodzicami i dziećmi. W rodzinach takich rodzice usiłują wpływać na dziecko za pośrednictwem różnych form przymusu (poniżanie, wyśmiewanie, agresja słowna i fizyczna), a dzieci również próbują wymusić określone zachowania na rodzicach poprzez płacz, napady złości, agresję słowną i fizyczną. Tego rodzaju kontrataki dziecka okazują się w 70% przypadków skuteczne, ponieważ kończą się wycofaniem rodzica z próby interwencji, co powoduje utrwalenie się zarówno agresji u dziecka, jak i wycofywania się u rodzica. Zaproponowana przez Pattersona interwencja skierowana jest głównie na rodziców i rozpoczyna się od wyjaśnienia zasad, na których mocy spirala wzajemnego przymusu w rodzinie pojawia się, utrwala i narasta. Rodzice są instruowani, w jaki sposób spiralę tę przerwać za pomocą działań nieopierających się na przymusie, jak komunikować się i negocjować z dzieckiem i jak nagradzać je za zachowania prospołeczne. Zarówno kilku-, jak i kilkunastotygodniowe stosowanie tego rodzaju interwencji powoduje istotny spadek agresji u większości badanych dzieci, a także

spadek wymuszających zachowań i u dzieci, i u rodziców. Jednakże w dwa lata później wielu rodziców zaprzestało stosowania niewymuszających taktyk postępowania wobec dzieci. Problem z agresją u dzieci polega więc nie tyle na niemożności znalezienia sposobów jej usuwania, ile na kłopotach z nakłonieniem rodziców do stałego stosowania tych sposobów.

45.2

Pomaganie innym

Przeciwieństwem agresji jest **zachowanie pomocne, czyli działanie ukierunkowane na spowodowanie jakiejś korzyści innego człowieka.** Może ona mieć charakter materialny (oferowanie datku, pomoc w wykonaniu zadania), biologiczny (dawanie własnej krwi) lub psychiczny (emocjonalne wsparcie w nieszczęściu). Pojęciem mniej ogólnym od pomagania jest **altruizm, pojmowany zwykle jako szczególny rodzaj zachowania pomocnego, który albo nie przynosi żadnych korzyści samemu sprawcy, albo nawet przynosi mu straty.** Altruizm jest więc zachowaniem przynoszącym korzyści innym, ale pod nieobecność motywacji egoistycznej. Ponieważ motywację taką zwykle trudno wykluczyć (jako że wiele korzyści egoistycznych ma charakter nieobserwowalny, jak na przykład wzrost dobrego mniemania o sobie), w praktyce trudno decydować, które zachowania pomocne zasługują na miano altruistycznych. Psychologowie niezbyt często posługują się więc tym pojęciem.

45.2.1

Teorie wyjaśniające pomaganie

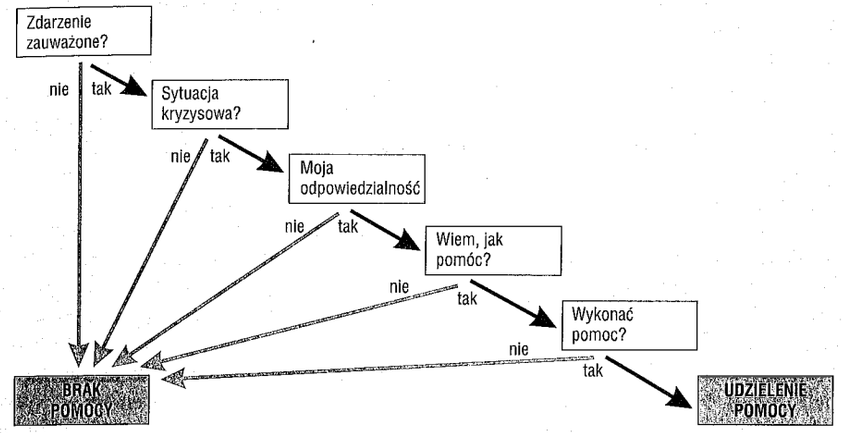
Większość tych teorii sformułowano w celu wyjaśnienia skłonności do pomagania lub zaniechania pomocy w sytuacji kryzysowej, szczególnie w sytuacji nagłego wypadku, któremu ulega nieznajoma osoba. Niektóre z tych koncepcji można jednak uogólniać również na inne rodzaje pomagania, takie jak wspieranie rodziny i przyjaciół.

45.2.1.1

Decyzyjny model interwencji kryzysowej

Wyobraź sobie, Czytelniku, taką sytuację: idąc dość zatłoczoną ulicą w dużym mieście, spostrzegasz leżącego pod ścianą domu mężczyznę w średnim wieku. Ma przymknięte oczy, wyraźne i świeże zadrapania na głowie, ubrany jest dość porządnie, choć jego garnitur uwalany jest błotem. Co zrobisz w tej sytuacji? Podejdziesz do mężczyzny, aby się zorientować, czy jest mu potrzebna pomoc? Czy raczej przyspieszysz kroku lub przejdziesz na drugą stronę chodnika? Gdy spytać ludzi, co w takiej sytuacji zrobią, większość odpowie, że zbliży się do mężczyzny, by mu pomóc. Gdy jednak się obserwuje, co ludzie faktycznie robią, okazuje się, że większość wyminie mężczyznę i pójdzie dalej. Koncepcja przedstawiona na rycinie 45-2 wyjaśnia to tym, że udzielenie pomocy w takiej sytuacji wymaga spełnienia aż pięciu warunków, podczas gdy do zaniechania pomocy wystarcza brak spełnienia zaledwie jednego warunku.

Pierwszy warunek polega oczywiście na tym, by zdarzenie w ogóle **zauważyć**. Na zatłoczonej ulicy możemy takiego leżącego mężczyzny nie dostrzec – albo dosłownie, albo odwracając czym prędzej wzrok, by „nie dać się wciągnąć" (tak postępuje wielu pasażerów pociągu, kiedy w drzwiach przedziału stanie żebrak). Szansa takiego bezwiednego lub motywowanego prześliźnięcia się nad zdarzeniem rośnie w wypadku pośpiechu czy pochłonięcia innymi sprawami. W pewnym eksperymencie studenci zmierzający na seminarium napotykali na swej drodze leżącego młodego człowieka. Spośród tych, którzy mieli jeszcze sporo czasu do rozpoczęcia seminarium, 63% zatrzymało się, by udzielić mu pomocy. Spośród studentów, którzy byli już spóźnieni, zatrzymało się zaledwie 10%, nawet



Decyzyjny model interwencji w sytuacji kryzysowej

Adaptacja według modelu Latanégo i Darleya (1970).

RYCINA 45-2

wtedy, gdy ich wypowiedź na seminarium miała dotyczyć... altruizmu i przypowieści o miłosiernym Samarytaninie (Darley i Batson, 1973).

Warunek drugi to **zinterpretowanie sytuacji jako kryzysowej**, a więc takiej, w której innemu człowiekowi pilnie potrzebna jest pomoc. Z samego faktu, że ktoś leży na ulicy, nie wynika jeszcze konieczność udzielenia pomocy temu człowiekowi – trudno powiedzieć, czy leżący mężczyzna zasłabł, czy jest pijany, czy bezdomny, czy po prostu taką ma ochotę. Jeżeli jest pijany, to podejmując interwencję, możemy się narazić na śmieszność i inne kłopoty. Im bardziej niejasna jest jakaś sytuacja społeczna, tym bardziej, rozstrzygając o jej znaczeniu, skłonni jesteśmy poszukiwać wskazówek w zachowaniu innych. Spod oka przyglądamy się innym przechodniom i stwierdzamy, że zachowują się oni, jak gdyby nic się nie stało. Podobnie jak inni, wymijamy mężczyznę i idziemy dalej przekonani, że sytuacja nie wymaga naszej interwencji. Ważnym powodem, dla którego inni nie podjęli interwencji, jest jednak nasze zachowanie – to nasza obojętność mogła skłonić innego przechodnia do wniosku, że nic się nie stało. **Sytuacja, w której świadkowie jakiegoś, być może krytycznego, zdarzenia stwierdzają, że nic się nie stało, na podstawie wzajemnego obserwowania swojego braku reakcji, nazywa się niewiedzą wielu** (*pluralistic ignorance*). Niewiedza wielu jest groźnym zjawiskiem, ponieważ to z jej powodu ludzie mogą nie udzielić pomocy na przykład osobie, która zasłabła, a nawet została napadnięta. Najbardziej znanym wypadkiem tego rodzaju jest zabójstwo pewnej Amerykanki (Kitty Genovese), której morderstwu przyglądało się z okien aż 38 sąsiadów, a żaden z nich nawet nie zatelefonował po policję. Wypadek ten wstrząsnął opinią publiczną w latach sześćdziesiątych i zainspirował Bibba Latané i Johna Darleya (1968) do przeprowadzenia serii badań, które wykazały, że im większa liczba świadków przygląda się jakiemuś krytycznemu zdarzeniu, tym mniejsza jest szansa udzielenia pomocy jego ofierze. Latané i Darley nazwali tę zależność **zjawiskiem obojętnego przechodnia**, a ich mo-

del teoretyczny przedstawiony na rycinie 45-2 powstał właśnie w celu wyjaśnienia owego zjawiska.

Zjawisko obojętnego przechodnia zwykle zanika, kiedy sytuacja nabiera jednoznaczności i nie sposób jej zinterpretować inaczej niż jako wypadek. Jeżeli pasażerowie metra obserwują osobę, która początkowo zwyczajnie stoi, trzymając się uchwytu, a potem w trakcie jazdy osuwa się z jękiem na podłogę, pomoc jest udzielana natychmiastowo i niemalże w 100% przypadków (szczególnie jeśli osoba ta trzyma w ręce laskę, a nie, na przykład, butelkę z alkoholem – Piliavin, Rodin i Piliavin, 1969). Podobnie jednoznaczne domaganie się przez ofiarę pomocy podnosi częstość jej udzielania (z 29% przy braku wołania o pomoc do 81% w sytuacji, kiedy ofiara zawołała o pomoc – Yakimovitch i Saltz, 1971).

Jednak czasami sytuacja ma jednoznacznie kryzysowy charakter, a pomoc mimo to nie jest udzielana. W jednym z badań aranżowano realistycznie sytuację atakU padaczki w trakcie badania psychologicznego. Choć ofiara ataku domagała się pomocy, udzieliło jej zaledwie 31% badanych, którzy sądzili, że świadkami zdarzenia są jeszcze cztery inne osoby. Natomiast badani przekonani, że są jedynymi świadkami zdarzenia, interweniowali w 85% przypadków (Latané i Darley, 1968). Obecność innych spowodowała zatem **rozproszenie odpowiedzialności** za podjęcie działania w krytycznej sytuacji. Liczne badania wykazały, że rozproszenie odpowiedzialności narasta wraz ze wzrostem liczby świadków krytycznego zdarzenia, co skłoniło Latanégo i Darleya do postulowania, że trzecią decyzją niezbędną do udzielenia pomocy jest **przyjęcie osobistej odpowiedzialności** za pomoc ofierze krytycznego zdarzenia. Obecność przynajmniej jeszcze jednego świadka sprzyja uchylaniu się od odpowiedzialności za działanie, choć pewne role społeczne hamują to zjawisko (na przykład rola lidera grupy).

Czwarta decyzja to rozstrzygnięcie przez świadka, czy ma on właściwe **kompetencje** do udzielenia pomocy. Jeżeli nie umiemy pływać, to nawet odczucie osobistej odpowiedzialności za losy tonącego nie wystarczy do udzielenia mu pomocy. Z kolei wzrost kompetencji sprzyja pomaganiu – zawodowe pielęgniarki częściej niż studenci udzielają pomocy w sytuacji wypadku, nawet wtedy, gdy jego świadkiem jest wiele osób (Cramer, McMaster, Bartell i Dragna, 1988).

Ostatnia wreszcie decyzja to rozstrzygnięcie o faktycznym udzieleniu pomocy, o **podjęciu działania**. Działania wymagane w sytuacjach kryzysowych mają często niecodzienny charakter (pomoc leżącemu nieznajomemu wymaga na przykład dotknięcia go, a przecież nie dotyka się nieznajomych), łatwo się przy nich ośmieszyć, narazić się innym i samej ofierze zdarzenia. Lęk przed ośmieszeniem słabnie, kiedy świadkowie mogą przedyskutować ze sobą obserwowane zdarzenie, uzgodnić jego znaczenie, ustalić działania zaradcze i sądzą, że będą mogli wytłumaczyć sens tych działań po ich zakończeniu. Stąd też zjawisko obojętnego przechodnia zanika wówczas, gdy świadkowie krytycznej sytuacji znają się jeszcze przed jej wystąpieniem bądź wiedzą, że będą mogli ze sobą porozmawiać po interwencji.

Choć interwencja w sytuacji kryzysowej (lub jej brak) wygląda na prostą reakcję, w rzeczywistości jest ona poprzedzona co najmniej pięcioma decyzjami, a na każdą z nich można niezależnie wpływać za pomocą odpowiedniego kształtowania różnych elementów krytycznego zdarzenia. Większość tych decyzji jest podejmowana błyskawicznie, a niektóre mają zwykle zautomatyzowany charakter.

45.2.1.2 Teorie pobudzenia

Decyzyjny model interwencji kryzysowej dobrze wyjaśnia, co może ludzi odwieść od udzielenia pomocy, choć nie tłumaczy, co nas do udzielenia pomocy skłania. Na oba te pytania równocześnie odpowiada **model pobudzenia – bilansu**, sformułowany przez Jane Piliavin i jej współpracowników (Piliavin, Dovidio, Gaertner i Clark, 1981). Zakłada on, że

do udzielania pomocy w sytuacji kryzysowej motywuje nas spostrzeganie jej jako skutecznego sposobu na usunięcie nieprzyjemnych emocji wywołanych cudzym nieszczęściem. Model zawiera trzy główne twierdzenia.

(1) Zaobserwowanie cudzych kłopotów wywołuje u obserwatora pobudzenie emocjonalne, które rośnie wraz ze wzrostem natężenia, jednoznaczności i czasu trwania tych kłopotów oraz wraz ze spadkiem dystansu oddzielającego świadka od osoby nękanej kłopotami.
(2) Pobudzenie wywołane cudzymi kłopotami i im przypisywane jest nieprzyjemne dla obserwatora i stara się on je zredukować tym bardziej, im jest ono silniejsze.
(3) Obserwator krytycznego zdarzenia wybiera taki sposób redukcji przeżywanego przez siebie pobudzenia, który działa najszybciej i wywołuje największy jego spadek przy stosunkowo najkorzystniejszym bilansie zysków i kosztów.

Prawdziwości twierdzenia (1) dowodzą liczne badania, w których pobudzenie emocjonalne mierzono za pomocą zarówno samoopisów, jak i wskaźników fizjologicznych lub obserwacji zachowania (Dovidio, Piliavin, Gaertner, Schroeder i Clark, 1991). Zgodnie z twierdzeniem (2), im większe jest pobudzenie przeżywane przez świadka krytycznego zdarzenia, tym szybciej udziela on pomocy ofierze – w różnych badaniach korelacja ta waha się w granicach od $r = 0{,}47$ do $r = 0{,}77$. Ponadto własne pobudzenie emocjonalne obserwatora jest silniejsze wtedy, kiedy jest on nastawiony na empatyzowanie z ofiarą (na przykład jest instruowany, aby wczuł się w sytuację ofiary). Przyczynowej roli pobudzenia dowodzi także fakt, że zgodnie ze wspominaną już w tym rozdziale teorią przesunięcia pobudzenia emocjonalnego, skłonność do pomagania rośnie wskutek wzrostu pobudzenia wywołanego uprzednimi ćwiczeniami fizycznymi lub oglądaniem filmów o treści erotycznej, a nawet agresywnej (Meuller, Donnerstein i Hallam, 1983). Jednakże warunkiem koniecznym nasilania pomocy wskutek wzrostu pobudzenia jest przekonanie obserwatora, że to opresja ofiary jest powodem przeżywanego przezeń pobudzenia.

Model pobudzenia – bilansu uwzględnia dwa rodzaje kosztów – związane z udzieleniem pomocy i związane z jej zaniechaniem. O kosztach udzielenia pomocy decydują takie straty, jak czas, wysiłek, narażenie się na niebezpieczeństwo, a wynikające z pomagania zyski to, na przykład, wzrost poczucia własnej skuteczności i samooceny lub podziw innych osób. Koszty zaniechania pomocy mają natomiast charakter bądź to osobisty (samoobwinianie się, negatywne reakcje innych), bądź empatyczny (własne cierpienie z powodu cierpienia ofiary, której się nie pomogło). Jak ilustruje tabela 45.3, zachowanie w sytuacji kryzysowej zależy od wielkości kosztów zarówno udzielenia, jak i zaniechania pomocy.

W sytuacji (A), gdy koszty i udzielenia, i zaniechania pomocy są małe, model przewiduje zmienność reakcji, których rodzaj zależeć będzie głównie od tego, co obserwator uważa za obowiązującą w danych warunkach normę. W sytuacji (B), gdy koszty udzielenia pomocy są duże, a jej zaniechania – małe, obserwator nie podejmuje interwencji – ignoruje potrzebę pomocy lub jej zaprzecza, opuszczając sytuację kryzysową. Przykładem tego rodzaju warunków jest sytuacja skonstruowana w jednym z eksperymentów Bibba Latané i Johna Darleya (1970). Badany był świadkiem udzielania przez nieznajomego błędnych informacji innemu pasażerowi metra (obaj ci pasażerowie byli w rzeczywistości współpracownikami badaczy). Koszt udzielenia pomocy był w tej sytuacji niewielki i 50% badanych spontanicznie pomagało pasażerowi, prostując błędne wskazówki nieznajomego. Jednak odsetek pomagających spadał do zaledwie 16, jeżeli koszt pomagania był znaczniejszy – a mianowicie, gdy badany był uprzednio świadkiem, jak nieznajomy agresywnie odnosił się do jeszcze innego pasażera. Udzielanie pomocy może być hamowane bardzo zróżnicowanymi kosztami – takimi jak czasochłonność pomocy lub konieczność

TABELA 45.3

Przewidywany rodzaj reakcji w sytuacji kryzysowej w warunkach małych i dużych kosztów udzielenia i zaniechania pomocy

KOSZTY ZANIECHANIA POMOCY	KOSZTY UDZIELENIA POMOCY: Małe	KOSZTY UDZIELENIA POMOCY: Duże
Małe	(A) Różne reakcje, uwarukowane głównie normami uważanymi za obowiązujące w danej sytuacji	(B) Opuszczenie sytuacji, zignorowanie, zaprzeczanie
Duże	(C) Bezpośrednia interwencja	(D) Interwencja pośrednia lub redefinicja sytuacji, obniżająca subiektywne koszty zaniechania pomocy

W adaptacji według: Piliavin, Dovidio, Gaertner i Clark (1993, s. 191), za zgodą wydawcy; *copyright* Wydawnictwo Naukowe PWN.

włożenia w nią dużego wysiłku, zagrożenie swobody wyboru osoby pomagającej, dezaprobata społeczna w wypadku niewłaściwego skutku interwencji lub odstręczające cechy ofiary (na przykład w jednym z badań miała ona zniekształconą twarz).

Podjęcie bezpośredniej interwencji przez obserwatora jest najbardziej prawdopodobne w sytuacji (C), w której koszty udzielenia pomocy są małe, a koszty jej zaniechania – duże. Wzrost kosztów zaniechania pomocy może wynikać z różnych powodów, jak perspektywa dalszych kontaktów z ofiarą, silna zależność losów ofiary od decyzji świadka czy duże straty, jakie poniosłaby ofiara, gdyby pomoc nie została jej udzielona. Każdy z tych czynników nasila skłonność do pomagania ofierze krytycznego zdarzenia.

Wreszcie w sytuacji (D), gdzie oba rodzaje kosztów są duże, obserwator albo podejmuje interwencję pośrednią (na przykład dzwoni po specjalistę), albo zmienia subiektywną definicję sytuacji w taki sposób, by koszty zaniechania pomocy wydawały się małe, czyli psychologiczne znaczenie sytuacji przesuwa się w kierunku (B). Reinterpretacje występują częściej niż interwencje pośrednie i mogą polegać na zaprzeczaniu potrzebie pomocy, na pomniejszaniu wartości osoby, która jest ofiarą, i na pozbywaniu się osobistej odpowiedzialności za jej losy.

Przegląd kilkunastu badań doprowadził Jacka Dovidio (1984) do ogólnego wniosku, że postępowanie w sytuacji kryzysowej silniej zależy od wielkości kosztów udzielenia niż zaniechania pomocy. Koszty zaniechania pomocy decydują o zachowaniu głównie wtedy, kiedy koszty udzielenia pomocy są małe. Tak więc jeżeli pomoc miałaby polegać na poważnym narażeniu własnego zdrowia czy bezpieczeństwa, to nawet duże koszty jej zaniechania (na przykład wizja wyrzutów sumienia do końca życia) nie nakłonią człowieka do interwencji. Jednak zdarzają się sytuacje, kiedy ludzie interweniują impulsywnie i bez namysłu skaczą w płomienie czy do wody, by uratować czyjeś życie. Czas reagowania w takich sytuacjach jest z pewnością zbyt krótki, aby możliwe było bilansowanie kosztów, a ponieważ są to na ogół sytuacje wyjątkowe, trudno założyć, by kalkulacje takie mogły być zautomatyzowane. Choć autorzy modelu pobudzenie – bilans sami odnotowują wcale liczne przypadki pomocy impulsywnej, zjawisko to niezbyt się nadaje do wyjaśnienia w ramach owego modelu.

Jak już wskazywaliśmy, zyski i koszty zarówno niesienia, jak i zaniechania pomocy obejmują bardzo różne konkretne zdarzenia, co stanowi równocześnie zaletę i wadę modelu pobudzenie – bilans. Zaletę, ponieważ w tym samym języku teoretycznym można opisać i wyjaśnić oddziaływanie bardzo zróżnicowanych czynników. Wadę, ponieważ w złożonych sytuacjach społecznych trudno przewidzieć, co okaże się większym kosztem – wyrzuty sumienia z powodu zaniechania pomocy czy lęk przed narażeniem się agresorowi. Jeżeli pomoc miała polegać na obronie ofiary przed agresorem, to po fakcie łatwo zdecydować, że przeważyła obawa przed wyrzutami sumienia (gdy obserwator udzielił pomocy) bądź obawa przed agresorem (gdy pomoc została zaniechana). Sama teoria kar i nagród (której odmianą są kalkulacje kosztów w omawianym modelu teoretycznym) nie zawiera jednak twierdzeń pozwalających z góry przewidzieć, który rodzaj kosztów przeważy.

Inne ograniczenie modelu pobudzenie – bilans wiąże się z przyjęciem założenia o jednorodnie egoistycznym charakterze pobudzenia emocjonalnego. Świadek krytycznego zdarzenia odczuwa przykrość z powodu losu ofiary i pomaga jej po to, by poprawić własny stan emocjonalny. Jednak przykrość odczuwana przez świadka może wynikać także z empatii, to jest współczucia i wczuwania się w sytuację ofiary. Tego rodzaju empatyczne pobudzenie nie ma charakteru egoistycznego i motywuje świadka do pomagania w celu poprawy nie własnego stanu emocjonalnego, lecz stanu, w jakim znajduje się ofiara – argumentują Jerzy Karyłowski (1982) i Daniel Batson (1991). W wielu sytuacjach pomaganie innemu człowiekowi może być motywowane zarówno redukcją własnego cierpienia, jak i redukcją pobudzenia empatycznego. Jednak między tymi dwoma rodzajami emocji istnieje pewna ważna różnica: pobudzenie empatyczne można zredukować wyłącznie przez poprawę stanu ofiary (przede wszystkim poprzez udzielenie jej pomocy), natomiast cierpienie własne można zredukować albo pomagając, albo uciekając z sytuacji, czyli poprzez wycofanie się z kontaktu z ofiarą.

Batson i współpracownicy badali w serii pomysłowych eksperymentów skłonność do pomagania innemu człowiekowi w zależności od stopnia empatyzowania z nim i od możliwości łatwej ucieczki z sytuacji. Badani działali w parach złożonych z wykonawcy i obserwatora. Przydział do roli następował rzekomo na zasadzie rzutu monetą, choć w rzeczywistości „wykonawca" był zawsze tym samym współpracownikiem badaczy, właściwy badany zaś przypisany był do roli obserwatora. Rola wykonawcy obejmowała otrzymanie serii szoków elektrycznych, które wykonawca już od początku źle znosił – boleśnie się krzywił, mówiąc, że jeszcze z dzieciństwa ma uraz do elektryczności, przy czym dzielnie deklarował chęć kontynuowania eksperymentu. W tym momencie eksperymentator wahał się przez chwilę, po czym pytał obserwatora (to jest badanego), czy nie zechciałby się zamienić rolami z wykonawcą. Skłonnością do empatii manipulowano, informując obserwatora, że wykonawca wyznaje wartości albo podobne (silna empatia), albo niepodobne (słaba empatia) do jego własnych. Łatwością ucieczki z sytuacji manipulowano, informując badanych, że mają obejrzeć jeszcze tylko dwie kolejki szoków (ucieczka łatwa), bądź jeszcze dziesięć kolejek (ucieczka trudna). W warunkach słabej empatii łatwość ucieczki hamowała skłonność do pomagania (bardzo niewielu obserwatorów godziło się zamienić rolami). W warunkach empatii silnej skłonność do pomagania była jednakowo duża przy łatwej i trudnej ucieczce z sytuacji. Choć zatem motywy egoistyczne łatwiej było zrealizować przez ucieczkę, badani empatyzujący z ofiarą wybierali trudniejszą możliwość i pomagali wykonawcy, by zmienić jego – a nie swój własny – stan.

45.2.1.3 Teorie norm

Jeszcze inny rodzaj teorii tłumaczy pomaganie innym jako skutek ulegania normom społecznym, do których spełnienia czujemy się

zobligowani, a które w pewnych sytuacjach nakazują pomagać innym. Pomagania dotyczą co najmniej dwie normy: norma odpowiedzialności społecznej i norma wzajemności.

Norma odpowiedzialności społecznej to oczekiwanie i nakaz pomagania tym osobom, których losy zależą od naszych działań. Jeżeli na przykład dowiemy się, że ewentualny awans naszego przełożonego zależy od jakości naszej pracy w najbliższym czasie, spowoduje to nasilenie naszych wysiłków. Badania Leonarda Berkowitza (1972) i innych autorów przekonują, że zależność losów innej osoby od naszych działań nasila skłonność do pomagania jej, nawet jeżeli nie odnosimy z tego żadnych korzyści materialnych, jeżeli niespecjalnie tę osobę lubimy, a nawet kiedy dowie się ona o naszej pomocy dopiero w odległej przyszłości, lub też w ogóle nikt się o tej pomocy nie dowie. Wynikająca z tej normy skłonność do pomagania jest słabsza w społeczeństwach indywidualistycznych (jak na przykład w USA) niż kolektywistycznych (jak na przykład w Indiach – Miller, Bersoff i Harwood, 1990) i słabnie także wtedy, gdy osoba potrzebująca pomocy jest spostrzegana jako winna krytycznej sytuacji, w której się znalazła, lub budzi antypatię.

Z kolei **norma wzajemności to oczekiwanie i nakaz pomagania osobom, które nam pomogły w przeszłości.** Norma wzajemności występuje w ludzkich społeczeństwach prawdopodobnie powszechnie i zawiera trzy reguły szczegółowe: nakaz pomagania czy świadczenia przysług innym, nakaz przyjmowania cudzej pomocy i nakaz odwzajemniania się przysługą za przysługę (Gouldner, 1960). Uzyskanie pomocy od innej osoby silnie obliguje do jej odwzajemnienia, a zwrotne „oddawanie" pomocy nie zależy od stopnia sympatii odczuwanej do tej osoby (Regan, 1971).

RAMKA 45.3

Znacznie prostsze podejście do normatywnych wpływów na zachowanie zaproponowali Robert Cialdini, Carl Kallgren i Raymond Reno (1991), twierdząc, że głównym czynnikiem decydującym o wpływie normy na zachowanie jest to, czy zostanie ona zaktywizowana w danej sytuacji, czy też nie. Autorzy ci wykazali w serii badań, że przypadkowi użytkownicy parkingu mniej śmiecili, jeżeli bezpośrednio przedtem aktywizowano u nich normę zakazującą śmiecenia – albo poprzez możliwość obserwacji postępowania innych osób, albo poprzez wręczenie ulotki o stosownej treści. Również aktywizacja norm o innej treści hamowała śmiecenie, a ich oddziaływanie było tym słabsze, im słabszy był treściowy związek danej normy ze śmieceniem: najsilniej działało przypomnienie normy nakazującej czystość, słabiej – normy nakazującej oszczędność energii, a jeszcze słabiej – normy nakazującej udział w wyborach (wszystkie te normy aktywizowano za pomocą treści haseł umieszczonych na wręczanej badanym ulotce, wskaźnikiem śmiecenia zaś było wyrzucanie tej ulotki). Cialdini i współpracownicy wykazali też, że jeśli w jakiejś sytuacji różne normy dyktują odmienne sposoby postępowania, to zachowanie człowieka jest kontrolowane przez tę normę, która została ostatnio zaktywizowana. Jednakże sama aktywizacja normy wystarcza do jej wprowadzenia w życie zapewne tylko wtedy, kiedy wiąże się to z małymi kosztami, jak w cytowanych badaniach nad śmieceniem, gdzie jedynym kosztem przestrzegania normy było schowanie niepotrzebnego papieru do kieszeni. W wypadku bardziej kosztownych zachowań normatywnych wchodzą w grę bardziej złożone procesy, jak zaprzeczanie własnej odpowiedzialności za spełnianie normy czy – analizowane wcześniej – bilansowanie zysków i kosztów zachowania.

Wyjaśnianie zachowań prospołecznych w kategoriach norm nasuwa jednak kilka problemów. Ludzie niewątpliwie nie zawsze postępują zgodnie z normami, a ponadto czynią to z niejednakową częstością, trudno zatem ogólnymi normami wyjaśnić indywidualne zróżnicowanie ludzkiego postępowania. Poza tym owe normy są bardzo ogólne i jednostka może nie dostrzegać związku między nimi a wymogami działania w konkretnej sytuacji, w którą ponadto mogą być uwikłane różne normy o wzajemnie sprzecznych konsekwencjach.

Jeden ze sposobów poradzenia sobie z tymi problemami zaproponował Shalom Schwartz (1977). Sformułował on pojęcie normy osobistej, pod którym rozumie poczucie osobistej obligacji moralnej do postępowania w określony sposób w konkretnej sytuacji. Norma osobista stanowi więc odniesioną do specyficznej sytuacji konkretyzację jakiejś normy ogólnospołecznej, a jej spełnienie pozwala na odczucie moralnego zadowolenia z samego siebie. Dla przykładu, przejawem konkretyzacji normy odpowiedzialności społecznej jest twierdząca odpowiedź na pytanie: „Czy czułbyś się osobiście zobligowany do oddania szpiku kostnego, gdyby był on konieczny dla jakiejś nieznajomej osoby, a ty okazałbyś się odpowiednim dawcą?" Poczucie osobistej obligacji do spełnienia normy pozwala lepiej przewidywać rzeczywiste zachowania ludzi (na przykład oddawanie szpiku kostnego) niż spostrzegane przez nich normy społeczne, to jest przekonania o tym, jak dalece spełnianie danej normy jest pochwalane przez innych. Procesem, który może przeszkodzić realizacji już wzbudzonej normy osobistej, jest jednak zaprzeczanie własnej odpowiedzialności za spełnienie tej normy w danej sytuacji. Ludzie silnie różnią się skłonnością do ulegania rozmaitym wymówkom zwalniającym z odpowiedzialności za spełnianie norm (bo są zajęci, bo nie lubią osoby potrzebującej pomocy, bo sama sobie jest winna itp.). Dużą zgodność rzeczywistych zachowań z normami osobistymi obserwuje się jedynie u osób o słabej tendencji do zaprzeczania własnej odpowiedzialności za spełnianie norm.

45.2.2 Wyznaczniki pomagania

Głównym celem omówionych dotąd teorii była odpowiedź na pytanie, dlaczego ludzie pomagają innym. Na zakończenie tej części rozważań spróbujmy też odpowiedzieć na pytanie, kiedy ludzie pomagają bliźnim.

45.2.2.1 Obecność i postępowanie innych

Postępowanie innych ludzi obecnych w danej sytuacji często wywiera decydujący wpływ na zachowanie jednostki. Wiele badań wykazuje, że obecność innych, biernych obserwatorów hamuje pomaganie człowiekowi w potrzebie. Jest to nie tylko przejaw wspomnianych już procesów rozproszenia odpowiedzialności i niewiedzy wielu, ale również wyraz naśladowania innych w wyniku modelowania. Jeżeli zachowanie modeli może hamować prospołeczność, to powinno ono także móc ją nasilić. Istotnie, liczne badania wykazały, że zaobserwowanie innej, prospołecznie postępującej osoby nasila skłonność do pomagania nieznajomym (na przykład kierowcy częściej zatrzymują się, by pomóc kobiecie przy awarii samochodu, jeżeli niedawno mijali innego kierowcę pomagającego kobiecie zmienić koło). Dotyczy to i dorosłych, i dzieci, a także modeli obserwowanych zarówno „na żywo", jak i w telewizji. Telewizja może więc „zarażać" nie tylko przemocą, ale i prospołecznością.

45.2.2.2 Właściwości biorcy pomocy

Wspomniana uprzednio norma odpowiedzialności społecznej każe oczekiwać, że bardziej pomagamy tym osobom, które są od nas uzależnione. Na tej zasadzie większą szansę uzyskania pomocy mają na przykład osoby star-

sze i dzieci niż osoby dorosłe. Jednak nawet osoba silnie od nas zależna uzyska niewiele pomocy, jeżeli krytyczna sytuacja, w jakiej się znalazła, jest jej własnym dziełem. Chętniej pożyczymy swoje notatki z wykładów koledze będącemu w potrzebie z powodów, na które nie miał on wpływu (takich jak brak wystarczających zdolności czy mankamenty wykładowcy), niż koledze, który nie ma własnych notatek, bo nie chciało mu się ich sporządzić (Barnes, Ickes i Kidd, 1979). Jeżeli powody krytycznej sytuacji, w jakiej znalazła się ofiara zdarzenia, są spostrzegane jako możliwe do skontrolowania przez nią samą, los ofiary wzbudza raczej gniew lub niechęć zamiast współczucia, co oczywiście hamuje pomaganie.

Ogólnie rzecz biorąc, chętniej pomagamy osobom lubianym niż nielubianym i w zasadzie każdy czynnik nasilający atrakcyjność innego człowieka nasila też skłonność do pomagania mu. Dotyczy to na przykład atrakcyjności fizycznej (niezależnie od płci chętniej pomagamy osobom ładnym niż brzydkim), a przede wszystkim podobieństwa (poglądów, cech osobowości, a nawet sposobu ubierania się).

45.2.2.3 Relacje między dawcą a biorcą pomocy

Co ciekawe, większa skłonność do pomagania osobom podobnym może wynikać nie tylko z większej do nich sympatii, ale także z faktu, że dobro takich osób może być traktowane w podobny sposób jak dobro własne. Prawidłowość ta została wykazana w licznych badaniach Janusza Reykowskiego (1979) i jego współpracowników. Sformułowana przez tego autora regulacyjna teoria osobowości zakłada, że głównym regulatorem ludzkiego postępowania jest tak zwana przestrzeń semantyczna, która obejmuje struktury umysłowe reprezentujące różne obiekty z naszego otoczenia społecznego. Przestrzeń owa ma własności metryczne, co oznacza, że reprezentacje poszczególnych obiektów mogą znajdować się blisko lub daleko od siebie w przestrzeni semantycznej. Im mniejszy dystans oddziela reprezentacje jakichś dwóch obiektów, tym bardziej zbliżone są poznawcze, emocjonalne i behawioralne reakcje człowieka w stosunku do tych obiektów (Reykowski, 1982). Z różnych względów kluczową rolę w postępowaniu człowieka odgrywa struktura Ja, czyli reprezentacja własnej osoby (por. rozdz. 35.). Im bliżej struktury Ja znajduje się reprezentacja innego obiektu (na przykład innego człowieka), tym bardziej jesteśmy skłonni przypisywać owemu obiektowi właściwości zbliżone do naszych własnych i tym bardziej stany tego obiektu (na przykład potrzeby innego człowieka) motywują nas do postępowania w określony sposób. W zgodzie z tym rozumowaniem badani skłonni są wykonywać więcej pracy na rzecz osoby podobnej niż niepodobnej do nich samych, a zależność ta utrzymuje się nawet po wyeliminowaniu stopnia sympatii zrodzonej przez podobieństwo (Karyłowski, 1975).

Badania grupy Reykowskiego wykazały, że skłonność do pomagania innym uzależniona jest od względnej siły zaabsorbowania sobą i drugim człowiekiem. Na przykład Teresa Szustrowa (1972) stwierdziła, że osoby skoncentrowane na sobie i cechujące się krańcowo niską lub wysoką samooceną są mniej prospołeczne od osób nieskoncentrowanych na sobie. Maria Jarymowicz (1979) wykazała, że łagodzenie problemów z poczuciem własnej wartości prowadzi do wzrostu motywacji prospołecznej i gotowości do dostrzegania problemów innych ludzi. Z kolei Grażyna Kochańska (1980) koncentrowała swoich badanych na stanach drugiego człowieka, stwierdzając wzrost prospołeczności u badanych dowiadujących się, że ich pomoc poprawiła samopoczucie osób, którym uprzednio pomogli.

Elegancką ilustracją roli względnego zaabsorbowania sobą i innymi jest jeden z eksperymentów Karyłowskiego (1982), w którym osoby badane pracowały dla siebie lub dla nieznajomego partnera. Kiedy w trakcie eksperymentu wywołano u badanych koncentrację na własnej osobie (poprzez umieszczenie przed nimi lustra, co jest standardową

metodą nasilania autokoncentracji), spowodowało to spadek ilości pracy na rzecz partnera, choć nie wpłynęło na ilość pracy dla siebie. Jednakże u osób silnie wyznających normę, że należy pomagać innym, autokoncentracja spowodowała wzrost ilości pracy na rzecz nieznajomego, co tłumaczyć można wzrostem aktywizacji silnie cenionej normy pomagania wskutek sytuacyjnie wywołanej autokoncentracji. Osoby ceniące tę normę bardziej starały się ją spełnić we własnym zachowaniu, ponieważ rezultatem autokoncentracji jest wzrost motywacji do redukowania rozbieżności między własnym postępowaniem a standardami uważanymi za słuszne dla danej sytuacji (Wicklund, 1975). W pewnym sensie więc te osoby również pracowały dla siebie, choć nie poprzez zwiększanie liczby uzyskiwanych punktów, lecz poprzez podtrzymywanie wysokiej samooceny w wyniku zachowania zgodnego z cenioną (i uwypukloną sytuacyjnie) normą. Rozumowanie to doprowadziło Karyłowskiego do postulowania dwóch typów motywacji mogącej leżeć u podstaw pomagania. **Motywacja endocentryczna (skierowana do wewnątrz) to tendencja do pomagania innym po to, by polepszyć swoje samopoczucie,** w szczególności utrzymać lub podwyższyć własną samoocenę dzięki przypisywaniu sobie pochlebnych właściwości w wyniku postępowania zgodnego z normami. **Motywacja egzocentryczna (skierowana na zewnątrz) to tendencja do pomagania innym po to, by polepszyć ich samopoczucie,** w szczególności zaspokoić ich potrzeby. Oba te rodzaje motywacji mogą nasilać pomaganie, choć w różnych sytuacjach – na przykład dla osoby motywowanej endocentrycznie najważniejsze jest, by to właśnie ona pomogła człowiekowi znajdującemu się w potrzebie, podczas gdy dla osoby motywowanej egzocentrycznie najważniejsze jest, by pomoc została udzielona. Karyłowski wykazał, że przewaga endo- lub egzocentrycznej motywacji do pomagania zależy u osób dorosłych od oddziaływań wychowawczych ich rodziców, jakim te osoby były poddawane w dzieciństwie.

Ogólnie rzecz biorąc, chętniej pomagamy także członkom grupy własnej, o której mówimy „my", niż obcym. Wynika to z większego poczucia odpowiedzialności za członków grupy własnej oraz z utożsamiania ich dobra z dobrem własnym, a także z silniejszego uwikłania normy wzajemności w kontakty z członkami grupy własnej (częściej im coś zawdzięczamy z przeszłości i bardziej możemy liczyć na ich wzajemność w przyszłości). Z tychże powodów ludzie najczęściej pomagają własnej rodzinie, jak tego dowodzą obserwacje antropologów kulturowych, a także relacje o zachowaniu ludzi podczas klęsk żywiołowych (najpierw pomagamy najbliższym krewnym, potem dalszym, potem przyjaciołom i sąsiadom, a na końcu nieznajomym). Pomaganie krewnym może mieć również powody biologiczne. Sformułowana przez biologów Johna Haldane'a i Williama Hamiltona teoria doboru krewniaczego zakłada, że pomaganie krewnym z poświęceniem za nich własnego życia włącznie jest w istocie zachowaniem mającym na celu propagację własnych genów (które mogą przetrwać w bliskich krewnych). Z tego punktu widzenia na przykład wysiłek wkładany przez rodziców w opiekę nad dziećmi nie jest przejawem altruizmu, lecz realizacją biologicznego interesu, jakim jest przekazanie własnych genów przyszłym pokoleniom (por. Dawkins, 1996). Obserwacje zwierząt dowodzą, że skłonność osobników do altruizmu rośnie wraz ze stopniem ich pokrewieństwa, a wśród ludzi na przykład bliźnięta jednojajowe bardziej się wzajemnie wspierają niż bliźnięta dwujajowe (Segal, 1984).

45.2.2.4 Stan emocjonalny osoby pomagającej

Uczuciem, które najsilniej sprzyja pomaganiu innym, jest zapewne miłość – wielu autorów zakłada, że definicyjnym składnikiem tego uczucia jest skłonność do poświęcania dobra własnego na rzecz dobra partnera, czy też całego związku. Zdumiewające jest zatem, że – jak dotąd – nie ma rzetelnych badań nad

wpływem miłości na pomaganie. Istnieją natomiast badania przekonujące, że uczuciem wydatnie nasilającym pomaganie jest poczucie winy. Jeżeli klientki w dużym sklepie napotkają na swej drodze kobietę, której rozsypała się siatka z zakupami, zaledwie 15% z nich pomaga jej pozbierać zakupy. Jeżeli jednak takie same klientki wprowadzone zostaną w przekonanie, że oto właśnie zepsuły wzięty z półki sklepowej aparat fotograficzny, aż czterokrotnie więcej spośród nich pomaga

RAMKA 45.4

Zbliżone, czy nawet nominalnie te same emocje mogą wywierać zróżnicowany wpływ na pomaganie w zależności od tego, na czym dokładnie skupiają one uwagę przeżywającego je człowieka. Dowodzą tego także badania, w których wzbudzano w badanych smutek, prosząc ich o wyobrażanie sobie, że ich najbliższy przyjaciel umiera na raka (Thompson, Cowan i Rosenhan, 1980). Część badanych była przy tym proszona o wyobrażanie sobie własnych uczuć w tej sytuacji („Wyobraź sobie, jak miesiącami starasz się go rozweselić, choć sam jesteś bardzo smutny... jak musisz przyglądać się jego umieraniu po kawałku, dopóki nie zostaniesz sam"), inna część zaś – o wyobrażanie sobie uczuć przyjaciela („Wyobraź sobie, jak leży całymi dniami na łóżku, przeczekując niekończące się godziny w nadziei na to, że coś się zdarzy i odwróci los. Bez skutku"). Obie grupy były jednakowo poruszone i smutne po tych wyobrażeniach, kiedy jednak poproszono je o anonimową pomoc po badaniu, udzieliło jej tylko 25% osób koncentrujących się uprzednio na własnych odczuciach i aż 83% tych, które koncentrowały się na uczuciach innej osoby.

nieznajomej (Regan, Williams i Sparling, 1972). Pomaganie służyć więc może jako sposób na odkupienie win, czego dowodzi także fakt, iż wzrost pomagania jest silniejszy, kiedy o naszej winie wiedzą inni, a słabszy – kiedy pozbędziemy się poczucia winy w inny sposób (na przykład wyznając winę). Co interesujące, pomagania nie nasila wstyd, choć jest to emocja zbliżona do poczucia winy. Jednak różnica między nimi polega na tym, że poczuciu winy towarzyszy koncentracja na konkretnych, niewłaściwych postępkach, podczas gdy wstyd jest globalną reakcją na poczucie bezwartościowości własnej osoby. Stąd też poczuciu winy częściej towarzyszą próby konstruktywnego zaradzenia własnym niepożądanym działaniom, wstydowi zaś – raczej próby ucieczki lub destruktywne obrócenie gniewu przeciw innym (Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marschall i Gramzow, 1996).

Poza konkretnymi emocjami skłonność do pomagania innym pozostaje także pod wpływem bardziej rozlanego, niespecyficznego nastroju. Ogólnie rzecz biorąc, nastrój pozytywny podnosi szanse pomagania innym zarówno wtedy, kiedy wywołany jest niedawnym sukcesem, jak i wtedy, gdy spowodowało go obejrzenie wesołego filmu, słuchanie przyjemnej muzyki bądź dobrych wiadomości, a nawet ładna pogoda czy znalezienie monety w automacie telefonicznym (wszystkie te manipulacje w różnych eksperymentach nasilały pomaganie innym). Dzieje się tak dlatego, że pozytywny nastrój „nakłada nam różowe okulary", czyli aktywizuje pozytywne kategorie interpretacyjne, dzięki czemu świat jest widziany jako przyjemniejszy, a ludzie – jako bardziej zasługujący na pomoc (Isen, 1984). Jednak zwykle zależy nam na utrzymaniu dobrego samopoczucia, stąd też wzrost nastroju hamuje takie formy pomagania, które mogłyby zepsuć dobry humor (na przykład dlatego, że oznaczają ryzyko albo narażają na kłopotliwe zainteresowanie ze strony innych), choć nasila takie formy pomagania, które dobry humor podtrzymują (przynosząc aprobatę i uznanie innych z powodu udzielenia pomocy).

Tak jak pozytywny nastrój podnosi dostępność dodatnio oznakowanych kategorii poznawczych, tak nastrój negatywny aktywizuje kategorie oznakowane negatywnie. Nastrój negatywny winien zatem hamować skłonność do pomagania i dowodzi tego wiele badań. Równie wiele badań wykazuje jednak wzrost prospołeczności pod wpływem negatywnego nastroju. Dzieje się tak dlatego, że pomaganie innym jest stosunkowo prostą i często stosowaną techniką wychodzenia z negatywnego nastroju i wprowadzania samego siebie w dobry humor, jak twierdzą Cialdini, Kenrick i Bauman (1981). Autorzy ci zauważają, że większość badań, w których wykazano spadek prospołeczności pod wpływem złego nastroju, to badania na dzieciach, podczas gdy większość badań wykazujących wzrost prospołeczności to badania na osobach dorosłych. W przeciwieństwie do dzieci, dorośli wiedzą już, że pomaganie innym poprawia człowiekowi humor. W zgodzie z tym rozumowaniem pozostają też wyniki badań wskazujące, że nie każdy rodzaj pomagania ulega nasileniu pod wpływem złego nastroju. Zjawisko to dotyczy w szczególności sytuacji, gdy: (1) zachowanie pomocne jest łatwe i nie wymaga dużego wysiłku, (2) istnieją powody, by wierzyć, że wykonanie tego zachowania poprawi humor wykonawcy, (3) niedostępne są inne formy poprawienia złego nastroju, (4) początkowy zły nastrój jest niezbyt silny (Berkowitz, 1987).

45.3
Atrakcyjność interpersonalna

Atrakcyjność interpersonalna to pozytywna postawa w stosunku do innego człowieka. Zarówno pojęciowe, jak i czynnikowe analizy skal szacunkowych mierzących atrakcyjność pozwalają wyróżnić dwa jej składniki: sympatię, która grupuje takie zmienne, jak lubienie i chęć przebywania z daną osobą; oraz szacunek, grupujący takie zmienne, jak podziw i poszukiwanie opinii tej osoby. Większość koncepcji i badań psychologii społecznej dotyczy tylko pierwszego z tych składników.

45.3.1
Teorie atrakcyjności

Kształtowanie się pozytywnej postawy wobec innego człowieka wyjaśniane jest przez dwie grupy koncepcji, z których pierwsza zakłada, że nasz stosunek do innego człowieka jest uzależniony od bilansu nagród i kar dostarczanych nam przez tego człowieka. Druga grupa koncepcji odwołuje się do równowagi i zgodności poznawczej, jaką zapewnia nam ów człowiek.

45.3.1.1
Teoria nagród i kar

Koncepcja kar i nagród zakłada, że lubimy jakąś osobę, jeżeli jest ona skojarzona z nagrodami (zdarzeniami przyjemnymi), nie lubimy zaś osób skojarzonych z karami (zdarzeniami nieprzyjemnymi). A zatem lubimy tych, których cechy oceniamy pozytywnie, którzy dobrze się o nas wyrażają, działają na rzecz naszego dobra. I na odwrót – nie lubimy osób o cechach nieprzyjemnych, źle o nas mówiących i działających na naszą szkodę. U podstaw tych oczywistych zależności leży prosty mechanizm klasycznego warunkowania reakcji emocjonalnej: zaczynamy kogoś lubić bądź nie znosić dlatego, że na tę pierwotnie obojętną osobę przenosi się nasza reakcja emocjonalna z pozytywnych bądź negatywnych bodźców skojarzonych z tą osobą.

Zgodnie z afektywno-wzmocnieniowym modelem atrakcyjności Donna Byrne'a (1971), na atrakcyjność wpływają jedynie takie cechy innego człowieka czy sytuacji, które są w stanie wywołać w nas reakcję uczuciową (afek-

tywną). Wpływy wzmocnień dodatnich i ujemnych (czyli nagród i kar) kombinują się przy tym wedle następującej reguły:

$$[45\text{-}1] \quad A = m\frac{\Sigma N w}{\Sigma N w + \Sigma K w} + k$$

gdzie A oznacza atrakcyjność, N – nagrodę, K – karę, w – ważność nagrody lub kary, natomiast m oraz k są stałymi wyznaczanymi empirycznie.

Równanie to należy odczytywać następująco: atrakcyjność dowolnej osoby jest dodatnią prostoliniową funkcją sumy ważonych nagród skojarzonych z tą osobą, podzielonej przez liczbę ważonych kar i nagród skojarzonych z tą osobą. Oznacza to, że atrakcyjność zależy nie od samej liczby i ważności nagród, lecz od ich proporcjonalnego udziału w ogólnej liczbie wzmocnień (nagród i kar) skojarzonych z daną osobą. Liczne badania Byrne'a i współpracowników dowodzą trafności tej reguły w odniesieniu do różnych nagród i kar, choć większość dotyczy tej szczególnej nagrody, jaką jest podobieństwo opinii innego człowieka do naszych poglądów, oraz szczególnych kar w postaci odmienności owych opinii.

Koncepcja Byrne'a przewiduje, że wyznacznikami atrakcyjności innego człowieka są nie tylko nagrody i kary, których jest on sprawcą, ale także te, z którymi jest tylko skojarzony, nawet jeżeli w żadnym stopniu nie jest za nie odpowiedzialny. Nieznana osoba obecna w trakcie otrzymywania nagród jest bardziej lubiana od osoby obecnej podczas karania, a nieznajomy poznany w dusznym i gorącym pokoju jest mniej lubiany od tego samego człowieka spotkanego w komfortowych warunkach (Griffitt, 1970). Głucha niechęć przeciętnego Polaka do – Bogu ducha winnych – współpasażerów zatłoczonego tramwaju ma więc swoje źródło właśnie w przenoszeniu reakcji emocjonalnej z paskudnych warunków na neutralne osoby (a nie wynika, na przykład, z narodowego charakteru Polaków).

Większość opisywanych dalej wyników badań nad wyznacznikami atrakcyjności wyjaśnić można prostym twierdzeniem, że nagrody rodzą atrakcyjność, podczas gdy kary ją obniżają. Większość tych wyników trudno byłoby jednak przewidzieć na podstawie tego twierdzenia, jako że w ogóle trudno przewidzieć, co stanie się nagrodą, a co karą w konkretnej sytuacji, jeżeli oddziałuje w niej równocześnie wiele czynników. Nagrody i kary dawane i otrzymywane w kontaktach społecznych nie mają charakteru transsytuacyjnego: zdarzenie, które w jednej sytuacji jest nagradzające, w innym kontekście może być neutralne, czy nawet karzące. Uśmiech egzaminatora zwiększa naszą do niego sympatię, gdy wpisuje on nam piątkę, ale ten sam uśmiech może powiększać antypatię, jeżeli uśmiechnięty egzaminator wpisuje nam dwóję. Znaczenie przypisywane uśmiechowi zależy od innych, współwystępujących z nim w danej sytuacji zdarzeń i to samo dotyczy wielu innych wzmocnień pojawiających się w kontaktach społecznych. Jest to poważna słabość teorii kar i nagród, na której podstawie można wprawdzie prawie wszystko wyjaśnić, ale prawie niczego nie można przewidzieć w sytuacjach społecznych.

45.3.1.2 Teoria równowagi poznawczej

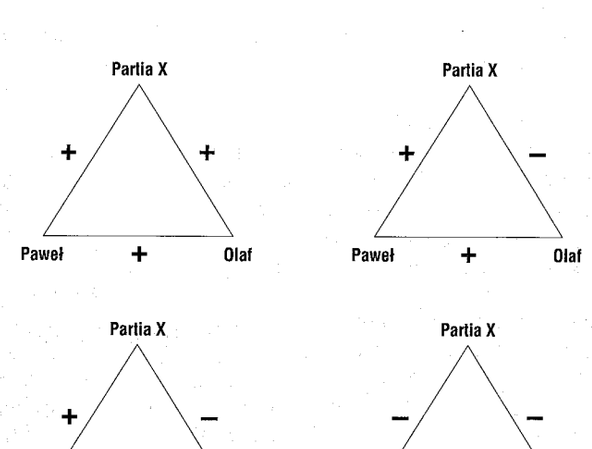
Mniej ogólnikowa jest tu koncepcja zgodności, koncentrująca się na jednym tylko rodzaju nagród i kar – tych, które wynikają ze sposobu, w jaki inny człowiek oddziałuje na nasze dążenie do zgodności poznawczej. Zgodność taka oznacza harmonię między różnymi wyznawanymi przez nas poglądami i postawami, bądź też między poglądami i zachowaniem. Jedną z koncepcji zgodności jest teoria dysonansu poznawczego (por. rozdz. 42.), inną – teoria równowagi poznawczej, sformułowana przez Fritza Heidera (1958). Zakłada ona dążenie do wewnętrznej zgodności postaw w stosunku do obiektów tworzących wspólną **jednostkę poznawczą**,

to jest spostrzeganych jako wzajemnie do siebie przynależące na mocy sprawstwa (na przykład Paweł założył partię X), podobieństwa lub wspólnoty poglądów (Paweł i Olaf są działaczami partii), bliskości, współwystępowania, pomagania sobie, czy nawet stosunku własności. Relacja jednostkowa występuje więc zawsze wtedy, kiedy dwa czy więcej obiektów tworzy wspólnie „figurę na tle" innych osób lub obiektów niewchodzących w skład danej jednostki. Obiekty w obrębie jednostki są ponadto powiązane relacjami afektywnymi, to jest stosunkami sympatii – antypatii (na przykład Olaf ceni partię X albo Paweł nie znosi Olafa).

Typową jednostką jest układ P–O–X, gdzie P oznacza podmiot, czyli osobę, z której punktu widzenia cała sytuacja jest rozważana, O oznacza inną osobę, a X oznacza jakiś obiekt (bądź trzecią osobę). Załóżmy przykładowo, że P to Paweł, O to Olaf, a X to partia polityczna, co ilustruje rycina 45-3.

Relacje typu jednostkowego i afektywnego wpływają na siebie w taki sposób, że:

(1) wystąpienie pozytywnej relacji afektywnej między jakimiś elementami wzbudza tendencję do ich połączenia relacją jednostkową (jeżeli Paweł polubił Olafa, będzie się starał z nim spotykać, realizować wspólne cele itp.);
(2) wystąpienie negatywnej relacji afektywnej między jakimiś elementami wywołuje tendencję do przerwania jednostkowej relacji między nimi (jeżeli Paweł nie znosi Olafa, stara się z nim nie spotykać, nie być podobnym do niego itp.);
(3) wystąpienie relacji jednostkowej między jakimiś dwoma elementami wzbudza tendencję do ich połączenia pozytywną rela-



Zrównoważone i niezrównoważone jednostki poznawcze P–O–X (na przykład Paweł – Olaf – partia X)

Uwaga. Wszystkie jednostki widziane są z perspektywy P, plusy oznaczają albo relację jednostkową, albo pozytywną relację afektywną, minus oznacza negatywną relację afektywną. Jednostki zrównoważone zawierają zawsze parzystą liczbę relacji ujemnych (lub ich brak), jednostki niezrównoważone zawierają nieparzystą liczbę takich relacji.

RYCINA 45-3

cją afektywną (jeżeli Paweł często spotyka Olafa, to zaczyna go lubić).

Wzajemny wpływ obu typów relacji sprawia, że jednostka poznawcza może być zrównoważona (kiedy oba typy relacji do siebie pasują) albo niezrównoważona (różne relacje nie pasują do siebie). Pojawienie się nierównowagi wzbudza automatycznie tendencję do jej przywrócenia, czyli do zmiany jakiejś relacji, tak aby ją dopasować do pozostałych. Stan równowagi i nierównowagi ilustruje rycina 45-3. Nasza przykładowa jednostka P–O–X będzie w równowadze, jeżeli Paweł lubi Olafa i obaj albo cenią, albo odrzucają partię X. Jednostka ta będzie w nierównowadze, jeżeli Paweł lubi Olafa, ale mają odmienny stosunek do partii X. Równowaga zostanie przywrócona, jeżeli Paweł przestanie się przyjaźnić z Olafem, albo też sam zacznie lubić partię X lub nakłoni Olafa do wystąpienia z partii.

Ponieważ w roli relacji jednostkowej i afektywnej może występować wiele różnych związków typu osoba – osoba, osoba – przedmiot czy przedmiot – przedmiot, teoria Heidera odnosi się do bardzo szerokiego zakresu zjawisk. Tym bardziej że oprócz przykładowo rozważanej jednostki, zawierającej trzy elementy, możliwe są także jednostki o dowolnej liczbie elementów. Teoria wyjaśnia między innymi to, że:

(1) lubimy ludzi podobnych do nas samych, często spotykanych, którym wyświadczyliśmy przysługę, którzy nas lubią;
(2) lubimy należące do nas przedmioty tylko z tego powodu, że je posiadamy (nawet litera rozpoczynająca nasze imię bardziej się nam podoba od pozostałych liter alfabetu – Nuttin, 1987);
(3) lubimy często spotykane przedmioty tylko z powodu ich spotykania;
(4) rzeczywiste sympatie bądź antypatie wśród ludzi układają się zgodnie z zasadami równoważenia jednostek poznawczych (częściej, niż wynikałoby to z przypadku) i jeszcze częściej są spostrzegane w ten sposób przez ludzi;
(5) przewidując nieznane sobie sympatie bądź antypatie w grupie ludzi, czynimy to zgodnie z zasadami równoważenia jednostek poznawczych, a układy zrównoważone spostrzegamy jako bardziej harmonijne i trwalsze (Crockett, 1982).

Ten szeroki zakres zastosowań teorii równowagi jest jednak osiągany kosztem spadku jej precyzji. Przede wszystkim teoria sprowadza wszystkie relacje do prostej dychotomii „jest – nie ma", choć faktyczne relacje różnią się także siłą – nie tylko przecież lubimy bądź nie lubimy innych, ale możemy to odczuwać z większą lub mniejszą siłą, co często ma decydujące znaczenie. Do pewnych sytuacji teoria równowagi się nie stosuje, choć nie wiadomo, jak te sytuacje określić (na przykład jeżeli Paweł i Olaf kochają się w tej samej Marysi, to trudno przewidywać wzrost ich wzajemnej sympatii z tego właśnie powodu). Wreszcie, choć każda jednostka może zostać zrównoważona na kilka różnych sposobów, teoria Heidera nie zawiera żadnych twierdzeń pozwalających przewidywać, który z możliwych sposobów zrównoważenia zostanie faktycznie wybrany (notabene może to zależeć właśnie od ignorowanej przez teorię siły relacji – najsłabsze relacje powinny najłatwiej ulegać zmianie).

45.3.2
Wyznaczniki atrakcyjności

Atrakcyjność innej osoby zależy od częstości kontaktów z tą osobą, od jej zalet, atrakcyjności fizycznej, podobieństwa do nas samych, a także od przysług i komplementów, którymi nas ona obdarza.

45.3.2.1
Częstość kontaktów

Jednym z najrzetelniej powtarzanych wyników w badaniach nad doborem małżeńskim jest związek między częstością małżeństw a odległością między miejscami zamieszkania małżonków. Najwięcej jest takich małżeństw,

w których partnerzy mieszkali blisko siebie przed ślubem (na przykład w Holandii połowa wszystkich małżeństw zawierana jest przez osoby, których miejsca zamieszkania dzieliło nie więcej niż 10 kilometrów – de Hoog, 1979), najmniej zaś takich, w których partnerzy mieszkali daleko od siebie. Podobnie jest ze związkami przyjaźni. Tak więc duża częstość kontaktów rodzi sympatię, co jest jednym z przejawów zjawiska samej ekspozycji (im częściej eksponowany jest nam jakiś obiekt, tym bardziej go lubimy – por. rozdz. 43.).

Dość oczywiste wyjaśnienie związku sympatii z częstością kontaktów odwołuje się do pojęcia nagród i kar. W większości kontaktów społecznych zdarzenia pozytywne są znacznie częstsze niż zdarzenia negatywne, dlatego też im częstsze są kontakty między dwiema dowolnymi osobami, tym więcej mają one okazji, aby się wzajemnie nagradzać, co prowadzi do ich polubienia się. Jednak wyjaśnienie to jest bezsilne wobec faktów wskazujących na to, że nawet negatywne kontakty rodzą lubienie czy przywiązanie, jeżeli tylko są częste. Dzieci zwykle kochają swoich rodziców, nawet gdy postępowanie tych ostatnich między bajki każe włożyć opowieści o szczęśliwym dzieciństwie. Podobnie rodzice zwykle kochają swoje nowo narodzone dziecko, a miłość ta narasta wraz z upływem czasu, choć przynajmniej przez pierwszych kilka miesięcy swojego życia dziecko robi rzeczy skądinąd wyłącznie nieprzyjemne, a wielka ulga rodziców przychodzi dopiero wtedy, gdy dziecko nie robi nic (śpi).

By wyjaśnić wzrost lubienia wskutek samej częstości kontaktów, należy więc odwołać się do innych pojęć niż same kary i nagrody. Takim pojęciem jest na przykład usuwanie niepewności. Wszelkie nowe obiekty budzą naszą niepewność, i to tym bardziej, im bardziej są one aktywne. Już choćby z tego powodu nowi dla nas ludzie budzą niepewność stosunkowo największą. Oczywiście, jest ona redukowana w miarę narastania kontaktów z nimi – coraz lepiej orientujemy się, czego po kim możemy się spodziewać. I nawet kiedy dowiadujemy się, że niczego dobrego, to sam fakt, iż jednak wiemy, co to będzie, poprawia nasze samopoczucie (i nasz stosunek do często spotykanych osób).

Drugim istotnym tu pojęciem jest **responsywność**: partner jest responsywny w kontakcie o tyle, o ile to, co mówi i robi, stanowi odpowiedź (*respons*) na nasze działania. Responsywność partnera jest tym większa, im większa jest szansa, że odpowie on na nasze próby komunikowania się z nim, im więcej jego działań stanowi odpowiedź na nasze uprzednie działania oraz im bardziej rozbudowane są jego komunikaty (Davis, 1982). Partnerzy responsywni są ogólnie bardziej lubiani, a brak responsywności, stanowiący wyraz po prostu obojętności, jest problemem nękającym nieudane małżeństwa, nie pojawia się natomiast w małżeństwach udanych (Koren, Carlton i Shaw, 1980). Warto też zauważyć, że tak rozumiana responsywność jest w zasadzie jedyną nagrodą, jakiej dostarczyć może noworodek czy niemowlę swoim rodzicom.

Ogólnie rzecz biorąc, częstość kontaktów sama w sobie nie tyle budzi sympatię, co ją nasila. Jeżeli coraz częściej spotykamy osobę skądinąd już awersyjną, nie tylko nie wywołuje to naszej do niej sympatii, lecz nasila początkową awersję. Częstość kontaktów nasila więc dowolną emocję początkowo przeżywaną w stosunku do spotykanego człowieka.

45.3.2.2
Zalety

Lubimy ludzi charakteryzujących się cechami, które dają się lubić: życzliwych, towarzyskich, uczciwych, inteligentnych, o wysokim prestiżu i umiejętnościach społecznych, a więc wiedzących, jak się zachować, i wrażliwych na potrzeby innych. Teza o roli zalet partnera jest banalna, choć komplikuje ją kilka dalszych zależności.

Po pierwsze, lubienie partnera zależy nie tylko od jego zalet, ale i od wad, a wady i zalety nie są swoim lustrzanym odbiciem, wady bowiem odgrywają zwykle ważniejszą rolę niż zalety. Zjawisko to omawiane jest w rozdziale 42. pod nazwą efektu negatywności.

Zważmy też, że wykrycie wady ma bardziej nieodwracalne skutki niż wykrycie zalety. Po stwierdzeniu ważnej wady wycofujemy się z kontaktów z daną osobą, uniemożliwiając sobie wykrycie jej ewentualnych zalet, podczas gdy stwierdzenie zalet nie przeszkadza późniejszemu wykryciu wad.

Po drugie, co jest zaletą, a co wadą, silnie zależy od kontekstu, przede wszystkim od celów podmiotu kształtującego sobie stosunek do innego człowieka. Czym innym będzie więc decyzja o lubieniu kogoś jako współpracownika, czym innym zaś postanowienie o lubieniu go jako osoby, z którą wspólnie spędza się wakacje.

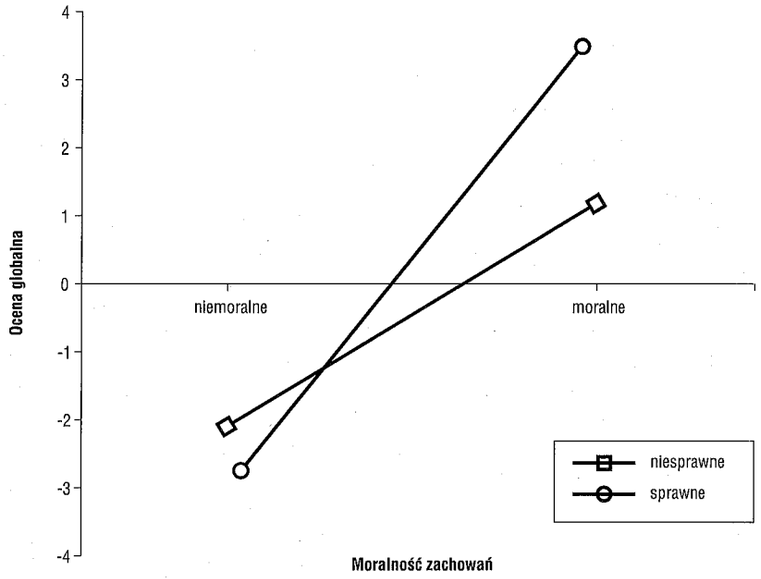
Po trzecie, co i jak dalece jest zaletą innego człowieka, zależy też od tego, jak jego cechy wpływają na naszą samoocenę. Zaletom innych przydaje wartości fakt, że możemy skąpać się w cudzej chwale i świecić odbitym blaskiem cudzych osiągnięć, na przykład ogłaszając wszem wobec, że chodziliśmy do jednej klasy z ministrem spraw meteorologicznych. Ponieważ kąpanie się w cudzej chwale jest tym skuteczniejsze, im większe są cudze zalety oraz im bliżej jesteśmy związani z osobą odnoszącą sukcesy, proces ten może nasilać cudzą atrakcyjność (a także prowadzić do spostrzegania cudzych sukcesów jako większych). Jednakże bliskość w stosunku do osoby odnoszącej wybitne sukcesy naraża nas również na niepochlebne porównania społeczne – na tle takiej osoby wypadamy gorzej niż bez porównań („On jest ministrem; a ty kim?"). Porównania społeczne mogą decydować o znielubieniu osoby właśnie z powodu jej zalet – i to tym bardziej, im są one większe oraz im bliżej takiej osoby jesteśmy. Czynnikiem decydującym o wystąpieniu jednego z tych dwóch procesów jest ważność dziedziny, w której inny człowiek odnosi sukcesy (Tesser, 1988). Jeżeli jest to dziedzina ważna dla nas samych (i my chcielibyśmy odnosić w niej sukcesy), cudzy sukces zagraża naszej samoocenie, a atrakcyjność drugiej osoby spada tym bardziej, im większe są jej

RAMKA 45.5

Bogdan Wojciszke, Róża Bazińska i Marcin Jaworski (1998) wykazali, że z reguły informacje o moralnych zaletach człowieka (takich jak uczciwość) silniej wpływają na stosunek do niego niż informacje o zaletach dotyczących jego sprawności (jak inteligencja), nawet jeżeli są one wyrównane pod względem pozytywności – negatywności. W jednym ze swoich badań prosili o ogólną ocenę 20 rzeczywistych osób i o oszacowanie tych osób pod względem 10 cech związanych z moralnością i 10 cech związanych ze sprawnością. Aż 53% wariancji ogólnych ocen zależało od moralnych cech przypisywanych osobom spostrzeganym, podczas gdy przypisywanie cech sprawnościowych wyjaśniało tylko 29% wariancji tych ocen. W innym eksperymencie badani oceniali ludzi na podstawie opisów ich zachowań, których treść zmieniała się według schematu 2 (moralnie pozytywne lub negatywne) x 2 (sprawnościowo pozytywne lub negatywne). Jak ilustruje rycina 45-4, decydująca dla oceny była informacja o moralności – gdy była ona dodatnia, ogólna ocena była zawsze pozytywna (nawet przy negatywnej informacji o sprawności). Gdy informacja o moralności była ujemna, ogólna ocena była zawsze negatywna (nawet przy pozytywnej informacji o sprawności). Najbardziej pozytywne oceny zyskiwały sobie osoby zarówno moralne, jak i sprawne. Jednak najbardziej negatywnie oceniane były osoby sprawne w czynieniu zła (a więc przy informacji negatywnej moralnie, ale pozytywnej sprawnościowo).

RAMKA 45.5 c. d.

Wyniki te wyjaśnia teoria Guido Peetersa (Peeters i Czapiński, 1990). Zakłada ona, że moralność drugiego człowieka jest zwykle bezwarunkowo istotna dla naszych losów (lepiej dla nas, gdy postępuje on moralnie, a gorzej, gdy jest niemoralny), podczas gdy jego sprawność jest korzystna jedynie w zależności od jego moralnych zamiarów (kiedy chce nam wyświadczyć dobro, to na jego sprawności zyskujemy, jednak kiedy ma złe intencje, to bardziej niekorzystna jest jego sprawność – na przykład bardziej nam może zaszkodzić złodziej sprawny niż niesprawny). Teoria ta wyjaśnia także interesujący fakt, że choć oceny innych osób silniej opierają się na ich moralności niż sprawności, dokładnie na odwrót jest w wypadku samoocen. Jeżeli samych siebie oceniamy wyraźnie pozytywnie lub negatywnie, to czynimy to częściej z powodów sprawnościowych niż moralnych, te same zachowania zaś skłonni jesteśmy interpretować w kategorii sprawności, jeżeli są to nasze własne zachowania, a w kategoriach moralności, jeżeli są to zachowania cudze (Wojciszke, 1994). Tak więc student przyłapany na ściąganiu podczas egzaminu ocenia siebie negatywnie („Jak mogłem być tak niezdarny") i jest negatywnie oceniany przez egzaminatora („Jak można tak oszukiwać"), choć w obu wypadkach powody ocen są zupełnie inne.



Oceny globalne innego człowieka w zależności od informacji o jego zachowaniach pozytywnych lub negatywnych moralnie i pozytywnych lub negatywnych ze względu na sprawność

Według: Wojciszke, Bazińska i Jaworski (1998, s. 1253), za zgodą wydawcy; *copyright* Society for Personality and Social Psychology Inc.

RYCINA 45-4

sukcesy. Jeżeli jednak dana dziedzina nie definiuje naszej wartości (nie zależy nam na sukcesach tego rodzaju), cudzy sukces pozwala nam świecić odbitym blaskiem, a atrakcyjność drugiej osoby rośnie tym bardziej, im większe są jej sukcesy.

45.3.2.3 Podobieństwo

Co stanowi zaletę, a co wadę partnera, zależy w pewnym stopniu od nas samych. Ogólnie rzecz biorąc, im bardziej sądzimy, że sami odznaczamy się jakimiś cechami, tym wyżej je cenimy (Wojciszke, 1986b) i uważamy za cechy ogólnie ważne. Nic więc dziwnego, że jednym z najsilniejszych wyznaczników sympatyczności innego człowieka jest jego podobieństwo do nas samych. W taki sposób oddziałuje podobieństwo właściwie pod każdym względem – od cech osobowości i nawyków, do kibicowania tej samej drużynie piłkarskiej. Jednak najsilniej działa podobieństwo poglądów, postaw i opinii. Im bardziej podobne są poglądy partnera do naszych własnych, tym bardziej go lubimy (Byrne, 1971).

Podobieństwo wpływa na lubienie z co najmniej trzech powodów. Po pierwsze, podobny znaczy tyle co pozytywny. Ponieważ na ogół lubimy własne cechy i cenimy własne poglądy, wykrycie ich u innego człowieka jest równoznaczne ze stwierdzeniem, że obdarzony jest on cnotami, a jego poglądy są rozsądne i słuszne. Skoro tak, to wzrost atrakcyjności wskutek podobieństwa powinien występować jedynie u osób, które same siebie cenią. Istotnie, Jerzy Karyłowski (1975) stwierdził związek podobieństwa z atrakcyjnością jedynie u osób o samoocenie dodatniej (korelacja $r = 0{,}51$), nie zaś o samoocenie ujemnej ($r = 0{,}11$).

Drugi powód jest taki, że podobieństwo samo w sobie jest nagradzające, ponieważ jego napotkanie jest dla człowieka dowodem jego własnych racji. Trafność wielu opinii można sprawdzić, opierając się na obiektywnych danych (kiedy była bitwa pod Grunwaldem? jaka gazeta sprzedaje się w Polsce najlepiej?). Jednakże większości tych opinii, które dla ludzi są naprawdę ważne, nie sposób sprawdzić na podstawie jakichkolwiek faktów, dotyczą one bowiem nie faktów, lecz wartości (za czy przeciw dopuszczalności aborcji?) bądź upodobań (kupować „NIE" Urbana czy nie?). W wypadku tych opinii jedynym sprawdzianem i rękojmią ich słuszności staje się wsparcie innych ludzi, stąd też podobieństwo w zakresie wartości i/lub upodobań budzi większą sympatię do partnera niż podobieństwo jego poglądów dotyczących sprawdzalnych faktów (Byrne, 1971). Podobną wymowę ma również fakt, że wynikające z podobieństwa lubienie jest tym silniejsze, im mniej jesteśmy pewni swoich poglądów, a więc im bardziej jest nam potrzebne ich społeczne wsparcie.

Trzeci powód, dla którego podobieństwo budzi sympatię, wiąże się z naszym oczekiwaniem, że ludzie podobni do nas będą nas również lubili. Ponieważ ludzkie sympatie i antypatie bardzo silnie rządzą się zasadą wzajemności, oczekiwanie, że ktoś (podobny) będzie nas lubić, samo w sobie rodzi sympatię do niego. Dowodzą tego badania, w których niezależnie manipulowano stopniem, w jakim partner był podobny do badanej osoby, i tym, czy partner tę osobę lubił, czy nie. Kiedy badany nie wiedział, czy partner go lubi, czy nie, lubił partnera, im bardziej ten był podobny. Kiedy jednak badany wprost dowiadywał się, że tamten go lubi bądź nie znosi, podobieństwo poglądów przestawało działać i badany reagował sympatią na partnera, który go lubił, antypatią zaś na partnera, który go nie lubił (Aronson i Worchel, 1966).

Zależność podobieństwo – atrakcyjność obowiązuje tylko w pewnych granicach. Niektóre z nich wskazano już wcześniej. Istotną granicą jest też ludzkie pragnienie zachowania własnej odrębności. Zbyt duże podobieństwo zagraża temu pragnieniu i może być awersyjne (i nudne!), obniżając atrakcyjność. Stąd też postuluje się krzywoliniowy związek podobieństwa z atrakcyjnością: lubimy osoby umiarkowanie do nas podobne, nie lubimy osób niepodobnych i skrajnie podobnych (Snyder i Fromkin, 1980). Inne często postulowane ograniczenie zależności atrakcyjności od podobieństwa to hipoteza komplementarności. Komplementarność potrzeb to układ, w którym partnerzy mają potrzeby przeciwne, lecz dopasowane w taki sposób, że realizacja potrzeb jednego z partnerów prowadzi do równoczesnego zaspokojenia potrzeb drugiego (jak w parach opiekuńczość – bezradność, dominacja – uległość). Rezultaty badań nie potwierdzają jednak tej hipotezy, między innymi dlatego, że nagradzająca wartość komplementarności zależy od dodatkowych czynników, takich jak układ płci między partnerami lub cechy współwystępujące z komplementarnymi. Zbigniew Nęcki (1975) wykazał, że na przykład układ dominacja – uległość z kobietą jako osobą dominującą nie jest nagradzający, ponieważ dominacji u kobiet towarzyszy wiele negatywnych cech, jak agresywność, nietolerancja czy impulsywność. Nagrody, jakie osoba uległa może uzyskać w kontakcie z dominującą kobietą, są więc relatywnie małe – w ogólnym rozrachunku przeważają kary.

45.3.2.4 Atrakcyjność fizyczna

To, czy polubimy inną osobę, czy nie, zależy także w dużym stopniu od tak z pozoru mało ważnej cechy, jak wygląd fizyczny. Wiele danych świadczy o tym, że „opakowanie", w jakim ludzie jawią się sobie nawzajem, wywiera silny wpływ na to, jak siebie spostrzegają i traktują. Krótko mówiąc, osoby ładne spostrzegane są w bardziej pozytywny sposób i lepiej traktowane (por. ramka 45.6).

Atrakcyjność wywiera najsilniejszy wpływ na ocenę umiejętności społecznych i na oce-

RAMKA 45.6

Liczne dane zebrane przez Elaine Hatfield i Susan Sprecher (1986) przekonują, że osoby ładne, w przeciwieństwie do brzydkich:

(1) spostrzegane są jako cechujące się szeregiem zalet ducha sprzyjających ich lubieniu, takich jak serdeczność, przyjazność, wrażliwość, zrównoważenie, towarzyskość, bycie miłym i interesującym;
(2) uważane są za szczęśliwsze i mające większe szanse na szczęście również w przyszłości;
(3) jako dzieci, w szkole podstawowej uzyskują lepsze stopnie i są uważane przez nauczycieli za mądrzejsze, grzeczniejsze i rokujące większe nadzieje na przyszłość;
(4) lepiej są traktowane przez bliźnich: częściej spotykają się z życzliwością, zachętą i wsparciem, a ich kontakty społeczne są ogólnie bardziej satysfakcjonujące;
(5) obciążane są mniejszą odpowiedzialnością za swoje naganne uczynki, a jeżeli popełnią przestępstwo, to są za nie słabiej karane (z wyjątkiem sytuacji, kiedy ich uroda jest „instrumentem" ułatwiającym popełnienie przestępstwa, na przykład wyłudzenie czegoś od innych);
(6) częściej uzyskują pomoc innych, choć rzadziej są o nią proszone;
(7) jeżeli są mężczyznami, zaczynają pracę od wyższej pensji i osiągają wyższe szczeble w karierze zawodowej;
(8) jeżeli są kobietami, częściej i szybciej wychodzą za mąż, w dodatku za lepiej zarabiających i wykształconych mężczyzn;
(9) mają więcej do powiedzenia we własnym małżeństwie niż ich partnerzy.

nę globalną, nieco słabszy na ocenę przystosowania, asertywności (siły w kontaktach z innymi) i zdolności intelektualnych oraz prawie żaden na ocenę moralności i troski o innych (Eagly, Ashmore, Makhijani i Longo, 1991). Wszystkie te różnice są rezultatem złudzenia, że „piękne jest dobre", ponieważ obiektywne pomiary cech osobowościowych wykazują brak rzeczywistych różnic między osobami ładnymi i brzydkimi (nawet pod względem samooceny!). Z jednym wyjątkiem, którym są umiejętności społeczne: osoby atrakcyjne są śmielsze i skuteczniejsze w kontaktach społecznych, łatwiej je nawiązują i lepiej potrafią dbać o ich sprawny czy przyjemny przebieg – co zapewne ma źródło w większej pozytywności ich doświadczeń społecznych.

45.3.2.5
Komplementy i przysługi

Zdrowy rozsądek podpowiada, że im więcej ktoś nam wyświadcza przysług, tym bardziej go lubimy, im więcej zaś wyrządza nam szkód, tym bardziej jest dla nas antypatyczny. Nie sposób zaprzeczyć drugiej części tego stwierdzenia. Jednak część pierwsza, o pozytywnej roli przysług, obowiązuje jedynie w mocno ograniczonym zakresie, o czym decydują przynajmniej trzy powody.

Po pierwsze, zgodnie z normą wzajemności, wyświadczenie przysługi obliguje jej odbiorcę do odpłaty tą samą monetą. Na przykład w pewnym badaniu aż 93% osób spełniało niewielką prośbę człowieka, który nieco wcześniej wyświadczył im, nieproszony, drobną przysługę (przyniósł coca-colę podczas wspólnego uczestnictwa w eksperymencie – Brehm i Cole, 1966). Jednakże właśnie z powodu tej normy przysługa może być odczuwana głównie jako nieprzyjemny nacisk ze strony wyświadczającego ją człowieka. Prowadzi to do oporu, czyli reaktancji (jak każde zagrożenie swobody wyboru) i w rezultacie do znielubienia tego człowieka.

Po drugie, ponieważ wszyscy wiemy, że przysługi mogą rodzić sympatię do ich sprawcy, odbiorca przysługi może łacno dojść do wniosku, iż uzyskanie tej właśnie sympatii jest jedynym powodem działań sprawcy. Miast być widziany jako miły i bezinteresowny, sprawca przysług zaczyna być spostrzegany jako lizus i manipulant, co budzi, rzecz jasna, antypatię. Dzieje się tak oczywiście tym bardziej, im bardziej odbiorca przysługi widzi siebie jako dysponenta jakichś dóbr stanowiących przedmiot pożądania sprawcy, nawet jeżeli nikt poza odbiorcą wcale tak nie uważa (Jones, 1964).

Po trzecie wreszcie, niektóre przysługi mogą być obraźliwe, bolesne lub poniżające dla ich odbiorcy, sugerują bowiem, że ten nie jest w stanie sam sobie poradzić bądź że godzien jest litości i opieki, niczym dziecko specjalnej troski. W najgorszym wypadku zaś przysługa może być tej wielkości bądź rodzaju, że nie pozostawia odbiorcy możliwości stosownego odwdzięczenia się.

Przysługi są więc z natury dwuznaczne (w przeciwieństwie do szkód), a ich świadczenie jest mało skutecznym sposobem pozyskiwania cudzej sympatii (por. Gordon, 1996). O wiele bardziej jednoznaczne są natomiast własne przysługi wyświadczane innym – mniej mamy przecież wątpliwości co do czystości własnych motywów niż cudzych. Stąd też chcąc zyskać czyjąś sympatię, to nie my powinniśmy danej osobie wyświadczać przysługi, lecz raczej subtelnie nakłonić ją do tego, aby to ona nam wyświadczyła przysługę. Przysłużywszy się nam, osoba ta przekona samą siebie, że na to zasłużyliśmy, a uzasadniając swój wysiłek, przypisze nam dodatnie cechy i w konsekwencji – bardziej nas polubi (Jecker i Landy, 1969).

Podobnie ograniczona jest skuteczność komplementów – aby komplementowany człowiek polubił nie tylko komplementy, ale też ich autora, spełnione muszą być co najmniej dwa warunki. Po pierwsze, osoba komplementowana musi być niepewna własnej wartości albo ogólnie, albo przynajmniej w dziedzinie, której komplement dotyczy. Przyjrzyjmy się badaniu, które jako pierwsze wykazało tę zależność (Dittes, 1959). Badani najpierw uczestniczyli w grupowej dyskusji, potem oceniali wzajemnie swój w niej udział, a następnie wszyscy formułowali końcowe oceny partnerów z grupy. Oceny udziału w dyskusji, jakie do badanych docierały, nie były jednak ocenami rzeczywistymi, lecz spreparowanymi przez badacza, który losowo wybranej połowie badanych przekazywał oceny sugerujące, że są przez grupę akceptowani, pozostałej połowie zaś – że są odrzucani. Reakcje osób badanych na oceny grupy silnie zależały od ich własnej samooceny. Osoby o samoocenie wysokiej niezbyt się przejmowały tym, co grupa o nich myśli, i pozostawały w stosunku do niej neutralne. Jednak w miarę spadku samooceny badanych dramatycznie narastała różnica między warunkami bycia akceptowanym i odrzucanym przez grupę: jednostki o samoocenie niskiej silnie odpowiadały (lubieniem) na akceptację i jeszcze silniej (nielubieniem) na odrzucenie przez grupę.

Pochlebstwa są skuteczne wtedy, gdy odnoszą się do tych właściwości komplementowanej osoby, które ona chciałaby mieć, ale nie jest pewna, czy je ma. Oczywiste, że nie warto zachwycać się ani inteligencją laureatki Nagrody Nobla, ani urodą Miss Europy – obie co najwyżej wzruszą ramionami na prawienie takich banałów. Problem jednak w tym, że zachwycanie się na odwrót – urodą laureatki i inteligencją Miss – również może być zabiegiem cokolwiek ryzykownym. Wiąże się to z drugim warunkiem skuteczności pochlebstw: aby pochlebstwo było skuteczne, musi być wiarygodne, a w każdym razie nie powinno na pochlebstwo wyglądać. Gdy pochlebca przesadzi, gdy jest oczywiste, że odbiorca komplementu odznacza się komplementowanymi cechami, albo kiedy los pochlebcy zależy od odbiorcy komplementu, komplementy tracą swą moc bądź przynoszą skutki odwrotne do zamierzonych. Stąd też pochlebstwa są bardziej skuteczne wtedy, kiedy osoba komplementowana raczej podsłucha pochlebną o sobie opinię niż kiedy jest ich jawnym i zamierzonym odbiorcą (Walster i Festinger, 1962).

45.4
Podsumowanie

Trzy najpopularniejsze teorie agresji wyjaśniają ją jako zachowanie instynktowne, jako skutek frustracji lub jako skutek uczenia. Dwie pierwsze z tych koncepcji są jednak fałszywe w świetle badań empirycznych: agresja nie ma instynktownego charakteru u ludzi (choć jest tak w wypadku niższych kręgowców), a związek między frustracją i agresją jest daleki od bezwyjątkowości. Agresja u ludzi jest zwykle rezultatem uczenia się, a główne wyznaczniki jej pojawiania się to prowokacja, pobudzenie emocjonalne i wzorce postępowania dostarczane przez innych ludzi (także za pośrednictwem mass mediów).

Główne wyznaczniki pomagania ludziom wiążą się z obecnością i postępowaniem innych osób, z kosztami pomagania i zaniechania pomocy, z normami wyznawanymi przez człowieka i jego stanami emocjonalnymi oraz z relacjami łączącymi go z osobą wymagającą pomocy. Sama obecność innych świadków hamuje udzielanie pomocy, ponieważ hamuje skłonność do interpretacji zdarzenia jako wymagającego interwencji (zjawisko niewiedzy wielu) oraz sprzyja uchyleniu się od osobistej odpowiedzialności za interwencję (efekt rozproszenia odpowiedzialności).

Atrakcyjność interpersonalna, czyli pozytywny stosunek do innej osoby, zależy przede wszystkim od jej podobieństwa do nas samych, od jej atrakcyjności fizycznej i od częstości naszych kontaktów z tą osobą. Bardziej złożony jest wpływ zalet (niektóre zalety innego człowieka zagrażają naszej samoocenie, a w konsekwencji obniżają jego atrakcyjność), a także wpływ komplementów pod naszym adresem i wyświadczonych nam przysług, niektóre przysługi i komplementy budzą w nas bowiem negatywne reakcje, gdyż widzimy je jako próby przypodchlebiania się lub obligowania do wzajemności.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Jakie są główne teorie agresji i jak przedstawia się ich trafność empiryczna?
2. Proszę ocenić prawdziwość hipotezy *katharsis* w odniesieniu do agresji.
3. Czy kary skutecznie hamują agresję?
4. Kiedy i dlaczego szansa uzyskania pomocy maleje w miarę wzrostu liczby osób, które mogłyby pomocy udzielić?
5. Jakie motywy mogą skłaniać człowieka do pomagania innym?
6. Od czego najsilniej zależy atrakcyjność innego człowieka?
7. Dlaczego komplementy i przysługi nie zawsze podnoszą atrakcyjność interpersonalną?

LITERATURA ZALECANA

Cialdini, R. B. (1998). *Wywieranie wpływu na ludzi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Karyłowski, J. (1982). *O dwóch typach altruizmu*. Wrocław: Ossolineum.
Nęcki, Z. (1990). *Wzajemna atrakcyjność*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
Reykowski, J. (1979). *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*. Warszawa: PWN.
Wojciszke, B. (1998). *Psychologia miłości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

46

Wpływ społeczny

Janusz Ł. Grzelak i Andrzej Nowak

Wpływ społeczny uwikłany jest w ogromną liczbę zjawisk społecznych. Definicja zaproponowana przez Bibba Latané (1981) określa **wpływ społeczny jako jakąkolwiek zmianę wywołaną rzeczywistą bądź wyobrażaną obecnością innych ludzi.** Chęć zmiany cudzych przekonań, postaw i zachowań innych jest jedną z najsilniejszych tendencji człowieka i pojawia się prawie zawsze w kontakcie dowolnych dwóch osób, nawet wtedy, gdy nie zamierzają na siebie wpływać. Na przykład naśladowanie zachodzi, mimo że osoba naśladowana najczęściej nie ma intencji wywołania zmiany. Z drugiej strony wywieranie wpływu może mieć charakter w pełni zamierzony i świadomy, jak to jest w wypadku opisywanych dalej manipulacji społecznych czy sprawowania władzy.

To wpływ społeczny sprawia, że grupy społeczne są czymś więcej niż zbiorem jednostek. Dzięki niemu możliwa jest koordynacja zachowań pojedynczych osób w działania grupowe, z przekonań pojedynczych osób wyłaniają się normy grupowe, a postawy jednostek prowadzą do pojawienia się opinii publicznej. Wpływowi społecznemu zawdzięczać można w znacznej mierze to, że jednostki są w stanie wykroczyć poza wąsko zdefiniowany interes własny i skierować swoje działania na realizację dobra grupy czy społeczeństwa (zob. rozdz. 44.2).

Wpływ społeczny jest siłą, która tkwi u podłoża przemian społecznych warunkujących postęp cywilizacji. Sukcesy wielkich ruchów społecznych, na przykład walki o równouprawnienie rasowe, często przypisywane są niezwykłym umiejętnościom wywierania wpływu przez przywódców tych ruchów. Podręczniki psychologii społecznej omawiają szczegółowo techniki wywierania wpływu stosowane przez Martina Luthera Kinga, który był w stanie doprowadzić do równouprawnienia rasowego bez użycia przemocy. Tak więc wpływ społeczny tkwi u podłoża zarówno tych zjawisk społecznych, których ludzkość najbardziej się wstydzi, jak i tych, z których jest dumna.

W rozdziale tym omówimy typowe przejawy i mechanizmy wpływu społecznego: od najprostszych – jak konsekwencje samej obecności innych ludzi – do bardziej złożonych – jak zamierzone manipulowanie innymi i sprawowanie władzy.

46.1

Wpływ obecności innych

46.1.1

Facylitacja społeczna

Samotna mrówka pracuje wolniej, mniej wydajnie niż wśród innych mrówek. To samo zjawisko zaobserwowano u ludzi. W jednym z pierwszych badań Floyda Allporta (1920) badani wykonywali dwa zadania: (1) dopisywali swobodne skojarzenia do przedstawionej im listy słów i (2) wymyślali argumenty podważające tezy zawarte w cytatach z dzieł starożytnych Rzymian. W obecności dwóch innych osób rosła nie tylko liczba wykonanych zadań, ale także jakość pracy. **Efekt wzrostu poziomu wykonania zadań wywołany samą obecnością innych nazywany jest facylitacją społeczną.**

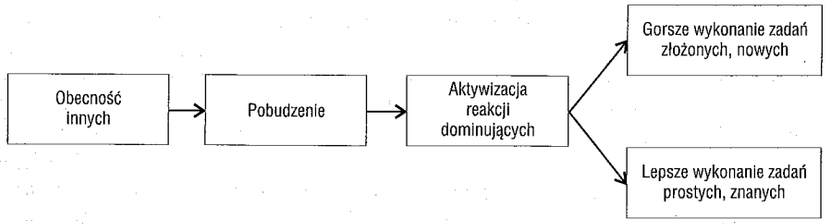
Niektóre badania pokazują jednak efekt przeciwny. W uczeniu się labiryntu i bezsensownych sylab na pamięć Pessin (1933) zaobserwował spowolnienie uczenia się w obecności innych, co nazwano zjawiskiem **hamowania społecznego**.

46.1.2

Kiedy facylitacja, kiedy zahamowanie?

Wyniki różnych badań wydawały się niemożliwe do pogodzenia aż do momentu, gdy Robert Zajonc (1965) zaproponował wyjaśnienie, które sprzeczność czyniły pozorną. Obecność innych, powiadał Zajonc, podnosi poziom pobudzenia i motywację. Wzrost pobudzenia i motywacji, jak wiadomo z wcześniejszych badań, zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia reakcji dominujących, silnie utrwalonych. Obecność innych powinna zatem poprawiać poziom wykonania zadań prostych, dobrze wyuczonych (gdzie jest tylko jedna reakcja dominująca), a obniżać poziom wykonania zadań skomplikowanych, trudnych lub nowych (gdzie brak jest jednej dominującej reakcji, a reakcje stosunkowo najsilniejsze nawzajem się wyhamowują – tym bardziej, im wyższy jest poziom pobudzenia). Rozumowanie Zajonca ilustruje rycina 46-1.

Zgodnie z tym rozumowaniem, efekt facylitacji zarejestrowano przy wykonywaniu zadań dobrze wyuczonych, efekt hamowania zaś – przy słabo wyuczonych (Cottrell, Wack, Sekerak i Rittle, 1968). Oba efekty wystąpiły jednak tylko wtedy, gdy badani wiedzieli, że pozostałe dwie osoby w laboratorium mogą je



Mechanizm facylitacji społecznej w teorii Roberta Zajonca

RYCINA 46-1

obserwować. Efekty zanikały, gdy w sposób oczywisty dla badanych inne osoby nie mogły ich obserwować (bo miały założone słuchawki i opaski na oczy). Wyniki te doprowadziły Cottrella i jego współpracowników do hipotezy, że sama obecność innych nie wystarcza. W ciągu życia uczymy się, że inni ludzie są dla nas źródłem nagród i kar i że zależy to od tego, jak oceniają nasze zachowanie. Pobudzenie wywołuje zatem nie tyle sama obecność innych, ile uwrażliwienie na ich oceny.

Uwrażliwienie na oceny innych może być przekonywającym wyjaśnieniem w wypadku ludzi, lecz staje się wielce problematyczne w wypadku zwierząt, tym bardziej że efekt facylitacji obserwowany jest często wśród zwierząt o zapewne mało wyrafinowanej psychice, na przykład wśród owadów.

Inni badacze (np. Markus, 1981) wskazują jednak na to, że sama obecność innych jest warunkiem wystarczającym do wywołania hamowania i facylitacji. Oba efekty występują bowiem także w sytuacjach, w których badani nie mieli żadnych podstaw do oczekiwania, że inne osoby obecne w sytuacji mogą oceniać ich zachowanie. Czy sama obecność innych jest więc wystarczającym źródłem pobudzenia?

Robert Baron (1986) postuluje, że źródłem pobudzenia jest konflikt między dwiema tendencjami: (1) do skupiania uwagi na wykonywanym zadaniu i (2) do zwracania uwagi na innych, którzy przy wykonywaniu zadania są obecni. Eksperymenty inspirowane tą hipotezą konfliktu uwagi (*distraction-conflict theory*) wskazują, że wpływ obecności innych na poziom wykonania zadania faktycznie zanika w warunkach, w których nie ma żadnych powodów, by badani zwracali uwagę na pozostałe osoby, a zatem gdy nie ma konfliktu uwagi powodującego pobudzenie. Wpływy takie pojawiają się natomiast, gdy sytuacja prowokuje, lub wręcz zmusza do zwracania uwagi i na zadanie, i na innych. To wyjaśnienie można zastosować także do zwierząt.

46.2

Konformizm

Konformizm to dostosowywanie przez ludzi swoich postaw, przekonań i zachowania do norm społecznych przyjętych w grupie. Zwykle proces dostosowania jest spontaniczny i mimowolny. Nawet wtedy, gdy mówimy o nacisku wywieranym przez grupę na jednostkę, nie oznacza to presji innej niż ta, która wynika jedynie z faktu, że członkowie grupy nie ukrywają przed sobą swoich postaw, opinii, norm.

RAMKA 46.1

Solomon Asch (1955) prosił badanych, by spośród trzech wyraźnie różniących się długościami linii wybrali tę, która jest równa czwartej linii – przedstawionej na oddzielnej planszy. Liczba błędów była znikoma, gdy badani oceniali długość w samotności (2–5%). W warunkach eksperymentalnych uczestnicy wykonywali to samo zadanie, ale w obecności innych osób, rzekomo również badanych, choć w rzeczywistości byli to współpracownicy eksperymentatora, którzy swoje oceny wypowiadali przed badanym. W większości prób podawali oni oceny błędne, ale czynili to w sposób jednomyślny. W serii eksperymentów okazało się, że znakomita większość, bo aż trzy czwarte badanych, przynajmniej raz zgodziła się z błędną oceną innych, czyli przejawiła konformizm. Zachowania konformistyczne odnotowano w sumie w ponad jednej trzeciej wszystkich prób.

46.2.1
Co konformizm nasila, a co osłabia?

Czynników nasilających lub osłabiających konformizm jest wiele, tu wymienimy tylko kilka z nich.

Wielkość grupy. W badaniach Ascha, a także w późniejszych, maksymalne efekty obserwowano, gdy na jednostkę wywierały presję trzy, cztery osoby. Gdy było ich więcej, wzrost konformizmu okazywał się mniejszy, choć wciąż widoczny. Wielu badaczy sądzi, że wynika to z malejącej wiarygodności członków grupy, jeśli manifestowane poglądy, standardy, opinie są identyczne. Identyczność presji wywieranej przez cztery osoby może budzić mniej podejrzeń o instrumentalne wywieranie wpływu, niż dzieje się to w wypadku dziesięciu osób.

Aktywizacja normy. Raymond Reno, Robert Cialdini i Carl Kalgren (1993) wyróżnili dwa rodzaje norm: normy opisowe (*descriptive*) i nakazowe (*injunctive*). Te pierwsze pokazują, co większość ludzi w danej sytuacji robi, te drugie – co w danej sytuacji jest aprobowane, a co nie. Badania tych autorów prowadzą do wniosku, że w sytuacjach, w których ludzie zachowują się w sposób społecznie pożądany, zachowanie to może być dodatkowo wzmocnione poprzez wzbudzenie normy deskryptywnej (czyli zwrócenie uwagi na to, że inni zachowują się poprawnie – zatem zwiększenie konformizmu). W pozostałych sytuacjach bardziej efektywnym sposobem skłonienia ludzi do zachowań pożądanych jest wzbudzenie normy nakazowej, zwrócenie uwagi na to, jak powinni się zachowywać. Innymi słowy, zachowanie zależy od tego, jaka norma jest w danej sytuacji zaktywizowana.

Przedmiot normy. Ludzie w większym stopniu ulegają presji innych, gdy jej przedmiotem jest konstatacja faktów niż gdy dotyczy ona gustów i upodobań. Rozmaitość preferencji jest społecznie akceptowana, rozmaitość sądów o rzeczywistości „obiektywnej" jest zagrażająca: ktoś musi się mylić, tym kimś mogę być ja (Gorenflo i Crano, 1989).

Jeśli sąd dotyczy spraw niejasnych i niepewnych, a redukcja tej niepewności wydaje się członkom grupy ich własnym dziełem (jak w eksperymentach Sherifa, 1935), to konformizm jest silniejszy niż wtedy, gdy sądy są doraźne i dotyczą spraw pozornie jasnych i wprost wyrażanych przez innych (jak w eksperymentach Ascha).

Atrakcyjność grupy i różnorodność poglądów. W kontekście wiedzy o relacjach interpersonalnych (zob. rozdz. 45.3) nie dziwi, że ludzie są bardziej konformistyczni wobec tych, których lubią, w grupach, które są dla nich atrakcyjne (Rotter, 1967). W eksperymentach Ascha radykalny spadek w uleganiu ocenom innych następował wtedy, gdy wśród innych była przynajmniej jedna osoba, która głośno oceniała długości linii w sposób poprawny. To jeszcze jedno świadectwo magicznej mocy wsparcia społecznego. Wystarczy jedna osoba o podobnych poglądach, by stawać się w sądach niezależnym od większości.

46.2.2
Dlaczego ludzie bywają konformistyczni?

Odpowiedź na to pytanie zdaje się od dawna dobrze znana: ludzie dostosowują swoje opinie, upodobania i zachowania do tych, które występują w ich grupie, ponieważ (1) chcą mieć trafny ogląd świata i (2) pragną być lubiani przez innych.

Ten pierwszy mechanizm nazwany został przez Mortona Deutscha i Harolda Gerarda (1955) **informacyjnym wpływem społecznym**. Jego istotą jest to, że opinie innych są dla nas w wielu sprawach kryterium poprawności, trafności, prawdziwości. Gdy w egzotycznym kraju, w wykwintnej restauracji i w wyśmienitym towarzystwie podają mi danie, do którego jedzenia zupełnie nie wiem, jak się zabrać, to dyskretnie rozglądam się dookoła i obserwacja innych (zwłaszcza tych, których uznaję za bardziej doświadczonych) podpowiada mi poprawne zachowanie.

Istotą drugiego mechanizmu, **wpływu normatywnego**, jest spełnianie oczekiwań innych jako droga do uzyskania ich akceptacji, sympatii i wsparcia. Potrzeba wsparcia społecznego jest jednym z najsilniejszych motywów społecznych, konformizm zaś jest jednym z najlepszych sposobów zaspokojenia tego motywu.

46.2.3
Nonkonformizm

W cieniu analiz klasycznych badań Ascha pozostało to, że w ponad dwóch trzecich prób badani nie poddali się presji współtowarzyszy. Jedna czwarta badanych nie poddała się ani razu. Można zatem mówić, że ludzie są zarówno konformistyczni, jak i niezależni. Dostosowanie do innych zapewnia aprobatę społeczną, ale kosztem utraty jakiejś części własnej tożsamości, kosztem poczucia własnej wyjątkowości (Snyder i Fromkin, 1977), a także kosztem poczucia własnej wartości jako kogoś lepszego niż większość. Konflikt między potrzebą odrębności, potrzebą aprobaty i dobrego mniemania o sobie bywa rozwiązywany poprzez wyrażanie poglądów, ocen i wartości nieco odmiennych od tych prezentowanych przez większość, ale odmienność ta zmierza w kierunku przez grupę akceptowanym. Można powiedzieć: „Nie jestem tuzinkowy, jestem nieco lepszy niż inni" (Jarymowicz i Codol, 1979).

Opór wobec presji większości może wypływać nie tylko z potrzeby posiadania własnej, odrębnej tożsamości, ale także z potrzeby sprawowania kontroli nad własnym losem. Ludzie różnią się natężeniem potrzeby kontroli, a jej wzrost hamuje skłonność do ulegania presji innych (Burger, 1992).

46.2.4
Kiedy mniejszość bywa siłą?

Konformizm zwykle wiązany jest z wpływem większości na mniejszość lub na jednostkę. Wiele znaczących inicjatyw społecznych,

RAMKA 46.2

Grupy badane przez Moscoviciego i współpracowników (Moscovici, Lage i Naffrechoux, 1969) składały się z sześciu osób – czterech właściwych badanych i dwóch współpracowników eksperymentatorów. W jednym z warunków eksperymentalnych dwaj współpracownicy konsekwentnie przez wszystkie próby nazywali zielonym eksponowany na przeźroczach kolor niebieski. W drugich warunkach współpracownicy losowo nazywali kolory raz niebieskim, raz zielonym. W pierwszym wypadku liczba błędnych odpowiedzi wyniosła średnio 8,4%, w drugim tylko 1,2%, a gdy oceny były dokonywane zupełnie niezależnie – zaledwie 0,25%. Sukces wpływu mniejszości wydawał się wynikać z jej spójności i konsekwencji w sądach. Dalsze badania pokazały, że efekt staje się jeszcze silniejszy, gdy mniejszość nie jest bezwyjątkowo konsekwentna, ale elastyczna w granicach, które sprawiają wrażenie uzasadnionych (choć niekoniecznie takie są).

Moscovici i współpracownicy stwierdzili ponadto, że mniejszość wpływała na percepcję kolorów w sposób niejako ukryty, niezauważalny. Po pierwszej fazie badania testowano widzenie barw i okazało się, że zieleń zajmowała w spektrum barw większy przedział niż przed eksperymentem. Efekt ten był obserwowany nawet wśród osób, których oceny kolorów deklarowane w pierwszej części eksperymentu były całkowicie poprawne.

ruchów społecznych czy mód zaczyna się jednak od przełamywania przez mniejszość idei, norm, kanonów, obyczajów większości. W jakich warunkach to większość ulega presji mniejszości, a nie odwrotnie? Odpowiedź przynoszą eksperymenty Serge'a Moscoviciego i współpracowników (zob. ramka 46.2), na których podstawie stwierdzono między innymi, że efektywność oddziaływania mniejszości na większość zależy od spójności i konsekwencji w sądach formułowanych przez mniejszość.

Mniejszość wpływa na zakres przetwarzanych informacji, rozszerza horyzonty poprzez koncentrację na faktach, opiniach czy zdarzeniach, które normalnie umknęłyby uwadze członków grupy. Nietypowe reakcje mniejszości są na przykład lepiej odtwarzane z pamięci niż nietypowe reakcje większości (Nemeth, Mayseless, Sherman i Brown, 1990).

46.3

Polaryzacja grupowa

Częste jest mniemanie, że skłonność do konformizmu prowadzi do ujednolicenia postaw wszystkich członków grupy. To prawda, że grupy, poza nielicznymi wyjątkami, nie tolerują odstępców. Nie oznacza to jednak, że nie zmieniają się postawy czy poglądy samej grupy. Okazuje się, że w wyniku interakcji i dyskusji wewnątrz grupy uskrajniają się poglądy większości jej członków.

Początkowo, w latach sześćdziesiątych (np. Wallach, Kogan i Bem, 1962), wydawało się, że dyskusja w grupie, która ma prowadzić do jednomyślnej decyzji, zwiększa gotowość jej członków do podejmowania decyzji bardziej ryzykownych niż decyzje, które skłonni byli podjąć przed dyskusją. Zjawisko to nazwano przesunięciem ryzyka (*risky shift*). Rychło jednak okazało się, że dyskusje w grupie mogą czynić decyzje jej członków czasem ryzykownymi, czasem zaś bardziej konserwatywnymi niż te sprzed dyskusji. Należy zatem mówić raczej o polaryzacji niż o przesunięciu ryzyka. **Polaryzacja grupowa to tendencja do podejmowania po dyskusji w grupie decyzji bardziej skrajnych niż te, które każdy z członków podjąłby sam.**

Rzecz zresztą nie dotyczy tylko decyzji, ale także opinii i postaw, które ulegają uskrajnieniu w wyniku dyskusji. To, jaki jest kierunek zmian, zależy od pierwotnego rozkładu postaw w grupie. Jeśli na początku w jakiejś grupie znajdują się umiarkowani oponenci eutanazji, to wymiana poglądów prowadzi do opinii bardziej przeciwnych eutanazji niż przed dyskusją. Jeśli pierwotnie, przed wymianą poglądów, członkowie grupy są eutanazji raczej przychylni, to dyskusja najprawdopodobniej doprowadzi do przychylności jeszcze większej. A zatem zamiast spodziewanego często ujednolicenia postaw na poziomie kompromisu, czyli „uśrednionej" postawy większości, członkowie grup ujednolicają w trakcie interakcji swoje poglądy, zarazem je uskrajniając.

Spośród licznych wyjaśnień tego zjawiska dwa w szczególności zasługują na uwagę. Wyjaśnienie Rogera Browna (1974) odwołuje się do teorii porównań społecznych. W trakcie dyskusji ludzie porównują swoje stanowiska ze stanowiskami innych członków grupy. Chcą, by ich poglądy były widziane przez innych jako podobne i zarazem równie zdecydowane. Jeśli zauważają – a tak właśnie zwykle się zdarza w grupach – że inni mają stanowiska podobne, to zwiększa się poczucie trafności własnej postawy, to zaś sprzyja prezentowaniu tego stanowiska z większą pewnością siebie i tym samym z zapewne odrobinę większą ostrością. Widzą to i słyszą pozostali członkowie grupy, dla których nowe stanowisko staje się punktem odniesienia i prowadzi do uskrajnienia własnego.

Eugene Burnstein i Amir Vinokur (zob. Burnstein, 1983) wyjaśniają polaryzację właściwościami grupowego przetwarzania informacji. Dyskusja stwarza okazję do wymiany poglądów i argumentów je uzasadniających. Liczba argumentów, którymi każdy członek grupy dysponuje, jest, oczywiście, mniejsza od liczby argumentów przedstawianych w dyskusji. Są to przeważnie argumenty uzasadniające początkowe stanowisko członków grupy, nic zatem dziwnego, że dyskusja krystalizuje i uskrajnia właśnie początkowe stanowisko grupy. Czynnikiem zasadniczym zmieniającym poglądy uczestników dyskusji jest liczba i jakość argumentów.

Wiele badań potwierdza i jedno, i drugie wyjaśnienie. Nie ma zresztą powodu, by traktować je konkurencyjnie. Są sytuacje, w których oba procesy, porównań i perswazji, odgrywają ważną rolę, są też takie, w których jeden z nich może mieć większy udział. W dyskusjach o upodobaniach porównania społeczne zdają się ważniejsze niż perswazja (wszak *de gustibus non disputandum est*), w dyskusjach dotyczących opisu rzeczywistości jest przeciwnie.

46.4

Wpływ w grupie

46.4.1

Rozproszenie odpowiedzialności

W latach sześćdziesiątych prasa amerykańska przyniosła opis szokującego zdarzenia. Jak nadmieniono już w paragrafie 45.2.1.1, na oczach kilkudziesięciu przyglądających się z okien osób mordowana była przez blisko godzinę kobieta. O ile można próbować wyjaśnić obawą o własne życie to, że nikt nie wystąpił bezpośrednio w obronie ofiary, to zupełnie niezrozumiałe jest to, że nikt z kilkudziesięciu świadków nawet nie zadzwonił na policję. Wyjaśnieniem braku jakiejkolwiek reakcji pomocy może być zjawisko rozproszenia odpowiedzialności (Darley i Latané, 1968). Brak pomocy można tłumaczyć tym, że aż tak wiele osób było świadkami nieszczęścia.

Wiele eksperymentów psychologicznych (por. Latané, 1981; Latané i Nida, 1981) wykazało, że szansa udzielenia pomocy przez samotnego świadka wynosiła średnio około 50%, a spadała do zaledwie 22%, gdy zdarzeniu przyglądała się grupa świadków (por. rozdz. 45.2). W jednej serii badań współpracownikowi eksperymentatora rozsypywała się torba z zakupami. Okazało się, że procent osób obecnych w windzie, które pomagają pozbierać zakupy, spada systematycznie wraz z liczbą osób znajdujących się w owej windzie. W innym eksperymencie (Freeman, Walker, Borden i Latané, 1975) wykazano, że napiwek dawany kelnerowi w restauracji był procentowo tym niższy, im więcej osób (a więc potencjalnych napiwkodawców) znajdowało się przy stole.

Tak więc szansa otrzymania pomocy w nieszczęściu jest większa, gdy jego świadkiem jest pojedyncza osoba, niż wtedy, gdy jest to grupa ludzi.

46.4.2

Próżniactwo społeczne

Rozproszenie odpowiedzialności występuje również poza sytuacjami udzielania pomocy człowiekowi w potrzebie. Ludzie pracujący w grupie często pracują mniej wydajnie niż w samotności. Wczesne, niepublikowane badania Ringelmana (za: Latané, 1981) wykazały, że siła, z jaką grupa osób ciągnie linę, jest mniejsza, niżby to wynikało z zsumowania sił ciągnięcia liny przez pojedyncze osoby pracujące samotnie. Grupy dwuosobowe ciągnęły linę z siłą równą 93% sumy sił jej członków, grupy trzyosobowe z siłą 85%, a ośmioosobowe z siłą 49%. Bibb Latané, Kipling Williams i Stephen Harkins (1979) przeprowadzili badania, w których pojedyncze osoby, dwójki lub grupy sześcioosobowe miały za zadanie zrobić tyle hałasu, ile jest to możliwe, klasz-

cząc i krzycząc. Hałas czyniony przez osobę w dwójce okazał się mniejszy niż osoby pojedynczej, a najmniej hałasu czyniła osoba krzycząca i klaszcząca w grupie sześcioosobowej. W modyfikacji tego eksperymentu osoby badane miały na uszach słuchawki, a oczy przewiązane opaskami, tak że nie widziały ani nie słyszały innych. Osoba zawsze krzyczała i klaskała samotnie, choć w niektórych wypadkach wzbudzano w niej przekonanie, że wykonuje to zadanie sama, a kiedy indziej, że z innymi. W tym eksperymencie również zaobserwowano spadek wydajności wtedy, gdy osoby myślały, że wykonują zadanie w grupie. Spadek ten był jednak mniejszy niż wtedy, gdy wykonywano to zadanie w rzeczywistych grupach.

Za spadek wydajności w grupach odpowiedzialne są dwa mechanizmy. Pierwszy z nich to spadek motywacji poszczególnych jednostek do pracy (i ewentualne przesunięcie zasobów na zadania, z których jednostka odnosi indywidualne zyski). Drugi wiąże się z trudnością koordynacji pracy jednostek. Nawet gdyby wszyscy pracowali maksymalnie wydajnie, pełna wydajność grupy wymagałaby idealnego zgrania się jednostek (na przykład wszyscy krzyczą najgłośniej w tym samym momencie), co w praktyce trudno jest osiągnąć. Warto podkreślić, że próżniactwo społeczne zanika, gdy pojawia się możliwość zidentyfikowania indywidualnego wkładu jednostki we wspólny wynik (por. rozdz. 44.2). Biorąc pod uwagę prostotę zadań używanych w badaniu nad próżniactwem społecznym, można by oczekiwać efektu facylitacji. Tym ciekawsze jest stwierdzenie w tych sytuacjach spadku wydajności pracy w grupie.

46.4.3
Teoria wpływu społecznego

Wpływ społeczny może dochodzić do skutku na mocy różnych mechanizmów psychologicznych i wikłać różnorodne procesy. Teoria wpływu społecznego sformułowana przez Latané i jego współpracowników zakłada jednak, że niezależnie od mechanizmu wpływu można scharakteryzować ilościowo wielkość wpływu wywieranego zarówno przez grupę na jednostkę, jak i odwrotnie. Kiedy opisujemy wpływ wywierany przez grupę na jednostkę, jest on funkcją iloczynu siły przekonywania osób wywierających wpływ, ich bliskości wobec osoby, na którą wpływ jest wywierany, i liczby osób wpływ wywierających. Można to wyrazić wzorem:

[46-1] $W = f(SiN)$

gdzie W oznacza wielkość wpływu, S siłę przekonywania, i odległość od osoby lub osób wpływających do osoby, na którą wpływ jest wywierany, N liczbę osób wpływających.

Siła przekonywania oznacza wypadkową wartość wszystkich czynników decydujących o sile przekonywania pojedynczej osoby. Są to zarówno czynniki stałe charakteryzujące daną osobę, takie jak status społeczny, umiejętność przekonywania, siła głosu, jak i czynniki sytuacyjne, jak natężenie motywacji do przekonywania innych czy dostępność dobrych argumentów. Bliskość odnosi się do relacji między osobą (lub osobami) wywierającą wpływ a obiektem wpływu w przestrzeni społecznej i oznacza intensywność kontaktu między źródłem i obiektem. Ważnym składnikiem odległości w przestrzeni społecznej jest odległość fizyczna między osobą wpływającą a obiektem wpływu. Odległość fizyczna nie jest jednak tożsama z odległością w przestrzeni społecznej, gdyż osoby będące fizycznie blisko mogą być na przykład oddzielone ścianą, a osoby znajdujące się daleko mogą efektywnie komunikować się przez telefon.

Odległość w przestrzeni społecznej trudno jest wyrazić liczbowo. Twierdzenie teorii o charakterze zależności między odległością a siłą wpływu można natomiast weryfikować w odniesieniu do odległości fizycznej. W pewnych badaniach (Latané, Liu, Nowak i Bonevento, 1995) poproszono uczestników, by wymienili osoby, z którymi w ciągu ostatnich 24 godzin rozmawiali o jakichś ważnych sprawach. Drugie pytanie dotyczyło odległości pomiędzy miejscami zamieszkania rozmówców. Okazało się, że szansa, iż dana osoba będzie partnerem rozmowy, spada wraz z kwadratem odległości fizycznej od tej osoby.

Najwięcej danych empirycznych dotyczy zależności siły wywieranego wpływu od liczby osób wpływ ten wywierających. Siła wpływu rośnie jako funkcja potęgowa liczby osób wpływających, gdzie wykładnik potęgi jest mniejszy od 1 i zwykle zbliżony do 0,5.

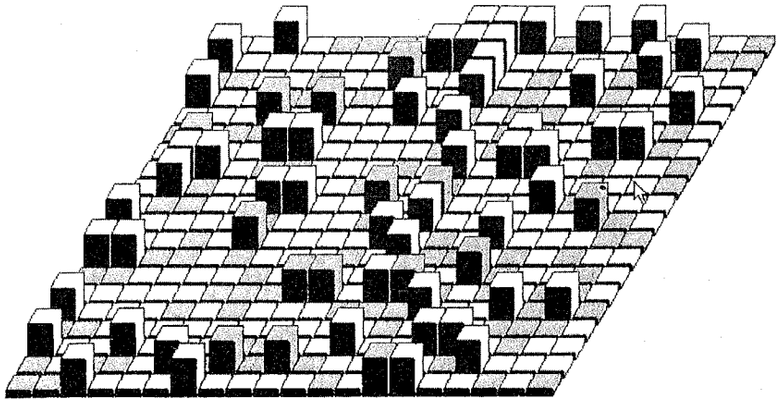
W badaniach nad konformizmem stwierdzono, że wraz z potęgą (o wykładniku mniejszym od 1) liczby osób udzielających błędnej odpowiedzi zmienia się prawdopodobieństwo udzielenia błędnej odpowiedzi. W innym eksperymencie współpracownicy eksperymentatora stawali na ulicy, gapiąc się w okno, za którym stał z kamerą Stanley Milgram, filmując reakcje przechodniów, którzy też często przystawali i zaczynali gapić się w okno. Im większa liczba współpracowników gapiła się w okno, tym większa była szansa, że przechodzień też zacznie gapić się w okno. Dodawanie kolejnych współpracowników miało jednak coraz mniejszy efekt (Milgram, Bickman i Berkowitz, 1969). Podobną prawidłowość uzyskano, badając zależność natężenia tremy przed wystąpieniem publicznym od wielkości widowni.

Następnym elementem teorii wpływu społecznego jest opis wpływu wywieranego przez jednostkę na grupę. Wpływ wywierany na pojedynczego członka grupy jest tym większy, im bliżej (w przestrzeni społecznej) znajduje się grupa, a tym mniejszy, im liczniejsza jest grupa i im większą siłę mają jej członkowie. W wypadku wpływu jednostki na grupę zależność od liczby osób także ma charakter potęgowy, o wykładniku mniejszym od 1. Taką zależność zaobserwowano w wielu eksperymentach. Spadkiem wpływu uzależnionym od liczby osób, na które wpływ jest wywierany, można między innymi wyjaśniać takie obserwowane w badaniach efekty, jak omawiane tu już rozproszenie odpowiedzialności. W sytuacji wymagającej udzielenia pomocy wpływ ofiary rozkłada się na wszystkich świadków wydarzenia.

46.4.4
Dynamiczna teoria wpływu społecznego

W laboratorium stosunkowo łatwo jest wyróżnić za pomocą manipulacji eksperymentalnej, kto na kogo wpływa. Jednak rzeczywistość nie jest taka prosta. Zwykle każdy jest zarówno odbiorcą wpływu wywieranego przez innych, jak i sam stanowi jego źródło. Zachowania, myśli i uczucia człowieka zależą w znacznym stopniu od otoczenia społecznego. Z kolei każdy człowiek sam jest elementem kontekstu społecznego innych ludzi. Tę dwukierunkową zależność przyczynową trudno ująć w terminach tradycyjnych teorii psychologicznych, choć stanowi ona przedmiot dociekań dynamicznej teorii wpływu społecznego, sformułowanej przez Andrzeja Nowaka, Jacka Szamreja i Bibba Latané (1990) na podstawie symulacji komputerowych (zob. rozdz. 12.5).

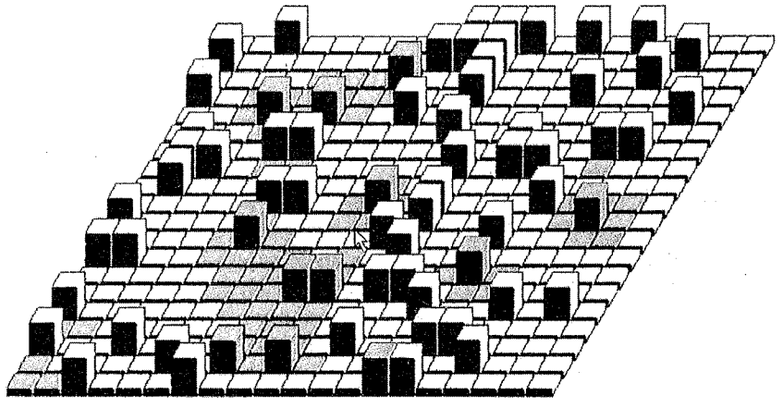
Punktem wyjścia teorii było pytanie o to, jak w społeczeństwie o różnorodnych postawach dochodzi do wyłonienia się opinii publicznej. Jednostka w rozmowach z innymi sprawdza stopień poparcia, jakim cieszą się różne postawy. Gdy jakaś odmienna od własnej postawa znajduje większe poparcie niż pogląd własny, jednostka zmienia swą postawę. Stopień poparcia dla każdej z postaw można określić na podstawie poprzednio opisanej teorii wpływu społecznego. Największą wagę przywiązuje się do opinii tych, którzy są najbliżej, oraz osób o największej sile przekonywania. W komputerowych symulacjach procesu wyłaniania się opinii publicznej zakłada się, że początkowo poglądy rozłożone są losowo. Następnie każda jednostka rozmawia z innymi, po czym przyjmuje tę postawę, która uzyskała największe poparcie w rozmo-



Komputerowa symulacja wyłaniania się opinii publicznej

Uwaga. Na rycinie przedstawiona jest symbolicznie grupa składająca się z 400 osób (20 rzędów po 20 osób). Każdy słupek odpowiada jednej osobie. Kolor słupka oznacza postawę lub opinię. Wysokość słupka odpowiada sile wpływu. Opinie rozłożone są w grupie losowo, pogląd mniejszościowy ma 30% zwolenników.

RYCINA 46-2



Końcowy rozkład opinii w grupie

Uwaga. Zwolennicy poglądu mniejszościowego tworzą zwarte grupy, a ich liczba zmniejszyła się do 16%.

RYCINA 46-3

wach. Potem następuje kolejna runda rozmów i jednostki znów mogą zmienić swe postawy. Zwróćmy uwagę, że zmiana postawy przez każdą jednostkę zmienia kontekst społeczny dla innych ludzi, zmieniają się więc dla nich przesłanki tego, jaką postawę sami powinni przyjąć. Zatem osoby, które pierwotnie nie miały powodu do zmiany postawy, mogą ją potem zmienić, jeżeli dostatecznie zmieni się kontekst społeczny, w jakim się znajdują. Symulacja komputerowa wyłaniania się opinii publicznej pokazana jest na rycinach 46-2 i 46-3.

Symulacje komputerowe wykazały, że w wyniku interakcji społecznych w grupie zachodzą dwie podstawowe zmiany. Po pierwsze, pogląd początkowo wyznawany przez mniejszość traci na liczebności zwolenni-

RAMKA 46.3

Bąble jako model przemian społecznych

Dynamiczna teoria wpływu społecznego pozwala zrozumieć, jak zachodzą zmiany społeczne. Zmiana społeczna zachodzi wtedy, gdy postawa, która początkowo przyjmowana była przez mniejszość, zaczyna zdobywać coraz więcej zwolenników i osiąga dominującą pozycję w grupie społecznej czy w społeczeństwie. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy postawa mniejszości jest bardziej atrakcyjna od postawy większości. Symulacje komputerowe (Nowak, Lewenstein i Szamrej, 1993) pokazały, że przemiany społeczne zachodzą w taki sposób, iż wokół ludzi, zwłaszcza obdarzonych dużą siłą wpływu, którzy już przyjęli nową postawę, tworzą się powiększające się wyspy czy „bąble" zwolenników tej postawy. Zmiana społeczna zachodzi, w miarę jak owe grona się powiększają. W miarę wzrostu poszczególne bąble zaczynają się ze sobą łączyć i nowy pogląd staje się większością, a „bąble" tworzą zwolennicy starego poglądu. Takie zgrupowanie zwolenników „starego" jest bardzo oporne wobec zmian, ponieważ tworzy je grupa wspierających się wzajemnie, zwykle najsilniejszych zwolenników „starego", którym ze względu na wzajemne powiązania i dużą siłę najłatwiej jest oprzeć się presji „nowego". Gdy „nowy" pogląd straci na atrakcyjności, zwolennicy „starego" poglądu łatwo odzyskają swych uprzednich zwolenników, a zwolennicy „nowego" będą mogli przetrwać, tworząc „bąble" zgrupowane wokół najsilniejszych zwolenników tego poglądu.

Analizy danych ekonomicznych i wyborczych pozwoliły sprawdzić, w jakim stopniu nakreślony tu scenariusz opisuje przemiany, jakie dokonały się w Polsce na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. Analizie poddano dane dotyczące liczby prywatnych przedsiębiorstw przypadającej na jednego mieszkańca w każdej z gmin w Polsce. Okazało się, że w roku 1989, gdy gospodarka była sterowana centralnie, gminy o wyższej liczbie przedsiębiorstw były losowo rozrzucone na terenie Polski. Pierwszym efektem reform ekonomicznych stało się to, że w roku 1990 na tych obszarach Polski, gdzie liczba przedsiębiorstw w stosunku do zaludnienia była mała, nastąpił silny spadek liczby tych przedsiębiorstw – powstały obszary wyraźnego spadku gospodarczego. W roku 1991 można zaobserwować wyraźne „bąble" wzrostu gospodarczego – grupy gmin, zgromadzone głównie wokół dużych miast; na pozostałych obszarach kraju dominuje spadek. W roku 1992 „bąble" rosną, zaczynają

ciąg dalszy na następnej stronie

RAMKA 46.3 c. d.

się też ze sobą łączyć; na pozostałych obszarach kraju w dalszym ciągu liczba prywatnych przedsiębiorstw spada lub nie rośnie.

Analiza danych wyborczych pokazała, że w „bąblach" wzrostu gospodarczego ludzie znacznie częściej głosowali na partie promujące gospodarkę rynkową. Tak więc w okresie transformacji dają się wyróżnić obszary „nowej" i obszary „starej" rzeczywistości społecznej, obejmującej nie tylko zachowania gospodarcze, ale także postawy polityczne oraz – jak można sądzić – również inne wartości i przekonania. Zmiana zachodzi dzięki rozszerzaniu się obszarów „nowego" kosztem „starego", a nie w taki sposób, że wszyscy członkowie społeczeństwa stopniowo zmieniają swe poglądy. Dzieje się tak dlatego, że najważniejsze jest środowisko lokalne – osoby znajdujące się wewnątrz bąbla „nowego" – mimo że znajdują się w mniejszości w społeczeństwie, otoczone są innymi o podobnych poglądach.

Z takiego scenariusza zachodzenia zmian społecznych wynikają praktyczne wskazówki dotyczące tego, jak zmiany te można wspomagać. Najskuteczniejsze jest oddziaływanie na osoby znajdujące się na granicy „bąbla". Osoby znajdujące się wewnątrz „bąbla" i tak znajdują się w sprzyjającym kontekście społecznym, osoby znajdujące się daleko od „bąbla" mają małą szansę znalezienia sprzyjającego otoczenia społecznego. Im większy „bąbel", tym bardziej jest stabilny, warto zatem pomagać poszczególnym „bąblom" łączyć się ze sobą, gdyż połączone w jeden większy, zyskują na stabilności. Niezwykle ważną rzeczą są też lokalni przywódcy, jako że „bąble" tworzą się wokół nich i dzięki nim mogą przetrwać w morzu większości. Efektywne wspieranie przemian społecznych polega więc na wzmacnianiu naturalnych mechanizmów zachodzenia przemian społecznych.

ków, choć nadal utrzymuje pewną liczbę wyznawców. Ten proces zbliżony jest do omawianego wcześniej procesu polaryzacji grupowej – w wyniku dyskusji postawa grupy ulega uskrajnieniu. Po drugie, mniejszość konsoliduje się w taki sposób, że osoby wyznające podobne poglądy tworzą zwarte grupy. Dzieje się tak nie dlatego, że osoby przemieszczają się w przestrzeni, lecz dlatego, że największa jest szansa przekonania osób znajdujących się najbliżej. Dzięki procesowi konsolidacji członkowie mniejszości z biegiem czasu mogą pozostawać w lokalnej większości, ponieważ otoczeni są innymi osobami o podobnych postawach. Dzięki temu pogląd mniejszościowy może przetrwać, gdyż najsilniejszy wpływ pochodzi właśnie od osób znajdujących się najbliżej. Badając popularność różnych poglądów na podstawie rozmów prowadzonych głównie z osobami z najbliższego otoczenia, członkowie mniejszości wykształcają sobie mocno skrzywiony obraz częstości występowania różnych postaw – z reguły przeceniają popularność postaw własnych, a nie doceniają popularności postaw sprzecznych z własnymi.

46.5

Posłuszeństwo i przysługa

Wiedza o procesach facylitacji, konformizmu, polaryzacji, próżniactwa społecznego czy myślenia grupowego może być świadomie wykorzystywana jako narzędzie wpływu. Procesy te zachodzą jednak w sposób naturalny i do ich zaistnienia nie jest potrzebna wola jednostki czy grupy. Dalsza część rozdziału poświęcona jest w pełni intencjonalnym formom wpływu społecznego.

46.5.1 Posłuszeństwo

W wielu sytuacjach społecznych wydanie komuś polecenia, nakazu, czy wręcz rozkazu jest legitymizowane przez obyczaj, normy kulturowe, porządek prawny, pragmatykę służbową. Akceptowane jest wydawanie poleceń przez rodziców, przełożonych w pracy, dowódców w armii.

Czy można jednak być posłusznym w sytuacji, w której normy społeczne lub prawne tego nie nakazują? Innymi słowy, jakie są granice posłuszeństwa?

Odpowiedzi na pytanie dostarczyły liczne badania zapoczątkowane przez Stanleya Milgrama w latach sześćdziesiątych (zob. przegląd w: Milgram, 1974). Była to odpowiedź bulwersująca społeczność psychologów i opinię publiczną, ponieważ posłuszeństwo zupełnie normalnych, przeciętnych ludzi okazało się sięgać o wiele dalej, niż można by tego oczekiwać (opisuje to ramka 46.4).

Posłuszeństwo wobec przełożonego lub grup demonstrowano w bardzo wielu badaniach, przeprowadzanych w wielu krajach. Wielkość obserwowanego posłuszeństwa była różna, ale zawsze zaskakująco duża.

Gotowość do stosowania silnych szoków wzrasta wraz z odległością wymierzającego karę od karanego. Znana to prawda, że łatwiej zadać ból z daleka niż z bliska. Bliski, zwłaszcza bezpośredni kontakt unaocznia skutki zadania bólu, aktywizuje normy społeczne, ewentualnie wzbudza empatię.

Posłuszeństwo maleje radykalnie (aż trzykrotnie), gdy eksperymentator wygłasza instrukcję, ale nie jest obecny podczas zasadniczej części badania. Posłuszeństwo gwałtownie maleje także wtedy, gdy w badaniu uczestniczy dwóch eksperymentatorów i gdy zachowują się oni niespójnie (jeden poleca nauczycielowi przerwanie badania, drugi – jego kontynuowanie).

Wyniki badań skłaniają do wniosku, że posłuszeństwo jest uległością wobec autorytetu. Jest ono tym większe, im bardziej autorytet jest uznany, a jego obecność odczuwalna, gdy jego polecenia nie są podawane w wątpliwość (Milgram, 1974). Zauważmy, że eksperymenty Milgrama prowadzone były w Yale, w jednym z najznakomitszych uniwersytetów amerykańskich, i to w czasach, gdy w społeczeństwie respekt dla nauk społecznych był wielki. Można przypuszczać, że reakcje badanych usprawiedliwiała ufność w to, że naukowcy są gwarantami bezpieczeństwa osób uczestniczących w badaniach. Rozmiar zjawiska pozostawał jednak bardzo duży także wtedy, gdy badania prowadzono w uniwersytetach mniej znanych, w krajach, w których kult nauki był mniejszy niż w USA.

Innym czynnikiem, który może przyczyniać się do wielkości efektu, jest stopniowalność kary. Skala szoków była na tyle gęsta, iż przejście od jednej wielkości do drugiej było niewielkie. Reakcje „ofiary" były wprawdzie silne, ale badani mogli mieć trudność w postawieniu granicy, gdzie należy przerwać stosowanie szoków. I najwyraźniej taką trudność mieli. Nieoczekiwanie duże efekty posłuszeństwa uzyskiwano jednak również w innych niż klasyczny scenariuszach eksperymentalnych.

Wydaje się zatem, że eksperymenty nad posłuszeństwem uczą nas czegoś o społecznej naturze człowieka. Większość nas jest być może zdolna do wyrządzania krzywdy innym, gdy jedynym powodem jest to, że ktoś nam to nakazał.

Eksperymenty Milgrama i innych są poruszające nie tylko z powodu ich wyników, ale także z powodu sposobu, w jaki wyniki te zostały uzyskane. Eksperymenty te wzbudziły długą i burzliwą dyskusję nie tylko nad granicami posłuszeństwa, ale także nad granicami moralnie dozwolonej manipulacji w eksperymentach psychologicznych (zob. rozdz. 13.). Wielu badanych opuszczało laborato-

rium Milgrama w poczuciu winy. Eksperyment powodował moralne cierpienia. Jakie prawo ma psycholog, by na to narażać osoby, które naiwnie mu zawierzyły? Po kilku latach odpowiedź społeczności psychologów była prosta: żadne. Od tego też czasu na uniwersytetach amerykańskich wprowadzono zasadę, że każdy projekt eksperymentu nad ludźmi i zwierzętami musi uzyskać akceptację komisji oceniającej badanie także pod względem etycznym.

46.5.2
Uleganie prośbom

Jak sprawić, by inni łatwiej ulegali naszym prośbom? Na to pytanie odpowiada wiele badań. Wyodrębniono kilka szczególnie skutecznych technik, pozwalających zwiększyć szansę, że nasza prośba zostanie wysłuchana.

Szczególnie skuteczna okazała się **technika „stopy w drzwiach" (*foot in the door*), która polega na tym, że najpierw namawia się osobę do spełnienia małej prośby. Uzyskanie zgody na spełnienie małej prośby zwiększa szansę, że zostanie spełniona także późniejsza prośba duża.** Skuteczność tej techniki wpływu została zademonstrowana w badaniach Freedmana i Frasera (1966), którzy prosili gospodynie domowe o umieszczenie w rogu okna plakietki nawołującej do zwiększenia bezpieczeństwa ruchu drogowego. Prawie wszystkie osoby zgodziły się spełnić tę prośbę. Kilka tygodni później inni badacze poprosili zarówno te osoby, które zgodziły się umieścić plakietkę, jak i grupę osób, wobec których nie wysuwano wcześniej małej prośby, o umieszczenie na trawniku przed swym domem dużej, brzydkiej tablicy nawołującej do bezpiecznej jazdy. Okazało się, że 55% osób, które spełniły małą prośbę (plakietka), zgodziło się na spełnienie dużej prośby (tablica). Spośród osób, których wcześniej nie proszono o spełnienie małej prośby, tylko 17% zgodziło się na umieszczenie tablicy.

Jednym z wyjaśnień tego zjawiska jest autoetykietkowanie, czy też zmiany w obrazie samego siebie. Osoba, która spełnia prośbę, nawet małą, włącza do obrazu siebie stwierdzenie zgodne z własnym działaniem – w tym wypadku „Działam na rzecz bezpieczeństwa ruchu drogowego". Następnie postępuje zgodnie z tym elementem samowiedzy. Technika ta jest często używana w praktyce nego-

RAMKA 46.4

Klasyczny eksperyment Milgrama nad posłuszeństwem miał trzech bohaterów: eksperymentatora, osobę badaną, a także osobę rzekomo badaną, w istocie pomocnika eksperymentatora. Eksperyment przedstawiany był jako badanie wpływu kar na uczenie się. Osoba badana była nauczycielem, pomocnik zaś uczniem. Zadaniem ucznia było nauczenie się na pamięć par słów, a następnie odtwarzanie ich na hasła-bodźce podawane przez nauczyciela. Rolą nauczyciela było wymierzanie kar za każdy błąd popełniany przez ucznia. Do tego celu służył specjalny aparat do aplikowania szoków elektrycznych. Aparat miał pulpit z przyciskami i skalą od 15 V do 450 V co 15 V. Skala była także opisana: od „słaby szok" (15 V), poprzez „bardzo silny" (195 V), „skrajnie silny" (315 V), po „niebezpiecznie silny szok" (375 V i powyżej).

Na początku eksperymentu nauczyciel widział ucznia, sympatycznie wyglądającego pana w średnim wieku, z przypiętymi elektrodami. W trakcie eksperymentu mógł go tylko słyszeć zza ściany przegradzającej laboratorium. Instrukcja wygłaszana przez eksperymentatora polecała nauczycielowi wymierzenie po każdym błędzie szoku o 15 V silniejszego niż poprzedni. Na początku nauczyciel sam otrzymywał przykry szok (45 V), żeby zdawał sobie sprawę z dotkliwości zadawanych przez siebie potem kar. Liczba błędów popełnianych przez ucznia była tak zaplanowana, żeby nauczyciel miał możliwość zastosowania szoku najsilniejszego. Do 75 V uczeń spokojnie wykonywał zadanie (co mu się często nie udawało, więc otrzymywał szok o zwiększonej sile), przy 120 V zdradzał oznaki dyskomfortu, następnie zaczynał krzyczeć, że szoki są bolesne (120 V), a od 150 V domagał się natychmiastowego zakończenia badania. Między 150 V a 270 V krzyk przeradzał się w początkowo rosnące, a następnie gasnące jęki i płacz, przy 300 V uczeń zdesperowanym krzykiem oznajmiał, że dalej nic już nie będzie mówić. Od tego momentu uczeń nie zdradzał żadnych oznak przytomności, zza ściany nie dochodziły już żadne odgłosy. Eksperymentator wówczas instruował nauczyciela, że brak reakcji jest także błędem i należy kontynuować wymierzanie kar. Nauczyciel (czyli właściwa osoba badana) mógł jednak w każdej chwili odmówić i tym samym przerwać eksperyment.

Osobami badanymi nie byli przywykli do posłuszeństwa żołnierze zawodowi, ale przeciętni zjadacze chleba. Milgram oraz psychologowie i psychiatrzy, z którymi się konsultował, spodziewali się zatem, że liczba osób, które dotrwają do końca badania, czyli wymierzą ostatni, 450-woltowy szok, nie przekroczy 2–3 %. Okazało się, że aż dwie trzecie badanych postępowało konsekwentnie, w zgodzie z wolą poleceń eksperymentatora aż do ostatniego, najsilniejszego szoku (!).

RAMKA 46.5

Ludzie często przechodzą przez jezdnię nieprawidłowo. Bywa, że są za to karani przez policjanta. W jednym z eksperymentów Dariusza Dolińskiego i Ryszarda Nawrata (1998) nieprawidłowo przechodzący przez jezdnię słyszeli gwizdek policyjny. Po chwili stojący po drugiej stronie eksperymentator dawał gestami znać, że to on gwizdał dla żartu. Następowało zatem wzbudzenie lęku i szybka jego redukcja. Po 10 sekundach po dotarciu na drugą stronę jezdni przed przechodniem pojawiali się dwaj elegancko ubrani ludzie, prosząc o pieniądze na trzy różne sposoby. W pierwszych warunkach eksperymentalnych prosili o pieniądze bez żadnego uzasadnienia, w drugich warunkach uzasadnienie było pozorne (prosili o pieniądze, bo muszą zebrać jak najwięcej pieniędzy), w trzecich warunkach uzasadnienie było konkretne: zbiórka na obóz dla dzieci upośledzonych umysłowo. Trzem warunkom eksperymentalnym odpowiadały trzy warunki kontrolne, w których te same rodzaje prośby kierowane były do przechodniów idących wzdłuż jezdni i wobec tego niestraszonych przedtem gwizdkiem policyjnym. Porównanie grup eksperymentalnych z kontrolnymi ujawniło bardzo silny efekt „lęk – ulga", czyli „huśtawki emocjonalnej". Ci, którzy przedtem przeżyli „huśtawkę", dawali datki dwukrotnie częściej i były to kwoty istotnie większe niż te, które dawali „normalni" przechodnie. Mężczyźni dawali więcej niż kobiety. Nie dziwi, że kwesta była skuteczniejsza wówczas, gdy miała rzeczowe i realistyczne uzasadnienie. Była ona jednak skuteczniejsza także wtedy, gdy jej uzasadnienie stanowił pozór uczestnictwa, niż wówczas, gdy nie pojawiło się żadne uzasadnienie. Obok silnego efektu „huśtawki emocjonalnej" potwierdzona została raz jeszcze magia techniki polegającej na użyciu słowa „bo" – nawet wtedy, gdy „bo" nic nie znaczy, jest zwykłym powtórzeniem prośby, a nie jej uzasadnieniem (Langer, 1989).

cjacyjnej. Jednym z zabiegów w negocjacjach jest poproszenie jednej osoby z przeciwnego zespołu o spełnienie małej prośby, na przykład o pożyczenie długopisu. Liczy się, że osoba, która pożyczyła swój długopis, będzie następnie bardziej skłonna spełnić większą prośbę – w tym wypadku ustąpić w negocjacjach.

„Drzwi przed nosem" (*the door in the face*), inaczej nazywana ustępowaniem ze skrajnej pozycji, to technika wpływu polegająca na tym, że najpierw wysuwa się bardzo dużą prośbę, po niej zaś małą. W badaniu przeprowadzonym przez Roberta Cialdiniego i innych (1975) osoby badane proszono o poświęcenie czasu na pracę w organizacji charytatywnej. W jednych warunkach eksperymentalnych pierwsza prośba dotyczyła tak dużej liczby godzin, że prawie wszyscy odmówili. Po odmowie poproszono te osoby o poświęcenie małej liczby godzin. W innych warunkach badanym dano do wyboru poświęcenie małej lub dużej liczby godzin. Wreszcie, niektóre osoby badane poproszono po prostu o poświęcenie małej liczby godzin. Wyniki ukazały skuteczność techniki „drzwi przed nosem". W tej grupie, gdzie zaczęto od dużej prośby, aż 50% osób zgodziło się spełnić małą prośbę. W grupie, gdzie osoby badane mogły wybierać między spełnieniem małej i dużej prośby, 25% zgodziło się spełnić prośbę małą. Tylko 17% zaś zgodziło się spełnić małą prośbę, gdy była ona prośbą jedyną. Technika ta jest zwykle mniej skuteczna od „stopy w drzwiach", a także ryzykowna, gdyż czasem może przynieść efekt odwrotny w stosunku do zamierzonego.

Istotą innej techniki, **„huśtawki emocjonalnej", jest zwrócenie się z prośbą zaraz po redukcji wzbudzonego przedtem lęku** (Doliński i Nawrat, 1998). Wbrew potocznej intuicji to nie sam lęk, nie zagrożenie niebezpieczeństwem czyni ludzi powolnymi wobec innych. Najbardziej ulegamy prośbom, gdy lęk mija. Znana to i wykorzystywana technika, na przykład w śledztwie, w którym po agresji i groźbach śledczego następuje zaskakująca zmiana zachowania na miłe, przyjazne. Pojawiająca się w tym momencie ulga sprawia, że przesłuchiwany odpowiada na pytania, na które wcześniej odpowiedzieć nie chciał.

„Niska piłka" (*low ball*) polega na tym, że początkowa propozycja, na którą zgadza się osoba, jest jedynie częścią rzeczywistej propozycji. Reszta ujawniana jest dopiero po uzyskaniu zgody od osoby. Przykładem tej techniki jest wysunięcie oferty wynajęcia mieszkania za określoną cenę. Gdy klient zgodzi się na cenę, okazuje się, że dodatkowo trzeba płacić na fundusz remontowy, za zużycie mebli, koszty administracji itp. Istnieje wiele szczegółowych technik skutecznego namawiania ludzi, by spełniali prośby. Techniki te zostały omówione szczegółowo w książce Roberta Cialdiniego (1994).

46.6

Podstawy sprawowania władzy

Sprawowanie władzy jest definiowane jako umiejętność wywierania wpływu na innych i zarazem opierania się wpływowi innych. Psychologiczne, społeczne i prawne źródła wpływu mogą być rozmaite. Typologię źródeł, czy też podstaw sprawowania władzy nad innymi zaproponowali już przy końcu lat pięćdziesiątych John French i Bertram Raven (1959), a potem uzupełnił ją Raven (1992). Wydaje się, że typologia ta wciąż dobrze porządkuje nasze myślenie o tym, co jest podstawą sprawowania władzy, toteż niżej podajemy jej krótki opis.

Przymus (*coercive power*). Przymus to władza oparta na karze i zagrożeniu karą. Grożenie jest zabiegiem stosunkowo łatwym, natomiast trudno jest utrzymać stałą wiarygodność groźby i egzekwować kary. Trudno poprzez kary utrzymać władzę nad jakąkolwiek

zbiorowością, ponieważ naturalną reakcją na karę jest ucieczka z „pola widzenia" władcy, by raczej ukryć karany czyn niż go zaniechać (Mika, 1969). Kara nie sprzyja internalizacji norm i wartości, zatem sprawowanie władzy przy jej pomocy wymaga tworzenia kosztownego systemu kontroli. Do kar uciekają się dyktatorzy, których władza trwa jednak tak długo, dopóki dysponują oni środkami przymusu i represji.

Nagrody (*reward power*). Sprawowanie władzy przy pomocy nagród także wymaga systemu kontroli i egzekucji, ale mniej rozbudowanego i kosztownego. Po nagrodę bowiem każdy sam się chętnie zgłasza, kary zaś unika. Nagrodą mogą być oczywiście dobra materialne, pochwała, awans społeczny itp. Istotną słabością tego sposobu jest to, że również nie prowadzi on do internalizacji norm i rzeczywistej zmiany postaw. Ludzie postępują zgodnie z wolą nagradzającego, by otrzymać nagrodę, a nie by spełnić normy, w które wierzą.

Legitymizacja (*legitimate power*). Często władza zasadza się na uświęconych tradycją normach określających, kto, nad kim i w jakiej dziedzinie może sprawować władzę. Władza nie wynika zatem z racji, z siły, ale z oczywistości, że ludzie zajmujący pewne pozycje w społeczeństwie mają tytuł, by władzę sprawować. Tym tytułem może być norma społeczna, może być nim prawo (nierzadko stanowione przez sprawującego władzę). Powszechnie znana jest tendencja dyktatorów, by władzę zdobytą siłą przybrać w szaty władzy w majestacie prawa.

Kompetencje (*expert power*). Jest to władza wynikająca z przekonania o wiedzy i umiejętnościach ekspertów. Dotyczy na ogół wąskiej dziedziny, w której kompetencje eksperta są na tyle duże, że ludzie poddający się jego radzie czy zaleceniom na ogół nie pretendują nawet do tego, by je zrozumieć. Po prostu ufają. Tak ufamy prawnikom, lekarzom, rewidentom księgowym, psychologom klinicznym. Wiara ta często bywa wzmacniana przez sprawujących władzę poprzez eksponowanie pozycji zawodowej, dyplomów, nagród.

Identyfikacja (*referent power*). Władzę szczególną mają ci, którzy są powszechnie lubiani, są guru, idolami grup społecznych. Ci, do których inni chcą się upodabniać. Ten typ władzy nie wymaga oczywiście żadnych zewnętrznych podniet, łatwo prowadzi do internalizacji postaw i norm przejmowanych od uznanych i afirmowanych wzorów społecznych.

Informacja (*informational power*). Kto ma informację, ten ma władzę. Znane to powiedzenie i niepozbawione trafności. Zarówno w skali administracji państwowej, jak i na poziomie interpersonalnym ludzie bywają uzależnieni od tych jednostek lub organizacji, które gromadzą, a następnie tak reglamentują informacje, aby nie stały się one powszechnie dostępne. W ten sposób uzależniają innych od siebie.

46.7

Podsumowanie

W niemal każdej sytuacji społecznej jednostka zarówno sama wywiera wpływ na opinie, oceny, zachowania innych, jak i wpływowi innych jest poddawana. Ludzie często wpływają i ulegają wpływowi bezwiednie, często zaś świadomie i celowo. Już sama obecność innych wpływa na intensywność i poziom wykonywania zadań. Zależnie od warunków i rodzaju zadań, obecność innych może podwyższać aktywność i produktywność (facylitacja społeczna) lub je obniżać (hamowanie społeczne i próżniactwo społeczne). Członkowie zbiorowości dostosowują zwykle swoje poglądy i zachowania do większości w grupie (konformizm). Okazuje się jednak, że także większość może dostosowywać się do mniejszości, gdy ta ostatnia jest spójna i konsekwentna.

Ludzie wpływają na swoje postawy poprzez dyskusję. Dyskusja grupowa sprzyja uskrajnieniu początkowych poglądów.

Teoria wpływu społecznego określa wielkość wpływu wywieranego przez grupę jako funkcję iloczynu liczby osób wpływających, ich bliskości w przestrzeni społecznej oraz siły. Wpływ wywierany na grupę rozkłada się na jej poszczególnych członków. Dynamiczna teoria wpływu społecznego, sformułowana w postaci modelu symulacyjnego, opisuje dynamikę zmian postaw i poglądów, zachodzących w wyniku wzajemnego wpływu na siebie różnych członków grupy. W efekcie tego procesu pogląd podzielany na początku przez mniejszość traci część swych zwolenników, pozostali mogą zachować swą opinię, tworząc zwarte grona.

Zachowania ludzi mogą się zmieniać w zaskakująco dużym stopniu w wyniku dyrektywy, polecenia. Posłuszeństwo jest tym większe, im większy jest autorytet polecającego. Duże zmiany w zachowaniu i postawach może powodować nawet prośba, jeśli jest odpowiednio skonstruowana.

Władza sprawowana w grupach i dużych zbiorowościach może mieć różne podstawy. Może wynikać ze stosowania przymusu lub nagradzania przez sprawującego władzę, z jego kompetencji, z przewagi posiadanych przez niego informacji, z legitymizacji jego pozycji bądź z identyfikacji z jego osobą.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Proszę wskazać, w jakich sytuacjach zachodzić może facylitacja, w jakich zahamowanie, w jakich bumelanctwo.
2. Proszę wymienić powody, z jakich ludzie z dużych miast są zwykle mniej konformistyczni niż mieszkańcy małych miejscowości.
3. Kiedy i dlaczego w wyniku dyskusji grupowej może nie wystąpić uskrajnienie poglądów?
4. Jakie są podstawy władzy ustroju demokratycznego? Czym pod tym względem różnią się młode demokracje (na przykład w Polsce) od demokracji dojrzałych (na przykład w Holandii)?
5. Jakie zjawiska społeczne można wyjaśnić mechanizmami wpływu społecznego i dlaczego?
6. Jak można zwiększyć szansę spełnienia prośby?

LITERATURA ZALECANA

Cialdini, R. (1994). *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Cielecki, M. (1984). Zjawisko przesunięcia postaw grupowych: przegląd badań i wyjaśnień. W: J. Czapiński (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii społecznej* (s. 5–74). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Nowak, A. (1996). Bąble nowego w morzu starego: podwójna rzeczywistość okresu przemian społecznych. W: M. Marody, E. Gucwa-Leśny (red.), *Podstawy życia społecznego* (s. 229–251). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

47

Stereotypy i uprzedzenia*

Barbara Weigl

Słyszymy czasem: „Niemcy są gospodarni". „Włosi są romantyczni". „Cyganie są nieuczciwi". „Rumuni są brudni". „Kobiety są bardziej wrażliwe niż mężczyźni". „Inwalidzi są złośliwi". I tak dalej... Albo: „Nigdy nie zgodzę się, aby moja córka wyszła za Niemca". „Czarni do Afryki". „Żydzi rządzą światem". I tak dalej...

Trudno nie pamiętać tego rodzaju wyznań, okrzyków, napisów na murach, dyskusji w mediach, deklaracji polityków.

Pierwsza kategoria określeń charakteryzuje jakąś wybraną grupę jako pewną homogeniczną całość. W określeniach tych ukryte jest założenie, że **wszyscy** (Niemcy, Włosi itd.) mają **jakąś wspólną i wyróżniającą ich cechę**. To określenia odwołujące się do **stereotypu**.

Druga kategoria określeń wyraża nie tyle charakterystykę pewnych osób (czy grup osób), ale **stosunek do nich** – najczęściej nieżyczliwy. To zdania sugerujące istnienie **uprzedzenia** do pewnych grup.

W obu wypadkach: i wtedy, gdy przywołujemy stereotypowe określenia, i wtedy, gdy (tak czy inaczej) wyrażamy swoje uprzedzenia, dotyczą one pewnych kategorii społecznych jako całości – narodów, grup etnicznych, wyznań religijnych, płci, odmiennych orientacji seksualnych itp. To bodaj najważniejsza cecha łącząca oba zjawiska wymienione w tytule niniejszego rozdziału. Nie oznacza to bynajmniej, że wyklucza się wszelkie wyjątki („Jak na Niemca, Hans Giesel jest mało gospodarny" albo „Lubię grać w szachy z Saulem Rosenkrantzem, bo choć Żyd, to dobry szachista", albo „Ewa gra w brydża jak chłop"). W takim wypadku nie wyklucza się ani stereotypowej percepcji („Oni wszyscy są tacy sami"), ani skrajnie negatywnego stosunku do grupy jako całości („Nie znoszę ich i już"). W jednej z prac socjologicznych przytoczono zdanie niezwykłe w swej strukturze logicznej, natomiast dobrze oddające sposób radzenia sobie z wyjątkami: „Ci dwaj Ruscy to dobrzy i punktualni robotnicy, bo to Polacy z Litwy" (Grzymała-Moszczyńska i Nowicka, 1998, s. 83).

Inną cechą łączącą stereotypy i uprzedzenia jest zapewne (choć nie wszyscy podzielają

* Przygotowanie materiału było częściowo finansowane z grantu KBN „Prywatne koncepcje natury ludzkiej i ich funkcje regulacyjne".

to zdanie – zob. dalej) silniejsze lub słabsze nasycenie własnych sądów i przekonań emocjami.

47.1

Stereotypy społeczne

Od lat dwudziestych XX wieku, gdy amerykański dziennikarz, Walter Lippmann, po raz pierwszy użył terminu „stereotyp", literatura psychologiczna, socjologiczna, lingwistyczna, politologiczna, historyczna dotycząca tego zagadnienia osiągnęła niezwykłe rozmiary. Jednakże, jak to zwykle bywa w takich wypadkach, brak jest zgody co do wielu podstawowych kwestii. Dotyczy to pojmowania stereotypu, jego genezy, cech, funkcji itd. Samo pojęcie stereotypu (podobnie jak pojęcie uprzedzenia) podlegało zresztą sporym zmianom (por. Duckitt, 1992).

Przez stereotyp rozumie się zazwyczaj reprezentację poznawczą grup społecznych (kategorii), rzadziej pojedynczych osób. Jest to jednak reprezentacja specjalnego rodzaju. **Stereotypy** – zgodnie z tym, o czym była mowa w rozdziale 42.1 – **są bowiem szczególnymi schematami osób lub grup. Można je opisywać jako schematy kategorialne,** których podstawową właściwością jest:

(1) nadmierne uproszczenie;
(2) nasycenie wartościowaniam;
(3) nadogólność, czyli ukryte przekonanie o bezwyjątkowym podobieństwie wszystkich reprezentantów danej grupy;
(4) niewielka podatność na zmiany.

47.1.1
Różne podejścia do stereotypów

Przegląd literatury ujawnia różne sposoby traktowania stereotypów. Jeden odwołuje się do przeciwstawienia **opis – wartościowanie**, drugi natomiast – do przeciwstawienia **jednostka – grupa**. Omówimy oba sposoby opisu.

47.1.1.1
Podejście deskryptywne versus podejście ewaluatywne

Wedle podejścia **deskryptywnego, stereotyp jest charakterystyką jakiejś grupy społecznej, skojarzoną w pamięci semantycznej z nazwą kategorii** (Stangor i Lange, 1994). Przykładem takiego ujęcia może być asocjacyjna koncepcja Fiske i jej współpracowników, zakładająca, że stereotyp jest umysłową reprezentacją pewnej kategorii społecznej, powiązaną w sposób stały z nazwą tej kategorii. Nazwa czy etykieta kategorii w sposób automatyczny aktywizuje treść reprezentacji (Fiske i Taylor, 1991).

Deskryptywne stanowisko w kwestii stereotypów zajmują też polscy psychologowie, traktujący stereotyp jako szczególną wersję schematu poznawczego lub pojęcia naturalnego (Kurcz, 1995). Skrajne stanowisko zajmuje Łukaszewski, przyjmujący, że **stereotyp jest kategorią (schematem) o wyrazistym rdzeniu pojęciowym i niewielkiej lub żadnej dopuszczalnej różnorodności wewnętrznej** (Łukaszewski, 1995). Z tej perspektywy stereotyp jest kategorią bardzo wąską, o małej wariancji wewnętrznej (Pettigrew, 1970). Ujmowanie rzeczywistości społecznej w wąskie kategorie sprzyja czarno-białym podziałom, ułatwia asymilację informacji potwierdzających, a odrzucanie informacji zaprzeczających treści stereotypu.

Opisane deskryptywne ujęcie stereotypów tłumaczy łatwą aktywizację schematu, szybką identyfikację obiektów należących do danej kategorii, nie wyjaśnia natomiast powstania emocji w następstwie aktywizacji stereotypu.

Podejście **ewaluatywne** zakłada, że **stereotypy** – obok pewnych właściwości treściowych (takich jak wspomniana ogólnikowość, uproszczenie, sztywność itp.) – **są silnie nasycone ocenami odnoszącymi się do kategorii osób reprezentowanych w danym schemacie** (Dovidio i Gaertner, 1986). Oznacza to, że wartościowania czy afekt są immanentnym składnikiem stereotypu. Aktywizacja etykiety automatycznie wzbudza afekt i aktywizuje oceny. Niektóre dane potwierdzają to oczekiwanie, inne natomiast nie.

47.1.1.2
Podejście indywidualistyczne versus podejście kulturowe (grupowe)

Reprezentantami podejścia indywidualistycznego, nazywanego także **społeczno-poznawczym**, są Fiske i Taylor (1991). Stereotyp traktowany jest jako element doświadczenia jednostki na temat określonych grup społecznych, powstający pod wpływem kontaktu z przedstawicielami takich grup, stale modyfikowany – zarówno przez dotychczasowe, jak i przez bieżące doświadczenia jednostki. Stangor i Schaller (1999) opisują trzy podejścia indywidualistyczne, różniące się poziomem ogólności opisu:

(1) koncentracja na **schemacie** grupowym, czyli na zbiorze przekonań jednostki na temat cech posiadanych przez daną grupę;
(2) koncentracja na **prototypie** grupowym, cechującym się niższym stopniem ogólności, to znaczy na skojarzeniu cech z etykietą przypisaną danej grupie;
(3) koncentracja na **egzemplarzu**, czyli na reprezentacjach konkretnych osób uosabiających dane grupy, czy też na reprezentacjach typowych przedstawicieli danej grupy.

Podejście **kulturowe** traktuje stereotypy jako wiedzę zbiorową, powszechnie podzielaną i transmitowaną w obrębie społeczności. Podstawowe znaczenie ma tu, jak widać, **powszechne podzielanie** pewnego systemu przekonań. Traktuje się je w tym ujęciu jako konstytutywną cechę stereotypu (Gardner, 1994). Wielu badaczy nie zgadza się z przekonaniem o konieczności społecznego podzielania stereotypu, choć doceniają oni częste występowanie tego zjawiska i zauważają jego wpływ na podtrzymywanie (samopodtrzymywanie) stereotypów (Brigham, 1971). W literaturze odnotowuje się jednak także dane wskazujące na ponadkulturową zgodność stereotypów. Niezależnie od sporych różnic, to, co jest wspólne w tym nurcie, dotyczy społecznej, a nie indywidualnej genezy stereotypów, dużej roli języka w przekazywaniu przekonań na temat grup, dużej roli norm społecznych itp. (zob. dalej).

47.1.2
Cechy stereotypów

Jak wspomniano, stereotypy charakteryzuje się najczęściej przez wskazanie zbioru cech. Wymienia się między innymi:

(1) poznawczą wadliwość stereotypu – ubóstwo treści, uproszczenie, nieweryfikowalność, nieadekwatność;
(2) silne zabarwienie afektywne (emocje jako trwałe oznakowanie towarzyszące treści kategorii);
(3) małą wariancję egzemplarzy w obrębie kategorii, co wyraża się w przeświadczeniu, że „wszyscy są tacy sami";
(4) trwałość wynikającą z aktywnej obrony przed zmianą stereotypu (Kurcz, 1995).

Jak widać, stereotypy traktuje się jako obrazy niezgodne z rzeczywistością, a więc nietrafne. W pracach wcześniejszych rzeczywiście systematycznie dowodzono znacznej nieadekwatności stereotypów społecznych, w późniejszych zaś odnotowywano różne wyniki. W publikacjach z zastosowaniem metaanalizy stwierdzono raczej brak trafności stereotypów (Swim, 1994), ale dotyczy to tylko stereotypów płci, co zdaje się nie przesądzać sprawy. Bardzo wnikliwy przegląd badań nad trafnością stereotypów (Ryan, Park i Judd, 1999) ukazuje złożoność zjawiska. Przedstawione tam problemy metodologiczne związane z pomiarem trafności, a szczególnie problemy doboru kryteriów trafności, nakazują ostroż-

ność w diagnozowaniu stereotypów jako trafnych lub jako nietrafnych. Można co najwyżej powiedzieć, że stereotypy (na przykład w wyniku przetwarzania informacji) osiągają taki poziom uproszczenia i nadogólności, że przestają być, albo wręcz nigdy nie były „całą prawdą" o grupach społecznych czy o jednostkach.

47.1.3
Trwałość stereotypów

O trwałości stereotypów mówić można bądź to w czasie historycznym (a więc zastanawiać się, czy na przykład stereotyp Niemca przed pięćdziesięcioma laty i dzisiaj są w Polsce do siebie podobne), bądź też rozpatrywać je w czasie jednostkowym (biograficznym) i zastanawiać się, czy raz ukształtowany stereotyp pozostaje niezmienny w ciągu życia jednostki.

Wyniki badań, na przykład replikacja słynnych badań Katza i Braly'ego, przynoszą odpowiedź pośrednią. W zasadniczej części stereotypy okazały się trwałe na przestrzeni długiego czasu, ale zarazem zmieniły się w tym sensie, że powszechność lub intensywność cech kryterialnych (diagnostycznych) jest mniejsza, albo też w tym sensie, że pojawiają się nowe cechy istotne i diagnostyczne dla stereotypu (por. Kurcz, 1995).

Można zatem powiedzieć, że stereotypy społeczne ulegają pewnej ewolucji, ale jest to proces powolny, dokonujący się raczej metodą „kropla po kropli" niż metodą szybkich przewrotów (zob. Macrae, Stangor i Hewstone, 1999). Przykładem takich przekształceń jest blednięcie stereotypów wraz z coraz powszechniejszym akceptowaniem reguł politycznej poprawności, a także blednięcie stereotypów funkcjonujących u dzieci i młodzieży wraz z ich rozwojem (zob. dalej). Ewolucja w obrębie stereotypów (choć najczęściej dotyczy to stereotypów płciowych i wiekowych) polega niekiedy na wyodrębnianiu podtypu. Dzięki takiemu zabiegowi podstawowe elementy stereotypu pozostają niezmienione, natomiast pojawiają się nowe podtypy, zbudowane na zasadzie rodzinnego podobieństwa.

Osobną kwestią jest, czy stereotypy – mimo odnotowywanej trwałości – są w jakimkolwiek stopniu podatne na zmiany pod wpływem specjalnych oddziaływań. Będzie o tym mowa dalej.

47.1.4
Geneza stereotypów

Choć w kwestii genezy stereotypów (a także uprzedzeń) istnieją liczne kontrowersje (zob. Macrae i in., 1999), jedno zdaje się nie ulegać wątpliwości: powstają one wcześnie. Liczne badania amerykańskie, kanadyjskie, polskie pokazują, że **już kilkuletnie dzieci mają wykrystalizowane stereotypy** ról kobiecych, stereotypy mniejszości etnicznych, stereotypy związane z wiekiem itp.

Jak wspomnieliśmy na początku, geneza stereotypów może być indywidualna albo społeczna. **Homogeniczność indywidualnego doświadczenia** z jakąś częścią danej grupy (na przykład z wojskowymi) może być podstawą przekonań na temat szerszej kategorii (w tym wypadku – mężczyzn).

Doświadczenia o silnym ładunku emocjonalnym (na przykład gwałt, przemoc), których sprawcą jest pojedynczy mężczyzna, także mogą kształtować przekonania dotyczące całej grupy mężczyzn, ale w tym wypadku powstaje nie tylko uproszczony, stronniczy obraz, lecz także silne emocje z nim związane (a więc uprzedzenie – zob. dalej).

Z perspektywy indywidualnej – poza osobistymi doświadczeniami – wchodzą w grę dwa czynniki: pewne cechy ujmowania rzeczywistości (cechy umysłu), czyli **szerokość kategorii poznawczych,** oraz pewne błędy w ujmowaniu rzeczywistości, czyli **iluzoryczna korelacja.**

Badania prowadzone przez Pettigrew (1970) wykazały indywidualne różnice w zakresie szerokości kategorii poznawczych. Jedni na przykład przejawiają zgeneralizowaną tendencję do dostrzegania niewielkiej różnorodności egzemplarzy danej kategorii, inni zaś systematycznie przejawiają tendencję do spostrzegania dużej różnorodności wewnątrz kategorii. Pettigrew twierdzi, że tendencja do stereotypowej percepcji rzeczywistości społecznej jest konsekwencją ukształtowania się umysłu operującego głównie wąskimi kategoriami.

Zjawisko **iluzorycznej korelacji** ujmowane jest na dwa (bliskie sobie) sposoby. W myśl pierwszego jest to wynikająca z jakiejś potocznej koncepcji osobowości tendencja do spostrzegania współwystępowania lub współzmienności między zjawiskami niemającymi ze sobą związku (por. Chapman, 1967). W myśl drugiego dotyczy to cech wyrazistych (gdy co najmniej jedna z cech jest wyrazista, na przykład odbiega od standardu grupowego czy kulturowego), skupiających na sobie uwagę obserwatora (por. Hamilton i Sherman, 1989).

Powszechne okazało się na przykład przekonanie, że zdolności wykluczają się z pracowitością (korelacja ujemna) albo że uroda współwystępuje z kompetencją intelektualną (korelacja dodatnia), czy też że „piękne jest dobre".

Społeczną genezę stereotypów wiąże się z dwoma zjawiskami – **wzorcami postępowania** przejmowanymi od innych oraz z procesami **społecznej kategoryzacji.** Przekonanie o rozpowszechnianiu stereotypów przez wzorce społeczne jest dość dobrze uzasadnione. Chodzi zarówno o oddziaływania jawne, podczas których wyrażane są sądy na temat pewnych grup – w bezpośrednich kontaktach czy oddziaływaniach medialnych – ale także o oddziaływania pośrednie, na przykład prezentowanie pewnych grup wyłącznie w jakichś rolach społecznych. W materiałach reklamowych nadal nagminnie pokazuje się kobiety w rolach niezbyt rozgarniętych gospoś, które nie mogą się nadziwić, że proszek

RAMKA 47.1

W badaniach szerokości kategorii Pettigrew zaproponował bardzo proste zadania. Zacytujmy tu dwa z oryginalnego kwestionariusza:

Ornitolodzy twierdzą, że średnia prędkość ptaka w locie wynosi 27 km/h:
(1) czy prędkość najszybszego ptaka wynosi
40 km/h 168 km/h 117 km/h 55 km/h
(2) czy prędkość najwolniejszego ptaka wynosi
16 km/h 3 km/h 19 km/h 8 km/h

Średnia długość owczarków alzackich mierzonych od pyska do ogona wynosi 102 cm:
(1) czy długość najdłuższego owczarka wynosi
153 cm 121 cm 112 cm 137 cm
(2) czy długość najkrótszego owczarka wynosi
88 cm 72 cm 50 cm 93 cm

Z pomocą tej techniki Pettigrew odkrył, że niektórzy ludzie wykazują systematyczną tendencję do wybierania skrajnych wartości minimalnych (wąskie kategorie), inni zaś – do skrajnych wartości maksymalnych (szerokie kategorie). Odkrył również, że skłonność do używania wąskich kategorii poznawczych jest skorelowana z tendencją do stereotypowej percepcji grup lub jednostek.

do prania pierze; w polskich mediach Romowie występują najczęściej w kontekście „cygańskiej muzyki". Chodzi tu także o oddziaływania ukryte w języku (na przykład „pijany jak Polak", „austriackie gadanie", „niemiecki porządek"). Maass i Arcuri (1999) przytaczają badania Kirchlera, dowodzące, że nawet w nekrologach znaleźć można stereotypowe ujęcia ról kobiecych i męskich.

W kształtowaniu stereotypów duże znaczenie mają media. Teksty z czasopism dziecięcych zastosowane jako materiał eksperymentalny aktywizowały stereotypy i powodowały także pogorszenie postaw społecznych. Trudno się temu dziwić, jako że teksty te nieraz zawierają elementy odwołujące się do stereotypu.

Szczególną rolę w przekazie stereotypów przypisuje się rodzicom. Wydaje się to oczywiste. Wyniki badań ujawniają jednak złożoność tego zjawiska. Seria badań amerykańskich pokazuje związek między stereotypami u dzieci i ich rodziców (por. Fagot, Leinbach i O'Boyle, 1992). Badania polskie pokazują jednak, że zależność ta jest bardziej złożona. Jak widać na rycinie 47-1, średnio ujęte poglądy rodziców i dzieci na temat typowych zachowań kobiecych i męskich są bardzo podobne, natomiast korelacje między poglądami dzieci i ich rodziców są bardzo niskie. Uderza na przykład brak korelacji między poglądami dzieci i ich ojców na temat typowych zachowań kobiecych i typowych zachowań męskich (Weigl, 1999).

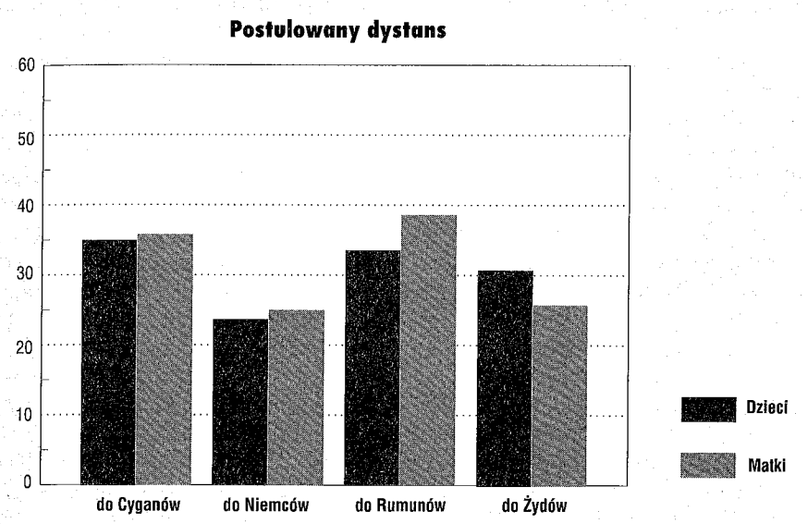
Początek badań nad **kategoryzacją społeczną** wiąże się z tak zwaną szkołą bristolską (Tajfel, 1982). Wykazał on, że ustanowienie dowolnego kryterium podziału jakiejś grupy na dwie podgrupy sprawia, że pojawiają się zaskakujące konsekwencje (szerzej na ten temat w rozdz. 44.1). Jedną z nich jest przekonanie, że przedstawiciele grupy drugiej są do siebie podobni. Podobieństwo to dotyczy wielu aspektów osób i ich zachowań, choć najbardziej dotyczy cech narzucających się w obserwacji (por. Park i Rothbarth, 1982). Systematycznie uzyskiwano także wyniki wskazujące na przecenianie wielkości różnicy między grupą własną a inną grupą. Wszystko to sprawia, że stereotyp grupy przeciwstawionej grupie własnej, czyli stereotyp grupy obcej, może być negatywem autostereotypu.

Problem jednak w tym, że każdy człowiek może być spostrzegany jako reprezentant wielu różnych kategorii, na przykład jako mężczyzna, jako Polak, jako muzułmanin, jako sportowiec, jako student itd. Proces kategoryzacji odwołuje się zatem do kategorii wyrazistych (trwale lub doraźnie) i poznawczo łatwo dostępnych. Niektóre z kategorii z większą łatwością uruchamiają proces kategoryzacji (na przykład płeć, wiek, kolor skóry), innym kategoriom przychodzi to znacznie trudniej (na przykład wegetarianin czy miłośnik stokrotek). Pierwsze łatwiej ulegają stereotypizacji niż drugie. Niemałą rolę odgrywa w tym także kontekst (zob. Macrae i in., 1999).

RAMKA 47.2

W czasopiśmie dziecięcym *Płomyczek* (1991, 10) opublikowano przypowiastkę pod tytułem „Dlaczego Cyganie ciągle wędrują?" Składa się ona z kilku epizodów. Pierwszy opisuje życie Cyganów w Raju. **Grali tam na skrzypcach i śpiewali**, co Bóg bardzo lubił. W epizodzie drugim **Cyganka ukradła** Bogu pieniążek i **wyparła się swej nieuczciwości** (a więc była podwójnie nieuczciwa). Epizod trzeci **to wypędzenie z Raju** (mimo że Bóg lubi cygańską muzykę) na Ziemię zajętą już przez innych (ma się rozumieć – lepszych). Opowieść kończy się konkluzją, że Bóg lubi **cygańską muzykę** i być może kiedyś im przebaczy.

Jak widać, opowieść ta zawiera zarówno standardowe elementy stereotypu Cyganów (muzykalni złodzieje), jak i elementy społecznego porównania (na niekorzyść Cyganów). Nic więc dziwnego, że opowiastka ta, zastosowana jako materiał eksperymentalny, spowodowała znaczne pogorszenie – i tak negatywnego – stosunku do Cyganów (zob. Weigl, 1999).



Postulowany dystans dzieci i ich matek wobec czterech narodów

Uwaga. N = 116. Jedynie w odniesieniu do Niemców i Rumunów wskaźniki korelacji są statystycznie istotne.
Źródło: badania własne.

RYCINA 47-1

47.1.5 Funkcje stereotypów

Stereotypom społecznym przypisuje się wiele różnorodnych funkcji. Można je podzielić na trzy kategorie: (1) funkcje o charakterze poznawczym, (2) funkcje egotystyczne oraz (3) funkcje tożsamościowe. Funkcje poznawcze omawiamy w osobnym podrozdziale, poświęconym wpływowi stereotypów na spostrzeganie osób; pozostałe omawiamy tutaj.

Funkcje egotystyczne są wielorakie. Przede wszystkim stereotypy służą usprawiedliwianiu własnych działań. Przekonanie, że przedstawiciele danej grupy są tacy czy inni, na przykład są brudni albo biedni dlatego, że są leniwi, w istocie zwalnia z działań na ich rzecz. Usprawiedliwia i własny do nich stosunek, i własną bezczynność, czy wręcz dyskryminację. Często odwołanie się do stereotypu i przeciwstawienie go stereotypowi własnej grupy stanowi sposób na polepszenie poczucia własnej wartości. Polepszanie poczucia własnej wartości może niekiedy polegać na świadomym powstrzymywaniu się od publicznego wygłaszania stereotypowych ocen i dostarczaniu sobie przekonania, że jest się dobrym i tolerancyjnym (Devine i Monteith, 1993).

Funkcje tożsamościowe stereotypu również przejawiają się na kilka sposobów. Przede wszystkim stereotypowi jakiejś grupy to-

RAMKA 47.3

„Będę powtarzał: katolik ma obowiązek głosować na katolika, chrześcijanin na chrześcijanina, muzułmanin na muzułmanina, Żyd na Żyda, mason na masona, każdy komunista na komunistę" – to słowa biskupa Józefa Michalika, ordynariusza gorzowskiego, wygłoszone podczas mszy świętej we wrześniu 1991 roku.

warzyszy zwykle autostereotyp grupy własnej. Wąskie ujęcie własnej grupy zwiększa poczucie osobistego podobieństwa do innych członków grupy własnej i zwiększa subiektywnie spostrzeganą różnicę między grupą własną i grupą obcą. Można więc powiedzieć, że wiara jednostki w stereotypy jest zarówno przejawem poszukiwania przynależności społecznej, jak i skutkiem jej osiągnięcia. Z drugiej strony przeświadczenie o podzielaniu stereotypów z wieloma innymi ludźmi może także aktywizować lub kształtować tożsamość społeczną. Przekonanie, że myślę to samo co inni należący do mojej grupy, może być wyznacznikiem spoistości grupy. Może redukować niepokój lub dawać poczucie bezpieczeństwa, związane z przynależnością do jakiejś społeczności.

Opisane funkcje stereotypów szczególnie łatwo pojawiają się w warunkach presji czasowej, lub też w innych warunkach zwiększających to, co Helen Langer nazwała bezmyślnością. Podobne nasilenie funkcji stereotypów zauważyć można w warunkach poznawczego wyczerpania bądź zużycia zasobów poznawczych.

47.1.6

Stereotypy a spostrzeganie osób

Literatura psychologiczna (zob. Kofta, 1996; Macrae i in., 1999; por. też prowadzone na wyższym poziomie ogólności rozważania w rozdz. 42.3) analizuje wpływ stereotypów na różne aspekty funkcjonowania człowieka z dwóch punktów widzenia:

(1) traktuje stereotypy jako przesłankę poznawczej obróbki danych dotyczących siebie samego – własnych myśli, decyzji i zachowań; pisaliśmy o tym, przedstawiając funkcje egotystyczne i tożsamościowe;
(2) traktuje stereotypy jako przesłankę poznawczej obróbki danych dotyczących stereotypizowanej grupy i jej przedstawicieli.

Pytanie o wpływ stereotypów na percepcję osób nasuwa podejrzenia o tautologię, bo przecież stereotypy są szczególną formą (wynikiem) procesu społecznej percepcji. Tautologii unika się na dwa sposoby. Po pierwsze, stawia się pytanie **o przejawy** funkcjonowania stereotypu w procesie społecznego poznania. Po drugie, stawia się pytanie o wpływ stereotypu grupowego na spostrzeganie nie grupy, a **osób**.

Przejawy poznawczej funkcji stereotypu są dość złożone. Z jednej strony bowiem stereotyp jest narzędziem kompensowania lub uzupełniania deficytu informacji, z drugiej zaś skutecznie redukuje jej nadmiar. Stereotypy sprawiają, że przetwarzanie związanych z nimi informacji jest tendencyjne na kilka sposobów:

(1) proces przetwarzania może trwać tak długo, aż stereotyp zostanie potwierdzony;
(2) pojawia się tendencja do mechanicznego przypisywania obiektom stereotypizacji ocen zgodnych z globalnym wartościowaniem przypisanym danej grupie;
(3) występuje tendencja do formułowania skrajnych sądów i tendencja do spostrzegania diagnostycznych dla stereotypu cech jako skrajnie nasilonych;
(4) zjawiskiem typowym jest lepsze przetwarzanie, lepsze zapamiętywanie i dłuższe przechowywanie w pamięci faktów zgodnych ze stereotypem;

(5) niejasne, niejednoznaczne informacje podlegają transformacjom poznawczym w kierunku nadania im sensu zgodnego ze stereotypem;
(6) występuje tendencja do poznawczego transformowania przypuszczeń, hipotez, a efektem tego procesu jest traktowanie ich jako faktów dobrze uzasadnionych;
(7) pojawiają się charakterystyczne tendencje w procesach atrybucji przyczynowej – zachowania negatywne interpretowane są jako powiązane z faktem przynależności do danej grupy i motywowane wewnętrznie;
(8) pojawia się deformacja oczekiwań w kierunku zgodnym ze stereotypem.

Można zatem powiedzieć, że **stereotypy umożliwiają osiągnięcie subiektywnego przekonania o wzroście poznawczej kontroli nad otoczeniem społecznym.**

Coraz częściej pojawiają się jednak głosy, które wskazują na czynniki sprawiające, że stereotypy mogą mieć ograniczony wpływ na percepcję osób. Marylinn Brewer (1999) wymienia trzy takie czynniki: silną koncentrację na relacji interpersonalnej z przedstawicielem grupy stereotypizowanej, aktywne tłumienie procesu stereotypizacji oraz zabiegi indywidualizacyjne (prezentację jako osoby, a nie jako reprezentanta grupy).

Szczególnie ważny wydaje się problem zdolności do tłumienia procesu stereotypizacji. Z jednej strony bowiem coraz więcej danych pokazuje możliwość ograniczania przez ludzi gotowości do stereotypizacji i tym samym powściągania negatywnych reakcji wobec stereotypizowanych grup. Z drugiej strony jednak gromadzi się coraz więcej danych na temat czynników ograniczających zdolność do tłumienia niepożądanych myśli. Wymienia się tu przede wszystkim presję czasową, zaangażowanie zasobów poznawczych w inne zadania oraz przeżywane emocje. Zwraca się też uwagę na paradoksalny efekt tłumienia niepożądanych myśli, polegający na wzroście, a nie spadku tendencji do stereotypizacji.

47.1.7

Metody badania stereotypów

Przedstawiona charakterystyka stereotypów pozwala zauważyć, że – niezależnie od przyjmowanego ujęcia – są one czymś w rodzaju odpowiedzi na pytanie: „Jacy oni są?" lub „Jaki on jest?" Badania stereotypów w naturalny sposób ewoluują zatem w kierunku różnorodnych opisów, na przykład list przymiotników. W literaturze najczęściej opisuje się kilka metod, z których przytaczamy najważniejsze.

Metoda Katza i Braly'ego jest najbardziej znaną i najczęściej stosowaną metodą pomiaru stereotypów. Badani otrzymują listę przymiotników (oryginalna lista zawierała 84 przymiotniki) z poleceniem, aby wybrać spośród nich 10 takich, które najlepiej charakteryzują daną grupę. Za stereotypowe uznaje się te cechy, które występują najczęściej w danej próbie osób badanych.

Metoda Brighama także odwołuje się do list przymiotników, ale zadanie osób badanych jest inne. Otrzymują one listę 25 lub więcej przymiotników i na skali procentowej zaznaczają, jaki procent członków ocenianej grupy odznacza się tą cechą. Brigham przyjmował (arbitralnie), że przypisanie danej cechy mniej niż 20% lub więcej niż 80% członków danej kategorii społecznej dowodzi występowania stereotypu.

Metoda McCauleya odwołuje się do proporcji między prawdopodobieństwem wystąpienia określonej cechy w ocenianej grupie (na przykład homoseksualistów, oficerów zawodowych itp.) a prawdopodobieństwem występowania tej cechy w całej populacji (na przykład Australijczyków). McCauley przyjmuje, że o stereotypie można mówić wtedy, gdy w ocenianej grupie cecha występuje częściej lub rzadziej niż w całej populacji.

Metoda Osgooda wykorzystuje tak zwany dyferencjał semantyczny. Zadanie badanego polega na określeniu, w jakim stopniu podana na liście właściwość występuje u danej osoby czy w danej grupie społecznej. Inten-

sywność występowania pozwala wykreślić profile charakteryzujące dane grupy.

47.1.8
Stereotypy a zachowanie

Największym problemem wszelkich koncepcji stereotypów jest określenie związku między stereotypem dotyczącym jakiejś grupy a zachowaniami wobec tej grupy jako całości lub wobec jej przedstawicieli. Stereotypy niewątpliwie wywierają wpływ na poznawczą obróbkę informacji dotyczących tej grupy. Wpływają na wybór poszukiwanych informacji, ukierunkowują uwagę, wyznaczają gotowość do zapamiętywania i przypominania sobie określonych informacji dotyczących danej grupy itp. (Kofta, 1996).

Z drugiej strony jednak stereotypy – dzięki pojawianiu się mechanizmów stronniczej percepcji i uwagi – nie wzbudzają dysonansu poznawczego wtedy, gdy pojawiają się informacje z nimi sprzeczne. Stąd też motywacyjna funkcja stereotypów oraz ich wpływ na społeczne zachowania ludzi bynajmniej nie są jasne.

47.1.9
Czy stereotyp jest prywatną koncepcją natury ludzkiej?

Ostatnio, nawiązując do prac Allporta (1954), coraz częściej zwraca się uwagę na możliwość, że stereotypy to w rzeczywistości prywatne koncepcje natury ludzkiej. Wskazuje się na wiele niejasności, które niełatwo jest rozwiązać w ramach schematowej teorii stereotypu, łatwiej zaś można je wyjaśniać na gruncie założenia, że stereotyp jest szczególną formą koncepcji natury ludzkiej (zob. rozdz. 2.). Oto kilka najważniejszych. Stereotypy w formie wykrystalizowanej i silnej występują u małych dzieci, a potem – wraz z zaawansowaniem rozwoju – „bledną". Różne miary stereotypów są skorelowane ze sobą, podobnie jak skorelowane są tendencje do stereotypowej percepcji różnych grup. Stereotypy najczęściej nie powodują powstania dysonansu wtedy, gdy pojawiają się informacje z nimi sprzeczne. Funkcje spełniane przez stereotypy są w większości identyczne jak funkcje spełniane przez potoczne koncepcje ludzkiej natury.

47.2
Uprzedzenia

O ile natura stereotypów jest dość dobrze opisana, natomiast ich związek z zachowaniem nie zawsze jest jasny, to odwrotnie jest w wypadku uprzedzeń. Ich geneza oraz struktura opisane są raczej fragmentarycznie, podczas gdy ich związek z zachowaniem jest dobrze udokumentowany.

Wprawdzie w literaturze anglojęzycznej pojęcie „uprzedzenie" (*prejudice*) używane jest zarówno do opisania stosunku silnie pozytywnego, jak i silnie negatywnego (czyli przeciwstawnych co do znaku i podobnych co do intensywności), to w tradycji europejskiej zwykło się mówić o uprzedzeniach tylko w odniesieniu do stosunku negatywnego. W takim właśnie znaczeniu będziemy posługiwać się tym pojęciem w niniejszym rozdziale.

Uprzedzenia opisuje się jako emocjonalny stosunek, jako postawę, jako predyspozycję, czy też system emocjonalnie zabarwionych przekonań, nakazujący „być dalej", „być przeciw", „spodziewać się czegoś złego" (por. Macrae, Stangor i Hewstone, 1999).

Można powiedzieć, że **uprzedzenie społeczne** (etniczne, wyznaniowe, wiekowe itd.) **to aprioryczna, powzięta z góry niechęć do innych tylko dlatego, że należą do jakiejś wyodrębnionej grupy społecznej.** Niechęć ta jest podstawową i zgeneralizowaną przesłanką reakcji na grupę lub na jej przedstawicieli.

47.2.1
Uprzedzenia awersywne, dominatywne i wewnętrznie sprzeczne

Powzięta z góry aprioryczna niechęć do innych przejawia się na trzy sposoby. Pierwszy z nich to **uprzedzenia awersywne**, ukształtowane na bazie silnych emocji negatywnych – lęku, wstrętu, nienawiści. Podobny mechanizm dotyczyć może na przykład zwierząt – psów, pająków – i jest bardzo podobny do fobii. Ten rodzaj emocji prowadzi do unikania bezpośredniego kontaktu z przedstawicielami danej grupy (Kovel, 1970). Kontakt z tak traktowanymi osobami spostrzegany jest jako wprawdzie potencjalne, ale za to nieuchronne zagrożenie. Uprzedzenie tego rodzaju rzadko przekształca się w atak. Ponieważ osoby lub grupy, wobec których istnieje uprzedzenie, wzbudzają lęk i spostrzegane są jako silne, podejmuje się wobec nich inne działania: przypisuje się im demoniczne właściwości, ukryte intencje, organizowanie spisków itp. W powojennej historii Polski wielokrotnie można było zaobserwować takie właśnie zjawisko – dawniej w postaci tak zwanego „spisku KGB", dziś w postaci tak zwanej ukrytej kolonizacji niemieckiej: „Niemcy wykupują naszą polską ziemię!"

Inne są **uprzedzenia dominatywne**, powstałe na bazie pogardy, przekonań o własnej wyższości lub o wyższości własnej grupy nad innymi albo przekonania o uwłaczającej ludzkiej godności odmienności innych. Przedstawiciele grupy dotkniętej uprzedzeniem nie są zagrożeniem, ponieważ spostrzegani są jako słabsi, stanowią raczej źródło dyskomfortu lub przykrości (Kovel, 1970). Ten rodzaj uprzedzenia jest najczęściej przesłanką ataku, przesłanką poszukiwania kozła ofiarnego itp. Atak jest źródłem przyjemności (lub ogólniej – nagród) dla piętnujących. Uprzedzenia przybierają na zewnątrz formę oświadczeń w rodzaju: „Nie mam nic przeciw (Cyganom, Arabom, Czarnym itd.) pod warunkiem, że trzymają się z dala ode mnie". Towarzyszą temu typowe zabiegi opędzania się, atakowania, szukania dostępnej ofiary. Dość pospolitym tego przykładem (choć rzadko łączonym z uprzedzeniami) jest tak zwany mobbing, czyli dokuczanie (szykanowanie, znęcanie się nad innymi) w szkole, w zakładzie pracy czy w społeczności lokalnej (w literaturze pięknej pisze o tym Golding w powieści *Władca much*). Grupa osób uznaje kogoś (czasem z trudno uchwytnych powodów) za gorszego, odmiennego i podejmuje jawne lub ukryte zachowania dyskryminacyjne, zazwyczaj kończące się przymusową banicją lub dobrowolnym odejściem z grupy.

Trzeci rodzaj uprzedzeń wiąże się z konfliktem emocji lub z ambiwalencją. Jest to **uprzedzenie wynikające z niejasności**. Z jednej strony pojawia się tu bowiem uznanie, czy nawet podziw (a więc przekonanie, że dana grupa ma wyraziste pozytywne strony), z drugiej zaś – antypatia, niechęć, zazdrość, zawiść, rywalizacja. Wydaje się, że ten typ uprzedzenia – dość powszechny w polskim społeczeństwie – dotyczy ludzi bogatych (Wojciszke i Grzelak, 1995), Żydów i Niemców (por. Łukaszewski, 1999). Warto jednak zauważyć, że w wypadku takiego konfliktu końcowa reakcja polega na zwiększeniu dystansu, bo w miarę zbliżania się gradient unikania jest silniejszy niż gradient dążenia (por. rozdziały dotyczące motywacji).

Wielu badaczy problematyki uprzedzeń zwraca jednak uwagę, że kontakt z obiektami uprzedzeń rzadko wywołuje tylko jedną emocję. Chociaż emocje negatywne są silniejsze, a nawet przytłaczające, to jednak w trakcie kontaktu pojawiać się może także zainteresowanie czy uwaga, a nawet zatroskanie. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy obiekty darzone niechęcią są bardzo wyraziste, a zarazem nie są zbytnio zagrażające.

47.2.2
Uprzedzenia jawne i uprzedzenia ukryte

Choć nigdy nie ma pewności co do stopnia, w jakim ludzie kontrolują własne uprzedzenia, wiele danych wskazuje na to, że je powściągają w obawie, na przykład, przed utratą społecznej aprobaty. Badania prowadzone w warunkach presji czasowej ujawniają więcej symptomów uprzedzeń niż badania, w których presji takiej nie ma (a jest możliwość kontroli zachowań; por. Devine, 1989). Wielokrotnie w badaniach odnotowywano różne postacie ukrytych form ustosunkowania wobec innych, na przykład reakcje niewerbalne, które pozostawały w sprzeczności z jawnie wyrażanym poglądem na temat innych. Często ludzie uciekają się do wypowiedzi wymijających, na przykład „nie wiem", „nie mam zdania", czy zwrotów z zastrzeżeniem w rodzaju „tak, ale...".

Warto przy okazji zauważyć, że zjawiska tak zwanej poprawności politycznej (*political corectness*) postulują w rzeczywistości nie tyle zmianę stosunku do jakiegoś obiektu – grupy etnicznej, osób odmiennych seksualnie, imigrantów, kobiet, osób niepełnosprawnych – co raczej **powściąganie objawów** swego negatywnego stosunku. Służy temu między innymi politycznie poprawne słownictwo: „sprawny inaczej" zamiast „upośledzony", „Afroamerykanin" zamiast „Murzyn", „Rom" zamiast „Cygan", „odmienna orientacja seksualna" zamiast „homoseksualizm" itp.

47.2.3
Geneza uprzedzeń

Podobnie jak w wypadku stereotypów, źródeł uprzedzeń upatrywać można zarówno w doświadczeniach indywidualnych, jak i w oddziaływaniach społecznych.

Generalizacja negatywnych doświadczeń o dużym ładunku emocjonalnym, których sprawcą lub źródłem był przedstawiciel jakiejś grupy etnicznej, wyznaniowej, płciowej czy innej, może być podstawą powstawania uprzedzeń wobec wszystkich lub prawie wszystkich przedstawicieli danej grupy.

Znacznie częściej – jak sądzimy – źródła uprzedzeń są natury społecznej. W tradycji psychologicznej najczęściej wskazywano dwa źródła uprzedzeń: realny konflikt między grupami oraz przemieszczenie agresji na niewinne, a dostępne obiekty.

Rzeczywisty konflikt międzygrupowy dotyczyć może deficytowych dóbr, ziemi, wartości, władzy. Rywalizacja o nie lub o przewagę jednych nad innymi może aktywizować niechęć do strony przeciwnej, poszukiwanie jej słabości, dyskredytowanie. W konsekwencji może to doprowadzić do generalizacji ustosunkowania na wszystkich członków danej grupy. Konflikty bałkańskie ostatnich lat ukazują ten mechanizm z dużą wyrazistością. W warunkach realnego konfliktu najbardziej prawdopodobne są uprzedzenia awersywne.

Teza o przemieszczeniu wrogości nawiązuje do słynnej koncepcji frustracji – agresji. W myśl tej koncepcji frustracja rodzi agresję, która nie zawsze może zostać skierowana przeciw przyczynie frustracji. Wtedy pojawia się tendencja do przemieszczenia agresji na obiekty niewinne, a dostępne w polu psychologicznym. Tym tłumaczy się pogromy Żydów czy Romów. Mechanizm ten mógłby wyjaśniać powstawanie niektórych uprzedzeń dominatywnych.

Obie te koncepcje obecnie przywołuje się znacznie rzadziej, brakuje im bowiem systematycznego poparcia empirycznego. Znacznie częściej korzysta się z koncepcji społecznej kategoryzacji.

Badania Tajfela (1982), w których dokonywano podziału na grupy, odwołując się do dowolnego kryterium (preferencje wobec pewnego malarza, ulubiony kolor itp.), pokazały, jak łatwo może się tworzyć nie tylko podział na dwie odrębne grupy, ale także wzajemna niechęć. Podstawowy efekt społecznej kategoryzacji polega na uruchomieniu mechanizmów faworyzowania własnej grupy i deprecjacji grupy przeciwstawnej (por. np. Tajfel i Turner, 1986). Wyniki badań ujawniają również, że tendencje do faworyzowania własnej grupy są silniejsze w grupach mniejszościowych.

Inny efekt społecznej kategoryzacji polega na znacznym przecenianiu różnicy między grupami (Taylor, 1981). Nawet wtedy, gdy podziału na podgrupy dokonano, stosując skrupulatne techniki randomizacji, uzyskiwano podobne efekty, a – jak wiadomo – randomizacja jest sposobem niwelowania różnic istniejących w populacji.

Wprawdzie tendencja do deprecjacji grup obcych jest prostą konsekwencją kategoryzacji społecznej, ale dodatkowo wzmaga ją koncentracja na własnej grupie. Sporo badań po-

RAMKA 47.4

T. F. Pettigrew i R. W. Meertens (1995) zakładają, że ukryte, delikatne (*subtle*) i jawne, rażące (*blatant*) formy uprzedzeń są zjawiskami odmiennymi, dającymi się empirycznie rozróżnić i mierzyć niezależnymi miarami. Wprawdzie i jawne, i ukryte uprzedzenia są dwiema stronami tego samego zjawiska, to – zdaniem autorów – nie są zbyt silnie skorelowane i pociągają za sobą odmienne konsekwencje.

Przyjmując taki punkt widzenia, można wyróżnić cztery następujące kombinacje:

Typ A: silne jawne i silne ukryte uprzedzenie (fanatycy)
Typ B: silne jawne i słabe ukryte uprzedzenia (?)
Typ C: słabe jawne i silne ukryte uprzedzenia (politycznie poprawni)
Typ D: słabe jawne i słabe ukryte uprzedzenia (egalitaryści)

Badania ankietowe o nazwie „Eurobarometr", przeprowadzone w ramach Wspólnoty Europejskiej metodą surveyową na terenie Francji, Niemiec, Holandii i Wielkiej Brytanii, wykazały, że typ B prawie nie występuje (nie częściej niż 2%, a więc w granicach błędu pomiarowego). Pozostałe trzy grupy stanowią – zdaniem Pettigrew i Meertensa – kontinuum, na którego jednym krańcu znajdują się fanatycy (wariant A), pośrodku – politycznie poprawni (wariant C), a na drugim krańcu – egalitaryści (wariant D). Według wspomnianych autorów, ukryte uprzedzenia są słabszą niż jawne wersją uprzedzeń.

RAMKA 47.5

Podczas pewnej konferencji na temat uprzedzeń etnicznych w Polsce przedstawiciele dwóch grup – Rom (etnolog) i Żydówka (socjolog) – wskazywali na istnienie w ludowych przypowieściach licznych przekazów dotyczących groźnych praktyk stosowanych przez te dwie grupy. Są to na przykład opowieści o Romach (Cyganach), którzy kradną dzieci, wkładają je do beczki nabijanej gwoździami lub nożami, toczą beczkę i w ten sposób pozbawiają dzieci życia. Analogiczna jest opowieść o Żydach, z tą różnicą, że krew dzieci dodaje się do macy. Zwracano także uwagę na fakt, że tego rodzaju opowieści, adresowane do dzieci, traktowane są przez dorosłych jako przestrogi przed kontaktami z nieznajomymi.

kazuje, że silna koncentracja na własnej grupie narodowej (przede wszystkim wtedy, gdy w grupie istnieje przekonanie o podzielaniu wartości) sprzyja nie tylko deprecjacji, ale także niechęci czy wrogości wobec grup obcych.

Duże znaczenie mają – jak sądzimy – oddziaływania ze strony innych ludzi: mniej lub bardziej jawne wzory zachowań wobec przedstawicieli grup obcych, demonstrujące niechęć, wrogość, obawy, wstręt, pogardę, wyższość. Szczególną rolę w kształtowaniu uprzedzeń przypisuje się z jednej strony osobom znaczącym – rodzicom, duchownym, nauczycielom, z drugiej zaś – środkom masowego przekazu.

Badania przeprowadzone na dzieciach polskich, w których jako materiał eksperymentalny kształtujący stosunek do innych wykorzystywano czytanki z czasopism poświęcone Romom, Arabom, buddystom, wykazały, że materiały te wyraźnie pogarszają stosunek do tych grup – zwiększa się postulowany dystans, nasilają się oczekiwania co do negatywnych zachowań, a zmniejszają oczekiwania co do zachowań pozytywnych (Weigl, 1999).

Wiele badań wskazuje, że samo wrastanie w kulturę, szczególnie opanowywanie języka potocznego, może być sposobem transmisji uprzedzeń. Maass i Arcuri (1999) w gruntownym przeglądzie badań ukazują między innymi dwa zjawiska. Pierwsze polega na opanowywaniu zwrotów obraźliwych, obelg o charakterze rasowym czy etnicznym, co – jak wynika z danych – jest bardzo efektywnym sposobem kształtowania negatywnego, silnie zgeneralizowanego stosunku do przedstawicieli danej grupy. Przykładów nie trzeba szukać daleko: „ocyganić" lub „oszwabić" zamiast oszukać, „sprytny jak czterech Żydów" – to tylko pierwsze z brzegu.

Drugie zjawisko polega na odmiennym ujmowaniu tego samego zachowania w kategoriach językowych w zależności od (1) wykonawcy uczynku – przedstawiciela grupy własnej lub przedstawiciela grupy obcej; oraz (2) walencji uczynku – pozytywnej lub negatywnej. W wypadku pozytywnych zachowań członków własnej grupy używa się określeń ogólnych („On jest prawdziwym altruistą"), podczas gdy w odniesieniu do pozytywnych zachowań członków grupy obcej używa się terminów konkretnych („On pożyczył mi 20 złotych"). Odwrotnie jest w wypadku zachowań negatywnych („Uderzył kogoś" – w wypadku grupy własnej – i „Jest agresywny" – w wypadku grupy obcej). Opisane traktowanie pozytywnych zachowań członków grupy własnej i negatywnych zachowań członków grupy obcej ułatwia generalizację zgodną ze stereotypem, natomiast odwrotne traktowanie negatywnych zachowań członków grupy własnej i pozytywnych zachowań członków grupy obcej utrudnia generalizację. Tak więc zabiegi te są funkcjonalne, ponieważ służą podtrzymywaniu stereotypu. Maass i Arcuri przedstawili wiele danych z własnych badań, które potwierdzają tę zależność.

47.2.4
Korelaty uprzedzeń

Sporo zjawisk traktowanych jest jako źródła uprzedzeń, gdy tymczasem są to prawdopodobnie czynniki albo wzmagające uprzedzenia, albo też czyniące je bardziej wyrazistymi.

Od czasów prac kierowanych przez Adorna sporo uwagi poświęca się osobowościowym korelatom uprzedzeń. Omówimy tu niektóre z nich (szerzej na ten temat zob. Macrae i in., 1999; Weigl, 1999).

Na plan pierwszy wysuwa się **autorytaryzm**. Zarówno badania Adorna, jak i późniejsze badania z zastosowaniem skali prawicowego konserwatyzmu pokazują, że postawa autorytarna silnie koreluje z uprzedzeniami. Badania prowadzono w skali międzynarodowej.

Poczucie alienacji społecznej silnie koreluje z tendencją do uprzedzeń. W badaniach europejskich (Niemcy, Francja, Wielka Brytania) wielokrotnie stwierdzano związek między poczuciem alienacji i uprzedzeniami wobec imigrantów.

Ci sami autorzy stwierdzili, że **cynizm** (zawierający jako składniki między innymi nieufność i poczucie samotności) koreluje z uprzedzeniami wobec, na przykład, ludzi otyłych, chorych na AIDS czy homoseksualistów.

Liczni autorzy zwracają również uwagę na związek między uprzedzeniami i tak zwanymi zmiennymi demograficznymi. Wagner i Zick (1995) w badaniach obejmujących kilka krajów europejskich stwierdzili, że silniej uprzedzeni wobec obcych byli ludzie gorzej wykształceni, ludzie przekonani, że doświadczają frustracji lub krzywdy ekonomicznej, oraz osoby przekonane o trwałej odmienności systemów wartości grupy własnej i grup obcych.

W badaniach amerykańskich, w których uczestniczyli Czarni oraz Biali Amerykanie, stwierdzono jednak, że wykształcenie i dobra sytuacja ekonomiczna ujemnie koreluje z uprzedzeniami u większości (Białych), natomiast dodatnio u mniejszości (Czarnych). Prawdopodobnie wykształcenie i zamożność u większości ujawnia irracjonalność własnych uprzedzeń, natomiast u mniejszości jest czynnikiem sprzyjającym poczuciu krzywdy i niesprawiedliwości (Hraba, Brinkman i Gray-Ray, 1996). Wydaje się, że opisana asymetria – w miarę wzrostu wykształcenia i zamożności u mniejszości – może być istotną przesłanką konfliktu społecznego.

47.2.5
Metody badania uprzedzeń

Najbardziej rozpowszechnioną i najrzetelniejszą techniką pośredniego badania uprzedzeń jest, zaproponowana przez Bogardusa, **Skala Społecznego Dystansu**. Istnieje wiele odmian tej techniki, ale wszystkie one sprowadzają się do odpowiedzi na pytanie: „Jak daleko (w sensie fizycznym lub psychologicznym) ja (my) chcę być od niego (od nich)?", albo też do odpowiedzi na pytanie: „Jak daleko on (oni) powinien być ode mnie (od nas)?" W różnych odmianach tej techniki sprawdza się zatem, czy zgadzamy się na to, aby ktoś był naszym sąsiadem, członkiem naszej rodziny, naszym szefem, czy też nie zgadzamy się na to. Czy chcemy, aby ktoś był blisko, czy raczej wolimy, aby był daleko.

Mniej znane i rzadziej stosowane są techniki polegające na **ocenie wytworu**. Jeżeli ten sam wytwór, na przykład dzieło literackie albo produkt przemysłowy, jest inaczej oceniany zależnie od tego, czy został przedstawiony jako dzieło grupy X, czy grupy Y, można wnosić, że to nie cechy wytworu, ale raczej stosunek do grupy, która go wytworzyła, jest wyznacznikiem sądu.

Inne techniki stosowane w badaniach odwołują się do **szacowania prawdopodobieństwa pozytywnego i/lub prawdopodobieństwa negatywnego zachowania** u przedstawiciela danej grupy społecznej, na przykład prawdopodobieństwa udzielenia po-

RAMKA 47.6

Łukaszewski (1995) przytacza wyniki badań wykonanych przez Alinę Czyżewską, która prosiła badanych, aby ocenili trzy obiektywnie identyczne próbki chipsów. Na opakowaniach zamieszczona była wyłącznie informacja o tym, skąd pochodzą te próbki – z Austrii, z Holandii czy z Izraela. Zadanie badanych polegało na wskazaniu jednej próbki, która jest zdecydowanie gorsza od innych. Aż 57% osób wskazało jako gorszą próbkę „pochodzącą z Izraela", co o ponad 20% przekracza rozkład losowy. Można zatem przypuszczać – jako że informacja o kraju pochodzenia produktu była jedyną, jaką otrzymywali badani – że to stosunek do Żydów przesądził o preferencjach osób badanych.

mocy czy prawdopodobieństwa wyrządzenia krzywdy. Im bardziej prawdopodobne jest zachowanie negatywne i/lub im mniej prawdopodobne jest zachowanie pozytywne, tym większe prawdopodobieństwo uprzedzenia.

Kolejne techniki polegają na **przyczynowym wyjaśnianiu pozytywnych i negatywnych uczynków**. Systematyczne przypisywanie wewnętrznych przyczyn uczynkom negatywnym i systematyczne przypisywanie zewnętrznych przyczyn różnym uczynkom pozytywnym wskazywać może na uprzedzenie do sprawy lub do grupy, z której wywodzi się osoba oceniana.

Na koniec podkreślić należy, że diagnostyczna wartość poszczególnych technik badania uprzedzeń nie jest dobrze określona, dlatego – jeśli to możliwe – słuszniej jest stosować kilka technik równocześnie.

47.2.6
Modyfikacja stereotypów i uprzedzeń

Zarówno w charakterystyce stereotypów, jak i w charakterystyce uprzedzeń podkreśla się ich małą podatność na zmiany. Niektórzy wręcz zakładają pesymistyczną tezę o ich niezmienności. Z drugiej strony w literaturze wcale nierzadko spotkać można uwagi na temat różnych dróg prowadzących do zmiany stereotypów i uprzedzeń.

47.2.6.1
Teorie zmiany

W literaturze psychologicznej mniej lub bardziej wyczerpująco opisuje się cztery modele zmian stereotypów i uprzedzeń (Stangor i Lange, 1994).

Model kumulacyjny (*bookkeeping model*) zakłada, że zmiany dokonują się metodą „kropla drąży skałę", że są jednorazowo niewielkie, natomiast kumulują się w czasie. Model ten odwołuje się do przekonania, że ledwo dostrzegalne różnice między stanami umożliwiają asymilację informacji niezgodnych z dotychczasowymi nastawieniami czy przekonaniami.

Model zmiany radykalnej (*conversion model*) zakłada, że pod wpływem informacji lub doświadczenia o znacznej rozbieżności z dotychczasowym nastawieniem lub przekonaniem dokonuje się gwałtowna zmiana czy „przewrót poznawczy". Zmiany dokonują się tu zgodnie z zasadą „wszystko albo nic". Model ten – w obliczu stwierdzonego faktu, że stereotypy i uprzedzenia nie wzbudzają dysonansu w warunkach niezgodności z informacjami dyskonfirmującymi – ma słabe zaplecze teoretyczne.

Model podtypu (*subtype model*) zakłada, że sprzeczność napływającej informacji ze stereotypem, czy też doświadczenia wskazujące na różnorodność egzemplarzy danej kategorii powodują uruchomienie mechanizmu „wilk syty i owca cała": wyodrębniony zostaje podtyp w obrębie danej kategorii, ale sama kategoria pozostaje nienaruszona.

Model rozcieńczenia (*dilution model*) jest szczególną wersją modelu kumulacyjnego. Zakłada on, że wprowadzanie informacji niediagnostycznych, waluatywnie neutralnych i peryferyjnych poznawczo czyni nastawienie bardziej podatnym na zmiany. Model ten odwołuje się do techniki „konia trojańskiego": wprowadzenie błahych, niediagnostycznych informacji powinno spowodować rozcieńczenie stereotypu, a także osłabić uprzedzenie.

Materiał empiryczny przemawiający za poszczególnymi modelami jest niezbyt duży i niezbyt ogólny. Zmiany typu konwersyjnego częściej opisywane są w literaturze pięknej i historycznej niż w literaturze psychologicznej (por. J. Iwaszkiewicza *Matka Joanna od Aniołów*). W stereotypach odnotowuje się zmiany „krok po kroku", przy czym są to raczej zmiany stereotypu konsensualnego, a nie indywidualnego.

Miles Hewstone (1999), od lat prowadzący badania nad możliwościami zmiany stereotypów i uprzedzeń, dość nisko ocenia przedstawione modele – najwyżej, choć też z pewnymi ograniczeniami, ocenia on model wyłaniania podtypów.

47.2.6.2
Hipoteza kontaktu

Od czasu prac Allporta (1954) trwają rozważania na temat tak zwanej hipotezy kontaktu. Hipoteza ta – bardzo popularna przez swoją jasność i zdroworozsądkowy charakter – zakłada, że podstawowym warunkiem modyfikacji stereotypów i uprzedzeń jest kontakt z przedstawicielami grup traktowanych z niechęcią. Kontakt pojmowany jest jako sposób powiększenia i rozbudowania ubogich, nazbyt prostych kategorii, a także zredukowania negatywnych emocji skojarzonych z daną kategorią poznawczą itp. Hipoteza kontaktu, choć z pozoru oczywista, bynajmniej nie jest zbyt mocno uzasadniona empirycznie

Nie brak głosów, że chodzi nie tyle o sam kontakt, bo ten nie jest wystarczającym warunkiem modyfikacji stereotypów i uprzedzeń, ile raczej o pewne rodzaje kontaktu. Wiele danych pozostających w związku z hipotezą kontaktu pochodzi z badań prowadzonych w instytucjach wymuszających kontakt, na przykład w wojsku, w szpitalach, zatem nie można ich generalizować. Ponadto niezbyt wiele wiadomo, czy i w jaki sposób kontakt **jest źródłem** stereotypów i uprzedzeń. W amerykańskich badaniach ankietowych stwierdzono, że choć kontakt wpływa na osłabienie stereotypowej percepcji i uprzedzeń, to zmiany te są ledwie dostrzegalne (około 1% wyjaśnianej wariancji). Kontakty prywatne wywierają większy wpływ (około 7% wariancji wyjaśnianej). Trudno to uznać za argumenty przemawiające na rzecz trafności hipotezy kontaktu.

Stangor, Jonas, Stroebe i Hewstone (1996) badali studentów amerykańskich, którzy przebywali na stypendiach w Anglii i w Niemczech. Badania przeprowadzono po trzech tygodniach od przyjazdu do Niemiec lub Anglii oraz – powtórnie – po powrocie do kraju ojczystego. Przedmiotem badań były różne aspekty ustosunkowania oraz stereotypy Niemców i Anglików. Analiza danych wykazała, że wystąpiły oczekiwane zmiany, były one jednak niewielkie. Największe, ale bynajmniej nie imponujące, znaczenie miał kontakt wynikający z bliskich przyjaźni.

Coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, że przesłanką modyfikacji stereotypów i uprzedzeń może być kontakt **wyłącznie dobrowolny**, a nie wymuszony (Hraba i in., 1996). Wagner i jego współpracownicy prowadzili badania z udziałem dzieci w Niemczech i stwierdzili, że tylko kontakt dostarczający przyjemności sprzyjał przełamywaniu uprzedzeń i stereotypów, ale wyłącznie u dzieci niemieckich (a więc reprezentujących większość), natomiast nie u dzieci tureckich, reprezentujących mniejszość (Wagner, Hewstone i Machleit, 1989). Stwierdzono, że wraz z częstością kontaktu wzrasta wzajemna sympatia, nie wpływa ona jednak na wzrost gotowości do dalszych kontaktów obu stron.

Wielu badaczy zwraca uwagę na fakt, że pozytywne konsekwencje kontaktu na poziomie interpersonalnym nie przenoszą się na poziom grupowy (por. np. Hamburger, 1994). Z faktu, że X i Y się polubili, nie wynika bynajmniej, że zmniejsza się niechęć między grupami, z których oni pochodzą. Hamburger (1994) przytacza wyniki badań dowodzące, że gotowość do współpracy Białych i Czarnych w zakładzie pracy nie przenosi się na inne dziedziny życia, a zupełnie nie znajduje odbicia w prywatnych kontaktach przedstawicieli tych grup.

W kilku badaniach sprawdzano, czy naturalny kontakt sąsiedzki zmienia wzajemny stosunek sąsiadów należących do różnych grup narodowych. Włosi z Bolonii, którzy mieli za sąsiadów Włochów z Południa lub imigrantów z północnej Afryki, mieli do tych grup znacząco lepszy stosunek niż ci Bolończycy, którzy nie mieli takich sąsiadów (Kirchler i Zani, 1995). Nie wiadomo jednak, jaki był stosunek drugiej strony do rdzennych mieszkańców Bolonii.

Okazuje się zatem, że hipoteza kontaktu ma liczne ograniczenia. Sam kontakt nie jest warunkiem wystarczającym polepszenia stosunku do innych, a warunki konieczne dla osiągnięcia polepszenia okazują się w znacznej części nieznane. Zauważmy jednak, że

bez podejmowania prób kontaktu trudno wyobrazić sobie zmianę nastawień do stygmatyzowanych grup i osób. Hewstone (1999), świadomy ograniczeń hipotezy kontaktu, zauważa jednak, że jakikolwiek kontakt między grupami lub osobami z odmiennych grup jest lepszy niż brak kontaktu.

47.2.6.3 Efektywność oddziaływań ukierunkowanych na zmianę

Stereotypy i uprzedzenia stanowią nie tylko problem natury intelektualnej, ale przede wszystkim problem natury praktycznej i społecznej. Niestety, danych na temat skutecznych sposobów zmiany stereotypów i uprzedzeń jest niezbyt wiele, a i te, które istnieją, bardziej przypominają zbiory postulatów niż opis odnotowanych zależności (por. Eberchardt i Fiske, 1999).

W literaturze psychologicznej nieustannie opisuje się (zatem nie ma potrzeby tego powtarzać) często stosowaną i dość efektywną procedurę, znaną pod nazwą *jigsaw classroom* (Aronson, Blaney, Stephan, Sikes i Snapp, 1978). Skupimy się na charakterystyce kilku innych programów.

W Republice Południowej Afryki, gdzie następstwa długotrwałego apartheidu są rozległe i dość utrwalone, wielokrotnie podejmowano próby przełamania wzajemnej niechęci między Białymi i Czarnymi. Stosowane oddziaływania skoncentrowane były na identyfikacji i akceptacji różnic międzygrupowych, umożliwiały podejmowanie wspólnych działań, skłaniały do indywidualizacji, a nie do ujmowania ludzi w kategoriach grup (Kamfer i Venter, 1994). Osiągnięto wyniki zgodne z oczekiwaniami eksperymentatorów, ale słabe, przy czym w wielu innych programach nie osiągnięto żadnych godnych uwagi rezultatów.

W badaniach realizowanych w Holandii prowadzono oddziaływania zmierzające do odkrywania różnic między mniejszościami i większością oraz dostarczano informacji o różnych mniejszościach. Materiały miały formę krótkich filmów o charakterze edukacyjnym. Efekty oddziaływania były pozytywne, ale także bardzo słabe (Vrij, VanSchie i Cherryman, 1996).

Opisane programy prowadzono z ludźmi dorosłymi, co zapewne (wobec domniemanego utrwalenia stereotypów i uprzedzeń) zmniejsza szanse na powodzenie. Kilka programów realizowanych w Polsce z dziećmi przygotowała Barbara Weigl i jej współpracownicy. Wszystkie prowadzono w warunkach naturalnych. Wykorzystano osiem odmiennych procedur modyfikacyjnych. Wyniki badań opisano oddzielnie (Weigl, 1999), tu zatem można poprzestać na stwierdzeniu, że wszystkie zastosowane procedury, choć w nierównym stopniu, okazały się efektywne.

RAMKA 47.7

W jednym z programów, realizowanych w szkole podstawowej przez okres wielu miesięcy, problematyka mniejszości narodowych w Polsce była przedmiotem zainteresowania na wielu lekcjach szkolnych – literatury, historii, geografii, na zajęciach artystycznych itp. Kolejno po sobie następowały trzymiesięczne serie poświęcone jednej mniejszości, na przykład żydowskiej, romskiej, niemieckiej itd. Przed podjęciem programu i po jego zakończeniu mierzono ustosunkowanie do poszczególnych grup narodowych. Pod wpływem programu zmniejszyła się koncentracja na własnej grupie oraz faworyzacja grupy własnej, natomiast polepszył się stosunek do innych. Co ważniejsze, polepszenie miało nie tylko specyficzny charakter (polepszył się stosunek do grupy, która była przedmiotem uwagi), ale także niespecyficzny (polepszył się stosunek do innych ludzi w ogóle).

W następstwie realizacji programów modyfikacyjnych zmniejszył się dystans wobec przedstawicieli różnych grup, na lepsze zmieniały się oczekiwania co do zachowań przedstawicieli tych grup, polepszyły się oceny typowych reprezentantów grup. Okazuje się, że oddziaływania adresowane do dzieci i młodzieży są skuteczniejsze i dają więcej szans powodzenia niż oddziaływania odnoszące się do osób dorosłych.

47.3 Podsumowanie

Stereotypy to szczególny rodzaj schematów poznawczych dotyczących osób lub grup społecznych. Są to zazwyczaj schematy o bardzo ubogiej treści, często niezgodne z rzeczywistością, odporne na zmiany. Stereotypy przedstawia się jako opisy pewnych obiektów (podejście deskryptywne) lub jako opisy silnie nasycone wartościowaniami (podejście ewaluatywne). Przedstawia się je także jako osobiste przekonania jednostki na temat jakiejś wyróżnionej grupy (podejście społeczno-poznawcze), lub też jako powszechnie podzielane przekonania na temat danej grupy (podejście kulturowe).

Niezależnie od przyjmowanego punktu widzenia, podobnie opisuje się cechy oraz funkcje stereotypów. Związek między stereotypami i zachowaniami ludzi nie jest do końca jasny. O ile dobrze znany jest wpływ stereotypów na poznawcze funkcjonowanie ludzi, o tyle związek z bezpośrednimi zachowaniami wobec obiektów stereotypizacji nie jest zbyt dobrze udokumentowany.

Uprzedzenia pojmowane są jako negatywne aprioryczne ustosunkowania dotyczące jakiejś grupy, przy czym podstawą takiego sądu jest stwierdzenie, że oceniany człowiek lub oceniana grupa wykazują jakąś cechę – są na przykład homoseksualistami, imigrantami albo należą do mniejszości etnicznej. Wyróżnia się kilka typów uprzedzeń, jednak w praktyce powodują one podobne konsekwencje – unikanie kontaktu z obiektami uprzedzeń, powiększanie dystansu, deprecjonowanie wytworów i zachowań przedstawicieli grup stygmatyzowanych.

Wprawdzie odporność na zmiany jest nieomal konstytutywną cechą stereotypów i uprzedzeń, ale badania nad ich modyfikacją przyniosły pozytywne wyniki. Efekty oddziaływań modyfikacyjnych są znacznie lepsze u osób młodszych – u dzieci i młodzieży – niż u osób starszych.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Jakie są najważniejsze cechy stereotypów społecznych?
2. Proszę przedstawić indywidualne i społeczne źródła stereotypów.
3. Jakie są najważniejsze funkcje spełniane przez stereotypy?
4. Proszę scharakteryzować typy uprzedzeń.
5. Jakie są modele zmian stereotypów i uprzedzeń?
6. Co głosi hipoteza kontaktu i jakie ma poparcie empiryczne?

LITERATURA ZALECANA

Kofta, M. (1996). Wprowadzenie do psychologii stereotypów i uprzedzeń. W: M. Marody, E. Gucwa-Leśna (red.), *Podstawy życia społecznego w Polsce* (s. 165–173). Warszawa: Instytut Studiów Społecznych UW.

Kurcz, I. (1995). *Zmienność i nieuchronność stereotypów*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Macrae, C. N., Stangor, C., Hewstone, M. (red.). (1999). *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Weigl, B. (1999). *Stereotypy i uprzedzenia etniczne u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

IX

EDUKACJA

Anna Matczak (redakcja)

48

Psychologia wychowania

Anna Brzezińska

Przedmiotem zainteresowania psychologii wychowania, zwanej także psychologią wychowawczą, dawniej pedagogiczną (por. Gurycka, 1980; Kaplan, 1990), jest **wychowanie**. Wielość definicji tego pojęcia i używanie go raz w węższym, raz w szerszym zakresie powodują, iż trudno jest jednoznacznie określić przedmiot zainteresowań teoretycznych i badawczych tego działu psychologii.

Psychologia wychowawcza powstała na przełomie XIX i XX wieku i początkowo była ściśle powiązana z jednej strony z naukami pedagogicznymi, a z drugiej – z działalnością praktyczną. Rozwijała się w dwóch nurtach (za: Przetacznik-Gierowska i Włodarski, 1994). Pierwszy związany był z wyraźnym nastawieniem na zaspokajanie potrzeb praktyki. Do dziś jest to żywa tendencja, o czym świadczy wydany w roku 1997 podręcznik autorstwa M. H. Dembo, *Stosowana psychologia wychowawcza*. Drugi nurt dążył do wyodrębnienia własnego przedmiotu poznania i badania. Reprezentant tego nurtu, S. Baley (za: Gurycka, 1979, s. 11), dobitnie podkreślał, że przedmiotem psychologii wychowania jest „proces wychowawczy rozpatrywany od strony psychologicznej".

48.1

Przedmiot psychologii wychowania

Pojęcie wychowania jest różnie rozumiane i definiowane – zarówno na gruncie psychologii i pedagogiki, jak i innych nauk, na przykład socjologii. F. Znaniecki (1973, s. 6) pisze, że „wychowanie jest to działalność społeczna, której przedmiotem jest osobnik, będący kandydatem na członka grupy społecznej, i której zadaniem, warunkującym faktyczne jej zamiary i metody, jest przygotowanie tego osobnika do stanowiska pełnego członka".

Maria Przetacznik-Gierowska i Z. Włodarski (1994) wskazują na równoległe używanie pojęcia wychowania w dwóch zakresach: **szerokim** – i wówczas dotyczy ono całokształtu

oddziaływania wychowawców i środowiska wychowawczego na jednostkę lub grupę – oraz **wąskim,** gdy odnosi się ono do oddziaływania na sferę afektywną człowieka, jego system wartości oraz osobowość. W tym drugim, wąskim ujęciu wychowanie występuje obok nauczania (kształcenia), które odnoszone jest do sfery poznawczej, oraz obok opieki, której przedmiotem zainteresowania jest sfera potrzeb człowieka.

48.1.1
Pojęcie wychowania

Wychowanie – w szerokim ujęciu – zajmuje szczególne miejsce pośród wielu innych wpływów, jakim podlega człowiek w ciągu całego swego życia. Można jednak powiedzieć, że ze względu na to, iż jest to oddziaływanie intencjonalne i bardziej czy mniej świadome, ma ono wpływ szczególny na jednostkę – najbardziej ją formujący, kształtujący. Człowiek w toku swego życia podlega oddziaływaniom wielu różnych środowisk społecznych, a w ich ramach – wielu różnych **środowisk wychowawczych**, wśród których podstawowa rola przypada rodzinie i szkole, a potem środowisku pracy.

Nie wdając się tutaj w analizę różnic w definiowaniu wychowania i innych pokrewnych pojęć, jak socjalizacja, edukacja, kształcenie, nauczanie czy opiekowanie się, a odsyłając Czytelnika do literatury (Kowalik, 1994; Tillmann, 1996), na użytek poniższych analiz przyjmujemy następującą szeroką definicję **wychowania: jest to złożony system działań, podejmowanych przez osobę o przypisanej społecznie roli wychowawcy względem drugiej osoby, o społecznie przypisanej roli wychowanka, lub względem jej otoczenia, z intencją wywołania zmiany zgodnej z założonym programem.** Tak szerokie ujęcie pozwala na posługiwanie się zamiennie terminami „wychowanie" i „edukacja", czego potwierdzeniem jest źródłosłów tego ostatniego. Według słownika łacińsko-polskiego pod redakcją Kumanieckiego, *e-ducere* oznacza „wyciągnąć w górę, poprowadzić, zabrać z sobą, wychowywać kogoś", a *educatio* jest tłumaczone jako „wychowanie".

Podana definicja wychowania nie określa ani tego, ku czemu wychowanie zmierza, czyli **po co** wychowywać, ani tego, jakie cele ma osiągać, czyli **co** jest przedmiotem oddziaływania wychowawczego, ani też jakimi metodami działać, czyli **jak** wychowywać. Pozwala ona jednak na wyłonienie kilku cech formalnych, dzięki którym można odróżnić ten rodzaj działalności od innych:

(1) Wyodrębnione są **dwie role** – wychowującego i wychowywanego, co oznacza, że wychowanie jest **interakcją** między dwoma podmiotami (relacja osoba – osoba lub relacja osoba – grupa).
(2) Jest to **relacja niesymetryczna**:
   (a) Istnieje różnica **kompetencji** między obiema stronami w zakresie wiedzy i rozumienia, poziomu różnych umiejętności, przede wszystkim tych, które są przedmiotem oddziaływania bardziej kompetentnego wychowującego na mniej kompetentnego wychowywanego.
   (b) Istnieje różnica w zakresie **wiedzy na temat celu i metod** działania wychowawczego. Wiedzą tą dysponuje wychowujący – wie, ku czemu zmierzają jego poczynania, jakie cele chce kolejno osiągać, jakie musi tworzyć ku temu warunki i jakimi posługiwać się środkami; wychowywanemu wiedza ta albo jest zupełnie niedostępna, albo jest on informowany w sposób zależny od decyzji (woli) osoby wychowującej.
   (c) Istnieje różnica **władzy**, wynikającej z „siły" ról przypisanych obu stronom: rola wychowawcy obdarzona jest silniejszą mocą (por. Konarzewski, 1992) niż rola wychowywanego – to poczucie różnicy obecne jest u obu partnerów, ale także podzielane społecznie; obserwowany od kilku lat spadek prestiżu zawodu nauczyciela w Polsce jest przejawem słabnięcia tej właśnie mocy społecznej, jaką kiedyś zawód ten był obdarzany.
(3) Wychowanie jest działaniem skierowanym na osobę lub na jej otoczenie (kontekst jej życia) w celu **wywołania zmiany** – można je więc określić jako interwencję w układ indywidualny (osoba) lub społeczny (grupa, społeczność).
(4) Wychowanie jest **działaniem bezpośrednim**, kiedy wychowawca wchodzi w aktywny kontakt z wychowywanym (osobą lub grupą), lub **pośrednim**, kiedy odnosi się nie wprost do danej osoby, ale do innych, znaczących dla niej osób bądź grup i instytucji, stanowiących ważny dla niej kontekst.
(5) Wychowawca działa z **intencją** wywołania zmiany u wychowanka lub w jego otoczeniu. Intencja nie zawsze jest w pełni uświadamiana, często wychowawca działa z intencją ukrytą, z której sam nie zdaje sobie sprawy – mówimy wtedy o tak zwanym ukrytym programie (Janowski, 1995; Meighan, 1993). Ukryty program dotyczy przyjmowanych milcząco (*tacit knowledge*) założeń, zarówno co do natury człowieka, koncepcji roli ucznia, orientacji wychowawczej, jak i celów, jakie chce się w kontakcie wychowawczym zrealizować.
(6) Wychowawca działa zgodnie z założonym **programem**, a ten z kolei wynika z przyjętych przez niego lub narzuconych mu **wartości**; istotą oddziaływań wychowawczych jest istnienie owego zewnętrznego programu. Według L. S. Wygotskiego (1971/1935), podstawowym zadaniem wychowawcy jest uczynienie go „wewnętrznym programem" ucznia.

Podkreślić należy szczególnie to, że wychowanie jest zawsze **interwencją** w układ żywy, rozwijający się, obdarzony własną historią i aspirujący ku jakiejś przyszłości. Dotyczy to zarówno osób, jak i grup czy całych społeczności. Nieuwzględnianie takiej dynamicznej perspektywy jest podstawowym źródłem błędów i niepowodzeń wychowawczych.

RAMKA 48.1

Przykłady relacji wychowawczej osoba – osoba:

matka – dziecko; nauczyciel – uczeń; mistrz – czeladnik; opiekun – podopieczny; wychowawca – wychowanek; dyrektor – nauczyciel; psycholog – matka dziecka niepełnosprawnego; logopeda – pacjent; instruktor prawa jazdy – dorosły uczeń.

Przykłady relacji wychowawczej osoba – grupa:

dyrektor szkoły – rada pedagogiczna; wychowawca – zespół klasowy; psycholog – grupa uczniów uczestnicząca w warsztacie psychoedukacyjnym; instruktor harcerski – drużyna; pedagog – zespół klasowy; pedagog szkolny – społeczność szkolna; psycholog szkolny – rada rodziców; nauczyciel – grupa razem uczących się dorosłych; opiekun – zespół podopiecznych domu pomocy społecznej; wychowawca – społeczność dzieci w szpitalu; wychowawca – grupa uczniów w internacie; instruktor – grupa bezrobotnych na kursie kwalifikacyjnym.

48.1.2
Uwikłanie praktyczne psychologii wychowania

W psychologii wychowawczej najczęściej wyróżnia się trzy działy (Gurycka, 1979): (1) psychologię wychowania, (2) psychologię nauczania oraz (3) opiekę psychologiczną. Tradycyjnie wszystkie te trzy działy dotyczyły przede wszystkim dzieci i młodzieży. Obecnie trudno jednak takie ograniczenie zaakceptować – z jednej strony z powodu szybkiego rozwoju różnych dziedzin psychologii, szczególnie psychologii rozwojowej (pojawienia się nurtu *life-span*, podkreślającego, że człowiek rozwija się w toku całego swego życia), społecznej czy osobowości, z drugiej zaś – z powodu pojawiania się coraz większej liczby trudnych problemów społecznych, dotyczących ludzi w różnych okresach dorosłości. Dla przykładu wymienić tu można: problem bezrobocia w okresie wczesnej dorosłości, problem nagłej utraty pracy lub konieczności przekwalifikowania się zawodowego w okresie środka życia, wcześniejsze przejście na emeryturę i nadmiar czasu wolnego, zmianę struktury rodzin z wielopokoleniowych – na jednopokoleniowe, problemy z kształceniem osób niepełnosprawnych w różnym wieku i włączaniem ich w nurt życia społecznego oraz w działalność wszelkiego rodzaju instytucji opiekuńczych, wychowawczych, kulturalnych.

Szczególne wyzwanie, jakie obecnie stoi przed psychologią wychowania, to konieczność rozwiązywania problemów, na jakie natrafiają ludzie – pojedyncze osoby i całe grupy – w warunkach szybkiej, gwałtownej zmiany społecznej (związanej z reformami: samorządową, edukacji, systemu zdrowia, opieki społecznej). Wyzwanie to nakłada obowiązek szybkiego i trafnego rozpoznania problemów społecznych oraz poszukiwania efektywnych metod ich rozwiązywania. Oznacza to, że problem opieki, wychowania, nauczania czy kształcenia przestaje dotyczyć wyłącznie dzieci i młodzieży czy tylko rodziny i szkoły, a staje się problemem, który potencjalnie dotyczy każdego człowieka, niezależnie od wieku czy środowiska, a także każdej instytucji (kościoła, szpitala, zakładu pracy, zakładu doskonalenia zawodowego).

Przedmiotem szczególnych analiz i badań staje się coraz częściej interwencja o charakterze wychowawczym (edukacyjnym), kierowana na wywołanie zmiany w całej społeczności, a nie tylko w pojedynczych osobach czy grupach (por. Brzezińska i Potok, 1996; Grossmann i Scala, 1993). Ten typ interwencji jest szczególnie ważny dzisiaj, gdy wiele osób ma trudności w przystosowaniu się do szybko zmieniających się warunków życia, do działania według reguł wolnego rynku już nie tylko w sferze produkcji i dystrybucji dóbr, gdy pozycja jednostki coraz częściej zależy właśnie od jej „rynkowej" wartości. Z drugiej strony przemiany społeczne ostatnich lat wymuszają na jednostkach i grupach zdobywanie takich kompetencji, w jakie w trakcie swej długiej edukacji rodzinnej i szkolnej w okresie dzieciństwa i młodości nie zostały wyposażone (Kwieciński, 1992a, 1992b). Od innej strony to ujmując, wychowanie (edukacja) w ujęciu szerszym niż tylko szkolne i instytucjonalne potrzebne jest dorosłym, którzy edukowani w innych warunkach i ku innej przyszłości, stają obecnie wobec wyzwania niezwykle trudnego – przygotowania młodego pokolenia do życia w warunkach, które w wielu ważnych obszarach nawet dla planistów nie są możliwe do przewidzenia.

48.1.3
Zadania psychologii wychowania

Za podstawowe założenia działalności wychowawczej można, w świetle powyższych rozważań, uznać następujące:

(1) Przyjęcie dynamicznej i genetycznej perspektywy ujmowania osoby, co oznacza poszukiwanie powiązań między jej aktualnym funkcjonowaniem a jej przeszłością i przyszłością.
(2) Świadomość, że działania wychowawcze jako podwójnie uwikłane – w osobę i w kontekst jej życia – zawsze przynoszą konsekwencje bliskie i dalekie oraz bezpośrednie i pośrednie.
(3) Akceptowanie wielości, różnorodności, złożoności i krzyżowania się wpływów, jakim podlega osoba w toku swego życia, czyli uwzględnianie tego, że stanowi ona element rozbudowanej sieci społecznej i podlega różnym, często sprzecznym ze sobą wpływom wychowawczym, płynącym ze środowisk przyjmujących różne systemy wartości.

Analiza tych założeń skłania do sformułowania najważniejszych, naszym zdaniem, problemów, wobec których stoi psychologia wychowania.

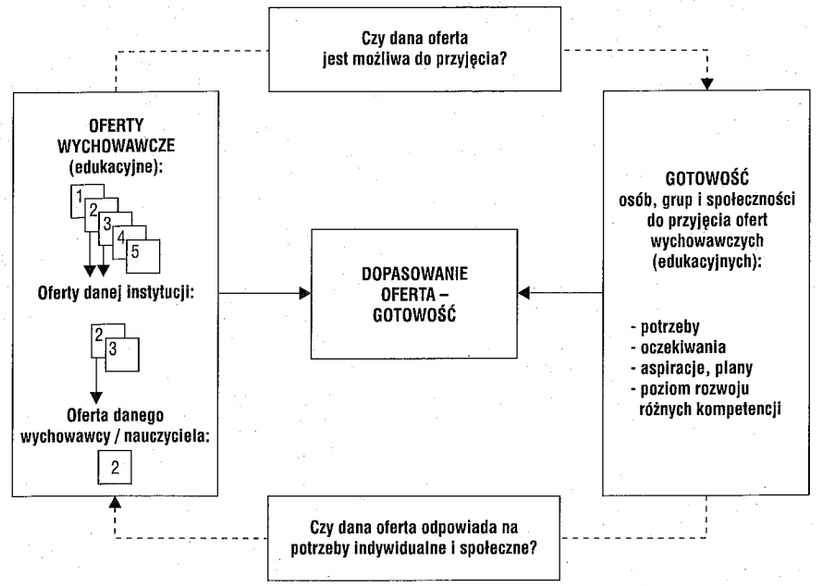
Pierwszy to problem **oferty wychowawczej** (edukacyjnej). **Z punktu widzenia jednostki** można go sformułować w postaci pytania o to, czy programy działań, systemy stawianych wymagań, stosowane procedury dyscyplinowania zachowania, z jakimi osoba spotyka się w kolejnych fazach swego życia w różnych środowiskach – począwszy od rodziny, poprzez szkołę, po różne organizacje – są: (a) adekwatne do poziomu jej wiedzy i umiejętności w różnych obszarach, (b) atrakcyjne (uruchamiają jej osobiste zaangażowanie) i (c) trafne ze względu na istotne w danym okresie życia potrzeby. **Z punktu widzenia społeczeństwa** zaś chodzi o to, czy te same kwestie (a) mają u swego podłoża społecznie cenione wartości, (b) czy system działań, jaki proponują, jest spójny z tymi wartościami i (c) czy odpowiadają ważnym potrzebom społecznym.

Drugi problem to problem **gotowości** osób do przyjmowania ofert wychowawczych (edukacyjnych) i „poddawania się" im. Chodzi tu o odpowiedni poziom dojrzałości biologicznej do sprostania stawianym wymaganiom i o gotowość intelektualną, emocjonalną czy psychospołeczną. Problem ten dotyczy

RAMKA 48.2

Niedopasowanie oferty edukacyjnej do potrzeb i poziomu rozwoju osoby: nieuwzględnianie przez większość nauczycieli w realizacji szkolnych programów naturalnego nauczania języka obcego i korzystania z komputerów jako obecnych coraz częściej w różnych sytuacjach życiowych i tworzenie jedynie odrębnych lekcji temu poświęconych, podczas gdy uczniowie spotykają się z informacjami w języku angielskim czy niemieckim (zależnie od regionu, w którym mieszkają) w środowisku swego życia na co dzień – w nazwach sklepów (market, butik), towarów (*chips, snack*), czynności (przy korzystaniu z komputerów). Taka obecność byłaby naturalna na lekcjach, na przykład, języka polskiego i historii (z odwoływaniem się przy okazji do łaciny i greki) czy matematyki (język angielski i także greka – choćby w nazwach symboli); można by ją wprowadzać poprzez ukazywanie zapożyczeń z innych języków, trudności w tworzeniu nazw w języku polskim, poszukiwanie takich określeń, analizę źródłosłowów itp.

Niedopasowanie oferty edukacyjnej do potrzeb i poziomu rozwoju społeczeństwa: oferowanie programów edukacyjnych, które wymagają bogatego wyposażenia, szczególnie w media elektroniczne (na przykład korzystania z internetu, założenia wideoteki), oraz dużych nakładów finansowych, a jednocześnie nie uwzględniają najistotniejszych społecznych problemów, na przykład tego, że dzieci w niektórych szkołach mają trudności z opanowaniem podstawowych umiejętności czytania i pisania.



Dopasowanie ofert wychowawczych do poziomu gotowości potencjalnych odbiorców

RYCINA 48-1

zarówno osoby, jak i jej otoczenia społecznego. Ono również musi być gotowe do przyjęcia danej oferty wychowawczej.

Trzeci problem to problem **warunków realizacji** ofert wychowawczych i odpowiedniego przygotowania osób – wychowawców – do tej działalności.

Zadania dla psychologii wychowania obejmują zatem trzy obszary problemów poznawczych i badawczych, wymagających zarazem rozwiązań praktycznych (zob. ryc. 48-1):

(1) **Konstruowanie ofert wychowawczych (edukacyjnych), czyli programów oddziaływań promujących określone, cenione społecznie wartości, spójnych z tymi wartościami, respektujących prawidłowości rozwoju jednostki, grupy i społeczeństwa jako całości i uwzględniających kontekst życia osób, do których są adresowane** – psychologia wychowania może dostarczyć wiedzy służącej konstruowaniu oraz ewaluacji ofert wychowawczych.

(2) Wspomaganie rozwoju osób i **budowanie ich gotowości do przyjmowania ofert wychowawczych** w każdym okresie życia, niezależnie od stopnia sprawności czy niepełnosprawności – psychologia wychowania może dostarczyć wiedzy służącej diagnozowaniu poziomu gotowości osób oraz metod wspomagających jej rozwój.

(3) Pomoc w **dopasowywaniu ofert wychowawczych do poziomu gotowości** osób i grup, do których są adresowane – psychologia wychowania może dostarczyć wiedzy i metod wspomagających ten proces.

48.2

Wychowanie jako czynnik rozwoju człowieka

48.2.1

Wychowanie jako czynnik zmiany indywidualnej i zmiany społecznej

W naukach społecznych można odnaleźć wiele koncepcji nastawionych nie tylko na opis i wyjaśnianie rzeczywistości, ale także na działanie w niej. Często pojawia się w nich pojęcie **interwencji**, rozumianej jako **system działań zmierzających do zmiany pewnego stanu rzeczy (do osiągnięcia określonego efektu)**. Z tej perspektywy wyróżnić można interwencję psychologiczną (kryzysową – np. Sęk, 1991), socjologiczną (Kuczyński, 1986) lub wychowawczą (edukacyjną) (Wiliński, 1997). Podstawą ich rozróżniania jest specyficzność efektów, jakie zamierza się osiągnąć, oraz odmienność sposobów (strategii i metod) ich osiągania. Pojęcie interwencji pojawia się także w języku praktyków działających w wielu obszarach rzeczywistości.

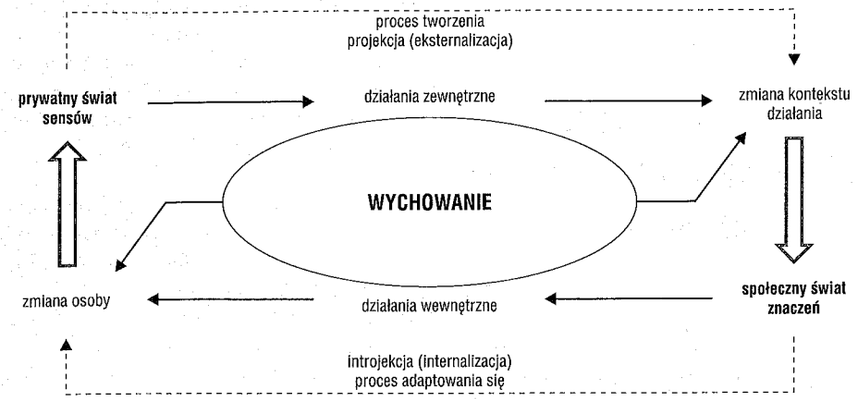
Interwencję można rozumieć także jako **sposób ingerowania w bieg wydarzeń, w które człowiek jest uwikłany** (Wiliński, 1997). Bieg wydarzeń można sobie wyobrazić jako sieć (powiązań) wszystkich zdarzeń dokonanych, zdarzeń aktualnie przebiegających i zdarzeń przyszłych (Łukaszewski, 1984). Powiązania między zdarzeniami mogą mieć charakter podłużny (czasowe następstwo zdarzeń, powiązania przyczynowo-skutkowe) lub poprzeczny, kiedy związki dotyczą zdarzeń dokonujących się w tym samym czasie. Zatem powiązania między wydarzeniami powstają w dwojaki sposób. Taka konceptualizacja biegu wydarzeń ma duże znaczenie dla budowania programów wszelkiej interwencji. Stawia ona bowiem przed ich autorami ważne pytania. Na kilka z nich warto w tym miejscu zwrócić uwagę, mianowicie:

(1) Jakie wydarzenia (jednostkowe, grupowe, społeczne) są przyczynami istniejących stanów rzeczy (jednostkowych, grupowych, społecznych)?
(2) Jakie skutki, obserwowane „tu i teraz", przyniosły wcześniejsze wydarzenia?
(3) Jak owe skutki mają się do pożądanych stanów rzeczy?
(4) Jakie zmiany wywołały wydarzenia minione w ludziach, którzy w nich uczestniczyli?

Ustalenia tego typu wskazują **obszary**, w które warto ingerować. Pozwalają ustalić wrażliwe na taką ingerencję miejsca. Ponadto umożliwiają określenie adresatów interwencyjnych projektów podejmowanych działań. U podstaw tak pojętej interwencji leży głębokie przekonanie, że człowiek może wpływać na bieg wydarzeń, to znaczy może bieg wydarzeń przyspieszać, powstrzymywać lub opóźniać, aktywnie wpływać na zachowanie *status quo* albo nadawać biegowi zdarzeń nowy kierunek (Wiliński, 1997).

W wypadku **interwencji o charakterze wychowawczym (edukacyjnym), skierowanej na otoczenie, czyli podejmowanej w celu stymulowania, ukierunkowywania i podtrzymywania przemian ładu społecznego** (Wiliński, 1996a, 1996b), pojawia się ważna kwestia, którą warto tu zasygnalizować. Dotyczy ona osoby wychowawcy (nauczyciela). Uzasadnioną wątpliwość budzi bowiem to, czy osoby socjalizowane i dobrze przystosowane do uprzedniego ładu społecznego mogą skutecznie inicjować i podtrzymywać zmiany, a więc sprzyjać nowemu ładowi społecznemu (szerzej na ten temat zob. w: Kwieciński, 1985, 1992b).

Działalność wychowawcza ma więc zawsze charakter **podwójnej interwencji** (zob.



Wychowanie jako czynnik zmiany indywidualnej i społecznej

RYCINA 48-2

ryc. 48-2): w rzeczywistość **indywidualną** (w prywatny świat osoby, jej obrazów świata i samej siebie, jej ukrytych teorii wyjaśniających funkcjonowanie świata i jej w nim miejsce) i w rzeczywistość **społeczną** (w kulturowy świat znaczeń), stanowiącą ważny kontekst rozwoju tej pierwszej.

Wychowanie jest interwencją, ponieważ narusza i przekracza granice owych dwóch rzeczywistości, dążąc do wywołania w nich obu zmiany, przy czym zmiana w wewnętrznym świecie jednostki pociąga za sobą zmiany jej sposobów działania, a w konsekwencji zmiany w otaczającej rzeczywistości społecznej. Z kolei zmiana w kontekście społecznym „wymusza" na jednostce zmianę dotychczasowych sposobów działania i w konsekwencji zmianę jej prywatnego świata znaczeń. Ów podwójny charakter interwencji wychowawczej oznacza, że niesie ona ze sobą zawsze dwojakiego rodzaju konsekwencje – bezpośrednie oddziaływanie na jednostkę pośrednio zmienia w dłuższym okresie kontekst jej życia. Natomiast oddziaływanie na kontekst przynosi także z upływem czasu efekty w postaci zmiany funkcjonowania osoby. Niezdawanie sobie sprawy z owej podwójności, to znaczy bliskich i dalekich konsekwencji podejmowanych działań, może być istotnym źródłem niepowodzeń wychowawczych (Brzezińska, 1997).

Interwencja wychowawcza (edukacyjna) skierowana na osoby oznacza podjęcie działań zmierzających do wywołania zmian w ich umiejętnościach, wiedzy, postawach, wartościach. Opiera się ona na założeniu, że osoby te są w wystarczającym stopniu gotowe do takiej zmiany; jeżeli nie, to najpierw należy podjąć działania kształtujące lub wzmacniające ową gotowość. Natomiast interwencji skierowanej na różne obszary organizacji życia społecznego towarzyszy założenie, że jednostki mogą aktywnie wpływać na jego kształt, a więc mogą być nośnikami zmian społecznych.

48.2.2
Wychowanie jako czynnik modyfikujący sieć związków społecznych jednostki

Wychowanie, jak wynika z poprzednich rozważań, odnosi się do osoby i do jej różnorakich związków społecznych, inaczej mówiąc – wnika w całą sieć społeczną, w jaką uwikłana jest osoba. System zorganizowania społeczeństwa można rozpatrywać na kilku poziomach, pamiętając, że są one współzależne od siebie (Tillmann, 1996). Związki te w interesujący sposób analizują R. A. Hinde i Joan Stevenson-Hinde (1994), wyróżniając kilka poziomów analizy tak zwanej złożoności społecznej (*social complexity*): (1) poziom osób i interakcji, w jakie ze sobą wchodzą, (2) poziom związków między ludźmi tworzącymi grupy oraz (3) poziom relacji między grupami. Wszystkie te powiązania mają charakter dwustronny i – jak to określają autorzy – „dialektyczny". Oznacza to, że każdy związek na każdym poziomie znajduje się jednocześnie pod wpływem związków z tego samego poziomu oraz z poziomu niższego i wyższego. Wyraźna jest tu idea współzależności czy współzmienności.

Jeśli przełoży się ją na kategorie służące analizie ludzkiego zachowania, będzie to znaczyło tyle, że analizując czyjeś zachowanie lub działanie, należy każdorazowo pytać o wielorakość jego uwikłania – w każdym momencie znajduje się ono pod wpływem czynników z różnych poziomów, niezależnie od tego, czy działająca jednostka zdaje sobie z tego sprawę, czy też nie. H. R. Schaffer (1994b) podkreśla, że współczesne badania nad zachowaniami społecznymi ludzi, szczególnie w okresie dzieciństwa, cechuje przesunięcie z analizy zachowań pojedynczych osób na analizę ich zachowań w diadach i poliadach (trzy osoby i więcej – określenie Schaffera). Ów problem wzajemnej zależności między różnymi poziomami organizacji życia społecznego można przedstawić tak jak na rycinie 48-3.

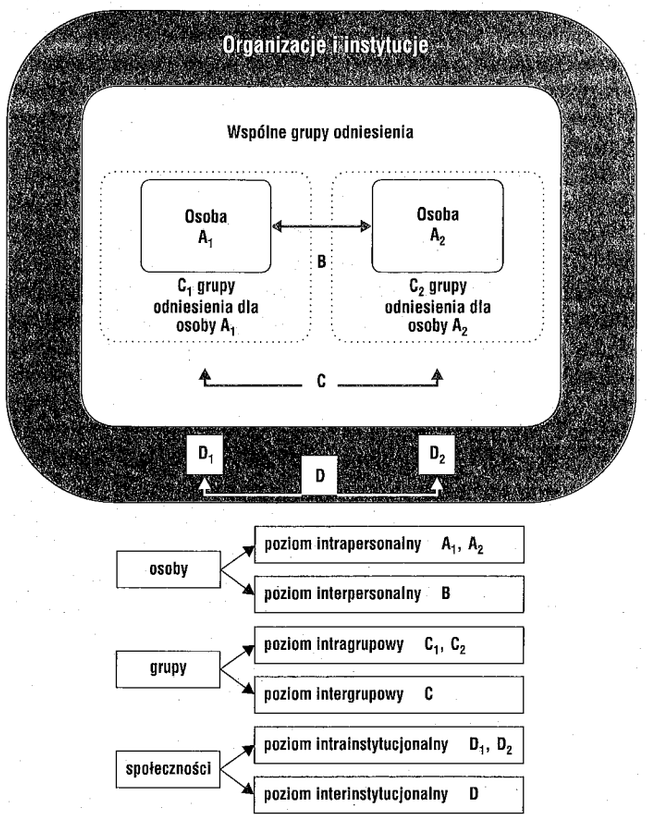
Analizując **strategie wychowania zorientowane na jednostkę,** myślimy zwykle o dwóch obszarach wprowadzania zmian: o poziomie zmian zachowania, wiedzy, postaw osób (poziom intrapersonalny) i o poziomie zmian relacji międzyludzkich (poziom interpersonalny). Z kolei **strategie wychowania zorientowane na system społeczny** odnoszą się do poziomu grupowego (zmiany funkcjonowania grupy, zmiany relacji między grupami) i do poziomu instytucjonalnego (zmiany funkcjonowania organizacji, zmiany relacji między organizacjami).

Życie człowieka w całym swym przebiegu rozpięte jest pomiędzy różnymi instytucjami i organizacjami usługowymi oraz produkcyjnymi. Stanowią one miejsca, w których różne wymiary środowiska nakładają się na siebie i stwarzają człowiekowi (lub nie stwarzają) możliwości zaspokajania potrzeb oraz realizacji celów indywidualnych i grupowych. Oznacza to, że każdy człowiek w różnych momentach swojego życia uczestniczy jednocześnie w różnych środowiskach i na różnych piętrach organizacji społecznej, wchodzi w tym samym czasie w różnorodne interakcje, podlega wpływom zamierzonym i niezamierzonym. Nieuwzględnianie tego w procesie wychowania stanowić może istotne źródło niepowodzeń wychowawczych.

Dla psychologii wychowania szczególnie ważne są poziomy A (intrapersonalny) i B (interpersonalny) – ludzie i relacje między nimi to główny obszar badań i podejmowanych działań. Poziomy C (grupowy – obejmujący kontakty wewnątrzgrupowe i międzygrupowe) i D (instytucjonalny – obejmujący kontakty wewnątrz instytucji i między instytucjami) analizowane są przede wszystkim jako kontekst funkcjonowania osób i jakości ich relacji społecznych. W tym miejscu warto postawić dwa kluczowe pytania dotyczące związku między przebiegiem rozwoju osoby a jakością kontekstu, w którym on przebiega:

(1) Czy możliwe jest skuteczne oddziaływanie wychowawcze na osoby w patologicznym kontekście (grupie, instytucji, organizacji)?
(2) Czy skuteczność oddziaływań wychowawczych zwiększa się w dobrze funkcjonujących grupach, instytucjach, organizacjach?

Oba pytania kierują naszą uwagę na wzajemny związek strategii wychowawczych zorientowanych na osoby i strategii zorientowanych na kontekst. Każda z nich uruchamia inne



Związki jednostki z otoczeniem społecznym

RYCINA 48-3

mechanizmy zmiany i w efekcie przynosić może różne rezultaty, ale jedna może wspomagać drugą.

48.2.3
Socjalizujący i emancypujący wpływ wychowania

Od wychowania społeczeństwo oczekuje spełniania określonych **funkcji**. Za R. Rortym można te funkcje określić jako **emancypacyjną** i **socjalizacyjną**. Jak sam pisze (Rorty, 1993, s. 97):

> [...] edukacja ma dwie główne funkcje: socjalizację i wyzwalanie (*liberation*). Pierwsza polega na przekształcaniu małych zwierzątek w istoty ludzkie poprzez czynienie ich zdolnymi do kontrolowania i sublimowania emocjonalności (*passions*) w społecznie akceptowany sposób, do posługiwania się perswazją zamiast siły, do stawania się członkami społeczności ludzkiej. Druga stanowi wyzwalanie ludzi od [dominacji] ich rodziców, od środowiska i tradycji, w których wyrastali, poprzez wyzwalanie ich wyobraźni – aby umożliwić im zwrócenie się ku jakościowo nowym (*novel*) praktykom społecznym, jakościowo nowym formom życia, nowym sposobom istnienia ludzkiego.

Funkcja socjalizacyjna wiąże się z przygotowywaniem ludzi do podejmowania różnych zadań w społeczeństwie i na jego rzecz w sposób nienaruszający porządku społecznego; innymi słowy, można tu mówić o funkcji adaptacyjnej. Działania wychowawcze mają więc kształtować systemy wartości i postawy, wyposażać w wiedzę i kształtować społecznie pożądane umiejętności, tak aby osoba gotowa była do podejmowania zadań, jakich społeczeństwo od niej oczekuje (zadań rodzinnych, zawodowych, obywatelskich; por. Hurrelman, 1994). Druga **funkcja, emancypacyjna**, inaczej – wyzwalająca, **wiąże się z organizowaniem takich warunków działania w środowisku rozwijającej się osoby, aby jej potencjał mógł się wyzwalać i realizować.** Wychowanie ma więc sprzyjać rozwojowi osoby, pielęgnować jej indywidualność, odrębność od innych osób, wzmacniać specyficzne tylko dla niej kompetencje.

Oznacza to, że pierwsza funkcja wychowania – socjalizacyjna – wiąże się z respektowaniem interesu społecznego, druga natomiast – emancypacyjna – indywidualnego. Obie te funkcje pozostają w stałym konflikcie ze sobą. Dominacja działań sprzyjających realizacji funkcji socjalizacyjnej tworzy warunki hamujące rozwój funkcji emancypacyjnej i odwrotnie. Zatem zbytni nacisk na funkcję socjalizacyjną grozi indoktrynacją i ograniczeniem, lub nawet zablokowaniem rozwoju indywidualności osób. Z kolei zbytni nacisk na funkcję emancypacyjną, czyli na wyzwalanie indywidualnych potencjałów, grozi nadmiernym zindywidualizowaniem wychowania i w konsekwencji – kształtowaniem ludzi „niedoposażonych kulturowo", nieumiejących przystosować się do warunków normalnego życia poza środowiskiem, w którym takie skoncentrowane na osobie wychowanie miało miejsce. Hamuje więc rozwój społeczny osoby w kierunku oczekiwanym przez społeczeństwo.

Nacisk na jedną bądź na drugą funkcję w procesie wychowania ma swe konsekwencje nie tylko w odniesieniu do wychowanka. Także wychowawca ponosi koszty psychologiczne zachwiania równowagi między nimi. Przerost funkcji socjalizacyjnej w realizacji zadań wychowawczych grozi osobie wychowującej utratą własnej indywidualności i instrumentalizacją (zaczyna ona traktować siebie jako „narzędzie" realizacji oferty wychowawczej). Przerost funkcji emancypacyjnej może grozić tym, że wychowawca, skupiając się nadmiernie na osobie ucznia, zaczyna, podobnie jak w wypadku funkcji socjalizacyjnej, instrumentalizować własną osobę, albo też nadmiernie gloryfikując własny rozwój, zaczyna swych podopiecznych traktować instrumentalnie. W efekcie proces wychowawczy coraz bardziej kieruje się na realizację ukrytego programu wychowawcy, a nie na cele formułowane w ofercie wychowawczej.

Rycina 48-4 ukazuje te wymiary działań wychowawczych, w których najbardziej widoczne staje się **zachwianie równowagi** (konflikt) między obiema funkcjami wychowania. Są to: (1) relacja między jednostką a grupą, (2) styl działania skoncentrowany bądź na potrzebach ludzi, bądź na realizacji celów danej instytucji wychowawczej, (3) typ związków między uczestnikami procesu wychowawczego i (4) charakter podejmowanych działań (ich perspektywa czasowa).

Relacja między funkcją socjalizacyjną a emancypacyjną wychowania zmienia się w kolejnych okresach życia osoby. W okresie wczesnego dzieciństwa, okresie przedszkolnym i szkolnym dominuje funkcja socjalizacyjna, okres dorastania to okres najsilniejszego konfliktu między nimi, w okresie dorosłości zaś dominacja danej funkcji zależy od typu środowiska działania osoby (w grupach towarzyskich, w rodzinie – raczej emancypacyjna, w środowisku pracy – socjalizacyjna). Dla okresu dorosłości charakterystyczna jest też wielość i podwójność ról, w jakich osoba występuje. Wobec młodszego pokolenia dorosły w roli wychowawcy (nauczyciela) jest strażnikiem funkcji socjalizacyjnej, wobec sie-

Charakterystyka funkcji emancypacyjnej i socjalizacyjnej

RYCINA 48-4

bie samego (własnego rozwoju osobistego) – raczej emancypacyjnej.

W środowiskach wychowawczych zinstytucjonalizowanych, takich jak przedszkole, szkoła, pogotowie opiekuńcze, dom opieki, internat, zakład pracy chronionej, dominuje funkcja socjalizacyjna – wszak instytucje te powołane zostały do realizacji określonych celów przez społeczeństwo. Z kolei w środowiskach naturalnych, jak rodzina, grupy rówieśnicze, grupy towarzyskie, przyjacielskie, wspólnoty lokalne, zwykle dominuje funkcja emancypacyjna (por. przegląd środowisk wychowawczych i ich funkcji w: Przetacznik-Gierowska i Włodarski, 1994, t. 2).

Zatem prawidłowe środowisko wychowawcze to takie, w którym istnieje **dynamiczna równowaga** między funkcją socjalizacyjną i emancypacyjną, co oznacza, że oferty wychowawcze realizowane są efektywnie (osiągane są zakładane przez nie cele), a jednocześnie z poszanowaniem odrębności i indywidualności wszystkich uczestników procesu wychowawczego. Realizowane są więc jednocześnie potrzeby społeczne i potrzeby indywidualne. Można za Bernsteinem (1980) powiedzieć, że jest to środowisko bardziej zorientowane na osoby i z otwartym systemem komunikacji niż zorganizowane pozycjonalnie i z zamkniętym systemem komunikacji. Jego podstawowe właściwości to: (1) jasność reguł dotyczących funkcjonowania wszystkich uczestników procesu wychowawczego, (2) drożność kanałów wewnątrz niego oraz poza nim (interpersonalnych, intra- i intergrupowych, intra- i interinstytucjonalnych) oraz między nim a społecznością lokalną, (3) federalny styl działania, czyli względna autonomia osób i grup oraz instytucji. Takie środowisko wychowawcze z powodzeniem realizuje swe podstawowe zadania

we wszystkich obszarach: kształcenia, wychowania i opieki, łatwo adaptuje się do nacisków wewnętrznych i zewnętrznych, potrafi samo radzić sobie z trudnościami, korzystając ze swych wewnętrznych i zewnętrznych zasobów.

48.3

Koncepcje rozwoju człowieka a modele wychowania

Rozwój człowieka jest efektem wzajemnego przenikania się czynnika biologicznego (dojrzewania) i czynnika społecznego oraz aktywności własnej podmiotu (Przetacznik-Gierowska, 1996; zob. też Bruner i Bornstein, 1989).

Pod wpływem zewnętrznego oddziaływania, zachęcającego osobę do podejmowania różnych form aktywności, potencjalne sposoby reagowania, warunkowane biologicznym dojrzewaniem organizmu, przekształcają się w określone, społecznie akceptowane sposoby zachowywania się w różnych sytuacjach. U każdej osoby zaczyna kształtować się jej własny styl zachowania. Ów **proces indywidualizacji** przebiega, według K. Obuchowskiego (1965), w trzech płaszczyznach: (1) konkretyzują się sposoby zaspokajania różnych potrzeb, co oznacza, że utrwala się jeden lub kilka sposobów zaspokajania danej potrzeby, uwzględniających warunki życia danej osoby (jest to proces konkretyzacji), (2) potrzeba zaczyna być uświadamiana, co oznacza, że osoba zaczyna zdawać sobie sprawę, czy została ona zaspokojona, czy też nie (ten proces Obuchowski określa mianem mentalizacji), (3) w procesie zaspokajania potrzeby w coraz większym stopniu zaczynają być uwzględniane wymagania kulturowe (proces socjalizacji).

48.3.1

Dojrzewanie i uczenie się a rozwój człowieka

Problem relacji między dojrzewaniem a uczeniem się, jako czynnikami warunkującymi rozwój człowieka, dotyka kwestii roli otoczenia – wszelkich wpływów zamierzonych i niezamierzonych – w kształtowaniu człowieka. Przez **dojrzewanie**, za Marią Przetacznikową (1973, s. 40), rozumieć będziemy:

> proces fizycznego wzrostu doprowadzający do takiego stopnia dojrzałości organizmu, który warunkuje od strony somatycznej i neurofizjologicznej rozwój w zakresie danej funkcji lub całokształtu zachowania się jednostki [...],

a przez **uczenie się**:

> [...] proces wytwarzania się, przekształcania i utrwalania tych czynności (regulacyjnych) na podłożu doświadczenia indywidualnego, [...] zdobytego [...] pod wpływem bodźców środowiska zewnętrznego i aktywności podmiotu, a zatem podczas działania i ćwiczenia [...].

H. R. Schaffer (1994a, s. 92) uważa, że wpływ otoczenia społecznego można ujmować dwojako. Pierwszy rodzaj wpływów określa jako **niespecyficzny** i pisze, że „interakcje społeczne prowadzą do stanu pobudzenia [rozwijającej się osoby], ten z kolei stymuluje rozwój mózgu i w rezultacie [jednostka] może przejść na następny poziom dojrzewania". Jednocześnie zaznacza, że każdej osobie wystarczy określone minimum tego pobudzenia i prawdopodobnie jedynie w sytuacjach silnej deprywacji nie jest ono dostarczane przez otoczenie. Drugi rodzaj wpływów – **specyficznych** – wiąże z różnymi środowiskami wychowawczymi, w jakich przebiega rozwój człowieka. Własne badania Schaffera (1977, 1981) nad wczesnymi interakcjami matek i niemowląt potwierdziły istnienie, wskazywanej też przez innych badaczy (np. Durkin,

1988), tendencji matek do ujawniania tak zwanych **zachowań antycypujących**, to jest traktowania dziecka, jakby było ono na bardziej zaawansowanym poziomie rozwojowym, niż jest w rzeczywistości. Takie zachowania, jak mówienie do dziecka, zanim zacznie ono rozumieć mowę (wchodzenie w pseudodialog) czy wymaganie od niego podporządkowywania się poleceniom, zanim będzie do tego zdolne, tworzą szczególny układ interakcyjny „doświadczeń istotnych dla roli, jaką [dziecko] podejmie, kiedy nabędzie do tego gotowości rozwojowej" (Schaffer, 1994a, s. 93).

Zasadne jest więc postawienie pytania o relację między dojrzewaniem organizmu a uczeniem się osoby pod wpływem zewnętrznych oddziaływań płynących z otoczenia, szczególnie ze środowiska wychowawczego. Od odpowiedzi na to pytanie zależy to, jaka funkcja zostanie przypisana wychowaniu (zob. ramka 48.3). Może to być jedynie funkcja – z jednej strony – opiekuńcza, pielęgnacyjna, a z drugiej – doskonaląca i utrwalająca osiągnięcia rozwojowe (stanowisko pierwsze, według Wygotskiego), funkcja inicjująca i ukierunkowująca oraz formująca proces zmiany osoby (stanowisko drugie), wreszcie funkcja stymulująca, inspirująca i podtrzymująca rozwój (stanowisko trzecie).

Schaffer (1994a), analizując wyniki badań nad związkiem między oddziaływaniami ze strony otoczenia społecznego a rozwojem dziecka, stwierdza, że większość autorów koncentruje się bądź na procesach dojrzewania (na czynniku biologicznym) i wtedy badaniom poddaje jedynie osiągnięcia rozwojowe dzieci, bądź na procesach wpływu społecznego (na czynniku społecznym) i wtedy bada głównie zachowania opiekunów. Przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje on w przyjmowanym milcząco założeniu, że „procesy wpływu społecznego padają na bardziej czy mniej bezwolne dziecko" (Schaffer, 1994a, s. 73), czyli ujmuje się je jednostronnie, lekceważąc fakty wskazujące na przejawianą od początku życia aktywność dziecka, determinującą rodzaj wpływów społecznych. Według Eleanor Maccoby (1984), koncepcje socjalizacji pozbawione są wymiaru rozwojowego, co powoduje, że wpływy zewnętrzne analizuje się „jako takie", bez uwzględniania specyficznego zapotrzebowania jednostki znajdującej się w określonym momencie swego rozwoju.

RAMKA 48.3

Relacja między rozwojem człowieka, dojrzewaniem i wychowaniem (nauczaniem)

Lew Wygotski (1971/1935) wyróżnił trzy stanowiska w tej kwestii. Pierwsze mówi o tym, że „[...] procesy rozwoju dziecka są niezależne od procesów nauczania". Nauczanie (wychowanie) jest ujmowane jako proces zewnętrzny, który „należy jakoś uzgadniać z przebiegiem rozwoju [...], ale który sam przez się nie uczestniczy aktywnie w tym rozwoju, niczego w nim nie zmienia i raczej korzysta z jego osiągnięć, aniżeli posuwa jego bieg naprzód lub zmienia jego kierunek" (s. 531), a „[...] rozwój musi zakończyć swoje określone cykle, czyli określone funkcje muszą uprzednio dojrzeć, aby szkoła mogła przystąpić do przekazywania dziecku określonych wiadomości i nawyków. Cykle nauczania są zawsze wyprzedzane przez cykle rozwoju. **Nauczanie wlecze się za rozwojem** [podkreślenie Wygotskiego], rozwój zawsze wyprzedza nauczanie. [...] Rozwój i dojrzewanie funkcji są dla tej teorii raczej przesłanką niż rezultatem nauczania. **Nauczanie dostosowuje się do rozwoju i niczego w nim nie zmienia** [podkreślenie nasze]" (s. 523–533). Do tej grupy należą takie teorie rozwoju, jak najwcześniejsza, przejęta z embriologii, teoria **preformacjonizmu** oraz teorie podkreślające wagę czynnika biologicznego w rozwoju, przede wszystkim teoria **romantycznego naturalizmu** Jana Jakuba Rousseau. Rousseau rozpoczął, według W. Craine'a (1992), tak zwaną rozwojową tradycję w psychologii, a jego następcami byli: Arnold Gessell ze swą teorią maturacjonizmu, Maria Montessori, Heinz Werner i Jean Piaget. Również, według Wygotskiego, teoria Jeana Piageta, dotycząca etapów rozwoju myślenia dziecka, jest dobrym

RAMKA 48.3 c. d.

przykładem tego stanowiska. Do nurtu teorii podkreślających wagę czynnika biologicznego, wewnętrznego zalicza się także niektóre koncepcje psychoanalityczne, na przykład sformułowane przez Sigmunda Freuda i Erika Eriksona (zob. Kohlberg i Mayer, 1993), choć według nas przynależą one raczej do stanowiska wskazującego na interakcję sił wewnętrznych i zewnętrznych w determinowaniu przebiegu rozwoju człowieka, czyli do niżej omawianego za Wygotskim stanowiska trzeciego. Z pewnością jednak tutaj mieszczą się koncepcje zaliczane do nurtu psychologii humanistycznej (na przykład koncepcja Abrahama Maslowa czy Carla Rogersa), kładące nacisk na „wewnętrzne siły wzrostu".

Druga grupa koncepcji teoretycznych stawia tezę przeciwną, że „uczenie się jest właśnie rozwojem" (Wygotski, 1971/1935, s. 533). Stanowisko to nauczaniu (wychowaniu) przypisuje główną rolę w wyznaczaniu kierunku i przebiegu rozwoju człowieka. Porównując je ze stanowiskiem pierwszym, Wygotski pisze: „oba procesy [nauczanie i rozwój] przebiegają synchronicznie, równolegle, **każdy krok w nauce odpowiada krokowi w rozwoju** [podkreślenie nasze]. Rozwój dotrzymuje kroku nauczaniu, jak przedmiotowi jego cień" (s. 534). Prekursorem takiego sposobu myślenia o roli otoczenia w rozwoju człowieka był John Locke (Crain, 1992). Jego poglądy stały się podwalinami koncepcji Iwana Pawłowa i teorii uczenia się Johna Watsona i Burrhusa Skinnera czy społecznego uczenia się Alberta Bandury.

I wreszcie trzecie stanowisko – ku któremu przychyla się Wygotski (1971/1935) – odwołuje się do Kurta Koffki, według którego rozwój człowieka wyznaczany jest przez dwa różne, wzajemnie powiązane i wzajemnie uwarunkowane procesy, to jest dojrzewanie, zależne od stanu układu nerwowego, i uczenie się. Wygotski szczególnie podkreślał owo wzajemne powiązanie obu procesów. Oznacza to, według niego, że nauczanie może ingerować w procesy dojrzewania (przyspieszać je, opóźniać, modyfikować ich kierunek), a dojrzewanie „przygotowuje grunt" (s. 535) dla określonego, a nie dowolnego sposobu nauczania. Tutaj mieści się cała grupa teorii tak zwanych interakcyjnych, przede wszystkim Wygotskiego (1971/1935, 1978) teoria kulturowo-historycznego rozwoju, teorie neopsychoanalityczne, koncepcja psychospołecznego rozwoju ego Eriksona (1995, 1997). Tutaj też należy umieścić koncepcję socjalizacji Rudolpha H. Schaffera (1982, 1994d).

48.3.2 Kryteria wyodrębniania modeli wychowania

Analiza wyodrębnianych przez różnych autorów stanowisk dotyczących roli wychowania w rozwoju człowieka, a także stosowanych w praktyce strategii wychowania i sposobów kształcenia pozwala na wyłonienie pewnych ich typów. Pod uwagę można brać rozmaite kryteria, na przykład rolę oddziaływań ze-

wnętrznych w stosunku do procesu dojrzewania organizmu. Według takiego właśnie kryterium Schaffer (1994c) wyróżnił trzy modele socjalizacji. Określił je jako (1) model *laissez-faire*, (2) model lepienia z gliny i (3) model konfliktowy. Sam natomiast wprowadził model wzajemności (Schaffer, 1994b), wychodząc z założenia, że „rozwój jest wspólnym przedsięwzięciem zawierającym w sobie wysiłki zarówno opiekuna, jak i dziecka".

RAMKA 48.4

Model laissez-faire (pozostawienia zupełnej swobody). Jest on zgodny ze stanowiskiem pierwszym według Wygotskiego (zob. ramka 48.3). Właściwości kontaktów społecznych rozwijającej się osoby z jej opiekunami mają niewielki wpływ na kształtowanie dynamiki i kierunku tego rozwoju. U podstaw takiego myślenia leży idea preformacjonizmu (Crain, 1992), a jej zwolennicy, jak J. J. Rousseau czy A. Gessel, twierdzili wręcz, że dorośli powinni unikać wszelkiego wpływu na całkowicie naturalny i spontaniczny proces rozwoju dziecka. Ich interwencje mogłyby nawet ów rozwój zakłócić. Dlatego rolą rodziców, opiekunów i wychowawców jest tworzenie atmosfery permisywnej, zezwalającej dziecku na podejmowanie dowolnej aktywności, zależnej od jego potrzeb w danym momencie.

Model lepienia z gliny. Tutaj dziecko ujmowane jest jako nieukształtowane, bierne i podatne na zewnętrzne oddziaływania, tak jakby „przyszło na świat jako bezkształtny kawałek gliny, który jest potem formowany na taki kształt, na jaki arbitralnie zdecydują się jego opiekunowie" (Schaffer, 1994c, s. 127). Kierunek i tempo rozwoju wyznaczane są przez różne procedury wykształcania nawyków, stosowane schematy kar i nagród, czy wreszcie modelowanie zachowań dziecka (opiekunowie zachowują się zgodnie z wymaganym od dziecka wzorem). Ten pogląd jest najpełniej prezentowany w pracach Watsona (1990/1925), opartych na założeniu o całkowicie deterministycznej roli doświadczenia. Według S. W. Bijou (1970; za: Schaffer, 1994c), dziecko to bierny odbiorca bodźców pochodzących od innych ludzi, a uzyskiwane efekty w oddziaływaniu na nie zależą od siły, rodzaju i sposobu dostarczania stymulacji.

Model konfliktowy. Jest to, według Schaffera (1994c), najbardziej potocznie akceptowane stanowisko, wywodzące się z koncepcji Freuda i mocno w nich osadzone. Dzieci nie są bierne, ale od urodzenia aktywne. Aktywność ta determinowana jest ich wewnętrznymi dążeniami i tendencjami do reagowania w określony sposób. Jednakże tendencje te, nastawione na bezpośrednie zaspokajanie potrzeb, sprzeczne są z wymaganiami społecznymi, zatem w sposób konieczny dochodzi do konfliktu między rozwijającym się dzieckiem a jego opiekunami. Podstawowe zadanie opiekunów to zmuszenie dziecka do porzucenia jego „egocentrycznych preferencji i do przyjęcia niezgodnych z jego naturą sposobów zachowania" (Schaffer, 1994c, s. 127). Rozwijające się dziecko i jego opiekunowie mają odmienne, sprzeczne względem siebie cele i intencje. Opiekun (wychowawca) dysponuje jednak większą władzą i dąży do rozwiązania konfliktu poprzez narzucanie dziecku swojej woli. M. L. Hoffman (1971; za: Schaffer, 1994c) posługuje się określeniem „spotkanie dyscyplinujące" – jest to dla dziecka prototypowa sytuacja socjalizująca. Elementami tej sytuacji są: (1) egocentrycznie nastawione i stawiające opór dziecko, (2) mający władzę opiekun i (3) dążenie opiekuna do rozwiązania konfliktu przez uzyskanie konformizmu dziecka (poddania się).

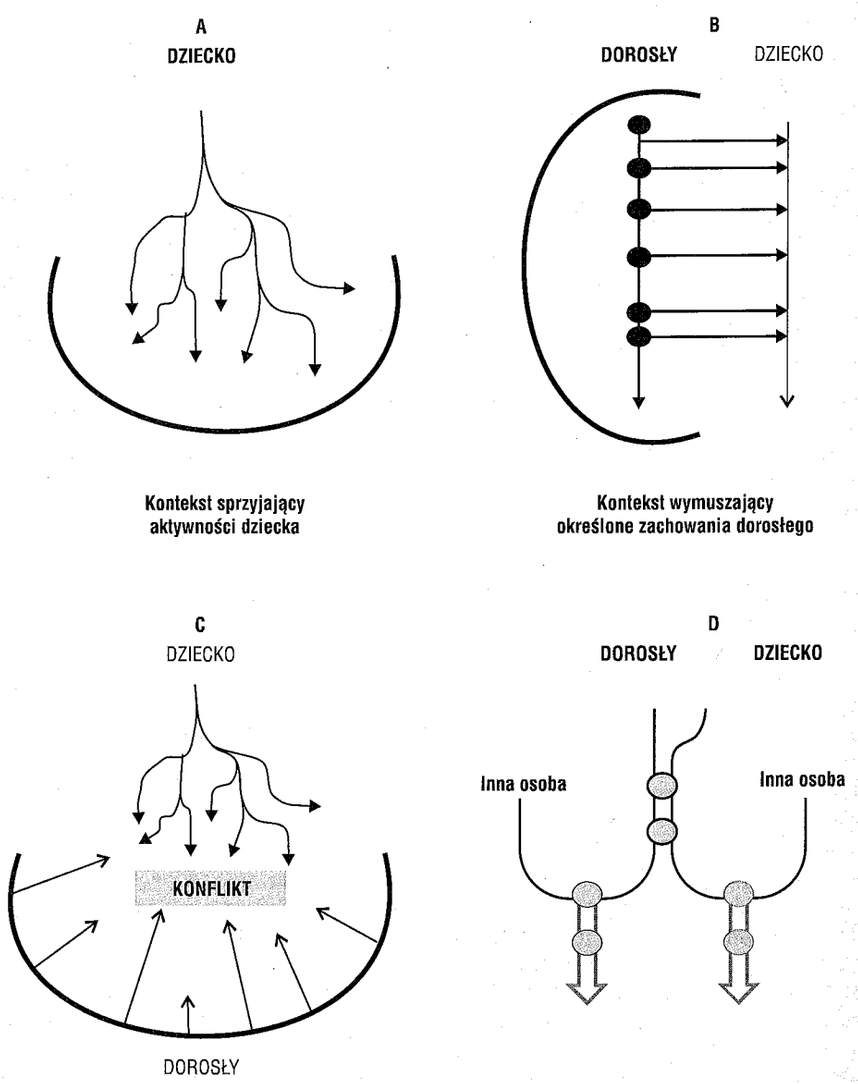
Koncepcje te oparte są na różnych założeniach dotyczących natury człowieka (teoria preformacjonizmu, teoria uczenia się i psychoanaliza), zatem przyjmują odmienne założenia co do natury wczesnych interakcji społecznych, ale – co podkreśla H. R. Schaffer – założenia te mają charakter *a priori*, nie są oparte na empirycznych badaniach owych interakcji. Według niego (Schaffer, 1994c), badania z lat 1975–1990 skłaniają do wniosków, że (1) dziecko od początku swego życia jest **aktywnym uczestnikiem** interakcji – najpierw z matką, a potem z innymi opiekunami, natomiast w żadnym wypadku nie jest biernym odbiorcą zewnętrznej stymulacji, (2) proces oddziaływania jest **dwustronny**, a nie jednokierunkowy (naprzemienność roli nadawcy i odbiorcy wpływu), (3) **wzajemna adaptacja**, a nie konflikt, organizuje przebieg interakcji, (4) każda ze stron wnosi **odmienny „wkład"** do interakcji. Są to, według Schaffera, istotne cechy czwartego modelu socjalizacji – modelu wzajemności.

Próbą graficznego przedstawienia modeli socjalizacji (modele te w odniesieniu do działań wychowawczych zostaną przeanalizowane w rozdz. 48.4), opartych na różnych założeniach co do natury człowieka i czynników determinujących jego rozwój, jest rycina 48-5. Model *laissez-faire* prezentowany jest na schemacie A, model „lepienia z gliny" – na schemacie B, model konfliktowy – na schemacie C, a model wzajemności – na schemacie D. Zwróćmy uwagę, że model C to w gruncie rzeczy połączenie modelu dawania całkowitej swobody dziecku z modelem kształtowania go według wzoru. Dla modelu konfliktowego charakterystyczne jest bowiem dawanie dziecku przyzwolenia na całkowicie swobodne działania w niektórych sytuacjach (na przykład w zabawie) i cofanie tego przyzwolenia w innych (na przykład w kontakcie z rodzicami, innymi dziećmi, w sytuacjach uczenia się w szkole). Mamy tu więc do czynienia z **podwójnym konfliktem**: (1) wewnętrznych dążeń dziecka i zewnętrznych wymagań, (2) różnych wymagań w zależności od sytuacji. W tym drugim wypadku działa „**efekt wahadła**" – dla dziecka bardzo często nieczytelne są reguły dawania i cofania przyzwolenia przez dorosłego.

W sytuacjach wychowawczych, budowanych według założeń czterech modeli socjalizacji, które można określić jako „pielęgnowanie rośliny" (A), „lepienie z gliny" (B), „podwójny konflikt i efekt wahadła" (C) oraz „wzajemność i współdziałanie" (D), inaczej wygląda kontakt obu partnerów i inaczej przebiega interakcja wychowawcza (zob. rozdz. 48.4, a szczególnie tab. 48.2).

Podobny sposób myślenia, poszukujący korzeni koncepcji wychowania w psychologicznych koncepcjach natury i rozwoju człowieka, prezentują L. Kohlberg i Rochelle Mayer (1993). Wyróżniają oni trzy tak zwane ideologie pedagogiczne: romantyzm, transmisję kulturową i progresywizm. U podłoża pierwszej z nich – **ideologii romantycznej** – tkwi teoria ujmująca rozwój jako dojrzewanie. Według J. Langera (1969; za: Kohlberg i Mayer, 1993), adekwatna jest tu metafora organicznego wzrostu rośliny czy zwierzęcia. Rolą środowiska byłoby dostarczanie odpowiedniego „pożywienia" rozwijającemu się organizmowi. Druga ideologia – **transmisji kulturowej** – oparta jest na założeniach teorii uczenia się i, według Langera, jej sens dobrze oddaje metafora podatnej na sterowanie i dobrze funkcjonującej maszyny albo poddającego się wosku. Trzecia ideologia – **progresywizmu** – korzysta z koncepcji interakcjonistycznych, zwłaszcza poznawczo-rozwojowych, i za główny czynnik sprawczy zmiany indywidualnej uważa dyskurs i konwersację. To stanowisko bliskie jest modelowi wzajemności proponowanemu przez Schaffera (1994d).

Inny sposób porządkowania modeli wychowania i nauczania proponują B. Joyce, Marsha Weil i Beverly Showers (1992). Pod uwagę biorą oni podstawową orientację wychowawcy/nauczyciela, wyznaczającą to, jakie cele będzie on stawiał i według jakich zasad będzie projektował przebieg procesu oddziaływania wychowawczego. Autorzy dokonali opisu różnych modeli i koncepcji nauczania i pogrupowali je w cztery „rodziny".



Modele wychowania oparte na różnych psychologicznych koncepcjach człowieka

W adaptacji według: Brzezińska (1994a, s. 35), za zgodą wydawcy; *copyright* Humaniora.

RYCINA 48-5

Nie dokonali jednak ich analizy na wyższym poziomie ogólności – nie omawiają bowiem istotnych cech wspólnych, których wystąpienie pozwala na grupowanie różnych (na poziomie realizacji) modeli kształcenia w jedną „rodzinę". Cztery wyróżnione przez nich rodziny modeli odnoszą się do społecznego funkcjonowania człowieka, jego osobowości, struktur poznawczych bądź systemu zachowania.

48.3.3
Podstawowe modele wychowania

Analiza przedstawionych wcześniej podejść do wyodrębniania modeli oddziaływania wychowawczego pozwala na wyodrębnienie czterech różnych modeli wychowania, wynikających z przyjęcia jako podstawy ich budowania odmiennych psychologicznych koncepcji człowieka (zob. tab. 48.1). Za podstawowe kryterium przyjmujemy to, co stanowi wartość preferowaną i ku czemu przede wszystkim jest w sposób jawny skierowane wychowanie (Brzezińska, 1996):

(1) Koncepcja **zmiany systemu zachowania**, w której wychowanie ukierunkowane jest na tworzenie bogatego i zróżnicowanego repertuaru umiejętności i nawyków.
(2) Koncepcja **zmiany struktur poznawczych**, w której wychowanie ukierunkowane jest na budowanie systemu wiedzy o świecie i o sobie oraz na rozwijanie sprawności intelektualnych związanych z odbieraniem i przetwarzaniem informacji.
(3) Koncepcja **zmiany osoby**, w której sens wychowania to tworzenie warunków, w jakich rozwijająca się osoba mogłaby się samorealizować i osiągać zdrowie psychiczne, stając się jednocześnie w pełni za siebie odpowiedzialna.
(4) Koncepcja **zmiany relacji między osobą a jej otoczeniem**, gdzie najwyżej ce-

TABELA 48.1

Psychologiczne koncepcje człowieka a wizje wychowania

MODEL	NACZELNA WARTOŚĆ UKIERUNKOWUJĄCA WYCHOWANIE	WIZJA WYCHOWANIA – GŁÓWNY CEL	OBSZAR ODDZIAŁYWAŃ I RODZAJE DZIAŁAŃ WYCHOWAWCZYCH
I	Obywatelska współpraca	Zmiana relacji osoba – otoczenie	**Miejsce w społeczeństwie** – wspieranie poszukiwania i tworzenia przez osobę swego miejsca w społeczeństwie
II	Produktywna niezależność	Zmiana osobowości jednostki	**Zdrowie psychiczne** – tworzenie kontekstu dla zdrowia psychicznego oraz wspieranie u osoby gotowości i umiejętności samorealizacji
III	Krytyczne myślenie	Zmiana struktur poznawczych jednostki	**Krytyczny umysł** – wzbogacanie wiedzy o sobie, otoczeniu, świecie, kształtowanie i doskonalenie zdolności umysłowych
IV	Bogactwo repertuaru zachowań	Zmiana systemu zachowania jednostki	**Adekwatne zachowanie** – kształtowanie i doskonalenie umiejętności, kształtowanie nawyków, rozwijanie samokontroli

niona wartość to współpraca z innymi, uwzględniająca szerszy niż tylko jednostkowy czy grupowy interes.

48.3.4
Rozłączność czy komplementarność modeli wychowania?

Pojawia się tutaj niezwykle istotne ze względu na swe konsekwencje pytanie: czy różne modele wychowania należy traktować jako rozłączne, alternatywne względem siebie, skoro przyjmują one odmienne założenia co do natury człowieka, natury jego rozwoju i istoty oddziaływania wychowawczego – raz przypisując mu rolę głównego czynnika sprawczego, determinanty rozwoju (por. Przetacznik-Gierowska, 1996), raz uważając je za czynnik konieczny, acz niewystarczający do wywołania zmiany (stanowisko Piageta), a jeszcze innym razem traktując je na równi z czynnikiem biologicznego dojrzewania? A może uprawnione jest traktowanie ich jako komplementarnych, to znaczy wzajemnie się uzupełniających, mimo że są to modele o odmiennych systemach wartości, perspektywach teoretycznych i założeniach metodycznych?

Nasze stanowisko skłania się ku drugiemu z podejść. Każdy z czterech modeli wychowania ma rzeczywiście swoiste dla siebie założenia teoretyczne, swoisty aparat pojęciowy, inne obszary celów wychowania, inaczej wreszcie ujmuje rolę wychowawcy. Można jednak przyjąć taką ich interpretację, by model I – obywatelskiej współpracy – traktować jako najszerszy, o najszerszej perspektywie ujmowania celów, wyznaczający wizję wychowania w odniesieniu do obszaru jednostka – otoczenie (środowisko lokalne, społeczeństwo). Pozostałe trzy modele mają niższy poziom ogólności, a więc i węższy zakres mówienia o zmianie. Ważne jest zatem, by zadawać pytanie, ku czemu zmierzają oddziaływania wychowawcze, czemu mają służyć wywoływane czy wspierane przez wychowawcę zmiany w funkcjonowaniu człowieka. Czy tylko poszerzaniu repertuaru zachowania, wzbogacaniu wiedzy o świecie, rozwijaniu różnych dyspozycji osobowościowych? Rodzaj udzielonej odpowiedzi ujawnia stosunek wychowawcy do kwestii podstawowej – jak widzi on relację jednostki wobec społeczeństwa? Innymi słowy, zmusza do określenia się wobec problemu, czy wartością jest kolektywizm, czy indywidualizm, czy wreszcie to, co A. Waterman (1982) nazywa współzależnością (*interdependence*).

Dodatkowym argumentem na rzecz komplementarnego traktowania zaprezentowanych modeli wychowania jest również to, że w praktyce wychowawczej nie da się wydzielić działań służących tylko jednemu celowi. Działania, jakie świadomie i nieświadomie podejmuje wychowawca, stwarzają sytuacje, w których wychowankowie też podejmują jakieś działania i w ich rezultacie gromadzą doświadczenia zmieniające sposób ich zachowywania się, wiedzę o otoczeniu i o sobie, sposób myślenia, drogi samorealizacji, wreszcie styl społecznego funkcjonowania i relacje z otoczeniem.

Zatem wymienione wcześniej koncepcje traktować należy nie jako rozłączne i wzajemnie się wykluczające, ale jako różniące się główną orientacją na wartości realizowane w toku oddziaływań wychowawczych. Kształtując zachowanie w jakiejś sytuacji, oddziałujemy bowiem zawsze na **całą osobę**, mającą własną, niepowtarzalną **historię życia** oraz żyjącą i działającą w określonym **kontekście społecznym**. System wartości, dążeń i potrzeb, sposób myślenia o sobie i o świecie, doświadczenia życiowe – to wszystko ma wpływ na gotowość człowieka do uczenia się określonych treści w określony sposób. Jego struktury poznawcze, osobowość i warunki życia stanowią więc istotny kontekst uczenia się – wewnętrzny i zewnętrzny. Zmiana w jednym obszarze wpływa na obszary pozostałe. Z tego punktu widzenia ważne jest, by wychowawca zdawał sobie sprawę z tego, iż konsekwencje jego działań mają zawsze charakter

jednocześnie bliski i daleki, pośredni i bezpośredni, powierzchniowy i głęboki, a „produkty uboczne" nie zawsze mają charakter pozytywny. Ważne jest zatem, by także perspektywa czasowa podejmowanych przez niego działań była jak najszersza oraz uwzględniała jednocześnie wymiar indywidualny i społeczny funkcjonowania człowieka.

Model I wychowania (zob. tab. 48.1) próbuje łączyć w sobie potrzeby jednostki z potrzebami społecznymi. Charakterystyczny dla niego nacisk na kooperacyjne nauczanie wspomaga z jednej strony rozwój różnych kompetencji intelektualnych. Rozwiązywanie problemów w grupie stanowi dla ucznia wyzwanie innej jakości niż rozwiązywanie tego samego problemu samodzielnie. Wymaga na przykład uzgodnienia założeń, podejmowania decyzji, gdy pojawiają się alternatywne, niekiedy sprzeczne pomysły rozwiązań, dostosowywania swego rytmu działania do rytmu działania partnerów, rozumienia punktu widzenia partnerów – jest to sytuacja swoistego konfliktu poznawczo-społecznego (Musatti, 1995; Tudge i Rogoff, 1995). Z drugiej strony wspomaga rozwój kompetencji społecznych, przede wszystkim związanych z komunikowaniem się z innymi, nawiązywaniem i podtrzymywaniem kontaktu, organizowaniem grupy do pracy, kierowaniem lub podporządkowywaniem się kierownictwu innych, negocjowaniem reguł wspólnej pracy itd.

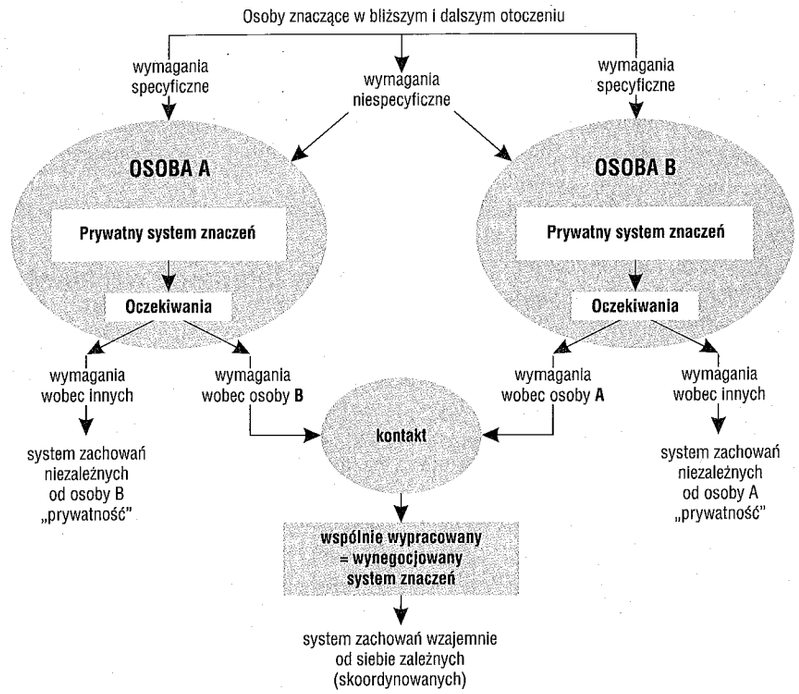
48.4
Interakcja wychowawcza

W procesie wychowania mamy do czynienia z interakcją społeczną, w której intencją jednej ze stron jest spowodowanie określonej zmiany u partnera interakcji. Kierunek tej zmiany, jej zakres, intensywność, stosowane sposoby oraz środki jej wywołania i wzmocnienia, jak i sam przebieg interakcji wychowawczej – to wszystko przybiera określony kształt w zależności od koncepcji wychowania, przyjmowanej w sposób bardziej czy mniej świadomy przez tego z partnerów, który działa z intencją wywołania zmiany.

48.4.1
Cechy interakcji wychowawczej

Rycina 48-6 prezentuje schemat przebiegu interakcji społecznej. Kiedy można powiedzieć, że ma ona charakter interakcji wychowawczej? Zgodnie z definicją wychowania (zob. rozdz. 48.1), warunkiem *sine qua non* jest wyodrębnienie dwóch różniących się pozycjami ról: osoba A to wychowawca (W), a osoba B to wychowywany (w). Osoby te, zanim wejdą ze sobą w kontakt wychowawczy, podlegają w swym otoczeniu różnorodnym wymaganiom, dotyczącym sposobu zachowywania się w różnych sytuacjach. Część wymagań kierowana jest do obu osób (wymagania niespecyficzne, dotyczące na przykład tego, jak zachowywać się w miejscach publicznych), a część tylko do jednej bądź drugiej z nich (wymagania specyficzne, określające sposób zachowywania się w roli wychowawcy/nauczyciela lub w roli wychowanka/ucznia). Każda z tych osób ma własny system wartości, własne potrzeby, każda też formułuje oczekiwania wobec otoczenia. Kiedy dochodzi między nimi do kontaktu, zaczynają także formułować wzajemne wymagania względem siebie – wychowawca oczekuje określonych zachowań od ucznia i *vice versa*. W toku kolejnych kontaktów poznają swoje systemy wartości, przekonania, ujawniają swoje postawy i wypracowują wspólną płaszczyznę porozumienia. Ich działania stają się coraz bardziej dopasowane do siebie (skoordynowane).

Co więc odróżnia interakcje o charakterze wychowawczym od innych interakcji społecznych? Są to następujące właściwości:



Przebieg interakcji społecznej

RYCINA 48-6

(1) Wyodrębnione role wychowującego (W) i wychowywanego (w) i w związku z tym **inne wymagania społeczne** względem nich oraz oczekiwane społecznie wzory zachowania, zarówno w sytuacji kontaktu wychowawczego (na przykład na kursie), jak i poza nim.

(2) **W** działa z **intencją wywołania zmiany** u **w**, a **w** oczekuje, że zmieni się pod wpływem interakcji z **W**, czyli oczekuje od **W** podjęcia określonych względem siebie działań.

(3) **W** chce wywołać określoną zmianę u **w**, ma **ofertę wychowawczą**, działa według wynikającego z niej programu, podejmuje działania, które mają zwiększyć prawdopodobieństwo osiągnięcia założonych w ofercie celów.

(4) Podstawowe zadanie **W** to wzbudzenie odpowiedniego stopnia **gotowości** u **w** do przyjęcia oferty (dopasowanie jej do jego oczekiwań, potrzeb, aspiracji, a także do posiadanych przez **w** kompetencji), a następnie zachęcanie go do podejmowania działań zgodnych z przyjętym programem wychowawczym i egzekwowanie (lub nie) określonego postępowania.

To, jakie formy przyjmie zachęcanie do przyjęcia oferty wychowawczej przez wychowanka oraz jakie będą sposoby postępowania dyscyplinującego, zależy od przyjmowanego przez wychowawcę, bardziej czy mniej świadomie, modelu wychowania i wynikających z niego dyrektyw postępowania w trakcie interakcji z osobą wychowywaną.

48.4.2 Rodzaje interakcji wychowawczej

Można wyróżnić (por. Brzezińska, 1994a) trzy modele interakcji wychowawczej (zob. tab. 48.2). Są to: model I – spontanicznych działań ucznia i dostosowujących się do nich działań nauczyciela (schemat A na ryc. 48-5); model II – skoordynowanych działań ucznia i nauczyciela (schemat D na ryc. 48-5); model III – zaplanowanych działań nauczyciela i kierowanych przezeń działań ucznia (schemat B na ryc. 48-5). Podstawowe kryteria odróżniania od siebie trzech wyodrębnionych modeli to:

(1) **typ działań** ucznia/nauczyciela, ujmowany na kontinuum od spontanicznych, kierowanych własnymi wewnętrznymi motywami, poprzez inspirowane, do ściśle ukierunkowywanych działaniami partnera i im podporządkowanych;

(2) **związek między poziomem aktywności ucznia i nauczyciela** – pozostają one względem siebie w ścisłym powiązaniu o charakterze odwrotnie proporcjonalnym; nasilanie się jednej powoduje osłabianie drugiej, co oznacza, że im bardziej aktywny jest nauczyciel, tym mniej pozostaje miejsca na aktywność ucznia i *vice versa*;

(3) **charakter relacji** między obydwoma partnerami – czy jest ona przedmiotowa, czy podmiotowa.

Za M. Koftą (1985; także Gurycka, 1985) przyjmujemy, że **orientacja podmiotowa to taki styl regulacji zachowania, który cechuje przyczynowość osobista i sprawczość.** Jest ona przeciwieństwem przedmiotowości, czyli reaktywnego stylu regulacji zachowania. Ponieważ przedmiotem naszych analiz jest interakcja osób, zatem o **interakcji podmiotowej mówimy tylko wtedy, gdy przyczynowość osobista i sprawczość odnoszą się do wszystkich partnerów (relacje dwu- lub wielopodmiotowe).**

Model I w tabeli 48.2 (schemat A na ryc. 48-5) to **model quasi-podmiotowy.** Nauczyciel nastawiony jest na szybkie i trafne rozpoznawanie potrzeb swego podopiecznego oraz wynikającego z nich poziomu jego gotowości do podejmowania określonych działań i dopasowywanie do nich swej oferty wychowawczej, czyli działa w sposób reaktywny. Nie może wejść z nim w pełni podmiotową relację, ponieważ sam został uprzedmiotowiony, to jest sprowadzony do roli narzędzia zaspokajającego potrzeby swego wychowanka.

Model III (schemat B na ryc. 48-5) to **model przedmiotowy**. Nauczyciel jest „narzędziem" realizacji oferty wychowawczej, a uczeń sprowadzony został do roli biernie poddającego się stosowanym przez nauczyciela procedurom. Program działania jest zewnętrzny względem obu partnerów interakcji, to jest niewytworzony wspólnie. Konieczność jego realizacji nie pozostawia miejsca na aktywność twórczą, wcześniej nieplanowaną, ani nauczycielowi, ani uczniowi, odbierając im tym samym poczucie sprawstwa w doświadczanych sytuacjach.

Model II to **model podmiotowy** (schemat D na ryc. 48-5), w którym ważna jest zarówno osoba ucznia, jak i osoba nauczyciela. Grace Shugar (1989) określiłaby go jako dwupodmiotowy. Działania, jakie obaj podejmują, stają się ich wspólnym przedsięwzięciem, wspólnym zadaniem. Kontakt obu stron interakcji to współpraca i dialog, wymiana wiedzy i doświadczeń, wzajemne korzystanie ze swych kompetencji i wzajemne uczenie się od siebie. Naturalna różnica w poziomie kompetencji (w różnych obszarach raz na korzyść ucznia, raz na korzyść nauczyciela) tworzy napięcie stymulujące do podejmowania i wspólnych, i samodzielnych wysiłków zmierzających do opanowania czegoś. Dla

TABELA 48.2

Właściwości modeli interakcji nauczyciel – uczeń

KATEGORIE ANALIZY	MODEL I **spontanicznej aktywności ucznia i dostosowującej się do niego aktywności nauczyciela**	MODEL II **skoordynowanej aktywności ucznia i nauczyciela (wzajemnie dostosowujących się)**	MODEL III **zaplanowanej aktywności nauczyciela i kierowanej przez niego aktywności ucznia**
Układ pozycji nauczyciel – uczeń	■ układ: **uczeń** ⇒ nauczyciel ■ relacja niesymetryczna: uczeń dominujący, nauczyciel podporządkowany ■ relacja quasi-podmiotowa: nauczyciel jest „narzędziem" zaspokajania potrzeb ucznia (jedňopodmiotowość)	■ układ: **uczeń ⇔ nauczyciel** ■ relacja symetryczna: równowaga pozycji ucznia i nauczyciela ■ relacja podmiotowa: nauczyciel i uczeń wzajemnie zaspokajają swoje potrzeby (dwupodmiotowość)	■ układ: uczeń ⇐ **nauczyciel** ■ relacja niesymetryczna: nauczyciel dominujący, uczeń podporządkowany ■ relacja przedmiotowa: uczeń jest „materiałem" w rękach nauczyciela (przedmiotowość)
Istota uczenia się	■ swobodne doświadczanie ⇒ czasami formułowanie wniosków ⇒ czasami refleksja ■ eksploracja ■ metoda próbowania i błądzenia ■ odpowiedzialność za efekty nieokreślona	■ inspirowane doświadczanie ⇒ samodzielne formułowanie wniosków ⇒ refleksja ■ odkrywanie i tworzenie ■ metoda próbowania i poprawiania ■ określone zakresy odpowiedzialności za efekty	■ kierowane doświadczanie ⇒ formułowanie wniosków pod kierunkiem nauczyciela ■ sterowane poznawanie ■ brak przyzwolenia nauczyciela na błąd ucznia ■ odpowiedzialność za efekty przerzucona na ucznia
Działania nauczyciela i ucznia	■ aktywność ucznia sterowana wewnętrznie, aktywność nauczyciela kierowana przez ucznia ■ nauczyciel organizuje środowisko uczenia się, uczeń realizuje „wewnętrzny" program uczenia się ■ zaangażowanie według modelu „wszystko albo nic" u ucznia i nauczyciela ■ ryzyko zniechęcenia u obu stron	■ działania ucznia i nauczyciela wzajemnie inspirowane i wzmacniane ■ nauczyciel i uczeń razem organizują środowisko uczenia się i współtworzą program uczenia się (program wspólny) ■ samowzmacniające się, silne zaangażowanie ucznia i nauczyciela ■ satysfakcja wewnętrzna u obu stron	■ działania ucznia ściśle kierowane przez nauczyciela zgodnie z planem ■ nauczyciel sam organizuje środowisko uczenia się i sam tworzy program dla ucznia (program „zewnętrzny") ■ słabe zaangażowanie ucznia i nauczyciela, sterowane sytuacyjnie ■ ryzyko wypalenia u obu stron

Według: Brzezińska (1994a, s. 34–40), za zgodą wydawcy; *copyright* Humaniora.

obu stron ważny jest partner jako osoba wraz ze swym systemem wartości, bogactwem doświadczeń życiowych, wiedzy i umiejętności w różnych dziedzinach. Ów podmiotowy charakter interakcji nauczyciel – uczeń przenosi się także na inne interakcje: nauczyciel – nauczyciel i uczeń – uczeń. Zatem tworzenie społecznego środowiska uczenia się staje się tu jednym z ważniejszym wspólnych zadań społeczności nauczycieli i społeczności uczniów.

Istota owych dwu- i wielopodmiotowych interakcji sprowadza się do tego, że partnerzy podzielają wspólny system znaczeń. To **podzielanie znaczeń** (*sharing of meaning*) nie zostało narzucone czy nadane jako gotowe przez żadną ze stron, ale wspólnie w toku długotrwałego procesu negocjowania wypracowane (por. koncepcja intersubiektywności Rommetveita, 1985; także Wertsch, 1985). Wspólny system znaczeń stanowi układ odniesienia dla działań podejmowanych przez tych wszystkich, którzy w procesie jego tworzenia uczestniczyli. Nigdy nie pokrywa się on całkowicie z prywatnym systemem znaczeń poszczególnych osób. Zatem w interakcji podmiotowej uczestniczą osoby dysponujące jednocześnie nie tylko swymi prywatnymi systemami znaczeń, które określają kierunki i dynamikę podejmowanych przez nie samodzielnych działań, ale i systemem znaczeń podzielanym z partnerem (partnerami), wspólnie wynegocjowanym i stanowiącym podstawę wspólnych działań (por. koncepcja tak zwanych epizodów wspólnego zaangażowania – Schaffer, 1994d).

Analiza procesu wychowania od strony dopasowania oferty (programu) do poziomu gotowości potencjalnych odbiorców wskazuje na dwa ważne aspekty. Pierwszy to liczenie się z osobą, ku której wychowanie się zwraca, uwzględnianie jej aktualnego poziomu kompetencji, czyli rozpoznanie tak zwanej **strefy aktualnego rozwoju**. Według Lwa Wygotskiego (1971/1935, s. 541), wyznacza ją **„poziom rozwoju funkcji psychicznych, jaki ukształtował się u dziecka w rezultacie przejścia pewnych już zakończonych cyklów rozwoju"**. Drugi to poszukiwanie „miejsc wrażliwych", od których proces wychowania można rozpocząć. Zdaniem Wygotskiego, warunkiem koniecznym dobrania trafnej metody postępowania wychowawczego jest rozpoznanie tak zwanej **strefy rozwoju najbliższego**. Dotyczy ona tych **umiejętności, które dopiero się rozwijają, a określa ją „różnica między poziomem rozwiązywania zadań dostępnych pod kierunkiem i przy pomocy dorosłych a poziomem rozwiązywania zadań dostępnych w samodzielnym działaniu"** (Wygotski, 1971/1935, s. 542; zob. też Brown i Ferrara, 1994).

Takie podwójne nastawienie na osobę wychowywaną (co potrafi ona wykonać samodzielnie, a w czym trzeba jej pomagać) czyni wychowanie bardziej podmiotowym także w tym sensie, że nie tylko kształtuje nowe kompetencje, ale również daje możliwość poszerzania poczucia kompetencji, a w efekcie poczucia sprawstwa, poczucia wpływu na zdarzenia zachodzące wokół jednostki, daje też poczucie bycia aktorem i kreowania biegu zdarzeń, a nie bycia pionkiem i biernego podlegania otoczeniu.

To wszystko oznacza, że oferta wychowawcza promowana w danej społeczności musi być z punktu widzenia potencjalnych adresatów (co oznacza także potencjalne nośniki zmiany społecznej) dopasowana do aktualnego poziomu ich rozwoju, czyli musi być psychologicznie „możliwa do przyjęcia", ale jednocześnie musi być dopasowana do ich oczekiwań i aspiracji, czyli musi być wystarczająco atrakcyjna, pociągająca i w konsekwencji osobiście angażująca.

Oznacza to również, że w interakcji podmiotowej negocjowany jest program działań wychowawczych – konieczne jest najpierw ustalenie reguł współdziałania, wyodrębnienie obszarów pracy wspólnej i obszarów pracy indywidualnej (zob. ryc. 48-5, schemat D – oznaczone kółeczkami momenty spotkania i wspólnej pracy dziecka i dorosłego), wreszcie ustalenie zakresów odpowiedzialności.

Programy działania, jakie wynikają z negocjowanej oferty, mają charakter otwarty.

Jak nazwali to D. Wood i J. Bruner (por. Schaffer, 1994a), mają one charakter **rusztowania** (*scaffolding*). Wskazują na problemy istotne, osiowe, zagadnienia „węzłowe", których poznanie stanowi o zrozumieniu danego obszaru wiedzy. Pozwalają na odróżnianie kwestii ważnych, zasadniczych od szczegółowych. Umożliwiają także budowanie wielu autorskich, indywidualnych wariantów szczegółowych projektów działania. Zarówno wychowawca, jak i jego podopieczni, zmierzając w określonym przez siebie kierunku, ale w obszarze nakreślonym „rusztowaniem", i korygując go zależnie od tego, co dzieje się z grupą czy z poszczególnymi osobami, mogą wypełniać owo rusztowanie różnymi treściami oraz plastycznie zmieniać środki swego działania. To poczucie, że „wiem, dokąd idę i o co mi chodzi", daje im jednocześnie pewność i bezpieczeństwo, ale też odwagę wprowadzania zmian, niekiedy radykalnych wobec przygotowanych wcześniej planów, pozwala na tworzenie, na niestandardowe wykorzystywanie tego, co wokół dostępne, na to, by z każdego przedmiotu móc uczynić „środek dydaktyczny". Ujmując to jeszcze inaczej, w toku relacji podmiotowej powstaje klimat bezpieczeństwa, pozwalający na tworzenie wszystkim uczestnikom interakcji wychowawczej.

48.4.3
Podmiotowa interakcja wychowawcza – kompetencje wychowawcy

Wychowawcę, który potrafi wchodzić w relację podmiotową ze swymi podopiecznymi, cechuje kompetencja określana przez Schaffera (1994c) jako **„gotowość do odpowiadania"** (*responsiveness*). Oznacza ona **tendencję do odczytywania intencji ukrytej za danym zachowaniem partnera interakcji i dostosowywania swego zachowania do niej, a nie tylko do zachowania obserwowanego.**

Mielibyśmy zatem do czynienia z dwoma rodzajami tendencji u wychowawców (zob. Feuerstein i Feuerstein, 1994; Klein, 1994):

(1) **reagowanie na zachowania** uczniów, czyli działanie według schematu: bodziec (zachowanie ucznia) – reakcja (zachowanie wychowawcy), czyli S → R, lub
(2) **odpowiadanie na intencje** zachowania uczniów, a zatem działanie według schematu: bodziec (zachowanie ucznia) – **analiza** – reakcja (zachowanie wychowawcy), czyli S → **A** → R.

W pierwszym wypadku działania wychowawcy możemy nazwać impulsywnymi i reaktywnymi, a w drugim – refleksyjnymi, zachodzącymi po uprzedniej analizie sytuacji i proaktywnymi (Brzezińska, 1997). Owa refleksja może dotyczyć tylko bezpośredniego związku, jaki zachodzi między działaniem ucznia (jego możliwym do zaobserwowania efektem, a więc widocznym zachowaniem) a wywołującymi je przyczynami, ale może także dotyczyć związku, jaki zachodzi w całym łańcuchu zachowań: między przyczynami zachowania, samym zachowaniem i jego konsekwencjami.

Jednoczesna analiza zachowania ucznia i własnego, dokonywana przez nauczyciela, pozwala na uchwycenie wielorakich powiązań i zrozumienie, że na późniejsze zachowania ucznia wpływa nie tylko to, co nauczyciel robi „tuż przed", ale także to, co robi „tuż po" danym zachowaniu ucznia.

Zatem tylko wychowawca/nauczyciel świadomy tego, jakie są (bliskie) i mogą być w przyszłości (dalekie) konsekwencje jego poczynań, a więc nauczyciel refleksyjny, może uruchomić **mechanizm życzliwego koła**. Jest to taki **typ relacji między wychowawcami a podopiecznymi, w którym zachowania jednych pozostają w czytelnym i pozytywnym, korzystnym dla obu stron związku z zachowaniami drugich.** Warunkiem tego jest ze strony nauczyciela pełna akceptacja uczniów jako osób, a także poszanowanie i uwzględnianie ich indywidualności

oraz ich mocnych i słabych stron w planowanych przez niego działaniach. W konsekwencji również on jako osoba zaczyna być akceptowany przez uczniów. Ta sytuacja – wzajemnej akceptacji siebie jako osób – tworzy dla wszystkich bezpieczne środowisko uczenia się i wspólnej pracy nad różnymi problemami, także nad rozwiązywaniem konfliktów, które są nieuchronne, a z pewnej perspektywy konieczne dla rozwoju – uczniów, nauczyciela i łączących ich relacji.

RAMKA 48.5

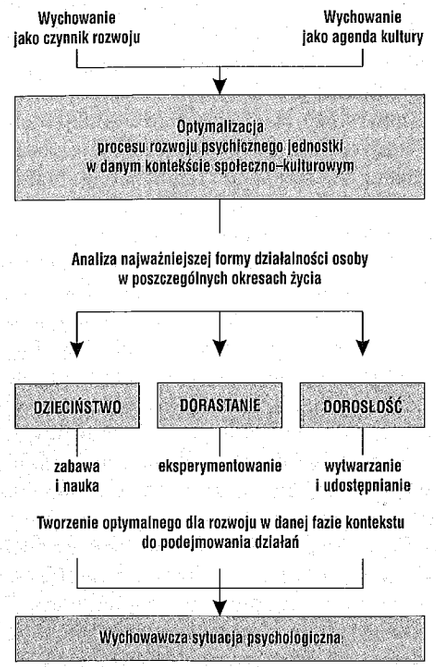
Każde zachowanie nauczyciela można analizować na dwóch płaszczyznach. Na przykład, ważne jest, jak zadajemy pytanie, o co pytamy, jakim tonem głosu, w którym momencie, do kogo kierowane jest pytanie – do określonego ucznia czy do grupy jako całości (czyli do nikogo lub „w pustkę"), ponieważ to wszystko razem (antecedenty) ma wpływ na to, od kogo i jaką uzyskamy odpowiedź (zachowanie). Ale równie ważne jest, jak się zachowujemy w momencie, gdy taka odpowiedź już pada. Jaka jest nasza pierwsza reakcja, jak ujawniamy swoje emocje (zadowolenie lub rozczarowanie), co i jak komentujemy? Całe nasze zachowanie **po** zachowaniu ucznia pokazuje mu, jakie to, co on zrobił, wywołuje konsekwencje – czy jest nagradzany, czy karany. Dopiero łączna analiza przyczyn (antecedentów) i możliwych skutków (konsekwencji) danego zachowania ucznia (w sferze jego odczuć, naszych odczuć werbalnie lub niewerbalnie sygnalizowanych, zachowań i odczuć innych osób w grupie) umożliwia podjęcie decyzji co do dalszego postępowania – na przykład, jakie zadać następne pytanie, jak sformułować kolejne polecenie, czy zrobić krótką przerwę, uruchomić pracę w zespołach, czy raczej indywidualną albo w parach, czy zmienić temat dyskusji, wprowadzić dodatkową pomoc itp.

48.5
Strategie działań wychowawczych

Tak jak sensem wychowania jest, w naszym rozumieniu, doprowadzenie poddanej oddziaływaniom wychowawczym osoby do momentu, w którym będzie ona w stanie samodzielnie dokonywać refleksji nad własnymi działaniami, tak podstawowym wymaganiem, jakie stawiamy przed wychowawcą, jest zarówno gotowość, jak i chęć oraz umiejętność dokonywania refleksji nad własnymi poczynaniami (szerzej na ten temat zob. w: Schön, 1983). Dobrą, jak sądzimy, metaforą procesu wychowawczego i jego konsekwencji będzie w tym miejscu metafora „kamienia w wodę". W zależności od tego, jak ciężki kamień (treść i poziom trudności zadań wynikających z oferty wychowawczej), jak silnie (metoda i forma pracy) i w które miejsce (gotowość do podjęcia zadania – osobista motywacja oraz poczucie kompetencji) wrzucimy, takie będą kręgi na wodzie (rodzaje skutków, konsekwencji bliskich i dalekich) – ich liczba, zasięg i czas trwania.

Wychowanie, które zachowuje **równowagę** między funkcją emancypacyjną i socjalizacyjną, to wychowanie, które sprzyja rozwojowi wszystkich uczestników interakcji, zarówno osób wychowywanych, jak i osób wychowujących. Używając języka Schaffera, można powiedzieć, że każda z nich wnosi inny wkład do tej interakcji, każda z nich ponosi koszty, ale też każda ma jakieś zyski. Owe koszty i zyski różnią się w zależności od okre-

su życia osób w nie uwikłanych, od rodzaju wymagań stawianych im przez społeczeństwo, od rodzaju sytuacji, w jakich dochodzi do kontaktu. Podstawowe zadanie psychologii wychowania to poszukiwanie zasad budowania ofert wychowawczych najbardziej dopasowanych do poziomu gotowości osób – gotowości osoby wychowywanej do przyjęcia oferty i gotowości do udziału w jej realizacji osoby wychowującej. Rycina 48-7 pokazuje, że aby stworzyć optymalne dla osoby sytuacje wychowawcze, konieczne jest udzielenie odpowiedzi na dwa pytania: (1) jaka jest najważniejsza – stymulująca rozwój – forma działalności w danym okresie życia i w związku z tym (2) jaki zewnętrzny kontekst sprzyja jej ujawnianiu się i wzmacnianiu?



Problemy ważne w obszarze psychologii wychowania

RYCINA 48-7

W ostatnich latach w analizach zachowania jednostek i grup możemy zaobserwować wyraźne przesunięcie akcentu z jednostki na środowisko jej pracy i życia codziennego (*setting*; Grossmann i Scala, 1993). Coraz częściej też w wypadku budowania różnorodnych projektów działań na rzecz jednostki w jej środowisku mówi się o tak zwanym podejściu siedliskowym. W praktyce oznacza to wyraźną zmianę strategii działań wychowawczych – od strategii skoncentrowanej na jednostce do strategii skoncentrowanej na systemie społecznym (Brzezińska, 1997).

Dla strategii skoncentrowanej na jednostce i jej relacjach z innymi ludźmi charakterystyczne jest skupianie się na problemach pojedynczych osób bądź grup i rozpatrywanie ich z punktu widzenia indywidualnych potrzeb, oczekiwań lub interesów, a także pomoc w ich rozwiązywaniu. Celem podejmowanych działań jest albo podnoszenie świadomości ludzi poprzez rozpowszechnianie informacji na temat tych problemów oraz ich znaczenia dla ludzkiego funkcjonowania, a zatem pośrednie wpływanie na zachowania i zmianę stylu życia, albo wprost dostarczanie wiedzy i kształtowanie odpowiednich umiejętności, czyli bezpośrednia ingerencja w ich dotychczasowe funkcjonowanie. Oczekiwanie szerszej niż tylko w odniesieniu do jednostek skuteczności działań opiera się na przekonaniu, że „praca organiczna" nastawiona na ludzi doprowadzi w efekcie – na zasadzie kumulacji – do zmian w całym systemie, na przykład w ich najbliższym otoczeniu społecznym. Na tym przekonaniu oparte są na przykład szkolenia nauczycieli czy liderów małych społeczności.

Dla strategii drugiej, skoncentrowanej na kontekście życia jednostki, charakterystyczne jest skupianie się na związkach, jakie występują pomiędzy różnymi polami (obszarami) środowiska, w którym ludzie żyją, pracują i korzystają z różnych usług, a ich problemami. Punktami docelowymi są więc miejsca strategiczne, miejsca decyzyjne, bardziej warunki działania ludzi niż sami ludzie. Zmiana generowana jest „od góry", na przykład

Zadania psychologii wychowania

RYCINA 48-8

poprzez odpowiednie regulacje formalno-prawne, ulepszanie infrastruktury, budowanie zespołów, zmianę zasad funkcjonowania organizacji, instytucji. Tutaj z kolei oczekuje się, że w takim odmienionym kontekście ludzie i grupy zaczną zachowywać się lub funkcjonować inaczej – bardziej efektywnie, etycznie i świadomie w odniesieniu do konsekwencji własnych poczynań.

Obie strategie – i ta skoncentrowana na osobach, i ta skoncentrowana na systemie – nie są rozłączne i żadna nie może istnieć bez drugiej. Strategia pierwsza przygotowuje ludzi, wyposaża ich w odpowiednie nowe kompetencje i daje gotowość do działania w innym stylu, strategia druga natomiast zmienia kontekst działania, promuje pewne idee, formułuje nowe oferty, buduje nowe miejsca do działań jednostek i grup. Gdy obie się spotykają, oznacza to, że spotykają się (1) gotowość ludzi i grup do podejmowania jakichś działań z (2) odpowiednią ofertą.

Jak wobec tego ujmujemy zadania psychologa wychowawczego w praktyce? Generalnie traktujemy go jako osobę stojącą **na zewnątrz** całego układu wychowawczego, wyposażoną w wiedzę i umiejętności służące szybkiemu i trafnemu diagnozowaniu poziomu gotowości osób i grup lub szerszych społeczności do przyjmowania różnych ofert wychowawczych (edukacyjnych) oraz w wiedzę i umiejętności umożliwiające udzielanie po-

mocy w rozwiązywaniu problemów związanych z niedopasowaniem oferty do poziomu gotowości jej adresatów. Oznacza to, że psycholog wychowawczy pracuje z pojedynczymi osobami i z grupami, że wkracza swymi działaniami w życie społeczności lokalnych, szkolnych, szpitalnych, że jest obecny tam, gdzie ludzie się uczą, doskonalą swe umiejętności, przekwalifikowują się, wychowują swoje dzieci, pracują z osobami wymagającymi szczególnej troski i opieki. Rycina 48-8 przedstawia rodzaje działań psychologa wychowawczego uporządkowane ze względu na dwa kryteria: (1) rodzaj strategii działania (skierowana na osobę – skierowana na kontekst jej życia) i (2) rodzaj podejmowanej działalności (diagnoza – rozpoznanie problemu – i pomoc – rozwiązanie problemu).

48.6

Podsumowanie

Psychologia wychowania to jeden z kilku – obok między innymi psychologii pracy czy psychologii klinicznej – działów psychologii stosowanej. Jej aspekt teoretyczny dotyczy poszukiwania prawideł przebiegu procesu wychowania, koncentruje się więc na psychologicznych mechanizmach wywierania skutecznego wpływu wychowawczego. Z kolei jej aspekt praktyczny wiąże się z poszukiwaniem odpowiedzi na pytania, na jakie trafiają w swej działalności wychowawczej osoby w nią zaangażowane. Bezpośrednimi realizatorami działalności wychowawczej są rodzice i nauczyciele. Rolą psychologa jest wspieranie ich w podejmowanych działaniach, szczególnie w sytuacjach trudnych decyzyjnie, emocjonalnie czy społecznie.

Wychowanie pełni dwie podstawowe funkcje – socjalizacyjną (adaptacyjną) i emancypacyjną (wyzwalającą). Pierwsza wiąże się z rozwijaniem kompetencji pozwalających jednostce na znalezienie miejsca w strukturze związków społecznych i wypełnianie zadań wynikających z oczekiwań kierowanych ku niej przez innych ludzi. Druga zwraca uwagę na specyficzny potencjał każdej osoby i każe poszukiwać sposobów jego ujawniania i rozwijania.

Działania wychowawcze rozpatrywane z punktu widzenia jednostki mają charakter bezpośredni i pośredni. Można je zatem ujmować dwojako – raz jako agendę kultury i czynnik zmiany społecznej (na poziomie zmian funkcjonowania grup czy instytucji), drugi raz jako czynnik rozwoju indywidualnego, nie tylko wyznaczający tempo i dynamikę tego procesu, ale w pewnych okolicznościach wpływający na kierunek dokonujących się przemian. Oba te ujęcia ujawniają się w odmiennych strategiach działania wychowawczego. Strategie skierowane na wywołanie zmian osoby wiążą się z budowaniem ofert wychowawczych nastawionych na zmianę w wiedzy, przekonaniach czy umiejętnościach jednostek. Z kolei strategie nastawione na wywoływanie zmian w funkcjonowaniu grup i instytucji opierają się na ofertach zakładających zmianę reguł funkcjonowania instytucji, zmianę relacji między funkcjonującymi w ich obrębie grupami, zmianę stosowanych procedur bądź warunków (kontekstu), w jakich funkcjonują.

Stosowane strategie działań wychowawczych przyjmują bardziej lub mniej jawnie określone założenia, dotyczące (1) podstawowej wartości nadającej im kierunek, (2) natury człowieka, (3) związku między procesami dojrzewania i uczenia się. W efekcie powstają różne wizje „dobrze wychowanego człowieka", różna jest treść ofert wychowawczych, różny system działań służących realizacji założonych celów. Różnie też ujmowana jest rola wychowawcy – albo tylko jako osoby tworzącej kontekst dla rozwoju, albo jako osoby modelującej zachowania wychowanka, albo wreszcie jako osoby wchodzącej w dwupodmiotową z nim relację, zakładającą wzajemną wymianę i równowartość wkładu wnoszonego przez obie strony.

Zadania – badawcze i praktyczne – psychologii wychowawczej obejmują zatem trzy obszary: (1) konstruowanie ofert wychowawczych uwzględniających oczekiwania społeczne z jednej strony i poziom kompetencji osób, do których są kierowane, z drugiej, (2) kształtowanie gotowości osób, grup i instytucji do przyjęcia i realizowania ofert wychowawczych oraz (3) dopasowywanie ofert wychowawczych do specyficznych potrzeb adresatów (osób, grup i/lub instytucji) oraz do warunków (kontekstu), w jakich będą realizowane.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Dlaczego wychowanie traktuje się jako istotny czynnik rozwoju człowieka?
2. Jakie zagrożenia wynikają z dominacji funkcji emancypacyjnej bądź funkcji socjalizacyjnej wychowania w rodzinie i szkole?
3. Wykorzystując omówione modele wychowania, proszę porównać wychowanie w środowiskach naturalnych (rodzina, grupy rówieśnicze) i instytucjonalnych (szkoła).
4. Proszę uzasadnić zmienność roli wychowania w kolejnych okresach życia człowieka.
5. Proszę podać przykłady działań psychologa wychowawczego według strategii zorientowanej na osobę w okresie dzieciństwa.
6. Proszę podać przykłady działań psychologa wychowawczego oddziałującego na kontekst życia osoby w okresie późnej dorosłości.

LITERATURA ZALECANA

Arends, R. I. (1994). *Uczymy się nauczać*. Warszawa: WSiP.
Brzeziński, J., Witkowski, L. (red.). (1994). *Edukacja wobec zmiany społecznej*. Toruń: Edytor.
Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (1999). *Wprowadzenie do nauczania*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
Debesse, M. (1983). *Etapy wychowania*. Warszawa: WSiP. (Także: 1996, Wydawnictwo „Żak").
Dembo, M. H. (1997). *Stosowana psychologia wychowawcza*. Warszawa: WSiP.
Galloway, Ch. (1988). *Psychologia uczenia się i nauczania*. Warszawa: PWN.

49

Psychologia kształcenia

Grzegorz Sędek

Głównym celem badań w dziedzinie **psychologii kształcenia** (*instructional psychology*) jest zrozumienie procesów nabywania przez ludzi wiedzy i złożonych umiejętności oraz wykrycie zasad efektywnego kształcenia (por. Gallagher, 1994; Glaser, 1993). **Kształcenie** jest tu rozumiane dość szeroko, definiuje się je jako **procedury wspomagania budowy nowej struktury poznawczej (lub modyfikacji struktury istniejącej) u osób uczących się poprzez określoną formę komunikowania się.** Zgodnie z tą definicją, zarówno nauczyciele, jak i różnorodne środki przekazu (na przykład podręczniki lub programy komputerowe) mogą służyć kształceniu. Psychologia kształcenia ma charakter interdyscyplinarny, integruje wiele wątków psychologii ogólnej (procesy uczenia się, procesy poznawcze, mechanizmy motywacyjne i emocjonalne) z tradycyjnymi obszarami zainteresowań psychologii wychowawczej (zob. rozdz. 48.). Podstawowe teorie i problemy psychologii wychowawczej i szkolnej są od wielu dziesiątków lat przedmiotem intensywnych studiów w Polsce. W literaturze przedmiotu możemy tu znaleźć zarówno opracowania podręcznikowe dotyczące psychologii wychowawczej (Przetacznik-Gierowska i Włodarski, 1994), jak i monografie dotyczące sztuki nauczania i efektywnego uczenia się (Kruszewski i Konarzewski, 1995), a także pozycje dotyczące specyficznych problemów w nabywaniu wiedzy szkolnej (np. Brzezińska, 1987) lub błędów popełnianych w wychowaniu (Gurycka, 1990). W rozdziale tym nie będziemy więc opisywać kierunków badań psychologii szkolnej i wychowawczej, ale skoncentrujemy się na takich obszarach badań, które ukazują specyficzny charakter psychologii kształcenia jako nowej, wyłaniającej się dopiero dziedziny psychologii stosowanej.

Najbardziej dynamicznie rozwijające się kierunki badań w dziedzinie psychologii kształcenia obejmują analizę rozwoju kompetencji (wiedzy i umiejętności) nabywanych w różnych dziedzinach, analizę procesu nauczania (analizę struktury lekcji i zachowania nauczyciela z punku widzenia efektywności nauczania, porównywanie różnych stylów nauczania, ocenę nowych programów kształcenia) oraz analizę właściwości psychicznych osoby uczącej się (na przykład moty-

wacji, strategii uczenia się). Kolejne partie tego rozdziału przedstawią wybrane, najważniejsze zagadnienia tej problematyki.

49.1

Nabywanie kompetencji

Badania nad rozwojem wiedzy często polegają na porównywaniu sposobów myślenia osób wybitnych (mistrzów, specjalistów) w danej dziedzinie i nowicjuszy. Badacze próbują też znaleźć możliwie najbardziej efektywne czynniki sprzyjające rozwojowi wybitnych kompetencji. Badania w tej dziedzinie dotyczą również rozwoju kompetencji w różnych dziedzinach. Opiszemy tu specyficzne właściwości kształcenia myślenia matematycznego, historycznego i naukowego. Część ta zakończy się dyskusją nad współczesnymi metodami kształcenia ogólnych umiejętności myślenia.

49.1.1

Porównanie wiedzy i umiejętności specjalistów i nowicjuszy

Jedną z głównych metod analizowania procesów przyswajania złożonej wiedzy jest porównywanie sposobów rozwiązywania problemów przez **nowicjuszy** i **specjalistów** w danej dziedzinie. Chi, Glaser i Farr (1988) dokonali szczegółowej analizy tego problemu u osób będących specjalistami w bardzo różnych dziedzinach: lekarzy, naukowców, szachistów. Zgodnie z ich analizą, wszyscy specjaliści mają pewne wspólne właściwości w zakresie przetwarzania informacji w swojej dziedzinie (poza nią ich myślenie niczym się nie wyróżnia):

(1) większość faktów wiążą w sensowne struktury pojęciowe;
(2) działają szybko i popełniają mało błędów przy rozwiązywaniu typowych problemów;
(3) przetwarzają informacje na głębszym poziomie niż nowicjusze;
(4) wiele czasu spędzają na jakościowej analizie problemu;
(5) mają wiele umiejętności monitorujących i metapoznawczych.

Podobne wnioski wynikają z badań nad **wybitnymi osiągnięciami** w nauce, sztuce i sporcie (Ericsson i Charness, 1994; Ericsson, Krampe i Tesch-Roemer, 1993). Badania te jednoznacznie każą odrzucić pokutujący w wiedzy potocznej mit o dominującej roli „talentu" w osiąganiu spektakularnych osiągnięć. W każdej z tych dziedzin sukces na poziomie międzynarodowym poprzedzony był zwykle **co najmniej dziesięcioletnim**, wytrwałym i celowym wysiłkiem. Ze względu na dość systematyczne potwierdzanie się tych wyników, wielu badaczy mówi wręcz o „regule dziesięciu lat" koniecznego przygotowania do osiągnięcia szczytów możliwości w danej dziedzinie (Ericsson i Lehmann, 1996). Pozycja uznanego specjalisty lub mistrza nie przychodzi łatwo – potrzebny jest systematyczny wysiłek, silna motywacja i dostęp do odpowiedniego szkolenia. W wielu dziedzinach (na przykład w muzyce) ten dziesięcioletni wysiłek prowadzący do sukcesów wiązał się z codziennym, czterogodzinnym, specjalistycznym treningiem. Przy tym nie każdy rodzaj ćwiczeń lub treningu jest równie efektywny. Zasadnicze znaczenie w robieniu postępów w każdej dziedzinie mają intensywne, systematyczne i przemyślane ćwiczenia (trening), mające na celu polepszenie jakiegoś jasno określonego aspektu wykonania. Dlatego też sławni sportowcy mieli na ogół doskonałych trenerów, natomiast młodzi, a uznani już artyści i naukowcy zawdzięczają często swą klasę efektywnemu, wieloletniemu szkoleniu się u mistrzów.

Wraz ze wzrostem kompetencji w danej dziedzinie coraz większą rolę w myśleniu

specjalistów zaczynają odgrywać pewne umiejętności poznawcze, określane często w literaturze przedmiotu jako **strategie poznawcze i metapoznawcze** – lepiej kierują oni swoją uwagą, starają się zrozumieć przyczyny pojawiania się błędów w działaniu, powtarzają trudniejsze czynności aż do osiągnięcia dużej wprawy, starają się formułować bliższe i dalsze plany i kontrolować aktualne postępy w ich realizacji, monitorują efektywność stosowanych technik rozwiązywania złożonych problemów.

49.1.2

Rozwój kompetencji w różnych dziedzinach

Analiza procesów rozwoju wiedzy jest w coraz większym stopniu dokonywana w ramach poszczególnych dziedzin. Okazuje się bowiem, że uczenie się, a także nauczanie w ramach jednej dziedziny, na przykład takiej jak matematyka, różni się pod wieloma względami od uczenia się i nauczania w innych dziedzinach, jak historia czy przedmioty przyrodnicze (Glaser i Bassok, 1989; Sandoval, 1995).

49.1.2.1
Kształcenie umiejętności matematycznych

Wiele badań w tej dziedzinie zajmuje się tym, jak uprzednio zdobyta wiedza wpływa na aktualnie zachodzące procesy uczenia się i rozumowania. Okazuje się, że już dzieci przedszkolne operują intuicyjną wiedzą matematyczną, dotyczącą na przykład porównywania wielkości obiektów, porządków rosnących i malejących, relacji część – całość. Dlatego wielu badaczy postuluje (w szczególności Lauren Resnick i jej współpracownicy, por. np. Resnick i Omanson, 1987), aby przy okazji uczenia małych dzieci różnych abstrakcyjnych pojęć matematycznych odwoływać się do owych intuicyjnych struktur pojęciowych. Ważne jest na przykład znalezienie sposobów pokonywania częstych trudności, jakie mają dzieci z nauczeniem się odejmowania. (Czy my, dorośli, nie mamy ich nadal? Niech Czytelnik spróbuje szybko wykonać „w pamięci" odejmowanie: 804 – 456). Resnick i Omanson (1987) omawiają całą gamę różnych technik identyfikacji i korekcji typowych błędów przy odejmowaniu, w tym techniki nauczania, często pomysłowe, odwołujące się do naturalnych intuicji. Jedna z nich – **technika rzutowania** (*mapping instruction*) – polega na zabawie w bank, gdzie liczby setek, dziesiątek i jednostek zamieniane są na odpowiednio coraz mniejsze klocki, a formalny proces odejmowania polega na pożyczaniu z banku klocków o różnej wielkości i w różnej ilości. Formalne reguły odejmowania są rzutowane na reguły dotyczące rozmieniania większego klocka na dziesięć mniejszych, dzięki czemu **zasada pożyczania,** niezbędna do wykonania bardziej złożonych operacji odejmowania, staje się zdecydowanie łatwiejsza do zrozumienia i zastosowania.

Nawiązując do tego nurtu myślenia, wielu badaczy skoncentrowanych na poprawie efektywności nauczania matematyki wskazuje na konieczność łączenia nauczania formalnych aspektów matematyki (uczenia się gotowych procedur) z ogólnymi procesami myślenia, związanymi z pokonywaniem problemów. Alan Schoenfeld (1987, 1988), jeden z najbardziej znanych metodyków nauczania matematyki, wskazuje na to, że uczniowie często w bezmyślny sposób uczą się procedur uzyskiwania prawidłowych wyników, bez wnikania w sens dokonywanych operacji. Zwraca on uwagę, że uczniowie mający słabe wyniki w matematyce przy napotkaniu trudnego zadania, które nie daje się rozwiązać przy pomocy rutynowych działań, zwykle próbują na oślep ułożyć różne równania w nadziei, iż któreś „samo" przyniesie prawidłowe rozwiązanie. Natomiast uczniowie dobrzy (i eksperci w tej dziedzinie) poświęcają wiele uwagi analizowaniu problemu (ustalaniu, co jest wiadome, a co niewiadome), planowaniu i weryfikowaniu różnych hipotez rozwiązywania zadania oraz kierują się pewnymi strategiami metapoznawczymi (na przykład, zasta-

nawiają się, czy dotychczasowa strategia rozwiązywania problemu przyniosła jakiś postęp; wielokrotnie czytają treść zadania, aby sprawdzić, czy nie pominęli jakichś istotnych informacji; sprawdzają, czy otrzymywane parcjalne wyniki mają sens, czy też nie). I tak, w wypadku rozwiązywania sprawiających zwykle duże trudności „zadań z treścią", u dobrych uczniów występuje przewaga myślenia nad działaniem (przed przystąpieniem do układania równania następuje długie zastanawianie się nad treścią zadania), natomiast u uczniów słabych – przewaga działania, polegająca na „strzelaniu na oślep", czyli na wypisywaniu wielu nieprzemyślanych równań i dokonywaniu ich ciągłej rekalkulacji.

W jednym ze swoich artykułów Schoenfeld (1987) znakomicie ilustruje swoje rozważania serią przykładów z własnych badań i sondaży amerykańskich dotyczących postępów szkolnych. Na przykład, badani przez niego studenci mieli za zadanie rozwiązać następujące równanie:

$$x^2y + 2xy + x - y = 2$$

Najczęstszą, niejako „automatyczną" strategią stosowaną przez uczniów była próba przeniesienia iksów na jedną stronę, igreków zaś na drugą. Komplikacja polegała tu jednak na tym, że zastosowanie tej strategii powoduje powstawanie jeszcze bardziej zagmatwanego równania niż wyjściowe. Mimo to okazywało się, że bardzo duża część uczniów próbowała wciąż na nowo tej procedury, brnąc w coraz bardziej zawikłane równania i nie zastanawiając się w ogóle nad tym, czy wraz z upływającym czasem uzyskała jakikolwiek postęp w rozwiązywaniu problemu (jak opiszemy dalej, zgodnie z modelem informacyjnym Kofty i Sędka, jest to klasyczna sytuacja treningu bezradności).

Inny cytowany przez Schoenfelda przykład pochodzi z badań sondażowych, przeprowadzonych na losowej grupie 45 000 uczniów amerykańskich. Mieli oni rozwiązać następujące zadanie: „Ciężarówka wojskowa przewozi 36 żołnierzy. Trzeba szybko przetransportować 1128 żołnierzy. Ile będzie potrzeba ciężarówek?" (Carpenter i in., 1983; za: Schoenfeld, 1987).

Okazało się, że tylko 23% uczniów podało prawidłową odpowiedź „32". Znacznie więcej (29%) udzieliło precyzyjnej, acz zupełnie bezsensownej odpowiedzi „31 reszta 12", 18% zaś stwierdziło, że wystarczy 31 ciężarówek (pozostali uczniowie zupełnie pogubili się w dzieleniu). Jak interpretuje to Schoenfeld, błąd wynikał z tego, że uczniowie potraktowali zadanie jako coś zupełnie abstrakcyjnego i niepowiązanego z rzeczywistymi realiami życiowymi, w związku z czym rezultat „z resztą" uznali za poprawny, bo zgodny z wynikiem formalnych obliczeń.

49.1.2.2 Kształcenie umiejętności myślenia historycznego

Badacze studiujący procesy przyswajania przez uczniów pojęć historycznych napotykają nie tylko problemy dotyczące tego, jakie umiejętności powinni posiąść uczniowie na lekcjach historii, ale również kontrowersyjne kwestie odnoszące się chociażby do sposobów kształtowania poczucia patriotyzmu, czy też identyfikacji narodowej, nie mówiąc już o kwestiach ideologicznych.

Badaczy szczególnie interesowało to, jak uczniowie przyswajają sobie pojęcia historyczne oraz jak konstruują oni wyjaśnienia i poszukują przyczyn wydarzeń historycznych. Dokonując przeglądu badań w tym zakresie, Voss, Wiley i Carretero (1995) stwierdzili, że często wydarzenia historyczne (na przykład wyprawy krzyżowe) są ujmowane przez dzieci nie tylko w kategoriach opisowych, ale również moralnych i emocjonalnych. Innymi słowy, standardy moralne dzieci silnie włączają się do opisu rozumowań dotyczących procesów historycznych.

Wiele innych badań dotyczyło natury przyczynowości (roli jednostek, grup, instytucji, czy też szczególnych okoliczności) w podawanych przez uczniów objaśnieniach wydarzeń historycznych. Carretero i Voss (1994) stwierdzili, że uczniowie mają często

bardzo słabe pojęcie o kolejności zdarzeń historycznych, jednakże wraz z rozwojem wykształcenia mniejszą wagę przypisują działaniom jednostek, większą zaś wpływom społecznym i strukturom instytucjonalnym. Na przykład, gdy proszono uczniów szkół podstawowych i średnich o poklasyfikowanie sześciu powodów wyprawy Kolumba, szósto- i ósmoklasiści akcentowali osobiste motywy Kolumba, natomiast starsi uczniowie – przede wszystkim powody ekonomiczne. Z kolei kiedy studentom zadano napisanie eseju o przyczynach rozpadu Związku Radzieckiego, rozważali oni wówczas zarówno czynniki strukturalne, jak i rolę jednostek we wzajemnym interakcyjnym powiązaniu. Wykazywali również skłonność do silniejszego akcentowania roli czynników bezpośrednio poprzedzających zdarzenie niż czynników działających przez dłuższy czas.

Badacze zwracają też uwagę na to, że nauka historii jest okazją do nauczenia się krytycznej pracy z oryginalnymi dokumentami pisanymi w danej epoce (sprawdzanie spójności z innymi faktami, sprawdzanie wiarygodności i reprezentatywności źródła, uwzględnianie roli kontekstu – kiedy i gdzie powstał dokument).

Voss i inni (1995) wskazują na to, że rozumienie procesów historycznych, w odróżnieniu od rozumienia procesów fizycznych czy formuł matematycznych lub praw przyrodniczych, polega na uwzględnianiu wielu **komplementarnych modeli wyjaśniających**. Dlatego też jakość nauczania historii w dużym stopniu zależy od umiejętności interpretowania przez nauczycieli zdarzeń historycznych jako powiązanych w ciągi przyczynowo-skutkowe.

49.1.2.3 Kształcenie ogólnych umiejętności rozumowania naukowego

Guzetti, Snyder, Glass i Gamas (1993) przeprowadzili metaanalizę 23 badań dotyczących kształcenia w zakresie **myślenia naukowego**. Głównym problemem przy ocenie różnych programów edukacyjnych było to, że stosowały one na ogół kombinację wielu strategii, wobec czego trudno było określić przydatność każdej z nich z osobna. Najbardziej pozytywnie został oceniony program **cyklu uczenia się**, zaproponowany przez Lawsona (1958). Zgodnie z tym trzyetapowym programem, na początku uczniowie dość swobodnie, w niewielkim tylko stopniu ukierunkowywani przez nauczyciela, **eksplorują** daną dziedzinę, wykonują próby badawcze, starają się sami zadawać pytania i próbują sami zauważyć pewne prawidłowości. W drugiej fazie nauczyciel **wprowadza terminologię** przydatną do nazywania i formułowania zależności, które uczniowie wcześniej dostrzegli, lub do bardziej precyzyjnego określenia pytań, które uprzednio sobie stawiali. W trzeciej fazie – określanej jako **zastosowanie pojęć** – uczniowie starają się zrozumieć ogólne prawa i zależności poprzez uogólnianie zaobserwowanych faktów oraz uczą się dostrzegania ograniczeń nowo poznanych objaśnień.

Podobnie jak w wypadku nabywania innych umiejętności, często próbuje się tu najpierw zaobserwować działania ekspertów (funkcjonowanie rzeczywistych zespołów naukowych, sposoby dochodzenia do odkryć naukowych przez wybitnych naukowców), a potem przenieść stwierdzone wzorce do procesów kształcenia. Na przykład Dunbar (1994) studiował rozumowanie naukowców w czterech laboratoriach biologicznych. Stwierdził on, że poznawcza restrukturalizacja zachodziła szczególnie silnie wtedy, gdy uzyskiwano dane niezgodne z hipotezami. Dla zachodzenia tych zmian istotne znaczenie miały zebrania naukowe, na których członkowie zespołu próbowali podważać wyniki badań i ich interpretacje podawane przez referenta.

W podobny sposób Vosniadou i Brewer (1992) interpretowali wyniki swoich badań nad tworzeniem przez dzieci (na podstawie własnych doświadczeń oraz przekazów innych) pojęć. W jednym z badań pytali oni na przykład pierwszo-, trzecio- i piątoklasistów o kształt Ziemi. Pomimo że wiele z podawanych odpowiedzi było nieprawidłowych, to według autorów nie były one bezsensowne,

ponieważ 82% niezgodności można było wyjaśnić, odwołując się do pięciu sformułowanych przez dzieci **modeli umysłowych**, a mianowicie, że Ziemia ma kształt: prostokąta, dysku, podwójnej powierzchni oraz pustej lub spłaszczonej kuli. Autorzy sądzą, że opinie dzieci oparte są na ich własnych obserwacjach, które w toku interakcji z kolegami i dorosłymi ulegają modyfikacji, zbliżając się do powszechnie aprobowanego sądu.

W jaki sposób różne błędne przekonania mogą zostać w pełni zastąpione w toku kształcenia nowymi, bardziej poprawnymi modelami pojęciowymi? Programy nauczania, specyficznie nastawione na efektywną **zmianę błędnych przekonań naukowych**, często nawiązują do pracy z dziedziny filozofii nauki (Posner, Strike, Hewson i Gertzog, 1982). Postawiono w niej hipotezę, że aby uczący się zmienił swój dotychczasowy schemat myślowy, muszą zostać spełnione cztery warunki:

(1) brak satysfakcji – dotychczasowe przekonania muszą zostać uznane za niewystarczające;
(2) zrozumienie – nowa idea musi być zrozumiała, sensowna i wewnętrznie spójna;
(3) wiarygodność – nowa idea powinna wydać się możliwa do przyjęcia i dość prawdopodobna;
(4) owocność – nowa idea jest preferowana w porównaniu ze starą ze względu na swoją elegancję, prostotę i użyteczność.

W związku z tym programy mające na celu modyfikację błędnych przekonań naukowych (por. Sandoval, 1995) koncentrują się najpierw na wynikających z nich sprzecznościach; służy temu informowanie o danych niezgodnych z pierwotnymi sądami bądź przeprowadzanie eksperymentów podważających hipotezy wynikające z dotychczasowych pojęć. Następnie wprowadza się nową teorię, dbając o to, aby brzmiała przekonująco i była w pełni zrozumiała. Na koniec pokazuje się, że ta nowa koncepcja pozwala na wytłumaczenie wszystkich danych (w szczególności tych, które są sprzeczne z poprzednimi przekonaniami) i umożliwia generowanie nowych przewidywań. Okazuje się też (Sandoval, 1995), że szkolenie nauczycieli w zakresie metodologii badań (określania zmiennych, formułowania hipotez, wybierania metod badawczych), a następnie organizowanie dla uczniów trzytygodniowych kursów praktycznego eksperymentowania znakomicie polepsza rozumienie przez uczniów wyników badań empirycznych. Również Shayer i Adey (1993) zaobserwowali znaczny wzrost poziomu rozumowania naukowego (zauważalny

RAMKA 49.1

Grupa uczniów podejmuje się, na przykład, przygotowania programu telewizyjnego na temat wydarzenia historycznego. Wykonanie tego zadania jest w pełni możliwe dzięki wykorzystaniu specjalnie przygotowanych multimedialnych programów komputerowych. Poprzez komputerowe bazy danych uczniowie poszukują odpowiednich informacji, weryfikują fakty, decydują o tym, jak najlepiej opisać wydarzenia, osoby i okoliczności, nie tylko przeszukując zasoby muzealne dostępne przez internet, ale również wykorzystując dostępne za pośrednictwem komputera zasoby audiowizualne. W trakcie gdy pracują nad roboczą wersją audycji, specjalny program komputerowy analizuje ich pracę i sugeruje skorzystanie z nagranych na wideo porad historyków (wskazujących na znaczenie poszczególnych epizodów historycznych i uczestniczących w nich postaci) oraz dziennikarzy telewizyjnych (sugerujących, jak przekazywać informacje publiczności, aby podtrzymać jej uwagę i zainteresowanie).

nawet po trzech latach) po przeprowadzeniu szkolenia wprowadzającego pojęcia zmiennych, konflikt poznawczy, strategie metapoznawcze.

Wiele współczesnych metod kształcenia wykorzystuje **multimedialne środki przekazu** oraz starannie skomponowane ilustracje i diagramy w celu ułatwienia zrozumienia nowych skomplikowanych modeli teoretycznych, a także lepszego zapamiętywania treści dzięki podwójnemu kodowaniu – semantycznemu i wyobrażeniowemu – materiału (Mayer, 1997; Mayer i Sims, 1994).

Najnowocześniejsze podejścia do kształcenia myślenia naukowego polegają, oczywiście, na wykorzystywaniu specjalnie przygotowanych, zaawansowanych **programów komputerowych**. Najbardziej chyba znany amerykański ośrodek prac eksperymentalnych nad wykorzystaniem komputerów w badaniach edukacyjnych to zespół badawczy kierowany przez Roberta Schanka (Schank, Fano, Bell i Jona, 1993). Stosowaną formą oddziaływań jest tu na ogół tworzenie „wirtualnych światów", w których można, na przykład, przeprowadzać pewne misje, odtwarzać wydarzenia historyczne bądź udzielać konsultacji dotyczących tego, czy dana para może, czy też raczej nie powinna mieć dzieci ze względu na zagrożenie wadami genetycznymi (zob. ramka 49.1).

Badania nad kształtowaniem myślenia naukowego wiążą się z bardziej ogólnym, często kontrowersyjnym pytaniem: czy można efektywnie nauczać uczniów sprawniejszego myślenia. Dotyczy to gorąco dyskutowanej kwestii (Dembo, 1997), czy należy przede wszystkim doskonalić umiejętności w określonych, specyficznych dziedzinach, czy też można i trzeba kształcić umiejętności bardziej ogólne – takie jak umiejętność sprawniejszego myślenia – które mogą przyczynić się do jakościowego wzrostu zdolności do uczenia się bardziej specyficznych treści.

49.1.2.4 Kształcenie umiejętności myślenia

Szczególnymi orędownikami **kształcenia myślenia**, a nawet oparcia całego systemu szkolnego na rozwijaniu umiejętności rozumienia i krytycznego myślenia, są David Perkins i jego współpracownicy (Perkins i Grotzer, 1997; Perkins, Jay i Tishman, 1993). W swoich pracach Perkins wskazuje na to, że można „nauczać inteligencji" i osiągać znaczny postęp w rozwoju wielu umiejętności myślenia i rozumowania poprzez odpowiedni trening. Autor ten uważa, że myślenie ludzi, choć na ogół całkiem funkcjonalne, często

TABELA 49.1

Podstawowe wady potocznego myślenia

PODSTAWOWE WADY MYŚLENIA	CHARAKTERYSTYKA
Pośpieszne	Myślenie zbyt impulsywne, niewystarczająco głębokie
Ograniczone	Myślenie nieobejmujące analizy założeń, nieuwzględniające innych możliwości
Niejasne	Myślenie pozbawione precyzji, oparte na ogólnikach i zbitkach pojęciowych
Rozwlekłe	Myślenie pozbawione dobrej organizacji, umiejętności konstruowania toku wywodu, dokonania konkluzji

Uwaga. Tabelę opracowano, korzystając z następującego źródła: Perkins, Jay i Tishman (1993).

jest obarczone kilkoma podstawowymi wadami (por. tab. 49.1).

Zgodnie z poglądami Perkinsa, szkolenie w rozwijaniu pewnych dyspozycji myślowych może pozwolić na znaczne polepszenie funkcjonowania intelektualnego w bardziej specyficznych dziedzinach. Według niego, na dobre myślenie składa się siedem możliwych do wyćwiczenia i wyuczenia **dyspozycji umysłowych**:

(1) tendencja do myślowego analizowania informacji w sposób otwarty, szeroki i śmiały;
(2) tendencja do podtrzymywania stanu intelektualnej ciekawości, dziwienia się, zadawania pytań;
(3) dążenie do wyjaśniania istoty rzeczy, pragnienie zrozumienia;
(4) umiejętność planowania (stawiania sobie celów i ich realizacji), stopniowania trudności w osiąganiu bardziej złożonych celów;
(5) intelektualna ostrożność, dążenie do bycia możliwie precyzyjnym i uporządkowanym w myśleniu;
(6) zdrowy sceptycyzm, skłonność do analizowania ukrytych założeń, poszukiwanie i analizowanie wyjaśnień;
(7) rozwijanie strategii metapoznawczych: monitorowanie własnego myślenia, patrzenie na siebie z boku, powracanie myślami do wcześniejszych zachowań i interpretowanie ich, kontrolowanie swojej uwagi i emocji.

Według Perkinsa i Grotzer (1997), należy tworzyć nowe i wspierać istniejące programy, rozwijające tego typu umiejętności myślenia i rozumienia, takie jak Projekt Odyseja (Herrnstein, Nickerson, Sanchez i Swets, 1986), Filozofia dla Dzieci (Lipman, Sharp i Oscanyan, 1980) lub Praktyczna Inteligencja dla Szkół (Sternberg i Wagner, 1986), oraz włączać elementy tych ćwiczeń do programów nauczania konkretnych przedmiotów szkolnych.

49.2

Analiza procesu nauczania

W pełni zintegrowana analiza procesów nauczania wymaga spojrzenia interdyscyplinarnego, czemu jednak często towarzyszy swoiste „skrzywienie zawodowe" specjalistów zajmujących się tą problematyką. Metodycy nauczania poszczególnych dziedzin przywiązują szczególną wagę do specyficznych treści programów i podręczników. Władze oświatowe koncentrują się zwykle na strukturze organizacyjnej szkół, na formalnych aspektach kształcenia i wynagradzania nauczycieli. Natomiast przedmiotem szczególnej uwagi psychologów i pedagogów są sposoby i style nauczania stosowane w ramach porównywalnych uwarunkowań organizacyjnych oraz społecznych. Według pierwszego podejścia, reforma szkolnictwa polega na zmianach programów nauczania, według drugiego – na zmianach organizacyjnych w systemie szkolnictwa, według trzeciego – na rozwijaniu kompetencji i umiejętności dydaktycznych nauczycieli (Mac Iver, Reuman i Main, 1995). Dlatego też wszelka kompleksowa reforma szkolnictwa powinna uwzględnić wszystkie te perspektywy. Omawiane dalej modele nauczania odnoszą się tylko do perspektywy psychologiczno-pedagogicznej, należy jednak zdawać sobie sprawę, że wiele omawianych trudności w pracy nauczycieli może wynikać ze złej konstrukcji programów nauczania, z braku dobrych podręczników i pomocy naukowych, z trudności organizacyjnych w podnoszeniu kwalifikacji, nie mówiąc o niskich, niemotywujących płacach.

49.2.1
Trzy modele procesu nauczania

Najpierw przedstawimy trzy ogólne modele nauczania, opierając się przede wszystkim na

pracach Gaei Leinhardt i jej współpracowników (Leinhardt, 1993; Leinhardt i Fienberg, 1992). Zgodnie z tym ujęciem, **nauczanie jest złożonym, dynamicznym i słabo ustrukturalizowanym procesem. W trakcie tego procesu uprzednio znana i wartościowa wiedza jest na nowo budowana, wspólnie opracowywana i przechodzi z jednego źródła do innego.** Istnieje wiele różnorodnych podejść do problematyki kształcenia, akcentujących odmienne role uczestników tego procesu. Podejścia te tworzą pewne kontinuum propozycji objaśnienia, kto lub co (nauczyciel, podręcznik, uczący się) odpowiada za prezentację i przyswojenie sobie przez ucznia określonej porcji wiedzy. W ramach tych ujęć osoba ucząca się spostrzegana jest bądź jako współodkrywca, bądź jako praktykant, bądź jako osoba, która asymiluje dobrze ustrukturalizowane porcje gotowych informacji. W podobny sposób można ujmować rolę nauczyciela, który może być stosunkowo biernym przekaźnikiem treści zawartych w podręcznikach lub innych gotowych programach nauczania albo przede wszystkim stymulatorem i współpracownikiem (odpowiadającym za postawienie problemu i aranżującym warunki uczenia się), bądź też może odgrywać dominującą rolę w procesie nabywania wiedzy (na przykład jako wykładowca). Dalej zostaną pokrótce omówione trzy modele nauczania.

49.2.1.1
Nauczanie poprzez dokonywanie odkryć

W ramach modelu nauczania poprzez **dokonywanie odkryć** (*discovery model*) nauczanie polega na tworzeniu warunków do dokonywania odkryć, a wykonywane przez uczącego się zadania zależą głównie od jego zainteresowań i motywacji. Uczeń wybiera kierunek poszukiwań i sposób dochodzenia do wyników oraz decyduje o ich zakończeniu. W tym podejściu do nauczania, jeśli uczeń sam nie wykaże inicjatywy w celu zdobycia niezbędnych informacji, to struktura problemu i istniejąca wiedza o sposobach jego rozwiązania pozostaną dla niego nieznane. Osoba ucząca się w ramach takiego modelu buduje swoją nową wiedzę, opierając się na własnej intuicji, doświadczeniu i posiadanych schematach, a więc nowe zagadnienia z pewnością bardzo dobrze zapamięta i doskonale zasymiluje do już posiadanych umiejętności. Po drugie, uczący się wybiera temat zgodny z własnymi zainteresowaniami i pracuje kierowany własną motywacją.

Zwolennicy takiego stylu nauczania podkreślają, że włączanie tego typu kształcenia w proces edukacyjny pozwala uczniom na doświadczenie „pasji odkrywania", która motywuje prawdziwych naukowców, miłośników sztuki czy całe rzesze rozmaitych hobbystów. Wielu badaczy wskazuje motywującą rolę entuzjazmu i ciekawości w samodzielnym rozwijaniu różnych umiejętności, cytując między innymi biografów wybitnych ludzi.

Psychologiczna krytyka tego podejścia ma charakter pragmatyczny. Po pierwsze, uczeń może nigdy nie dokonać „prawidłowego" odkrycia. Po drugie, nie dysponując wiedzą z danej dziedziny, nie może przypomnieć sobie prawidłowych zależności, nie może też dzielić się wiadomościami z innymi. Rola na-

RAMKA 49.2

Perkins, Jay i Tishman (1993) przytaczają następującą anegdotę: Karol Darwin był podobno już w bardzo młodym wieku zamiłowanym przyrodnikiem i gdy zobaczył nowy, nieznany mu gatunek chrząszcza, to nie mając pod ręką żadnego pojemnika, włożył owada do ust i przytrzymując delikatnie językiem, przeniósł go całego i zdrowego do domu. Perkins i inni (1993) wskazują, że ten przykład demonstruje nie tylko umiejętność pokonania przez Darwina fiksacji funkcjonalnej, ale też jego wcześnie rozbudzoną pasję odkrywcy.

uczyciela w tym modelu jest podobna do bibliotekarza, który użycza informacji na prośbę ucznia. W modelu odkrycia nauczyciel musi być wrażliwy na stopień rozwoju ucznia i możliwości dokonywania obserwacji poprzez wgląd, jak również dobrze znać poszczególne tematy nauczania.

49.2.1.2 Nauczyciel jako stymulujący współpracownik

W ramach modelu nauczyciel-współpracownik, uczeń konstruuje wiedzę w systematyczny sposób w ukierunkowanych, społecznych warunkach. Błędy są poprawiane głównie poprzez dyskutowanie wyników i uzyskanych rezultatów (Brown, 1997; Brown i Palincsar, 1984). Nauczyciel obserwuje oraz przewiduje myślenie i rozumowanie uczniów. W tym modelu nauczyciele stawiają pytania i prezentują problemy, zachęcają do korzystania ze źródeł wiadomości, jakimi są biblioteki i muzea, proponują badania w warunkach naturalnych, kierują uwagą uczniów, są przewodnikami w danym obszarze wiedzy. Nauczyciele powinni więc charakteryzować się głęboką znajomością własnej dziedziny, jak również dysponować dużą wiedzą pedagogiczną. W ramach tego modelu wyróżnia się dwa odmienne nurty, w których podobnie definiuje się rolę nauczyciela, lecz odmiennie określa obszary poznawanej wiedzy.

W ramach pierwszego nurtu zakłada się, że przyswajaniu wiedzy najlepiej służą **zadania i projekty,** związane z autentyczną życiową aktywnością ucznia czy studenta (Bereiter i Scardamalia, 1989; Brown i Reeve, 1987). Kształcenie odbywa się poprzez formułowanie interesującego zadania – na przykład klasa planuje wykonanie badania lub napisanie książki na jakiś temat. Rozdziela się role do wykonania. Do zrealizowania takiego projektu (na przykład na temat „Sezonowe migracje ptaków w naszej okolicy") trzeba wykorzystać wiedzę z różnych dziedzin: matematyki – aby analizować dane i szacować postępy w realizowaniu poszczególnych etapów projektu; biologii – aby utworzyć właściwą strukturę zadania i zinterpretować uzyskane wyniki; języka – aby poprawnie i intrygująco opisać różne aspekty danego przedsięwzięcia itd. Ogólnie rzecz biorąc, nauczyciel jest tutaj koordynatorem, zarządzającym i wspierającym pracę zespołu uczniów.

W ramach drugiego nurtu silniejszy nacisk zostaje położony na **problemy i zadania specyficzne** dla danej dziedziny wiedzy. I tak, pewne specyficzne problemy matematyczne (na przykład związane z ułamkami czy liczbami ujemnymi) przekładane są na konkretne sytuacje społeczne i rolą nauczyciela jest wspomaganie myślenia ucznia, aby potrafił on samodzielnie dojść do abstrakcyjnych wniosków i uogólnień. Wiedza jest więc przyswajana nie poprzez realizację jakiegoś projektu, związanego z życiowymi doświadczeniami ucznia, ale poprzez rozwiązywanie problemów dotyczących danej dziedziny. Nauczyciel musi zatem bardzo dobrze znać treść danej dziedziny i umożliwiać uczniom dokonywanie wglądów i uzyskiwanie wiadomości o kluczowym dla danej dziedziny znaczeniu. Tego rodzaju podejście cenione jest przez japońskich dydaktyków (Becker, Silver, Kantowski, Travers i Wilson, 1990). W amerykańskiej literaturze pojawia się ono w kilku projektach mających na celu rozwój efektywnego kształcenia. Na przykład Nesher (1989) najpierw przedstawiał uczniom przykładową konkretyzację problemu matematycznego, a dopiero potem bardziej formalny język do jego opisu i możliwe zastosowania praktyczne. W wielu podejściach (np. Lampert, 1992; Schoenfeld, 1987) akcentuje się rolę **dyskusji i dialogów** między nauczycielami i uczniami przy wprowadzaniu nowego problemu matematycznego.

Ogólnie mówiąc, nauczyciel pełni tutaj funkcję przewodnika – osoby, która stwarza sytuacje wyzwania, zachęca do podejmowania zadań i projektów. Zadanie nauczyciela polega również na koncentrowaniu uwagi uczniów na krytycznych elementach wiedzy i na konstruowaniu sytuacji, w których mogą oni sami zobaczyć, że pewne abstrakcyjne informacje z danej dziedziny są niezbędne lub ważne dla lepszego zrozumienia problemu.

49.2.1.3 Nauczyciel jako mistrz

Trzecie ujęcie procesu nauczania traktuje nauczyciela jako **mistrza**, jako główne i podstawowe źródło wiedzy. Zadaniem ucznia jest zrozumienie prezentowanych treści oraz powodów, dla których są one przedstawiane w taki, a nie inny sposób. Nauczyciel jest widziany jako przekaźnik gotowej, uporządkowanej wiedzy. Wskazuje się na dwie ważne zalety takiego modelu nauczania – szczególnie w warunkach akademickich, gdy wykładowcą jest wybitny specjalista z danej dziedziny. Po pierwsze, kształcenie ma wtedy charakter demokratyczny i egalitarny – wartościowa wiedza jest przekazywana wszystkim studentom, a nie tylko wąskiej grupie ekonomicznie lub intelektualnie uprzywilejowanych. Po drugie, dobry wykład prezentuje jasną strukturę, koncentruje uwagę na istotnych aspektach i wskazuje na znaczące implikacje prezentowanych treści. Głównym mankamentem takiego podejścia, gdy stanowi ono podstawę przekazywania wiedzy, jest to, że uczeń może mieć często trudności ze zrozumieniem sensu i głębszych implikacji prezentowanych zagadnień (ze względu na niemożność podjęcia dyskusji z wykładowcą). W dobrze skonstruowanym planie nauczania nauczyciel jako lider, który potrafi przedstawić ważne i podstawowe treści w uporządkowany sposób, ma jednak bardzo duże znaczenie. W omawianych dalej badaniach międzykulturowych (Stevenson i in., 1987) okazało się, że ten trzeci styl jest zdecydowanie bardziej preferowany przez nauczycieli japońskich (w porównaniu z amerykańskimi), również w odniesieniu do szkół podstawowych.

49.2.2 Złożoność i dynamika jako istotne cechy nauczania w klasie

Jak już wspomnieliśmy, badacze problematyki kształcenia wskazują na to, że nauczanie, w szczególności efektywne nauczanie dużej klasy szkolnej, jest bardzo złożoną, dynamiczną czynnością. **Złożoność procesu nauczania** w klasie wynika z wielu przyczyn:

(1) Niezbędna jest realizacja kilku równoległych celów w określonym porządku czasowym i płynne reagowanie na pojawiające się napięcia.
(2) Sytuacja nauczania w klasie stanowi bardzo duże obciążenie dla systemu poznawczego nauczyciela, wynikające z konieczności śledzenia własnego zachowania, reagowania na pytania uczniów, a także kontrolowania zachowania całej klasy i obserwowania dynamiki procesu uczenia się i zachowania całej klasy.
(3) Ogólny strategiczny cel nauczenia określonej wiedzy musi być skoordynowany z treścią poznawczą danej dziedziny.

Analiza procesu nauczania często traktuje rozłącznie swoisty charakter skutecznego przekazywania treści danego przedmiotu (na przykład specyficzną metodykę nauczania pisania) i metody aranżowania różnych form aktywności uczniów czy umiejętnego reagowania na trudności wychowawcze. W procesie kształcenia nauczycieli problemy te omawia się na ogół oddzielnie, natomiast na lekcji występują one łącznie, a koordynacja w czasie różnych celów jest warunkiem sprawnego przebiegu lekcji.

Zauważmy jednak, że złożoność procesu nauczania może być znacznie zredukowana, jeśli nauczyciel rezygnuje ze zwracania uwagi na zachowania uczniów, a koncentruje się tylko na przekazywaniu określonych treści. W innym ekstremalnym wypadku cała lekcja może sprowadzać się do tłumaczenia niezrozumiałej treści jednemu uczniowi, reagowania na jego potrzeby i wątpliwości, bądź też do ciągłego uspokajania kilku niesfornych uczniów. Każda lekcja, która jest interesująca, informacyjna oraz przebiega płynnie i w żywym tempie, jest wynikiem koordynacji wielu umiejętności dydaktycznych. Stawanie się specjalistą, nabywanie prawdziwie profesjo-

nalnych umiejętności musi tu zająć co najmniej kilka lat.

49.2.3
Rutyny nauczycielskie

Bardzo trudno jest opisać tak złożoną formę, jak zachowanie nauczyciela na lekcji, jeśli nie chce się rozdrobnić tego zachowania na osobne jednostki, opisujące treść wprowadzanej wiedzy i formę jej aranżacji. Bardzo ważny program badawczy zrealizowała w tym zakresie Gaea Leinhardt (1993) ze swoimi współpracownikami. Zaproponowała ona pięć następujących komponentów nauczania (*strands of teaching*): (1) działania rutynowe, (2) formowanie planów, (3) podawanie objaśnień, (4) tworzenie reprezentacji problemu i (5) uczestnictwo w dialogach kształceniowych.

Szczególnie inspirujące wydają się jej analizy dotyczące rutyn nauczycielskich, toteż w dalszej części skoncentrujemy się na opisie jedynie tych komponentów nauczania.

Rutyny nauczycielskie definiowane są przez Leinhardt jako małe, mające społeczny charakter, jednostki zachowania na lekcji, często przyjmujące postać skryptów. Dotyczą one bardzo różnorodnych aspektów zachowania nauczyciela i uczniów na lekcjach (przykłady: rutynowe sposoby rozpoczynania lekcji, sprawdzania prac domowych, zadawania pytań klasie i poszczególnym uczniom, reagowania na podniesienie ręki, korygowania nieprawidłowych odpowiedzi). Wiele tych rutyn jest tak drobnych i zautomatyzowanych, że umyka uwagi nauczycieli, gdy opowiadają o sposobach prowadzenia przez siebie lekcji. Stanowią one jednak niezbędny składnik zachowania nauczyciela na lekcji, ponieważ – jeśli są efektywne – pozwalają na redukowanie obciążenia związanego z poznawczym przetwarzaniem informacji. Ważne jest jednak to, że zasób często stosowanych rutyn określa w dużej mierze jakość nauczania, atmosferę na lekcji, kontakty społeczne z uczniami. Skuteczni nauczyciele potrafią wprowadzać efektywne rutyny dotyczące spraw porządkowych i sposobu komunikowania się na zajęciach już od pierwszej lekcji w nowym roku szkolnym.

Prezentowanie i wprowadzanie tych często subtelnych rutyn nie tylko decyduje o atmosferze w klasie i o przebiegu lekcji, ale też pozwala lepiej zrozumieć fascynujące wyniki badań Nalini Ambady i Roberta Rosenthala (1993), wskazujące, że wystarczy **pół minuty** obserwacji nauczyciela na lekcji, aby trafnie przewidzieć, czy będzie on dobrym nauczycielem w ocenie uczniów (zob. ramka 49.3)!

Analiza pewnych rutyn może być bardzo istotna dla stwierdzenia, czy dany nauczyciel promuje rozumienie na lekcji, czy też nie. Można na przykład zastanawiać się, co się dzieje, gdy uczeń źle odpowie na zadane pytanie. Czy nauczyciel zwykle stymuluje tego ucznia, aby się poprawił, czy pyta od razu innego? Czy analizuje powody pojawiania się błędnych odpowiedzi, czy też tego nie robi? Czy różnią się między sobą rutyny stosowane w odniesieniu do uczniów dobrych i słabych, czy zależą od płci uczniów itd.?

Inną ważną rutyną może być organizowanie dyskusji na lekcji. Tu z kolei można zapytać, czy polega ona wyłącznie na rozmowie między nauczycielem a uczniem, czy też nauczyciel próbuje włączać kilku uczniów do wspólnej dyskusji nad problemem.

RAMKA 49.3

W badaniach Ambady i Rosenthala nagrywano zajęcia prowadzone przez 13 nauczycieli akademickich (I badanie) i 13 nauczycieli szkół średnich (II badanie). Na tej podstawie skonstruowano trzydziestosekundowe (bezgłośne) scenki, pokazujące samego tylko nauczyciela (bez pokazywania uczniów), wycinając odpowiednio dziesięciosekundowe fragmenty z początkowych, środkowych i końcowych 10 minut zajęć. Po zakończeniu semestru zebrano też oceny studentów (I badanie) i dyrekcji szkoły (II badanie), dotyczące poziomu prowadzonych zajęć.

Dziewięć studentek oceniało każdego nauczyciela na 15 wymiarach, próbując wnioskować na podstawie obserwacji zachowań niewerbalnych o jego różnych właściwościach, włączając w to różnorodne kompetencje akademickie i społeczne (czy jest: kompetentny, profesjonalny, aktywny, uważny, pewny, dominujący, akceptujący, empatyczny, entuzjastyczny, uczciwy, sympatyczny, [nie]bojaźliwy, optymistyczny, wspierający i ciepły). Po pierwsze, okazało się, że oceny poszczególnych studentek (które, oprócz zapoznania się z samym tylko zwięzłym określeniem rodzaju zadania, nie przechodziły żadnego dodatkowego szkolenia) były bardzo zgodne. Po drugie, co ważniejsze, globalny wskaźnik atrakcyjności nauczyciela (suma ocen na wymienionych wymiarach), określony na podstawie tych półminutowych obserwacji, korelował istotnie (0,76) z oceną jakości nauczania, dokonaną przez studentów po uczęszczaniu na zajęcia przez cały semestr. Ponadto 9 spośród 15 pojedynczych wymiarów korelowało istotnie z ogólną oceną nauczania. Wyniki te znalazły również potwierdzenie w odniesieniu do nauczycieli szkół średnich. Dodatkowo zliczano tu także różne bardziej specyficzne (molekularne) formy zachowań niewerbalnych nauczyciela (na przykład, jak często się uśmiecha, porusza rękami, zastyga nieruchomo, pochyla się w kierunku ucznia itp.). Okazało się, że nie ma istotnej korelacji między częstością tego typu zachowań a oceną nauczyciela. Przemawia to za interpretacją, że te krótkie obserwowane scenki były fragmentami rutyn nauczycielskich, a nie jedynie izolowanymi jednostkami ekspresyjnych zachowań niewerbalnych.

49.2.4
Rola stylów nauczania w formowaniu się sukcesów i niepowodzeń edukacyjnych

W tej części rozdziału omówimy tylko kilka wybranych wyników badań, przeprowadzanych w paradygmacie proces – wynik, nad związkami między zachowaniem nauczyciela a osiągnięciami szkolnymi uczniów (por. Brophy i Good, 1986; Shulman, 1986). W odniesieniu do tej problematyki zebrano ogromną ilość danych, ponadto stanowi ona główny przedmiot zainteresowania psychologii wychowawczej i szkolnej, dlatego też dokonanie pełniejszego przeglądu wykraczałoby poza ramy tego rozdziału.

49.2.4.1
Ilość omawianego materiału i tempo nauczania

Podstawowe oraz wielokrotnie potwierdzone ustalenie jest właściwie dość oczywiste: uczeń nauczy się tym więcej, im więcej będzie miał sposobności do nauki, zarówno jeśli chodzi o **ilość przerabianego materiału**, jak i o ilość lekcji danego przedmiotu. Pomijając wszystkie inne czynniki, im dłuższy rok szkolny, im więcej zajęć z danego przedmiotu i im więcej na lekcji aktywności czysto zadaniowej, tym większe są osiągnięcia uczniów w danej dziedzinie.

Osiągnięcia uczniów są tym większe, im poważniej nauczyciele traktują nauczanie jako główny cel swojej roli zawodowej, im więcej czasu lekcyjnego poświęcają na aktywne uczenie się i im bardziej oczekują od uczniów dobrego opanowania całego programu zajęć. W badaniach edukacyjnych wyróżnia się w zakresie danej jednostki lekcyjnej **czas nauczania** (czas pozostający po wykonaniu

rutynowych czynności kontrolnych i organizacyjnych, jak sprawdzanie listy obecności czy uwagi wychowawcze) oraz będący jego częścią **czas zaangażowania zadaniowego**, czyli czas rzeczywistej pracy nad zadaniami. Ważne są tutaj pewne umiejętności nauczyciela – przypomnijmy rolę efektywnych rutyn nauczycielskich – w zakresie tworzenia efektywnego środowiska uczenia się (chodzi tu o umiejętność sprawnego zarządzania czasem lekcji, o unikanie nadmiernych przerw i bałaganu przy przechodzeniu od jednej aktywności do drugiej itp.).

Jak to ilustrują wyniki badań (zob. ramka 49.4), niezależnie od specyficznych aspektów stylu nauczania, jedną z najistotniejszych przyczyn lepszych osiągnięć uczniów japońskich niż uczniów amerykańskich w zakresie nauk ścisłych może być zdecydowanie większa ilość jednostek lekcyjnych z tych przedmiotów i wykorzystywanie czasu lekcji przede wszystkim na czynności o charakterze kształceniowym.

Brophy i Good (1986) zwracają uwagę na to, że aby uczyć się efektywnie, uczniowie powinni angażować się w czynności, które mają odpowiedni poziom trudności i są dostosowane do ich aktualnego poziomu osiągnięć. Twierdzą więc, że istotne jest nie tylko przerabianie maksymalnej ilości materiału, ale także dbanie o to, by uczniowie nadążali za programem i dostrzegali swój ciągły postęp. Wspomniani autorzy sugerują, że wprowadzanie nowej wiedzy powinno odbywać się małymi krokami, którym towarzyszy poczucie powodzenia w uczeniu się przy jednoczesnym braku frustracji. Zgodnie z ich sugestiami, aby lekcja przebiegała płynnie, bez utraty impetu, i aby uczniowie mieli poczucie powodzenia w uczeniu się, muszą zostać spełnione trzy krytyczne warunki, które są szczególnie istotne na wczesnych etapach uczenia się danej dziedziny:

(1) Gdy nowy materiał został omówiony i nauczyciel zadaje pytania (ćwiczenia) diagnozujące poziom zrozumienia nowych treści, zdecydowana większość odpowiedzi (co najmniej 75%) powinna być prawidłowa.
(2) Ćwiczenia i zadania dotyczące nowej dziedziny powinny być w prawie 100% rozwiązane prawidłowo przez większość samodzielnie pracujących uczniów.
(3) Im bardziej złożone zadanie wykonuje uczeń, tym większe powinno być monitorowanie procesu rozwiązywania przez nauczyciela (dodatkowo wyjaśniającego trudniejsze elementy zadania); nie wystarczy sama informacja końcowa, że zadanie zostało prawidłowo bądź nieprawidłowo wykonane.

RAMKA 49.4

Interesujące wyniki dotyczące wykorzystania czasu na lekcji przyniosły porównania międzykulturowe. Wiele badań sondażowych wykazało ogromną przewagę japońskich uczniów nad amerykańskimi w zakresie osiągnięć szkolnych, szczególnie w odniesieniu do przedmiotów ścisłych. W celu lepszego zrozumienia tych wyników Stevenson i inni (1987) zrealizowali duże przedsięwzięcie badawcze, polegające na obserwowaniu przebiegu lekcji w (losowo dobranych) 20 klasach pierwszych oraz 20 klasach piątych w trzech porównywalnych miastach: Minneapolis (USA), Sendai (Japonia) i Taipei (Tajwan).

W zakresie omawianej tu problematyki czasu nauczania i wykorzystania lekcji uzyskane różnice są wręcz uderzające. Między innymi, w odniesieniu do piątoklasistów wykazano, że czas zaangażowania zadaniowego (w ujęciu procentowym w stosunku do całej lekcji) w klasach amerykańskich wyniósł 65%, w klasach chińskich 91%, w japońskich 87%. Różnice te wynikają przede wszystkim z większego zdyscyplinowania dzieci ze szkół azjatyckich na lekcjach, a także z bardziej dyrektywnego stylu kierowania nimi. Różnice te zaczynają gwałtownie rosnąć, gdy uwzględni się czas spędzany przez uczniów w szkole. Dzieci amerykańskie spędzają w niej przeciętnie 30 jednostek lekcyjnych tygodniowo, japońskie zaś mają przeciętnie 40 lekcji tygodniowo. Te różnice dodatkowo się powiększają, gdy weźmie się pod uwagę, że rok szkolny w krajach azjatyckich jest o 2 miesiące dłuższy niż w USA. Uczniowie z krajów azjatyckich mają kilkakrotnie więcej godzin matematyki tygodniowo (Chińczycy – 11,7, Japończycy – 7,8) niż uczniowie amerykańscy (tylko 3,4 godziny).

49.2.4.2 Style nauczania a bezradność intelektualna

Można sądzić, że przestrzeganie wymienionych tu warunków przez nauczycieli może być istotnym czynnikiem zapobiegania wystąpieniu **bezradności intelektualnej** (por. Sędek, 1995). Model bezradności intelektualnej, sformułowany na podstawie wyników uprzedniego programu badań laboratoryjnych nad zjawiskiem wyuczonej bezradności (Kofta i Sędek, 1993; Sędek i Kofta, 1990), zakłada, że kluczowym doświadczeniem wywołującym syndrom bezradności w warunkach nauki szkolnej jest niemożność zrozumienia nowego materiału na lekcji pomimo długotrwałego wysiłku umysłowego. Zgodnie z owym modelem, powtarzanie się takich sytuacji na lekcjach określonego przedmiotu może prowadzić do zaniku myślenia problemowego w danej dziedzinie (a więc na przykład zastanawiania się, wyciągania wniosków, tworzenia pomysłów lub dostrzegania trafnych analogii) oraz do powstania i utrwalenia się deficytu rozumienia.

Badania podłużne wykazały, że bezradność intelektualna jest bardzo silnym predyktorem niepowodzeń szkolnych (na lekcjach języka polskiego i matematyki) w szkole średniej. W badaniach tych analizowano również wpływ różnych stylów nauczycielskich na formowanie się bezradności na lekcjach i na osiągnięcia szkolne uczniów.

Okazało się, że takie kategorie aktywności nauczyciela na lekcjach, jak „pyta uczniów, czy czegoś nie rozumieją, i odpowiada na ich wątpliwości" oraz „udziela głosu uczniom w celu swobodnej dyskusji nad nowym tematem", były bardzo silnie ujemnie skorelowane z nasileniem symptomów bezradności intelektualnej na lekcjach matematyki. Zwróćmy uwagę, że wyniki te zgadzają się z opisywanymi wcześniej spostrzeżeniami Schoenfelda (1987), dotyczącymi efektywnego rozwoju myślenia matematycznego: biegłe opanowanie warsztatu matematycznego nie polega na bezmyślnym wyuczaniu się procedur i wzorów, lecz wymaga zrozumienia sensu wykonywanych operacji i monitorowania własnych procesów poznawczych.

Bardzo istotny w zapobieganiu bezradności intelektualnej był styl nauczycielski polegający na promowaniu rozumienia; stosowanie tego stylu przez nauczyciela oznacza na przykład, że: uczula on uczniów na te miejsca w nowym materiale, gdzie łatwo o pomyłkę, pozwala, by przerywali mu wykład i zadawali pytania, jeżeli czegoś nie rozumieją, wspólnie z nimi analizuje błędy popełniane przy początkowych próbach opanowania nowego materiału. Zwróćmy uwagę, że ten ostatni rodzaj aktywności jest niezwykle ważny, jeśli samodzielna praca w ławce i prace domowe mają być wykonywane możliwie bezbłędnie.

Ze względu na podłużny charakter badań nad bezradnością intelektualną możliwe było przeprowadzenie analiz przyczynowych przy pomocy modelowania liniowo-strukturalnego. Analizy stylów nauczania w tych badaniach wykazały, że promowanie rozumienia przez nauczycieli w trakcie wprowadzania nowego materiału zapobiegało występowaniu symptomów bezradności intelektualnej oraz było istotną przyczyną pozytywnych osią-

gnięć szkolnych (diagnozowanych na podstawie stopni na koniec roku i wyników testów wiadomości).

49.2.4.3 Rola aktywności nauczyciela

Okazuje się, że uczniowie więcej korzystają na tych lekcjach, na których nauczyciel wykazuje większą aktywność, niż na tych, na których jest dużo pracy w małych grupach lub cichej pracy w ławce. Aktywna rola nauczyciela polega na prezentowaniu nowego materiału, na wykonywaniu ćwiczeń i doświadczeń, na zadawaniu pytań klasie i poszczególnym uczniom oraz na komentowaniu ich odpowiedzi w formie rozwiniętej informacji zwrotnej. Nawiązując znów do badań międzykulturowych (Stevenson i in., 1987), powiemy, że okazało się, iż w szkołach japońskich 70% czynności na lekcjach jest wykonywanych przy wyraźnie widocznej kierowniczej roli nauczyciela, podczas gdy w szkołach amerykańskich dzieje się tak w wypadku mniej niż 50% czynności.

49.3

Cele uczenia się: główny paradygmat badań nad czynnikami motywacyjnymi i poznawczymi w procesie kształcenia

Począwszy od wczesnych lat osiemdziesiątych w problematyce motywacji do osiągnięć w sytuacjach szkolnych dominuje nurt badań oparty na paradygmacie **celów uczenia się** (Ames, 1992; Dweck i Leggett, 1988). Paradygmat ten integruje poznawcze i afektywne elementy czynności ukierunkowanych na realizację celów w sytuacjach szkolnych.

49.3.1 Cele wykonaniowe i sprawnościowe a motywacja uczniów

Cele uczenia się uważa się za zintegrowaną strukturę przekonań, ocen i emocji, które wyznaczają intencje przyszłych zachowań (Weiner, 1990). W literaturze przedmiotu skontrastowano dwa rodzaje takich celów: **cele wykonaniowe** (*performance goals*) i **cele sprawnościowe** (*mastery goals*). Te dwa rodzaje celów tworzą odmienną reprezentację sukcesów szkolnych, określają odmienne rodzaje przyczyn angażowania się w uczenie i powodują formowanie się odmiennych sposobów myślenia o własnej osobie, własnych zadaniach i osiąganych wynikach. **Cele wykonaniowe wiążą się z wykonywaniem zewnętrznie narzucanych i zewnętrznie ocenianych zadań. Cele sprawnościowe związane są z osiąganiem satysfakcjonującej samą jednostkę biegłości i sprawności w danej dziedzinie: to jednostka wyznacza sobie własne, wewnętrzne standardy oceny.**

Badacze zgodnie podkreślają, że realizowanie celów wykonaniowych skupia uwagę uczniów na aspekcie posiadania lub nieposiadania odpowiednich zdolności, stwarza więc często zagrożenie dla ich poczucia własnej wartości i sprzyja pobudzaniu motywacji do unikania niepowodzeń (Covington, 1985; Nicholls, 1984). Określanie własnych i cudzych zdolności odbywa się tu poprzez porównania społeczne w klasie: kto lepiej, a kto gorzej wykonał dane zadania, kto ma lepsze, a kto gorsze stopnie oraz jakim wysiłkiem został okupiony ewentualny sukces. Jeżeli uczeń jest bardzo aktywny na lekcji, a jednocześnie jego wysiłki poddawane są natychmiastowej negatywnej ocenie, on sam (podobnie jak jego koledzy) dochodzi do przekonania, że jest uczniem niezdolnym. Dlatego też jeśli struktura wymagań na lekcjach preferuje cele wykonaniowe, wśród uczniów o słabych wynikach motywacja do pracy może zanikać. Co więcej, motywacja do intensywnej pracy może spadać również wśród uczniów otrzymujących dobre stopnie, gdyż mogą oni chcieć zademonstrować, że wszystko im „samo wchodzi do głowy"; inaczej inni mogliby pomyśleć, że ich dobre wyniki pochodzą stąd, iż są mało zdolni, ale bardzo pracowici.

Zupełnie odmiennie wygląda motywacja uczniów do uczenia się, gdy dominują cele sprawnościowe. W wypadku gdy uczeń sam chce się czegoś nauczyć, coś lepiej opanować, staje się dla niego zupełnie oczywiste, że im więcej wysiłku włoży w uczenie się, tym lepiej i szybciej poradzi sobie z postawionym zadaniem. Ponadto cele sprawnościowe motywują do podejmowania trudnych zadań (traktowanych jako wyzwania) oraz pobudzają zainteresowanie daną dziedziną i zaangażowanie w nią. Formułowanie celów sprawnościowych przez uczniów zwiększa ilość czasu poświęcaną na uczenie się oraz zwiększa ich wytrwałość w razie napotykania trudności w rozwiązywaniu zadań (Elliott i Dweck, 1988).

49.3.2 Cele uczenia się a motywacja wewnętrzna i subiektywne definiowanie pojęcia zdolności

Uczenie się jest **motywowane wewnętrznie**, jeśli sprawia przyjemność, pobudza ciekawość, jest bardzo angażujące i pragnie się je wykonywać bez dodatkowych zachęt (Deci, 1975; Deci i Ryan, 1985). Badacze pracujący w paradygmacie celów kształcenia stwierdzili, że formułowanie celów sprawnościowych jest istotnym czynnikiem wzbudzającym motywację wewnętrzną (Harackiewicz i Elliot, 1993; Heyman i Dweck, 1992). Według tych badaczy, dzieje się tak dlatego, że cele sprawnościowe sprzyjają spostrzeganiu sytuacji w kategoriach pozytywnego wyzwania, wzbudzają stan przyjemnego ożywienia i wywołują poczucie podmiotowości w działaniu. Wykonane w nieco odmiennej metodologii badania Boggiano (1998) również potwierdzają, że motywacja wewnętrzna (wynikająca z poczucia autonomii) jest czynnikiem sprzyjającym osiągnięciom szkolnym uczniów oraz zapobiega powstawaniu syndromu bezradności intelektualnej w razie pojawienia się niepowodzeń.

Coraz więcej badaczy kwestionuje sformułowane we wczesnej fazie rozwoju omawianej problematyki twierdzenie, że motywację wewnętrzną niszczy zewnętrzne wzmacnianie – na przykład nagrody czy pochwały (Deci i Ryan, 1985). Robert Eisenberger i współpracownicy twierdzą wręcz, że obniżanie się motywacji wewnętrznej wskutek nagród to „mit" (występuje bowiem rzadko, w bardzo specyficznych okolicznościach); zgodnie z ich badaniami, zarówno zainteresowanie daną dziedziną, jak i twórcze rozwiązywanie problemów można ćwiczyć i wzmacniać (Eisenberger i Cameron, 1996; Eisenberger i Selbst, 1994).

Carol Dweck i jej współpracownicy (Dweck i Leggett, 1988; Elliott i Dweck, 1988) stwierdzili, że zróżnicowane cele uczenia się są powiązane z odmiennymi **subiektywnymi teoriami inteligencji**. Według uczniów o celach wykonaniowych, inteligencja lub ogólne zdolności są pewną stałą, niezmienną właściwością osoby w danej dziedzinie. Jeśli takim uczniom nie udaje się, na przykład, przez dłuższy czas rozwiązać trudnych zadań, to stwierdzają oni, że są za mało zdolni, i nie widzą potrzeby dalszych starań. Natomiast uczniowie o celach sprawnościowych w danej dziedzinie uważają zdolności (inteligencję) za coś zmiennego, za właściwości, które można rozwinąć i wytrenować. W związku z tym kontakt z trudnym zadaniem traktują jako wyzwanie wymagające wzmożenia wysiłków poznawczych. Starają się oni monitorować

swoje działania, próbują zmieniać strategie rozwiązywania problemów (terminy „inteligencja" i „zdolności" są prawie nieobecne w ich werbalizacjach, za to w ich mówieniu do siebie jest dużo dodawania sobie otuchy i optymizmu). Na przykład, jeden z takich uczniów – w badaniach Diener i Dweck (1978) – po serii niepowodzeń w zadaniach zerwał się nagle z krzesła i zawołał: „Kocham wyzwania!" Z kolei inny, w podobnej sytuacji, po kolejnej porażce powiedział z uśmiechem: „Mam nadzieję, że to będzie dla mnie pouczające".

49.3.3
Nowe tendencje w problematyce celów uczenia się

We współczesnych badaniach edukacyjnych coraz bardziej akcentuje się rolę samoregulacji w uczeniu się, rozumianej jako zdolność do planowania, monitorowania i regulowania własnego zachowania (por. Czerniawska, 1996; DeJong i Simons, 1990). Zgodnie z przewidywaniami, badania wykazały, że formułowanie celów sprawnościowych wiąże się z bardziej efektywnym wykorzystywaniem strategii samoregulacyjnych przez uczniów, jak również z przetwarzaniem informacji na głębszym poziomie i wykorzystywaniem bardziej zaawansowanych strategii rozwiązywania problemów (Pintrich i De Groot, 1990; Wolters, Yu i Pintrich, 1996).

W ostatnim czasie Andrew Elliot i jego współpracownicy (Elliot i Harackiewicz, 1996; Elliot i Sheldon, 1997) próbują powiązać teorię celów uczenia z klasyczną teorią motywacji do osiągnięć (McClelland, Atkinson, Clark i Lowell, 1953). W tej klasycznej teorii kładziono nacisk na to, że w wielu sytuacjach uczenia się aktywność uczniów może być ukierunkowana bądź na **osiąganie sukcesów,** bądź na **unikanie porażek**. Tymczasem w problematyce celów uczenia się zarówno cele wykonaniowe, jak i cele sprawnościowe ukierunkowane są na uzyskiwanie pozytywnych wyników. Dlatego też Elliot ze współpracownikami zaproponowali, aby podzielić cele wykonaniowe na dwa rodzaje: pierwszy rodzaj związany jest z samoregulacją uczniów dążących do pozytywnych wyników, drugi – z samoregulacją uczniów pragnących przede wszystkim uniknąć niepowodzeń. Badania wspomnianych autorów wykazały, że ten ostatni rodzaj samoregulacji wiąże się z drastycznym obniżeniem motywacji wewnętrznej w sytuacjach zadaniowych, z dużym poziomem lęku oraz niskimi oczekiwaniami co do własnych umiejętności. Zaletą takiego integracyjnego podejścia do problemów motywacji szkolnej jest też między innymi możliwość powiązania problematyki celów z programem badawczym Sarasona i Hilla, dotyczącym **lęku egzaminacyjnego**. W badaniach tych (Hill, 1984; Sarason, 1980) uzyskano wyniki wskazujące na to, że tendencja do unikania niepowodzeń może przyczyniać się do słabych osiągnięć szkolnych i wiązać się z niską motywacją do nauki. Przeprowadzone ostatnio badania (w tym wiele badań podłużnych) nie potwierdziły jednak, że poczucie zagrożenia jest istotnym czynnikiem sprawczym słabych osiągnięć szkolnych wtedy, gdy bierze się pod uwagę takie czynniki, jak samoocena własnych zdolności, poczucie skuteczności, poczucie bezradności intelektualnej (Meece, Wigfield i Eccles, 1990; Sędek, 1995). Badania Elliota i współpracowników wskazują jednak, że dążenie do unikania niepowodzeń może być ważną zmienną pośredniczącą, którą należy uwzględniać przy konstruowaniu zintegrowanych modeli teoretycznych motywacji uczniów w sytuacjach kształcenia.

Poza celami uczenia się w sytuacjach szkolnych badacze interesują się również innymi rodzajami celów formułowanych przez uczniów. Greenwald i Gillmore (1997) zwracają na przykład uwagę na to, że celem uczniów może być zdobycie maksymalnej oceny przy minimalnym wysiłku. Systematyczne analizy struktury kwestionariuszy, służących do oceniania przez studentów osób prowadzących zajęcia, wyraźnie wskazują, że jest to na ogół wiarygodne i obiektywne źródło informacji o jakości kształcenia (por. Marsh, 1984). Greenwald i Gillmore wskazują jednak na możliwość istnienia negatywnego zjawiska (szczególnie prawdopodobnego w warunkach kształcenia na poziomie uniwersyteckim), polegającego na tym, że najlepiej są oceniani ci prowadzący zajęcia, którzy stawiają wysokie oceny przy minimalnych wymaganiach wobec studentów. Wspomniani badacze rozważają kilka hipotetycznych modeli oceniania wykładowców przez studentów. Pierwszy z nich zakłada, że dobrze uczący nauczyciel wymaga intensywnej pracy od studentów i jednocześnie jego kompetencje są przez nich wysoko oceniane. Studenci wkładający dużo pracy w uczenie się oczekują otrzymania dobrych stopni na egzaminach. W efekcie działania tych procesów należy się spodziewać istnienia dodatnich (pośrednich) zależności pomiędzy oczekiwanymi stopniami, wkładaną pracą i oceną nauczyciela (por. tab. 49.2).

Podobnych zależności można oczekiwać w ramach drugiego modelu, zakładającego przyczynową rolę silnej motywacji studentów do uczenia się. Studenci silnie motywowani są skłonni do wkładania dużej ilości pracy, wytwarza się u nich pozytywna motywacja do osiągnięć, w związku z tym oczekują też dobrych stopni i pozytywnie oceniają kompetentnego i wymagającego wykładowcę. W ra-

TABELA 49.2

Trzy hipotetyczne modele oceniania nauczyciela przez uczniów

NAZWA MODELU	CHARAKTERYSTYKA MODELU	PRZEWIDYWANY ZWIĄZEK POMIĘDZY OCZEKIWANYM STOPNIEM Z KURSU A OCENĄ NAUCZYCIELA	PRZEWIDYWANY ZWIĄZEK POMIĘDZY OCZEKIWANYM STOPNIEM Z KURSU A ILOŚCIĄ WYMAGANEJ PRACY	PRZEWIDYWANY ZWIĄZEK POMIĘDZY ILOŚCIĄ WYMAGANEJ PRACY A OCENĄ NAUCZYCIELA
Jakość kształcenia	Jakość kształcenia wpływa pozytywnie na motywację uczniów do osiągnięć, na ilość wymaganej pracy oraz na ocenę nauczyciela	Pozytywny (związek pośredni)	Pozytywny (związek pośredni)	Pozytywny (związek pośredni)
Motywacja ucznia	Silna motywacja uczniów do nauki wpływa pozytywnie na ilość wymaganej pracy oraz na ocenę nauczyciela	Pozytywny (związek pośredni)	Pozytywny (związek pośredni)	Pozytywny (związek pośredni)
Łagodne ocenianie	Oczekiwanie, że bardzo łatwo będzie uzyskać pozytywną ocenę końcową z kursu, wpływa pozytywnie na ocenę nauczyciela oraz negatywnie na ilość wkładanej pracy	Pozytywny (związek bezpośredni)	Negatywny (związek bezpośredni)	Brak związku

Uwaga. Tabelę opracowano, korzystając z następującego źródła: Greenwald i Gillmore (1997).

mach tego modelu należy znów spodziewać się istnienia pozytywnych (pośrednich) zależności pomiędzy wspomnianymi zmiennymi. Greenwald i Gillmore wskazują również na istnienie trzeciego (dobrze udokumentowanego przez nich empirycznie) modelu przyczynowego (por. tab. 49.2): na podstawie wstępnego kontaktu z danym przedmiotem (na przykład na podstawie wyników egzaminów cząstkowych) studenci formułują oczekiwania co do swoich ocen końcowych. Jeśli prowadzący bardzo pozytywnie ocenia nawet niskie osiągnięcia studentów, formułują oni wysokie oczekiwania co do końcowej oceny i jednocześnie wkładają mały wysiłek w uczenie się tego przedmiotu. Duże szanse otrzymania dobrej oceny przy niskim nakładzie pracy mogą też skłaniać studentów do pozytywnej oceny kursu wykładanego przez nauczyciela. Autorzy sugerują, że istnienie tego mechanizmu może być bardzo destrukcyjne dla jakości kształcenia: aby otrzymać pozytywne oceny ze strony studentów, prowadzący mogą być motywowani do wystawiania dobrych ocen nawet za mierne osiągnięcia.

49.4

Rola wykształcenia w funkcjonowaniu jednostki we współczesnym świecie

Podstawowym źródłem informacji na temat cywilizacyjnej roli wykształcenia są reprezentatywne sondaże społeczne. Stąd też dane dotyczące zależności między wykształceniem a, na przykład, dochodami, zdrowiem czy dobrostanem psychicznym mają z konieczności charakter korelacyjny i trudno tu o wnioskowanie przyczynowo-skutkowe. Nie można przecież wykonać „eksperymentu", w którym losowo wybranym dzieciom oferowano by mniejszy lub większy zakres wykształcenia, aby sprawdzić jego przyczynowy wpływ na wspomniane zmienne zależne. Pomimo tych metodologicznych zastrzeżeń można jednak wykazać, że inwestowanie w wykształcenie jest niezwykle opłacalne w dosłownym i metaforycznym znaczeniu tego słowa.

Interesującym źródłem informacji na ten temat jest reanaliza wyników polskich i zagranicznych danych sondażowych (od końca lat osiemdziesiątych aż do połowy lat dziewięćdziesiątych), dotyczących roli edukacji we współczesnym świecie, dokonana przez Janusza Czapińskiego (1996). Czapiński wykazuje, że inwestowanie w wykształcenie jest niezwykle opłacalne zarówno dla państwa, jak i dla jednostki, gdy analizuje się czysto ekonomiczne wskaźniki stopy zwrotu z inwestycji. Na początku lat dziewięćdziesiątych szczególnie zyskowne było inwestowanie w pewne kierunki wykształcenia na poziomie uniwersyteckim. Również badania amerykańskie potwierdzają, że inwestowanie w wyższe wykształcenie jest (w skali społecznej) najskuteczniejszym sposobem na zapewnienie sobie w miarę dostatniego życia (Brody, 1997; Ceci i Williams, 1997).

Wielu badaczy kwestionuje tego typu dane, mówiąc na przykład, że zależność między poziomem wykształcenia a dochodami może wynikać z działania wspólnej przyczyny (chociażby poziomu inteligencji) – osoby bardziej inteligentne dłużej się uczą i łatwiej zarabiają pieniądze, toteż związek wykształcenia z dochodami może być pozorny. Ceci i Williams (1997) dokonali przeglądu danych dotyczących istnienia pozytywnych związków pomiędzy poziomem wykształcenia, poziomem inteligencji i dochodami. Argumentują oni na rzecz interesującej tezy, że istotna zależność między poziomem wykształcenia a poziomem inteligencji może być dwukierunkowa: wykształcenie

może znacząco zwiększać inteligencję, zwiększona inteligencja zaś skłania do podejmowania „mądrych" decyzji o przedłużaniu sobie okresu kształcenia, co w efekcie prowadzi do zdobycia profesjonalnego wykształcenia i zapewnienia sobie dobrych warunków materialnych.

49.5

Podsumowanie

W rozdziale tym dokonano przeglądu wybranych wątków teoretycznych i badań z zakresu psychologii kształcenia – stosunkowo nowej, interdyscyplinarnej dziedziny psychologii, w której badacze interesują się procesami nabywania złożonej wiedzy i metodami efektywnego kształcenia. Na początku opisano badania dotyczące specyficznego charakteru wiedzy ekspertów i nowicjuszy. Niektórzy badacze mówią wręcz, że największe możliwe różnice indywidualne w funkcjonowaniu poznawczym można znaleźć, porównując działanie i myślenie wytrawnych specjalistów w danej dziedzinie oraz nowicjuszy. Badania te wykazują jakościowo odmienne formy przetwarzania informacji i zrywają z mitem „talentu" jako głównego czynnika osiągania sukcesów. Okazuje się bowiem, że osiągnięcie uznanego mistrzostwa w danej dziedzinie wymaga wielu lat systematycznego treningu i ćwiczeń. Następnie zostały przedstawione wyniki badań dotyczących rozwoju kompetencji w różnych obszarach poznawczych: w dziedzinie matematyki, historii i rozumowania naukowego, zaprezentowano też argumenty na rzecz kształcenia ogólnych umiejętności myślenia.

Przedmiotem analizy stał się potem sam proces kształcenia. Opierając się na pracach Leinhardt, dokonano opisu trzech modeli nauczania: poprzez dokonywanie odkryć, poprzez współpracę z nauczycielem, poprzez słuchanie mistrza. Szczególną uwagę zwrócono na rutyny nauczycielskie, wskazując, że mogą one stanowić źródło (często nieuświadamiane) sukcesów bądź niepowodzeń w roli nauczyciela. Omawiając style nauczania, skoncentrowano się na ilości i tempie wprowadzania nowego materiału – wskazano na istnienie interesujących różnic międzykulturowych w tym zakresie. Zostały też omówione te aspekty stylu nauczycielskiego, które mogą prowadzić do pojawienia się syndromu bezradności intelektualnej.

Po omówieniu specyficznych właściwości nabywania kompetencji w różnych dziedzinach oraz po przyjrzeniu się pewnym kluczowym elementom procesu kształcenia skoncentrowano się na roli czynników motywacyjnych skłaniających uczniów do uczenia się. Omówiono dokładniej problematykę celów kształcenia (wyróżniając cele sprawnościowe i wykonaniowe), które stanowią podstawowy obszar badań w dziedzinie motywacji uczniów. Okazuje się, że cele sprawnościowe wiążą się z pozytywną, wewnętrzną motywacją do nauki, z dużymi osiągnięciami szkolnymi oraz rozumieniem zdolności jako możliwych do nauczenia się, natomiast cele wykonaniowe koncentrują uwagę uczniów na porównaniach społecznych, na fakcie posiadania lub nieposiadania zdolności (rozumianych jako właściwości niezmienne) i wzbudzają motywację do unikania niepowodzeń. Zwrócono uwagę na to, że nowsze badania próbują na nowo zintegrować problematykę celów kształcenia z klasycznymi modelami motywacji, wskazując na istotną rolę unikania niepowodzenia jako jednego z celów motywacyjnych w procesie nauczania. Opisano też sytuacje, w których pewne cele uczenia się mogą negatywnie wpływać na system oceniania wykładowców oraz na poziom nauczania.

Rozdział kończy się zwięzłym omówieniem wyników badań sondażowych, wskazujących na związek poziomu wykształcenia z innymi ważnymi zmiennymi (warunki materialne, poziom inteligencji). Podkreślony został tutaj fakt, że ze względu na korelacyjny charakter danych możliwe są bardzo różne interpretacje uzyskanych zależności.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Czym charakteryzuje się myślenie ekspertów?
2. Na czym polega specyficzność rozwoju kompetencji w różnych dziedzinach, takich jak historia, matematyka i myślenie naukowe?
3. Proszę omówić trzy modele nauczania w ujęciu Leinhardt.
4. Na czym polegają rutyny nauczycielskie?
5. Jakie stwierdzono różnice w szkołach amerykańskich i japońskich pod względem wykorzystania czasu lekcji?
6. Czym różnią się cele wykonaniowe od celów sprawnościowych i jak wpływają one na motywację uczniów?

LITERATURA ZALECANA

Anderson, J. R. (1998). *Uczenie się i pamięć: integracja zagadnień*. Warszawa: WSiP.
Dembo, M. H. (1997). *Stosowana psychologia wychowawcza*. Warszawa: WSiP.
Kruszewski, K., Konarzewski, K. (1995). *Sztuka nauczania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Paris, S. G., Ayres, L. R. (1997). *Stawanie się refleksyjnym uczniem i nauczycielem*. Warszawa: WSiP.
Pietrasiński, Z. (1990). *Sztuka uczenia się*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
Przetacznik-Gierowska, M., Włodarski, Z. (1994). *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

X

DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWA I PUBLICZNA

Augustyn Bańka (redakcja)

50

Psychologia pracy

Augustyn Bańka

Psychologia pracy jest jednym z najstarszych i najbardziej rozbudowanych działów psychologii stosowanej. Jej problematyka i metodologia badań rozwinęły się pod wpływem życia praktycznego. Pierwsze impulsy pobudzające rozwój badań psychologicznych pojawiły się w przemyśle, komunikacji i handlu (Ratajczak, 1979). W miarę rozwoju techniki, przemysłu i organizacji podejmowanie prawidłowych decyzji dotyczących człowieka i pracy stawało się niemożliwe bez naukowej wiedzy psychologicznej. Badania i zastosowania psychologii pracy obejmują wzajemne przystosowanie człowieka i środowiska pracy, stosunki społeczne w środowisku pracy, motywację do pracy, problemy kliniczne nieprzystosowania do pracy.

50.1

Problem i paradygmaty psychologii pracy

Problemy psychologiczne zależą od tego, z jakim rodzajem pracy oraz z jakim rodzajem aktywności zawodowej mamy do czynienia. Określony typ pracy badany przez psychologię tworzy dany dział psychologii pracy. Mimo zróżnicowania rodzajów prac i aktywności zawodowych człowieka, w psychologii pracy można wskazać na wspólne i niemal zawsze te same problemy, takie jak: wydajność, produktywność, jakość, bezpieczeństwo, przystosowanie czy dopasowanie.

50.1.1

Przedmiot psychologii pracy

Psychologia pracy jako jedna z dyscyplin psychologii stawia sobie za cel badanie i rozwiązanie zagadnień praktycznych, związanych z pracą i działalnością zawodową człowieka. Przedmiotem psychologii pracy jest psychika i zachowanie się człowieka w konkretnych warunkach aktywności zawodowej. Psychologia pracy ma wielkie znaczenie praktyczne. Pomaga lepiej przygotować ludzi do pracy, racjonalizować organizację pracy i osiągać z niej zadowolenie.

50.1.1.1
Zakres znaczeniowy pojęcia „psychologia pracy"

W praktyce spotykamy pewne trudności związane z terminem „psychologia pracy".

W USA zamiast „psychologia pracy" (*work psychology*) częściej używa się określenia „psychologia przemysłowa" (*industrial psychology*). Terminy te zasadniczo nie różnią się co do zakresu i treści. Zamienne stosowanie obydwu pojęć jest uzasadnione. W pewnych kontekstach mogą jednak pojawiać się między nimi drobne różnice znaczeniowe. Termin „psychologia pracy" używany jest na określenie zakresu badań i zastosowań psychologicznych obejmujących różnego rodzaju prace zawodowe. Psychologia przemysłowa z kolei koncentruje się raczej na pracy produkcyjnej, a jako główny cel swoich zainteresowań w większym stopniu podkreśla efektywność pracy.

W psychologii pracy stawiane są takie pytania, jak: Jakich zdolności wymagają różnego rodzaju prace? Jakie prace preferują ludzie z różnym rodzajem/poziomem wykształcenia? Psychologię pracy – oprócz badania uwarunkowań i przebiegu aktywności zawodowej człowieka – interesuje także sama praca: fizyczne warunki jej wykonywania, jej metody, organizacja.

Obecnie nazwa „psychologia pracy" jest najbardziej rozpowszechniona i wyraża najszerszy zakres zainteresowań tej dyscypliny, zgodny z jej rzeczywistą sytuacją. Psychologię pracy w szerszym znaczeniu interesuje – oprócz problemów skuteczności i środowiska pracy – również problematyka zatrudnienia, rozwoju zawodowego w cyklu życia, zarządzanie kadrami oraz społeczne i polityczne aspekty funkcjonowania organizacji.

50.1.1.2 Koncepcje użyteczności psychologii pracy

Początek XX wieku wiąże się ze wzrostem użyteczności systemu wiedzy jako jednej z ważnych cech określających poziom rozwoju danej dyscypliny naukowej. Proces ten obejmuje trzy zjawiska:

(1) usamodzielnianie się w stosunku do filozofii takich nauk, jak psychologia;
(2) powstawanie nowych nauk syntetycznych i interdyscyplinarnych, jak badanie metod pracy, psychologia inżynieryjna i ergonomia;
(3) narastanie konfliktu między wizją użyteczności praktycznej w znaczeniu stosowanej wiedzy akademickiej a wizją użyteczności praktycznej jako wiedzy odrębnej od badań akademickich i dysponującej własną epistemologią.

Rozwój psychologii pracy od samego początku uwikłany był w sprzeczności wynikające z pytania o to, jak najskuteczniej rozwiązywać praktyczne problemy codzienności. W nastawieniu psychologów do praktyki zarysowały się dwie koncepcje. Pierwsza w pojęciu „psychologia" kładzie akcent na *logos*, a więc na poznawczą funkcję nauki, której „ubocznym" efektem są praktyczne zastosowania. Ten sposób rozumienia psychologii prowadzi w konsekwencji do modelu, zgodnie z którym istnieje tylko jedna psychologia, za to z wieloma zastosowaniami (Matarazzo, 1987a). Druga koncepcja akcentuje praktykę jako źródło niezależnej sfery poznania teoretycznego. Zgodnie z tą koncepcją, psychologia pracy jest również dyscypliną teoretyczną, przyczyniającą się nie tylko do rozwiązywania problemów praktycznych, ale także do formułowania zależności psychologicznych bardziej ogólnej natury (Altman, 1996).

Psychologowie działający w ramach pierwszego modelu koncentrują się na zastosowaniach wiedzy podstawowej. Psychologowie stosujący się do założeń drugiego modelu swą działalność zawodową w większym stopniu opierają na doświadczeniu płynącym z codziennej praktyki społecznej niż na wiedzy wyjaśniającej ogólne prawidłowości psychologiczne. Obydwa modele – od samego początku usamodzielnienia się psychologii – pozostają wobec siebie w skrajnej opozycji, choć w ostatnich latach wskazuje się na jej szkodliwość. Szczególnie w psychologii pracy nie jest możliwe rozwiązywanie większości problemów praktycznych w akademickim oderwaniu od rzeczywistości praktycznej

(często bardzo wąskiej, specjalistycznej), jak i w oderwaniu praktyki od teoretycznego dorobku psychologii ogólnej (por. par. 51.4.2).

Podstawowe pytania, jakie stawiają sobie psychologowie pracy, dotyczą tego, w jaki sposób osiągnąć:

(1) skuteczność działania, to jest największą ilość i jakość działania;
(2) ekonomiczne parametry działania, to jest wysokie wyniki przy jak najmniejszym wysiłku i kosztach, jak najłatwiejszym sposobem i w jak najkrótszym czasie;
(3) bezpieczeństwo człowieka, to jest skuteczne i ekonomiczne parametry działania z minimalnymi ujemnymi skutkami ubocznymi;
(4) zadowolenie z pracy oraz poczucie jej wysokiej jakości.

50.1.2 Paradygmaty psychologii pracy

Psychologia pracy na przestrzeni stu lat swojego istnienia w wielu dziedzinach osiągnęła stopień spójności poglądów, który – zgodnie z terminologią T. Khuna – określić można mianem paradygmatu. Tradycyjne i powszechnie akceptowane poglądy psychologiczne dotyczące pracy człowieka tworzą **paradygmaty klasyczne**. Obecnie, z perspektywy możliwych i koniecznych sposobów realizowania badań oraz rozwiązywania nowych problemów praktycznych, paradygmaty klasyczne przestały wystarczać. Zmieniająca się rzeczywistość techniczna, gospodarcza i cywilizacyjna rodzi potrzebę nowych rozwiązań dotyczących pracy ludzkiej. Nowe koncepcje psychologiczne pracy, formułowane w odpowiedzi na ciągle zmieniające się potrzeby praktyki, charakteryzują się jednak dużą zmiennością, przez co nie osiągnęły jeszcze dojrzałości porównywalnej z paradygmatami klasycznymi.

50.1.2.1 Klasyczne tendencje w psychologii pracy

Najstarszym modelem uprawiania psychologii pracy jest paradygmat **przystosowania człowieka do pracy**. Najogólniej charakteryzują go następujące założenia: przedmiotem analizy jest pojedynczy pracownik; motywacja pracy przeciętnego pracownika ma charakter ekonomiczny; człowiek jest jedynie „czymś" nieco więcej niż maszyną, a jego niedoskonałość można zrekompensować poprzez odpowiednie projektowanie narzędzi i środków pracy; pracownik jest „manipulowalnym" czynnikiem wzrostu produkcji.

Ten model psychologii pracy sięga jej początków i jest typowym wytworem epoki przemysłowej, w której wizja natury ludzkiej rozpatrywana była przez pryzmat motywacji ekonomicznej oraz maksymalizacji rozmiarów produkcji. Zgodnie z tym modelem myślowym, płace są najważniejszym wyznacznikiem produktywności, wydajności, skuteczności oraz osobistego zadowolenia z pracy. Opiera się on na założeniu, że każdy człowiek z natury rzeczy jest **dopasowany** (*fit*) do określonych prac. W myśl tej idei psychologia pracy może ten cel osiągnąć poprzez zharmonizowanie potencjału jednostki i wymagań pracy. Z jednej strony wymaga to diagnozy zdolności, możliwości i kwalifikacji kandydatów do pracy, a z drugiej – pomiaru i oceny wymagań pracy. W związku z tym, zadaniem psychologii pracy jest także pomaganie ludziom w poznawaniu ich własnych możliwości i preferencji w odniesieniu do określonych prac czy środowisk zawodowych, pomaganie w wyborze optymalnej kariery, jak również w nabywaniu niezbędnych kompetencji zawodowych. Mimo stu lat, jakie upłynęły od sformułowania wymienionych założeń psychologii pracy, główne idee w nich zawarte nie straciły na aktualności. Odporność na koniunkturalizm jest najważniejszą cechą tego paradygmatu.

Drugim w kolejności modelem uprawiania psychologii pracy jest paradygmat **psychologii stosunków międzyludzkich**. Obej-

muje on zagadnienia znajdujące się na pograniczu pracy oraz psychologii społecznej i wywodzi się z ruchu zwanego *human relations* (stosunków międzyludzkich), zapoczątkowanego w USA w latach trzydziestych XX wieku w następstwie badań przeprowadzonych w Hawthorne (Roethlisberger i Dickson, 1946). Badania te były momentem przełomowym w podejściu do pracy i człowieka, ponieważ wykazały, że motywacja ekonomiczna nie dla wszystkich pracowników jest jedynym lub najważniejszym źródłem zadowolenia. Płaca nie jest prostym wyznacznikiem wydajności i rozmiarów produkcji. W osiąganiu sukcesu w pracy duże znaczenie mają stosunki międzyludzkie panujące w środowisku pracy. Ludzie z reguły pracują w otoczeniu innych ludzi i dlatego ulegają oddziaływaniu swojego środowiska społecznego. Dla uzyskania pełnej harmonii między człowiekiem i pracą ważne jest przystosowanie człowieka do otoczenia społecznego. Atmosfera pracy, metody kierowania pracą jednych ludzi przez innych, powiązania między poszczególnymi wykonawcami pracy są ważnymi wyznacznikami motywacji, czyli chęci do pracy.

Trzecim w kolejności modelem psychologii pracy jest paradygmat **przystosowania pracy do człowieka**. Wiąże się on z takimi subdyscyplinami, jak psychologia inżynieryjna i ergonomia. Idea przystosowania człowieka do pracy zakłada, że w procesie pracy jednostka ludzka – nawet najbardziej uzdolniona, najlepiej wyszkolona – nie jest w stanie efektywnie realizować wyznaczonych zadań i celów, jeśli narzędzia oraz materialne środowisko pracy nie będą uwzględniać wymagań i ograniczeń organizmu człowieka. Możliwości adaptacyjne jednostki są ograniczone, w związku z czym wymagania ludzkie muszą być uwzględnione już na etapie wstępnego projektowania. Narzędzia, środowisko, procesy, procedury, struktury organizacyjne i urządzenia stosowane w pracy muszą od samego początku uwzględniać prawa fizjologiczne i psychologiczne. Co więcej, jest to podstawa nie tylko efektywności, skuteczności i bezpieczeństwa pracy, lecz także osiąganego poziomu zadowolenia z pracy.

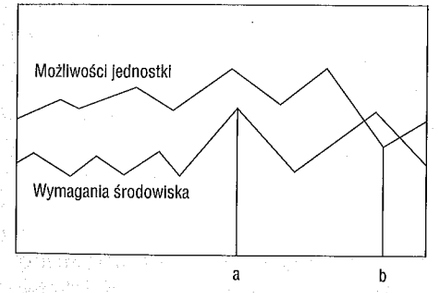
50.1.2.2
Współczesne trendy w psychologii pracy

Współczesne trendy w psychologii pracy rozwijają się w ramach i pod wpływem zmian zachodzących w technikach produkcyjnych i informacyjnych. Główne zmiany rozwojowe to między innymi unifikacja sposobów produkcji, rynków pracy oraz systemów organizacyjnych. Proces ten zwany jest **globalizacją**. Pod jego wpływem współczesna psychologia musi ujmować pracę równocześnie w wielu aspektach – psychicznym, biologicznym, fizycznym, ekonomicznym i kulturowym.

We współczesnej psychologii pracy zmienia się nastawienie do podstawowego terminu, jakim jest zachowanie. W klasycznej psychologii przemysłowej i w psychologii inżynieryjnej, które nastawione są głównie na kryteria efektywnościowe, termin „zachowanie" ujmowano najczęściej w sposób zbliżony do definicji zaproponowanej przez behawiorystów, takich jak B. F. Skinner. Od strony teoretycznej behawioryzm postuluje dwie idee (zob. rozdz. 1.). Jedna to ta, że wszystkie lub prawie wszystkie aktywności ludzkie są wynikiem zdolności uczenia się, a podstawową cechą organizmu ludzkiego jest przystosowawczość, elastyczność, modyfikowalność. Zadaniem psychologii jest odkrywanie zależności między tymi cechami zachowań a właściwościami pracy, organizacji lub środowiska. Druga idea behawioryzmu zakłada, że wszelkie dociekania badawcze powinny unikać analizowania procesów zachodzących w „czarnej skrzynce", to jest myśli, uczuć, motywów, natomiast winny się koncentrować jedynie na opisie czynności faktycznie wykonywanych.

O ile pierwsza idea jest w psychologii pracy powszechnie akceptowana, o tyle druga bywa zwykle odrzucana z powodu zbytniego rygoryzmu. Co więcej, skrajne założenia behawiorystyczne odrzucane są nawet we współczesnej psychologii inżynieryjnej. Przeważa przekonanie, że w pracy obok procesów uczenia się równie ważną rolę odgrywają uczucia, motywy, satysfakcja, postawy i przekonania. Psychologowie pracy – akceptując użyteczność pojęcia „zachowanie" – poszerzyli jego definicję o „transakcyjny" punkt widzenia. Perspektywa transakcyjna zakłada złożoną współzależność między właściwościami organizmu człowieka a określonymi charakterystykami otoczenia.

Psychologia pracy w ujęciu transakcyjnym nie traktuje pracownika ani jako pasywnego odbiorcy bodźców środowiska, ani też jako całkowicie niezależnego od środowiska pracy podmiotu zachowań. Zachowania pracownicze spotykamy zawsze w określonym środowisku pracy i obydwa te elementy są nieodłącznymi, wzajemnie się warunkującymi aspektami tej samej rzeczywistości pracy. Takie podejście pozwoliło współczesnej psychologii pracy rozwiązać stary dylemat, dotyczący tak zwanej „hipotezy Marbego": czy wypadki w pracy są powodowane „stałą w czasie indywidualną skłonnością", czy też czynnikami niezależnymi od jednostki? Dzisiaj dominuje przekonanie, że wypadki w pracy są efektem interakcji między czynnikami środowiskowymi a czynnikami osobowościowymi, co schematycznie ukazuje rycina 50-1.



Bezpieczeństwo i wypadki w pracy jako efekt interakcji możliwości jednostki oraz wymagań środowiska pracy

Uwaga. Poziom wymagań w punkcie b, mimo że jest taki sam jak w punkcie a, przekraczając możliwości adaptacyjne jednostki, stwarza niebezpieczeństwo wypadku. W adaptacji według: Oborne i Gruneberg (1983, s. 4), za zgodą wydawcy; *copyright* John Wiley.

RYCINA 50-1

Podejście transakcyjne, zwane też **podejściem interakcyjnym,** ujmuje zachowanie przez pryzmat złożonych interakcji z określonymi cechami środowiska, organizacji i procesu pracy. Interakcje (transakcje) mają charakter zachowań adaptacyjnych, a więc takich, które odzwierciedlają sposób, w jaki każda osoba nauczyła się w trakcie działania radzić sobie z wymaganiami procesu pracy i środowiska. Z tego punktu widzenia zachowania pracownicze są złożonym efektem serii zdarzeń, poprzez które jednostka uczy się przyporządkowywać określone znaczenia poszczególnym elementom środowiska pracy i radzić sobie z ich wymaganiami (Neff, 1977).

50.2
Podstawowe dziedziny psychologii pracy

Dziedzinami psychologii pracy są jej subdyscypliny, które odpowiadają szczegółowym obszarom i zastosowaniom badawczym psychologii w praktyce. Innymi słowy, dziedziny psychologii pracy to obszary, w jakich psychologowie pracy znajdują zatrudnienie i są spostrzegani jako profesjonaliści.

50.2.1
Tradycyjne dziedziny psychologii pracy

Psychologia pracy jest dyscypliną teoretyczną i praktyczną, której zasady wynikają z obserwacji konkretnych sytuacji pracy. Katalog problemów życiowych, zastosowań oraz teorii dotyczących samej pracy wyznacza zakres

podstawowych dziedzin psychologii pracy. Zainteresowania psychologów pracy rozciągają się – z jednej strony – od zagadnień fizjologicznych, psychologicznych i społecznych człowieka pracującego, do biologicznych, środowiskowych i technicznych warunków wykonywania pracy – z drugiej.

50.2.1.1
Psychologia człowieka pracującego

W ramach psychologii człowieka pracującego wyróżnia się następujące dziedziny szczegółowe:

(1) psychologię poradnictwa i doradztwa zawodowego (*vocational counseling and guidance*), zajmującą się problemami zainteresowań zawodowych, preorientacji zawodowej i planowaniem kariery zawodowej;
(2) psychologię zatrudnienia (*vocational psychology*), zajmującą się rozwojem zawodowym pracowników, reorientacją zawodową, zawodoznawstwem;
(3) psychologię szkolenia zawodowego, zajmującą się projektowaniem i usprawnianiem metod oraz organizacji szkolenia;
(4) psychologię kadr (*personnel psychology*), zajmującą się selekcją, klasyfikacją i oceną pracowników;
(5) psychologię organizacji i zarządzania, zajmującą się motywacją do pracy i postawami pracowników, dynamiką grup pracujących, obiegiem informacji, metodami zarządzania, rozwojem organizacji.

Znamiennym trendem jest dynamiczny rozwój psychologii organizacji. Wyrazem tego jest umieszczanie w tytułach współczesnych podręczników obydwu nazw obok siebie – psychologia pracy i organizacji. Przykładem może być najnowszy podręcznik Drentha, Thierry'ego i de Wolfa (1998). Również w tym podręczniku obydwie dziedziny omawiane są w osobnych rozdziałach. W przeciwieństwie do tradycji psychologii anglosaskiej, nie ma w Polsce zwyczaju wyodrębniania psychologii zawodowej (*vocational psychology*) jako osobnej subdyscypliny, niezależnej od psychologii zatrudnienia, która zwana jest też psychologią kadr ludzkich (*personnel psychology*). Problemy psychologii zawodów traktowane są jako część składowa psychologii kadr.

50.2.1.2
Psychologia warunków pracy

Drugą podstawową dziedziną psychologiczną, związaną z pracą jako elementem układu człowiek – praca, jest **psychologia warunków pracy**. Fizyczne aspekty pracy i jej otoczenia są najbardziej oczywistymi czynnikami środowiska pracy. W konsekwencji stały się one stosunkowo wcześnie obiektem zainteresowania psychologów pracy. Większość badań psychologicznych z zakresu materialnych parametrów środowiska pracy dotyczy oświetlenia, wilgotności, hałasu (Koradecka, 1997). Problem ten nabrał istotnego znaczenia w latach czterdziestych, kiedy zauważono istotny wpływ czynników fizycznego środowiska pracy na rozmiary produkcji. Uwagę psychologów pracy przyciągnęły – oprócz klasycznych czynników, takich jak mikroklimat, hałas czy wysokie i niskie temperatury – również takie czynniki, jak muzyka przemysłowa (Bańka, 1996). Badania te stworzyły podwaliny rozwoju jednego z największych dzisiaj działów psychologii współczesnej, to jest psychologii ekologicznej (zob. rozdz. 54.).

Psychologia inżynieryjna, zwana też ergonomią (*ergonomics*), jest z kolei dziedziną związaną z optymalnym przystosowaniem stanowiska pracy, narzędzi pracy, maszyn oraz środków transportu i łączności do możliwości psychofizycznych ludzi. Tak rozumie się ten termin w jego węższym znaczeniu (Howel, 1993). W szerszym znaczeniu psychologia inżynieryjna obejmuje również psychologię warunków pracy (Okóń i Paluszkiewicz, 1966). Wymienione czynniki stanowią elementy fizycznego środowiska pracy i mają bezpośredni związek z zadowoleniem, motywacją pracy, jej efektywnością i bezpieczeństwem.

W ostatnim czasie zainteresowania badawcze psychologów pracy w dużym stopniu przeniosły się z problematyki materialnych warunków pracy na problemy związane z psychologicznymi i społecznymi uwarunkowaniami środowiska pracy. Trudno już dzisiaj przesądzić, czy jest to zmiana trwała. Obecnie przyjmuje się, że **klimat organizacyjny** w pracy jest równie ważny jak klimat związany z materialnymi parametrami środowiska pracy, zwanymi mikroklimatem. Centralnym zagadnieniem w psychologii warunków pracy staje się pojęcie jakości pracy w połączeniu z pojęciem jakości życia (*quality of work life*) (Derbis i Bańka, 1998).

50.2.2
Współczesne dziedziny psychologii pracy

Urządzenia techniczne, systemy transportowe, systemy łączności i przetwarzania informacji stają się coraz bardziej złożone, co w konsekwencji zwiększa wymagania stawiane obsługującym je pracownikom. Człowiek nie jest w stanie w sposób nieograniczony stawiać czoło wszystkim nowym wyzwaniom. Stąd wynikła potrzeba badań psychologicznych nad możliwościami i ograniczeniami człowieka w operowaniu złożonymi systemami technicznymi, by uniknąć ryzyka przekroczenia granic adaptacyjnych organizmu.

50.2.2.1
Psychologia systemów

Wyodrębniające się w ostatnim czasie nowe dziedziny psychologii pracy często nie mają jeszcze ustabilizowanego statusu i do określenia tego samego obszaru wykorzystuje się zamiennie różne nazwy. Psychologia inżynieryjna, wkraczając na obszary społeczne i związane z projektowaniem technicznym, staje się częścią nowej dziedziny psychologicznej, jaką jest **psychologia systemów** (*systems psychology* – De Greene, 1970), której szczególnym przypadkiem są systemy socjo-techniczne (*socio-technical systems* – Johansen, 1987). **Socjo-technika zajmuje się badaniem i projektowaniem funkcjonowania człowieka w złożonych systemach technicznych oraz społecznych z punktu widzenia kryteriów optymalizujących jakość pracy i jakość życia.** Tak rozumiana socjo-technika często mylona jest z socjotechniką jako metodą oddziaływania na ludzi (Czapów, 1975).

Innymi problemami psychologii systemów są, oprócz jakości życia i pracy, kwestie związane z niezawodnością człowieka, wewnętrzną i zewnętrzną dynamiką systemów, strategiami rozwiązywania problemów technicznych oraz metodami wspomagania procesów decyzyjnych (zob. rozdz. 51.4).

50.2.2.2
Psychologia robotyzacji i systemów informatycznych

Rozwój nowoczesnych technologii powoduje stałe komplikowanie się problemów, związanych przede wszystkim z koncepcją wykorzystania możliwości maszyn i możliwości człowieka. Widoczne są w tym wypadku wzajemne wpływy i zapożyczenia, czego rezultatem jest najpierw rozwój automatyzacji, później robotyzacji i wreszcie dziedziny naukowo-technicznej, zwanej **sztuczną inteligencją** lub **„inżynierią wiedzy"** (por. par. 51.4.2). Ta ostatnia **zajmuje się badaniem sposobów konstruowania systemów technicznych zdolnych do wykonywania funkcji lepiej niż człowiek** (King-Sun Fu, 1987). Możliwość zastąpienia człowieka w wykonywaniu „trudnych" zadań przez urządzenia techniczne była podstawowym impulsem rozwoju badań eksperymentalnych nad sztuczną inteligencją. Sztuczna inteligencja jako dziedzina zajmuje się takimi problemami, jak: teoria gier, problematyka podejmowania decyzji, problemy percepcji, rozumienie języków naturalnych i eksperckie rozwiązywanie problemów.

Wraz z prowadzeniem badań nad sztuczną inteligencją **automatyzacja** objęła sferę przetwarzania informacji i myślenia kreatyw-

nego. Szczególnego znaczenia w kreowaniu form organizacji pracy nabrały systemy komputerowe. Spowodowały one liczne problemy, poczynając od monotonii, poprzez zmiany w mechanizmach umiejscowienia kontroli, a skończywszy na uzależnieniu decyzyjnym i emocjonalnym człowieka od programów komputerowych (Velichkovsky i van der Verr, 1997).

Innowacją radykalnie zmieniającą charakter pracy ludzkiej stała się również robotyka. **Roboty** to specyficzna klasa systemów człowiek – maszyna, wykonujących czynności dawniej realizowane przez ludzi, pod kontrolą komputera, z minimalnym udziałem człowieka. W przeciwieństwie do komputerów, które zmieniają pracę głównie w zawodach umysłowych, roboty zastępują pracę fizyczną w takich dziedzinach, jak prace montażowe, malarskie, spawalnicze (Whitney, 1990).

50.3

Rozwój psychologii pracy

Psychologia pracy jest dyscypliną w stanie ustawicznego rozwoju. Mimo istnienia względnie stabilnych paradygmatów zmienia się przedmiot, zakres zainteresowań, metody, jak też relacje psychologii pracy do dyscyplin pokrewnych i kooperujących.

50.3.1

Początki psychologii pracy

Dokładne określenie początków psychologii pracy jest trudne, podobnie jak w wypadku wielu innych dyscyplin. Psychologia pracy w początkowym okresie rozwijała się jako dyscyplina samodzielna, pozostająca w kręgu zainteresowań efektywnością działań człowieka, diagnozowaniem talentów, zdolności ludzkich oraz efektywnością reklamy.

50.3.1.1

Historia światowej psychologii pracy

Jednym z prekursorów psychologii pracy był polski badacz, Wojciech Jastrzębowski, który w 1857 roku opublikował *Rys ergonomii, czyli nauki o pracy*, w którym to po raz pierwszy na świecie został użyty termin **ergonomia** (Bańka, 1998a). Prekursorem jest też F. Galton – autor takich prac, jak *Inquiries into human faculty and its development* z roku 1883. Przyczynił się on do rozwoju testów uzdolnień, wykorzystywanych w diagnostyce przydatności zawodowej i w poradnictwie zawodowym.

W Stanach Zjednoczonych za prekursora psychologii pracy uważa się H. Münsterberga (1863–1916). Był on twórcą terminu **psychotechnika**, oznaczającego praktyczne, czyli techniczne zastosowanie wiedzy psychologicznej. W 1913 roku opublikował pionierską pracę *Psychology and industrial efficiency*. Za prekursora psychologii pracy uważa się również amerykańskiego inżyniera, F. W. Taylora (1856–1915), który zajmując się pomiarami pracy, dał początek naukowej organizacji pracy i zarządzania. Podobną rolę odegrali Frank i Lilian Gilbreth, twórcy pojęcia ruchów elementarnych. Dzięki nim psychologia pracy stała się w USA w pełni uznaną dyscypliną psychologiczną już przed 1910 rokiem (Muchinsky, 1987).

Szczególnie silnym impulsem do rozwoju psychologii był okres I wojny światowej, który ugruntował reputację psychologii pracy. W USA przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA), Robert, zainicjował ruch na rzecz praktycznej użyteczności psychologów dla armii. Efektem tych działań było opracowanie dwóch testów selekcyjnych i klasyfikacyjnych: Testu Inteligencji Alfa i późniejszego – przeznaczonego dla analfabetów – Testu Inteligencji Beta. W 1917 roku pojawiło się najstarsze pismo psychologów pracy, *Journal of Applied Psychology*, które pod niezmienionym tytułem ukazuje się do chwili obecnej.

Okres między wojnami charakteryzuje się rozwojem prywatnych biur doradczych i konsultingowych. Zaowocowało to wysoką reputacją psychologii w sferach biznesu i potrzebą obrony dyscypliny przed szarlatanami. Istotnym wydarzeniem było założenie w 1921 roku przez Jamesa Cattella organizacji pod nazwą Psychological Corporation. Jej celem był rozwój i promocja psychologii w przemyśle oraz w handlu. Od tej pory organizacja ta jest największym w świecie producentem testów psychologicznych.

W 1924 roku w Hawthorne rozpoczęły się jedne z najważniejszych badań psychologicznych XX wieku (Landy, 1993). Stały się one niedoścignionym wzorem **badań polowych**, czyli badań realizowanych w rzeczywistym środowisku, a nie w laboratorium. Okres II wojny światowej przyniósł dalszy rozwój psychologii pracy w dwóch obszarach. Skonstruowane zostały testy selekcyjne do badań grupowych, a konkretnie *Army General Classification Test* (AGCT), jak też pierwsze testy stresu sytuacyjnego (Murray i MacKinnon, 1946). Zapoczątkowano również programy badawcze nad problemami psychologicznymi obsługi sprzętu lotniczego.

W latach pięćdziesiątych uwaga psychologów pracy skierowana została na badania organizacyjne, przez długie lata będące wyłączną domeną socjologii. W psychologii pracy na dobre zadomowiły się takie terminy, jak rozwój organizacji. Znamiennym potwierdzeniem tego trendu jest przemianowanie przez APA w 1970 roku nazwy Division of Industrial Psychology na Division of Industrial and Organizational Psychology (DIOP). W Europie odpowiednikiem DIOP jest European Association of Work and Organizational Psychology (EWOP), wydające pismo pod tytułem *European Journal of Work and Organizational Psychology*.

50.3.1.2

Historia polskiej psychologii pracy

W rozwoju polskiej psychologii pracy wyróżnia się dwa okresy. Pierwszy obejmuje lata od odzyskania niepodległości do 1939 roku, natomiast okres drugi rozpoczyna się z końcem II wojny światowej i trwa nieprzerwanie do dzisiaj (Tomaszewski, 1963; Zamek-Gliszczyńska, 1980).

Wymienione okresy historii to dwie oddzielne wizje związku nauki i praktyki. Rozwój polskiej psychologii stosowanej w okresie międzywojennym wyznaczają następujące czynniki:

(1) specyficzne dziedzictwo światopoglądowe i historyczne pokolenia marzącego o niepodległości, a następnie praktycznie budującego zręby nowoczesnego państwa;
(2) oddzielenie się nurtu rozwojowego psychologii stosowanej od nurtu rozwojowego psychologii akademickiej;
(3) wielozawodowość.

Pragmatyzm polskich pionierów psychologii pracy cechuje „użyteczność", pojmowana w kategoriach historycznej misji odzyskiwania niepodległości. Prekursorzy polskiej psychologii pracy – bez względu na to, czy wywodzili się ze środowiska akademickiego, jak Józefa Joteyko, czy ze środowiska inżynierskiego, jak Porębski – zawsze opowiadali się za psychologią społecznie użyteczną, kultywującą tradycje pracy organicznej (Bańka, 1998b).

Psychologia pracy w Polsce od samego początku, podobnie jak w innych krajach europejskich, zdecydowanie odrzucała metodę spekulatywną psychologii teoretycznej na rzecz metody empirycznej (Tomaszewski, 1963). W Polsce rozwinęła się głównie psychotechnika jako psychologia człowieka zdrowego. Usamodzielnianie się psychologii jako dyscypliny badawczej i zawodowej prowadziło do poszukiwania własnych pojęć w związku z praktyką gospodarczą. Profesjonalizm polskich pionierów psychologii stosowanej opierał się na myśleniu typowym dla inżynierów. Inżynierowie Wojciechowski, Hauszyld i Porębski sformułowali dwa modele psychologii stosowanej: model humanistyczny – podmiotowy – oraz model technokratyczny – przedmiotowy. Pierwszy postulował

doradztwo zawodowe, drugi – dopasowanie narzędzi i środowiska pracy do możliwości człowieka. Idea psychologii inżynieryjnej zrealizowana została dopiero po wojnie przez J. Okónia i L. Paluszkiewicza (1966).

50.3.2 Perspektywy rozwoju psychologii pracy

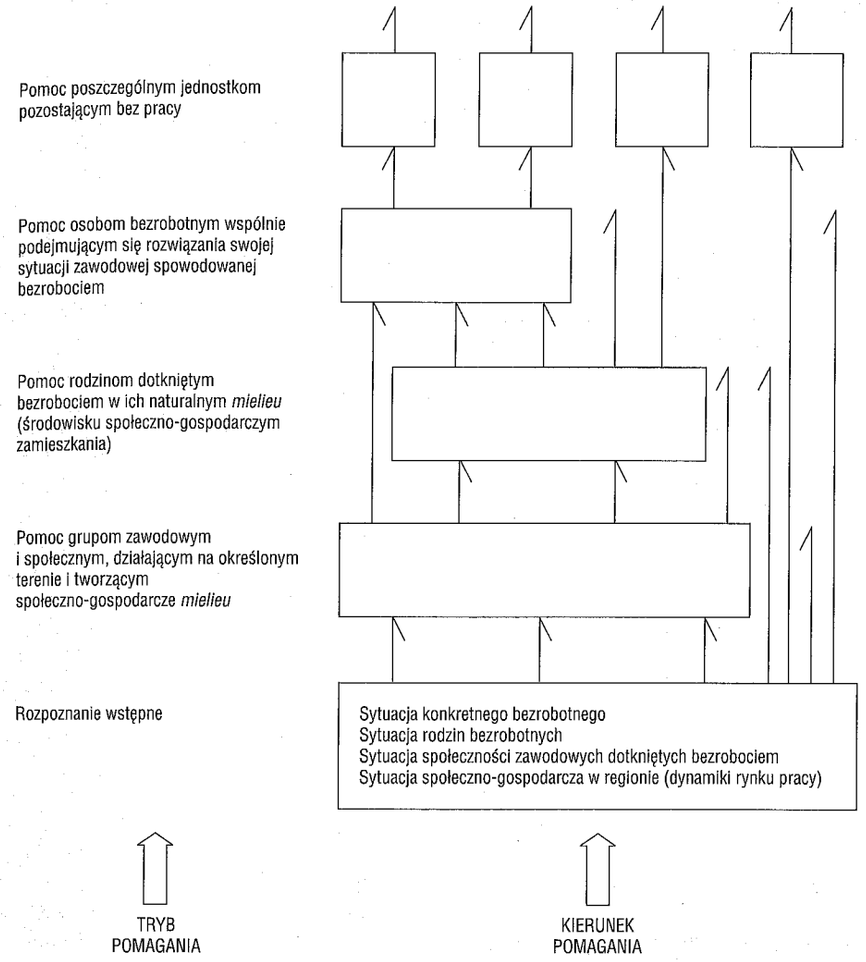
W dobie obecnej, zwanej **epoką postindustrialną** organizacji (Mankin, 1978), mamy do czynienia z procesem radykalnej rewizji pojęć dotyczących samej pracy. W tradycyjnej psychologii pracy ukształtowały się dwa przeciwstawne paradygmaty, odpowiadające na podstawowe problemy epoki przemysłowej. Wcześniejszy, to jest paradygmat przystosowania człowieka do pracy, kładzie nacisk na ocenę oraz selekcję pracowników, jak też organizowanie i projektowanie samej pracy. Z kolei późniejszy, zwany paradygmatem stosunków międzyludzkich, stawia na kompleksowy system zależności międzyludzkich, strukturalnych i proceduralnych. Obydwie wizje człowieka i pracy – pod naciskiem robotyzacji i technik informacyjnych – podlegają daleko idącym zmianom.

50.3.2.1 Postindustrialny paradygmat psychologii pracy

Chociaż problemy wewnątrzorganizacyjne w dalszym ciągu stanowią podstawowe pole zainteresowań psychologii pracy, nie jest to już jednak wyłączna domena badań i zastosowań praktycznych. Postępująca zmiana w organizacji pracy w kontekście społecznym, kulturowym i technologicznym prowadzi do krystalizowania się nowego, **postindustrialnego paradygmatu** psychologii pracy (Mankin, 1978). Nigdy wcześniej ludzie nie byli wyposażeni w środki techniczne w tak dużym stopniu, jak dzisiaj. Co więcej, pod pojęciem techniki rozumie się obecnie co innego niż w epoce industrialnej. Pojęcie technologii obejmuje dzisiaj także organizację wiedzy z punktu widzenia osiągania celów praktycznych. Techniką jest więc również oprogramowanie komputerowe. Współczesna definicja techniki nie ogranicza się już do wiedzy inżynierskiej, lecz obejmuje wszystkie narzędzia intelektualne (na przykład *software*) oraz praktyczne aspekty wiedzy społecznej (Howel, 1993).

Paradygmat psychologii postindustrialnej postuluje ideał **technologii humanistycznej. Odnosi się on do tych środków, technik i sposobów osiągania celów społecznych oraz organizacyjnych, które powiększając zakres autonomii jednostki, zaspokajają jej potrzeby we wszystkich sferach życia zawodowego i codziennego.** Jego cechą szczególną jest systemowe rozwiązywanie problemów przyszłości i pracy na podstawie trzech założeń. Po pierwsze, pewne warianty pracy są bardziej przewidywalne niż inne. Po drugie, jedne warianty są lepsze, inne gorsze, a o wyborze rozwiązania praktycznego decydować mogą nie tylko zawodowi projektanci, ale również sami wykonawcy. Będąc podmiotami pracy, ludzie sami mogą decydować o przyszłej jakości życia i pracy, uczestnicząc w procesach wyboru możliwości projektowych. Tak tworzona praca jest elastyczna, dopasowana do indywidualnych potrzeb i nastawień. Po trzecie, do osiągnięcia pożądanych celów ekonomicznych, psychologicznych i społecznych wymagane jest **systemowe powiązanie** zdarzeń, elementów i procesów. Wszelkie zmiany we wzajemnych relacjach systemu prowadzą zarówno do oczekiwanych skutków pozytywnych, jak i nieoczekiwanych negatywnych efektów ubocznych. Nowoczesne koncepcje w psychologii pracy starają się nie tylko realizować wskaźniki i kryteria pożądane (produktywność, jakość), ale również przewidywać i eliminować koszty uboczne (stres, obciążenie) w szerokim kontekście uwarunkowań.

Reasumując, współczesny paradygmat psychologii pracy oparty na technologii humanistycznej zakłada alternatywne i systemowe rozpatrywanie pożądanych stanów



Systemowy (ekologiczny) model pomocy bezrobotnym

RYCINA 50-2

organizacji pracy w kontekście większych systemów, takich jak systemy rodzinne, miejskie, lokalne, państwa, kultury i cywilizacji. Wybór stopnia ogólności systemu do rozwiązywania problemów związanych z pracą uzależniony jest od konkretnych celów, jakie psychologia pracy zamierza zrealizować. Przykładem może być zintegrowane podejście do przeciwdziałania bezrobociu (zob. ryc. 50-2). W klasycznym, a więc niesystemowym paradygmacie, zagadnienie bezrobocia rozwiązywano wąsko, na podstawie diagnozy potencjału osobowego jednostki i indywidualnych porad sugerujących opty-

malne rozwiązania problemu ponownego znalezienia się na rynku pracy. W nowoczesnym paradygmacie psychologii pracy zagadnienie bezrobocia rozwiązywane jest w ramach sekwencyjnej analizy diagnostyczno-prognostycznej, obejmującej coraz ogólniejsze systemy odniesienia.

50.3.2.2 Technologie informatyczne a psychologia pracy

Praca jako aktywność człowieka jest **kategorią społecznie konstruowaną**. Oznacza to, że to, co uważamy za pracę, jest definicyjną kategorią społecznej użyteczności, subiektywnego doświadczenia oraz kulturowej normy. Pracą nie jest więc aktywność w znaczeniu wyłącznie fizycznego aktu wydatkowania energii. Dlatego gospodynie domowe nie są zwyczajowo i prawnie uznawane za osoby aktywne zawodowo (Jahoda, 1982). Pracą nie jest również aktywność przynosząca zysk, jak w wypadku synekury czy gry hazardowej, ani też działalność rozrywkowa, gdy nie spełnia określonych warunków. Aktywność rozrywkowa to jedynie rekreacja, gdy jest realizowana dla zaspokojenia własnej przyjemności, bądź działalność kulturowa, gdy koncentruje się na realizowaniu wartości społecznych (*leisure*). To, co uważamy za pracę, musi spełniać kilka warunków jednocześnie, takich jak: zgodność z subiektywnym doświadczeniem działania w określonym miejscu i czasie oraz posiadanie prawnie usankcjonowanego kontraktu. Za **pracę uznaje się zatem stałe wykonywanie płatnych czynności w określonym miejscu, zwanym biurem, zakładem pracy czy fabryką, oraz w określonym czasie.**

To, co do niedawna uznawaliśmy za podstawę prawnej oraz psychologicznej definicji pracy, powstało w okresie uprzemysłowienia. Rozwój form pracy, opartych na technologiach informacyjnych, a nie wytwarzania, zdezaktualizował w ostatnich dwóch dekadach dotychczasowe kryteria różnicowania prac na fizyczne i umysłowe.

Współczesne technologie informacyjne zwiększyły efektywność pracy w stopniu nieporównanie większym od mechanizacji. Przełamują one dotychczasowe bariery czasu i przestrzeni, zmuszając ludzi do przystosowywania się do szybkości i złożoności wykorzystywanych środków. Robotyzacja wypiera systemy organizacji oparte na pracy ludzkiej, i to nawet te, które jeszcze do niedawna uważano za najbardziej modelowe i rozwojowe, jak najnowocześniejszy w świecie zakład montażu samochodów Volvo w Kalmarze (por. par. 51.4.1.2).

Najbardziej nieprzewidywalnym rozwojem organizacji jest **telepraca (*teleworking*), czyli niestandardowa forma pracy, wykorzystująca technologie informacyjno-telekomunikacyjne do realizacji zadań w oddaleniu czasowym i przestrzennym wykonawcy od jego bezpośredniego pracodawcy.** Telepraca realizowana jest w **organizacji wirtualnej** (*virtual organization*), zarządzanej w nieistniejącej materialnie przestrzeni, zwanej cyberprzestrzenią. Obejmuje ona zarówno bezpośrednich wykonawców i kontrolerów zadań, jak również innych uczestników procesu pracy, niemieszczących się w klasycznej definicji miejsca pracy, a więc: klientów, bezpośrednich i pośrednich użytkowników oraz innych, często przypadkowych, uczestników sytuacji aktywnej łączności (komunikacji). Współczesna psychologia pracy stara się poznać wpływ technik informatycznych na człowieka w ramach nowego paradygmatu systemowego, w którym pojęcie „sytuacja pracy" nie jest równoznaczne z zakładem pracy. W kontekście telepracy technologie informacyjne nie są izolowanymi narzędziami z punktu widzenia efektywności pracy, ale strukturalnymi składnikami procesu pracy, w którym nie istnieje opozycja „środowisko domowe – środowisko pracy" oraz „czas pracy – czas wolny". Z tej perspektywy tradycyjne podejście psychologii inżynieryjnej, skoncentrowane na przystosowaniu urządzeń i narzędzi pracy do możliwości człowieka, przestaje wystarczać (por. rozdz. 51.4).

50.4 Metody i strategie psychologii pracy

50.4.1 Techniki i metody psychologii pracy

Techniki i metody psychologii pracy w równie silnym stopniu decydują o odrębności tej dyscypliny, co cele i problemy badawcze. Większość ich została wypracowana w początkowym okresie rozwoju psychologii pracy i jest stosowana, z nielicznymi modyfikacjami, po dzień dzisiejszy. Są to więc najstarsze metody psychologii naukowej w ogóle. Zadziwiająca jest odporność technik i metod psychologii pracy na zmienne mody teoretyczne. Przykładem są metody psychotechniki, które mimo silnej krytyki są używane również dziś, tyle tylko, że pod zmienioną nazwą. Pierwsze testy badające uzdolnienia poznawcze zostały zastosowane w psychologii pracy przez Jastrowa i Münsterberga jeszcze w 1893 roku, a mimo to od tamtego czasu poczyniono w tej dziedzinie tylko nieznaczny postęp (Landy i Shankster, 1994).

50.4.1.1 Techniki i metody analizy pracy

Analiza pracy jest najwcześniejszym, wstępnym etapem rozwiązywania wszystkich problemów związanych z funkcjonowaniem zawodowym człowieka. Jej celem jest szczegółowy opis i ocena wymagań zawodowych, cech i struktur zadań wykonywanych w procesie pracy, jak też cech składników materialnych, przestrzennych, środowiskowych i społecznych tworzących otoczenie pracy. Inaczej mówiąc, celem analizy pracy jest inwentaryzacja, analiza logiczna i ocena wskaźników oraz obserwowalnych kryteriów związanych z pracą, człowiekiem w pracy i środowiskiem, prowadząca do ustanowienia zestawu standardów ewaluacyjnych jako niezbędnych środków stosowania psychologii w praktyce.

Rezultaty analizy pracy znajdują zastosowanie w trzech działach psychologii pracy i organizacji:

(1) w podejmowaniu decyzji projektowych i organizacyjnych,
(2) w podejmowaniu decyzji kadrowych w ramach polityki personalnej organizacji,
(3) w podejmowaniu decyzji związanych z orientacją zawodową.

Analiza pracy jako podstawa działalności organizacyjnej, techniczno-projektowej, kadrowej i doradczej zaczęła być stosowana na początku XX wieku w środowisku przemysłowym. Prekursorami analizy pracy jako procedury konstruowania kryterium efektywności zadań, optymalności środowiska, racjonalności środków i organizacji pracy byli inżynierowie. Pionierzy psychologii przemysłowej w skali światowej, Gilbreth i Taylor, zaproponowali metodę zwaną badaniem czasu i ruchów (*motion-time-study*). Technika ta, stosowana początkowo do analizy struktury prac prostych i powtarzalnych, stała się standardem procesu analizy bardziej złożonych prac. Jej rezultatem jest najbardziej obszerny opis wszystkich zawodów – *Dictionary of occupational titles* (USDL, 1977). W stosunku do początkowych wydań kolejne wersje słownika rozszerzały opis wymagań stawianych wykonawcom poszczególnych zawodów na amerykańskim rynku pracy.

W analizie pracy wyróżnia się dwa etapy: wstępny, czyli zawodoznawczy, i właściwy – szczegółowy (analityczny). Pierwszy polega na wyborze określonego zawodu jako podstawy analizy pracy. Etap wyodrębniania zawodów do szczegółowej analizy pracy nazywa się **analizą zawodoznawczą** albo – tak jak w ekonomii – sektorową analizą rynku pracy. Opiera się ona na metodzie dedukcyjnej bądź indukcyjnej (Bańka, 1995). W dalszej kolejno-

ści realizowana jest szczegółowa analiza pracy, dzieląca całość procesu na elementy proste. W trakcie analizy pracy sporządzona zostaje szczegółowa dokumentacja wykonywanych zadań, sytuacji, narzędzi, wyposażenia, warunków pracy oraz właściwości człowieka, jakie są wymagane do efektywnej realizacji zadań. Dane te stanowią podstawę decyzji kadrowych, organizacyjnych, planistycznych lub badawczo-projektowych.

Wstępnym warunkiem przeprowadzenia szczegółowej analizy pracy jest dobór odpowiedniej **taksonomii zadań** (klasyfikacji). Pojęcie „praca" przekładane jest na pojęcie „zadanie", a to z kolei stanowi konstrukt teoretyczny, który obarczony jest wszelkimi problemami metodologicznymi stosunku pojęć teoretycznych do obserwacyjnych. Jako pojęcie teoretyczne, zadanie musi zostać zdefiniowane poprzez wskazanie określeń, miar i wskaźników. Według najogólniejszej definicji, **zadanie to zespół rozróżnień, decyzji i działań efektorowych związanych ze sobą czasową bliskością, bezpośrednim celem oraz, ogólnie, wyjściami systemu człowiek – praca.** W tym kontekście zadanie może być ujmowane bądź w kategoriach fizycznego bytu, bądź w kategoriach abstrakcyjnych, werbalno-deskryptywnych opisów zachowań.

Taksonomia zadań stanowi klasyfikację zachowań właściwych dla wykonywanych zadań. Większość podziałów taksonomicznych wyprowadzono na podstawie analizy dedukcyjnej, chociaż coraz częściej spotyka się takie, które mają charakter empiryczny, oparty na przykład na analizie czynnikowej. Poszczególne podziały taksonomiczne używają różnych poziomów opisu – molarnego i molekularnego. W związku z tym pewne podziały taksonomiczne, odpowiednie na jednym poziomie, nie są odpowiednie na innym.

Analiza pracy, bez względu na rodzaj przyjętej taksonomii zadań, może być zorientowana na pracę bądź na podmiot pracy, czyli wykonawcę. Pierwszy rodzaj analizy pracy nazywany jest **analizą zadań** (*task analysis*). W tym wypadku opis zadań sporządzany jest na podstawie analizy elementów logicznych cyklu wytwarzania, produkcji, usługi lub funkcjonowania systemu albo organizacji. Jednostkami opisu są na przykład analizowanie, przesyłanie, gromadzenie itd. Drugi rodzaj analizy pracy skoncentrowany jest na **analizie wymagań** stawianych wykonawcom zadań. Służą temu różnego rodzaju kwestionariusze, takie jak opracowany przez A. Bielę i współpracowników (Biela i in., 1992) Kwestionariusz Lubelski Analizy Stanowiska Pracy (KLASP).

Współcześnie dokonuje się zasadnicza zmiana warunków przeprowadzania analizy pracy. Wiąże się to z odchodzeniem od organizacji pracy opartej na zadaniach w kierunku organizacji pracy opartej na procesach pracy. Tradycyjne klasyfikowanie wąskich zadań do podobnych zbiorów jest dzisiaj mało praktyczne. Przedsiębiorcy wolą operować większymi zbiorami zadań, których podobieństwo jest nieraz bardzo odległe (Bańka, 1995). Na przykład, pracodawcy bardzo często zgłaszają w urzędzie pracy zapotrzebowanie na inżyniera, nie precyzując, czy poszukują elektryka, czy mechanika. W tym kontekście definiowanie tradycyjnych terminów, takich jak zadanie, obowiązek, pozycja, opis pracy, staje się coraz trudniejsze i zmusza do postawienia następujących pytań (Cascio, 1995): Co się stanie z tradycyjnymi opisami prac i aktywności? Czy zostaną one zastąpione przez nowe? Z jakich elementów „procesów" lub „zbiorów zadań" – jako elementów strukturalnych – powinien się składać „nowy" opis prac? Jak powinien wyglądać opis pracy w modelu zorientowanym na procesy, a nie na zadania? Czy specyfikacje pracy ujmujące wymagania, jakim musi sprostać pracownik w zakresie wiedzy, zdolności czy umiejętności, całkowicie zastąpią obiektywne opisy pracy? Jakie znaczenie ma opis środowiska, kontekstu i społecznych wymiarów pracy w modelu pracy zorientowanym na procesy, a nie na funkcje? Niestety, są to pytania, na które obecnie nie można udzielić zadowalających odpowiedzi.

50.4.1.2 Techniki i metody badania potencjału pracownika

Podstawowym celem psychologii pracy jest przewidywanie zachowań ludzi w sytuacji pracy. Sukces w pracy jest prognozowany z jednej strony na podstawie **kryteriów** ustalanych w analizie pracy, a z drugiej – na podstawie **predyktorów**, określających zdolności i możliwości osiągnięcia przez ludzi danego kryterium w danych okolicznościach. Kryteria są to standardy, na których podstawie możliwa jest jakakolwiek ocena. Są one miarami poprawności, jakości, przydatności lub dopasowania ludzi, zadań, programów, organizacji oraz systemów technicznych. W psychologii pracy stosuje się **kryteria miękkie** i **twarde**. Twardymi kryteriami są obiektywne miary wykonania zadania lub osiągnięcia sukcesu w pracy, takie jak: wydajność, absencja, fluktuacja, wielkość sprzedaży, długotrwałość zatrudnienia (*tenure*). Miękkimi z kolei są szacunkowe lub rankingowe oceny sukcesu. Opierają się one bądź na czynniku ogólnym, jak globalna wydajność pracy, bądź na czynniku specyficznym, jak wartość wykonanej pracy, jakość pracy, kreatywność. Predyktory natomiast są to zmienne umożliwiające rzetelne i trafne przewidywanie warunków koniecznych do realizacji określonych kryteriów (Muchinsky, 1987). Ogół stosowanych w psychologii pracy predyktorów sukcesów zawodowych dzieli się na:

(1) testy psychologiczne i inwentarze,
(2) miniaturowe próbki pracy,
(3) ćwiczenia sytuacyjne,
(4) informacje biograficzne,
(5) ewaluacje pracownicze,
(6) metody niestandardowe, takie jak analizatory kłamstwa czy analizy grafologiczne.

Testy używane w psychologii pracy dzielą się na podstawie zawartości treściowej oraz sposobów administrowania nimi. Dzielą się one również na testy sprawnościowe, w których istotne jest jak najszybsze rozwiązanie zadania, i testy mocy (*power test*), w których zadania są zazwyczaj bardzo trudne, a ich wykonanie nie jest limitowane czasem. Innym kryterium podziału są testy „papier i ołówek" oraz testy aparaturowe przeprowadzane przy użyciu specjalnych przyrządów. W testach pierwszego rodzaju badany nie manipuluje żadnymi obiektami fizycznymi, lecz jedynie rozwiązuje zadania podane na kartce papieru. W testach aparaturowych badany musi manipulować obiektami, a uzyskany wynik jest miarą jego uzdolnień do wykonywania określonej manipulacji.

Testy uzdolnień mechanicznych są dobrymi predyktorami efektywności pracy w takich zawodach, jak kierowca czy operator sprzętu. Dzielą się na testy uzdolnień sensorycznych oraz testy uzdolnień motorycznych. Najbardziej znanym testem zdolności sensorycznych są tak zwane tablice Snellena. Czasami łączy się testy „papier i ołówek" z testami aparaturowymi. Przykładem takiego połączenia jest Bateria Testów Uzdolnień Ogólnych (BTUO; *General Aptitude Test Battery*), opracowana przez Departament Pracy USA, stosowana przez polskie Urzędy Pracy od roku 1997 (Lamb, Hurst i Kennedy, 1996). BTUO składa się z dwunastu testów, z których osiem to testy typu „papier i ołówek", natomiast cztery przeprowadzane są przy użyciu specjalnych przyrządów.

Najczęściej stosowanym predyktorem sprawności intelektualnej w pracy zawodowej są testy inteligencji (zob. rozdz. 12.2). Stosuje się je głównie przy dokonywaniu selekcji personelu. Ich popularność opiera się na powszechnie przyjmowanym założeniu, że istnieje ścisła zależność między inteligencją a poziomem wykonania pracy. Jedne badania (McClelland, 1973) całkowicie negują praktyczną wartość testów inteligencji, z kolei inne – oparte na bardziej wyrafinowanej metodologii (Schmidt i Hunter, 1993) – dowodzą, że są one rzetelnymi predyktorami wykonania wszystkich prac bez wyjątku.

Wkład w wyjaśnienie istoty tego sporu miały badania U. Neissera (1976). Dokonał

on rozróżnienia między inteligencją akademicką a inteligencją praktyczną. Inteligencję akademicką zdefiniował jako cechę charakterystyczną dla zespołu zadań „szkolnych", to jest formułowanych przez innych, o fabule w znikomym stopniu zdolnej wzbudzić zainteresowanie, wyposażonych od samego początku we wszystkie niezbędne informacje, wyodrębnione z codziennego doświadczenia jednostki i zazwyczaj dobrze zdefiniowane, mających jedną poprawną odpowiedź oraz na ogół jedną metodę dochodzenia do poprawnego rozwiązania. Problemy, jakie ludzie rozwiązują w testach, mają niewiele wspólnego z problemami zawodowymi. Te ostatnie za każdym razem wymagają nowego zdefiniowania, znajdują się w centrum żywotnych zainteresowań jednostki, od początku pozbawione są informacji niezbędnych do znalezienia rozwiązania, są ściśle związane z doświadczeniem codzienności i charakteryzują się różnorodnością „poprawnych" rozwiązań oraz metod dochodzenia do poprawnego rozwiązania.

Sternberg i Wagner (1993) zapoczątkowali prace nad nową generacją testów inteligencji praktycznej, takich jak *Tacit Knowledge Inventory for Managers* (TKIM). Ich głównym założeniem jest istnienie tak zwanej wiedzy ukrytej (*tacit knowledge*), będącej wspólnym mianownikiem inteligencji praktycznej i sukcesów w pracy.

Alternatywnymi wobec testów inteligencji predyktorami sukcesów w pracy są inwentarze typu rozmowa kierowana. Pytania w rodzaju: „Co byś zrobił, gdyby...?", tworzą sytuację diagnostyczną, opartą na założeniu, że wyrażane przez jednostkę intencje mają ścisły związek z jej późniejszymi zachowaniami w pracy. W wywiadach sytuacyjnych badani proszeni są o wyrażenie swoich poglądów na temat różnych kwestii związanych z określonymi sytuacjami w pracy. Rzetelność dla tego typu wywiadów, według danych przytaczanych przez Motovidlo (1994), waha się w granicach od 0,22 do 0,28.

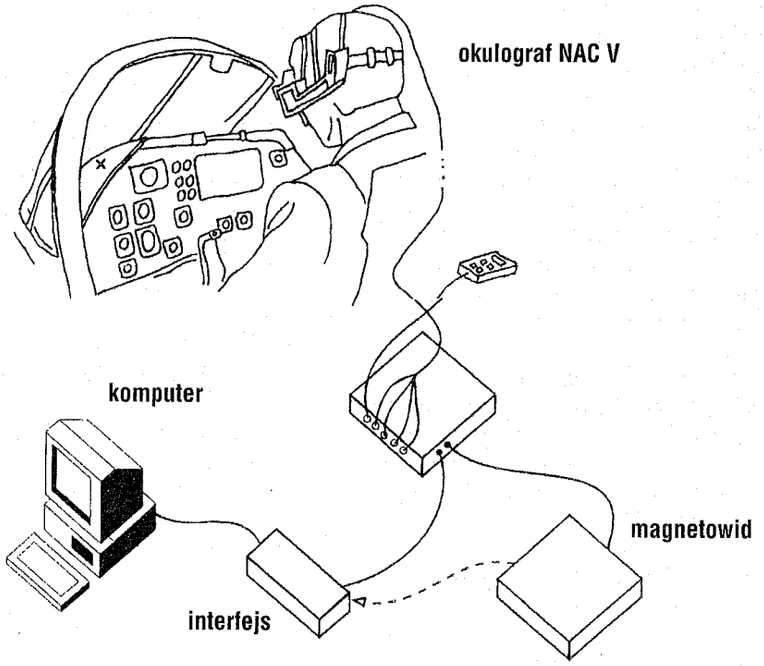
Osobną grupę predyktorów w psychologii pracy tworzą kwestionariusze osobowości i zainteresowań zawodowych. Podobnie jak inwentarze, nie wymagają one odpowiedzi obiektywnych, czyli że żadna odpowiedź nie może być ani dobra, ani zła. Wśród najbardziej znanych inwentarzy zainteresowań zawodowych znajduje się opracowany przez Hollanda (1985) Kwestionariusz Preferencji Zawodowych (KPZ) – w polskiej adaptacji C. S. Nosala (Nosal, Piskorz i Świątnicki, 1997) – oraz stworzony przez tego samego autora Zestaw do Samobadania – w polskiej adaptacji Noworola, Łącały i Beauvale (1998). KPZ jest kwestionariuszem służącym do oceny osobowości i zainteresowań zawodowych. Inwentarz składa się ze 160 nazw zawodów, spośród których badany dokonuje wyboru, ujawniając tym samym swoje zainteresowania, jakość relacji z innymi ludźmi, system wartości, sposób spostrzegania samego siebie, style radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz modele karier, z jakimi się identyfikuje. Rzetelność testów zainteresowań w przewidywaniu sukcesów w pracy jest niezwykle niska (Holland, 1996). Inwentarze zainteresowań zawodowych są rzetelnym **predyktorem uczestnictwa** w określonym zawodzie, lecz mało rzetelnym predyktorem sukcesu w konkretnej pracy zawodowej.

Kwestionariusze osobowości, takie jak MMPI (zob. rozdz. 12.3), w ogóle nie są w stanie różnicować pracowników na efektywnych i nieefektywnych, produktywnych i nieproduktywnych. Mimo to utrzymuje się niezłomna wiara w istnienie wpływu cech osobowości na ilość i jakość pracy, szczególnie w zawodach menedżerskich. Na jej podstawie opracowano nową generację testów, które różnią się od klasycznych testów klinicznych tym, że od podstaw skonstruowane zostały jako narzędzia do badania osobowości w kontekście środowiska pracy. Dzięki temu mają przynajmniej wysoką trafność ekologiczną (Saville, Sik, Nyfeld, Hackston i MacIver, 1996). Takim narzędziem jest Kalifornijski Inwentarz Osobowości Gougha (1984), zawierający skale osobowości do pomiaru potencjału menedżerskiego, zdefiniowanego na wymiarach uzdolnień, możliwości, dojrzałości i samozaufania. Testy te, choć ekologicznie bardziej trafne od testów klinicznych, z perspektywy celów psychologii pracy budzą poważne zastrzeżenia.

Predyktorami spotykanymi wyłącznie w psychologii pracy są miniaturowe próbki pracy (por. ryc. 50-3) oraz niektóre ćwiczenia sytuacyjne. Próbki pracy są całkowicie wolne

RAMKA 50.1

Wagner i Sternberg (1991) przeprowadzili obszerne badania korelacyjne z innymi testami inteligencji, takimi jak *Differential Aptitude Test*. Mimo iż uzyskane rezultaty sugerują, że **wiedza ukryta** może wyjaśniać nawet do 40% wariancji poziomu wykonania takich zadań, jak umiejętność prowadzenia dyskusji, umiejętność motywowania innych, skuteczność werbalna czy kompetencje interpersonalne, koncepcja predyktora sukcesów zawodowych Sternberga uznawana jest za propozycję o zerowym znaczeniu praktycznym. Zdaniem Schmidta i Huntera (1993), wartość testów inteligencji w predykcji rzeczywistych sukcesów zawodowych można podnieść jedynie poprzez szersze zastosowanie metaanalizy (Schmidt, 1995).



Przykład miniaturowej próbki pracy

Według: Szczechura, Terelak, Kobos i Pińkowski (1998, s. 189), za zgodą wydawcy; *copyright Czasopismo Psychologiczne.*

RYCINA 50-3

od wady charakterystycznej dla większości testów psychologicznych, polegającej na braku zadowalającej korespondencji między sukcesem w pracy (to jest kryterium) a jego predyktorem. Próbki pracy same w sobie tworzą miniaturowe kryterium i jako takie są jednocześnie predyktorem sukcesu. Są one małymi replikami rzeczywistych zadań pracy, toteż ich rzetelność jest bardzo wysoka (Ones, Viswersvaran i Schmidt, 1993). Próbki pracy są grupą testów całkowicie spełniającą obowiązujące w wielu krajach standardy „równych szans zatrudnienia".

Ćwiczenia sytuacyjne są dla odmiany replikami tylko niektórych zadań pracy. Zwane też **symulacjami**, znajdują zastosowanie głównie w przewidywaniu efektywności prac administracyjnych i menedżerskich (Schneider i Schmidt, 1992). Mogą być one przeprowadzane w różnych formach, to znaczy indywidualnie lub grupowo, w połączeniu z testami psychometrycznymi i samodzielnie, w środowisku pracy i w specjalnych ośrodkach oceny (*assessment centers*).

Najbardziej rzetelnym predyktorem sukcesów w pracy zawodowej są inwentarze biograficzne. Co prawda w podaniu i w inwentarzu biograficznym kandydat może napisać, co zechce, ale wszystkie ujawnione informacje poddają się weryfikacji. Jak uczy doświadczenie, jest to powód, dla którego osoby podające dane unikają kłamstwa. Poza tym inwentarze biograficzne są same w sobie testami prawdomówności. Dla kontrastu – najmniej rzetelnymi predyktorami używanymi w psychologii pracy są badania poligraficzne, czyli analizy kłamstwa, oraz analizy charakterologiczne pisma.

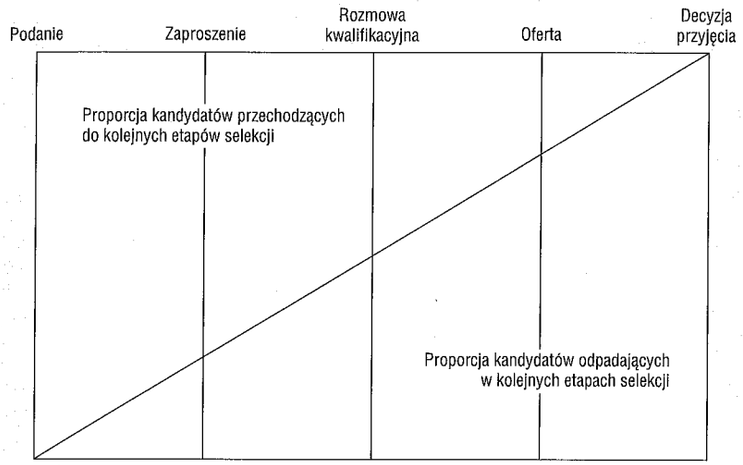
50.4.2
Techniki i strategie modelowania decyzji kadrowych

Decyzje kadrowe, w których wyniku następuje selekcja ludzi do pracy, mają istotny wpływ na losy ludzi i ich samopoczucie. Podejmuje się je z dwóch odmiennych perspektyw – pracownika i pracodawcy. Perspektywa pracodawcy opiera się na obiektywnych kryteriach efektywności, wielkości produkcji lub redukcji kosztów. Perspektywa pracownika uwzględnia z kolei takie kryteria, jak: indywidualne korzyści, osobista satysfakcja oraz chęć wybrania najbardziej odpowiadającej kariery. Psychologię pracy w tym samym stopniu interesuje sukces z „obiektywnej" (zewnętrznej) perspektywy pracodawców, jak i subiektywnej (wewnętrznej, podmiotowej) perspektywy pracownika. Pracodawcy często nie chcą lub nie mogą ze względów ekonomicznych zatrudniać pracowników, których prawdopodobieństwo sukcesu w pracy jest niskie. Z kolei pracownicy nie mogą sobie pozwolić na częste pomyłki w wyborze zawodu lub prac.

Odpowiadając na potrzeby pracodawców, psychologowie pracy na podstawie wyników testów, informacji biograficznych i innych miar/kryteriów stosują mniej lub bardziej wyrafinowane procedury **selekcji pracowników**, starając się przewidzieć sukces w pracy. Z kolei odpowiadając na potrzeby pracowników, psychologowie dokonują selekcji prac na podstawie subiektywnych preferencji zawodowych. Proces selekcji kadr jest częścią procedury nazywanej naborem lub rekrutacją kadr. Proces selekcji prac do subiektywnych wymagań ludzi należy do procedury klasyfikacyjnej, będącej zarazem częścią doradztwa zawodowego.

50.4.2.1
Selekcja i klasyfikacja

Selekcja jest procesem wyboru określonego zespołu ludzi z ogółu kandydatów do pracy. Jak pokazuje rycina 50-4, jest to proces wieloetapowy, który zakłada, że część starających się o pracę będzie odrzucona. Na poszczególnych etapach procedury rekrutacyjnej kryterium selekcji coraz bardziej się zaostrza, co oznacza coraz większą proporcję odrzuconych. Selekcja opiera się na założeniu, że niektórzy kandydaci są lepiej dopasowani do danej pracy niż inni. Celem selekcji jest zatem określenie najlepszych kandydatów, to znaczy takich, których prawdopodobieństwo sukcesu w pracy jest wyższe niż kandydatów w grupie odrzuconych. Podstawą przewidywań w tym zakresie mogą być wyniki badań testowych, dane biograficzne oraz inne predyktory sukcesu, omawiane wcześniej.

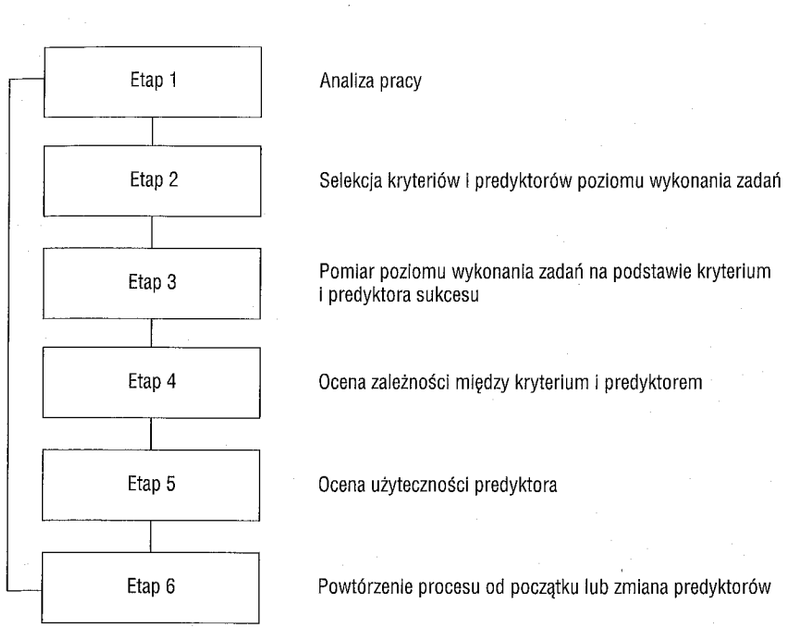


Procedura rekrutacji i selekcji

RYCINA 50-4

Poważnym problemem selekcji są koszty, trafność oraz czas całego cyklu procedury. W ostatnich kilkunastu latach dokonały się istotne zmiany w podejściu do trafności (Schmidt i Hunter, 1993). Trafność selekcji zależy od rzetelności testów (predyktorów), a ta z kolei – od wielkości próbki standaryzacyjnej. Wymagania bardzo dużych prób kolidują z kosztami oraz czasem koniecznym do przeprowadzenia procedury selekcji. Ponadto wiele przedsiębiorstw nie dysponuje odpowiednio dużymi grupami kandydatów bądź potrzebuje niewielkiej liczby pracowników, albo też prowadzi rekrutację kandydatów na stanowiska pracy o specjalnych wymaganiach lub takie, których okres istnienia nie przekracza kilku lat (Nosal, w druku). Niemożność spełnienia warunku dużych grup w procedurze walidacyjnej testów powoduje, że w selekcji stosuje się predyktory, które nie przechodzą pełnej procedury walidacyjnej, a więc są mało rzetelne, toteż decyzje podejmowane na ich podstawie są obarczone dużym błędem.

W celu ograniczenia marginesu błędu psychologowie pracy stosują różnego rodzaju modele selekcyjne. **Klasyczny model selekcji** oparty jest na założeniu występowania różnic indywidualnych między kandydatami (por. ryc. 50-5). Dokonuje się wyboru tych kandydatów, którzy wykazują największą liczbę cech ważnych dla osiągnięcia sukcesu w pracy. Na pierwszym etapie przeprowadzana jest analiza pracy pod kątem wymagań co do poziomu uzdolnień, wiedzy i innych kryteriów efektywności pracy. Na etapie drugim następuje dobór kryteriów zadowalającego poziomu wykonania pracy oraz odpowiadających im predyktorów sukcesu. Na etapie trzecim dokonuje się pomiaru poziomu wykonania zadania na danych (istniejących) stano-



RYCINA 50-5

wiskach pracy, a następnie pomiaru cech psychicznych za pomocą wcześniej wybranych predyktorów w celu sprawdzenia wartości testu. Na czwartym etapie dokonywana jest ocena rzetelności predyktora (predyktorów) poprzez sprawdzenie, czy różnicom w wynikach testu (testów) odpowiadają różnice w poziomach wykonania zadań. Im wyższy jest wskaźnik korelacji wyników, tym wyższa rzetelność predyktorów. Istnieją dwa podstawowe sposoby walidacji predyktorów: za pomocą „jednolitego kryterium" oraz za pomocą „komponentowego kryterium" (inaczej – „kryterium syntetycznego") sukcesu. W drugim wypadku walidacja polega na rozbiciu ogólnego wskaźnika na elementy (komponenty), takie jak przywództwo, kompetencje decyzyjne czy uwaga, a następnie na zdefiniowaniu stopnia, w jakim one same lub ich kombinacja charakteryzują sukces na danym stanowisku pracy. Potem mierzy się poziom wykonania pracy w ramach każdego komponentu, by wreszcie – poprzez ich kombinację – ustalić syntetyczne kryterium sukcesu pracy. Za pomocą tak sprawdzonych testów można analizować przydatność pracowników do poszczególnych elementów, jak i do całości pracy. Jest to metoda użyteczna w selekcji małych grup.

Na etapie piątym określana jest użyteczność predyktorów. Jej miarę stanowią następujące kryteria:

(1) rzetelność predyktora;
(2) wskaźnik selekcyjny, określający proporcję przyjętych do odrzuconych;
(3) koszt procedury selekcyjnej.

Etap szósty jest etapem ponownej analizy.

Drugą, mniej popularną niż selekcja procedurą rekrutacji kandydatów do pracy jest procedura dopasowywania stanowisk i ludzi. Wyróżnia się w niej dwa rodzaje postępowania: **alokację** (rozmieszczanie) i **klasyfikację**. Alokacja polega na przydzielaniu ludzi do odpowiedniego zestawu stanowisk na podstawie jednego predyktora sukcesu w pracy, jakim może być na przykład spostrzegawczość. Klasyfikacja natomiast polega na przydzielaniu ludzi do określonego zestawu stanowisk na podstawie dwóch lub więcej predyktorów sukcesu w pracy. Jest ona rzadziej stosowaną procedurą ze względu na trudność znalezienia więcej niż jednego istotnego predyktora sukcesu.

Między selekcją i klasyfikacją zachodzi zasadnicza sprzeczność. Selekcja stawia na pierwszym planie interes pracodawcy, klasyfikacja zaś – interes pracownika. W związku z tym procedury rozmieszczenia i klasyfikacji rzadko stosuje się w zakładach pracy, a częściej w instytucjach świadczących otwarte usługi z zakresu doradztwa zawodowego.

50.4.2.2 Ocena personelu

Ocena personelu z punktu widzenia pracodawców jest najbardziej podstawowym i nieuniknionym narzędziem kontroli efektywności organizacji. Z punktu widzenia pracobiorców jest ona najmniej lubianym aspektem życia organizacyjnego, mimo że nieformalnie każdy człowiek niemal zawsze jest przez kogoś oceniany. Psychologia pracy zajmuje się ocenami formalnymi, polegającymi na systematycznym przeglądzie poziomu wykonania zadań przez pracowników w celu ewaluacji efektywności ich pracy. Procedury oceny (ewaluacji) realizują trzy cele:

(1) cel administracyjny, służący podwyższaniu kwalifikacji, promocji, przesunięciom pracowników między stanowiskami oraz polityce płacowej;
(2) cel związany z poprawą jakości i ilości pracy, na przykład poprzez szkolenie personelu;
(3) cel badawczy, związany z zastosowaniem wyników ewaluacji do walidacji programów selekcji i szkolenia personelu.

Niektóre procedury oceny, takie jak **ośrodki oceny**, mogą pełnić funkcję metod ewaluacyjnych i szkoleniowych jednocześnie.

Istnieją trzy zasadniczo różne miary/kryteria oceny pracy: obiektywne dane produkcyjne, dane personalne oraz dane szacunkowe. Obiektywne dane produkcyjne opierają się głównie na wskaźnikach „ilości pracy", nie są zatem absolutnie idealnym kryterium wykonania pracy. Obok ilości często liczy się również „jakość" pracy. Dane personalne są to informacje oceniające, uzyskiwane zwykle przez wyspecjalizowane służby kadrowe. Najczęściej stosowanymi kryteriami sukcesów w pracy (poziomu wykonywania) są takie miary, jak: absencja, fluktuacja, wypadki, lojalność, punktualność, rzetelność (pracy). Istotnym problemem pozostaje kwestia wartości, trafności i rzetelności owych miar jako kryterium poziomu wykonania pracy.

Najpopularniejszym, najłatwiejszym i zarazem najbardziej zawodnym źródłem informacji wykorzystywanym w ewaluacji pracy są dane szacunkowe. Ponad 60% kryteriów ewaluacyjnych stosowanych w psychologii pracy stanowią różnego rodzaju szacunkowe oceny wykonywane przez przełożonych. Inne stosowane systemy ocen to: graficzne skale szacunkowe, metody porównywania pracowników, metody rangowania, porównywania parami, listy kontrolne, skale obserwacyjne, analiza wypadków krytycznych, samoocena oraz oceny współpracowników.

Jedną z najdoskonalszych technik obiektywizacji ocen pracowników jest **metoda ośrodków oceny. Stanowi ona wielowymiarową, a więc wykorzystującą kilka kryteriów równocześnie, metodę obserwacji indywidualnej bądź grupowej kandydatów w sytuacjach symulujących (imitujących) rzeczywiste środowisko, procesy oraz realne zadania pracy.** Ośrodki oceny koncentrują się na symulacji zadań, obowiązków oraz środowiska pracy, ze szcze-

gólnym uwzględnieniem interakcji społecznej w określonym przedziale czasu.

Symulowane zadania mają charakter indywidualny lub grupowy, w układzie ustrukturalizowanym bądź nie (Witkowski, 1995). Proces oceniania na podstawie imitowanej sytuacji pracy przebiega przez trzy kolejne fazy: fazę wyboru cech kryterialnych, czyli ustalenia „wzorca" cech kandydatów, fazę weryfikowania cech kandydatów na podstawie ustalonych wcześniej kryteriów zewnętrznych przy pomocy wystandaryzowanych technik oraz fazę integracji informacji o poszczególnych cechach kryterialnych.

Najważniejszym elementem procedury symulacyjnej jest ustalenie cech kryterialnych „wzorca" kandydata. Lista najczęściej ocenianych kompetencji obejmuje: kompetencje interpersonalne, intelektualne i komunikacyjne. Do **kompetencji interpersonalnych** należą (Motovidlo, 1994):

(1) przywództwo: umiejętność osiągania celów poprzez innych, kierowanie i motywowanie innych, ocenianie i korygowanie zachowań innych;
(2) zespołowość: kooperowanie z innymi, wytyczanie celów grupowych i organizacyjnych niezależnie od interesów własnych, ujawnianie zainteresowania potrzebami i uczuciami innych;
(3) przebojowość: wykazywanie inicjatywy, pobudzanie innych do akceptacji własnego punktu widzenia, umiejętność obrony własnego zdania;
(4) negocjacyjność: dążenie do wypracowywania decyzji eliminujących niezgodę, umiejętność wysłuchiwania innych i okazywania im szacunku, umiejętność rewidowania własnego stanowiska stosownie do zmieniających się informacji.

W wypadku **kompetencji intelektualnych** najczęściej oceniane są:

(1) organizacyjność: umiejętność adaptowania ujęć metodycznych do rozwiązywania wszystkich aspektów problemu, umiejętność przywiązywania adekwatnej uwagi do szczegółów;
(2) zorientowanie na źródła: natychmiastowe asymilowanie informacji; rozumienie powiązań między różnymi składnikami informacji, zdolność do nowych rozwiązań w razie konieczności; zdolność do twórczego rozwiązywania nawet bardzo trudnych problemów;
(3) motywacja: zdolność do wykonywania nadobowiązkowej pracy w celu rozwiązania problemu wykraczającego poza obszar osobistej odpowiedzialności, uporczywość w pokonywaniu przeszkód;
(4) odporność na stres: wykazywanie optymizmu nawet w sytuacji nacisku, umiejętność spokojnego i rozważnego reagowania na kryzysy, samokontrola i uwalnianie się od zahamowań emocjonalnych.

W wypadku **kompetencji komunikacyjnych** najczęściej oceniana jest:

(1) jasność komunikowania się w formie pisemnej: umiejętność jasnego formułowania myśli na piśmie, używanie odpowiedniego słownictwa i poprawnej gramatyki, znajomość oraz przestrzeganie odpowiednich form w memorandach, raportach bądź pismach;
(2) jasność komunikowania się w formie ustnej: jasne wypowiadanie się, odpowiednie słownictwo i poprawność gramatyczna, adekwatne stosowanie komunikacji niewerbalnej i języka ciała.

Symulacyjne metody oceny pracowników obejmują:

(1) Inwentarzowy Test Sytuacyjny (ITS) – kwestionariusz zawierający zwykle około 50 pozycji opisujących typowe problemy pracy. Zadaniem osoby ocenianej jest wybór jednej z kilku możliwości.
(2) Sytuacyjny Test Wideo (STW) – symulacja polegająca na przedstawianiu krótkich scenek, na których temat osoby badane mają napisać krótkie wypracowania.

(3) Ćwiczenia „koszyka" (ĆK; *in-basket*) – zestaw sytuacji, które oceniany opisuje z perspektywy przewidywanego własnego w nich zachowania.
(4) Symulacja Odgrywania Roli (SOR) – ćwiczenie polegające na graniu roli zwierzchnika w stosunku do „podwładnego".
(5) Ćwiczenia Grupowe (ĆG) – symulacje wykonywane wspólnie przez grupę.
(6) Studium Przypadku (SP) – zadanie, z którym osoba badana zapoznaje się przez jakiś czas, a następnie prezentuje własną propozycję rozwiązania.
(7) Prezentacja Formalna (PF) – zadanie pozwalające ocenianej osobie przedstawić swoje rozwiązanie jakiegoś problemu przed osobami oceniającymi (tak zwanymi asesorami).
(8) Strukturyzowany Wywiad Zachowania (SWZ) – semisymulacja, czyli przedstawienie – na podstawie pytań standardowych – własnych zachowań w sytuacjach podobnych do tych, jakie mogą zdarzyć się w pracy.

Poszczególne symulacje dostarczają nieco innych informacji, co pokazuje tabela 50.1. Badania przeprowadzone za pomocą metaanalizy dowiodły, że ośrodki oceny są rzetelnym predyktorem skuteczności menedżerów w pracy kierowniczej (Gaugler, Rosenthal, Thornton i Bentson, 1987).

50.5

Dehumanizacja pracy i bezrobocie

Praca jest dla człowieka także źródłem stresów i napięć obniżających poczucie jakości życia. Problemy dehumanizacji pracy, czyli **patologii pracy,** związane są zarówno z nadmiarem zadań, z ich emocjonalnymi skutkami, jak i z niedoborem zadań, z bezczynno-

TABELA 50.1

Wymiary „wzorca" oraz diagnozujące je techniki symulacji

WYMIARY / KRYTERIA	TECHNIKI SYMULACJI							
	ITS	STW	ĆK	SOR	ĆG	SP	PF	SWZ
Przywódczość	x	x	x	x	x			x
Zespołowość	x	x	x	x	x			x
Negocjacyjność	x	x	x	x	x			x
Organizacyjność			x	x	x	x		x
Orientacja na źródła			x			x		x
Motywacja	x	x	x			x		x
Odporność na stres					x		x	x
Komunikatywność pisemna			x				x	
Komunikatywność werbalna				x	x		x	x

Uwaga. Opis symboli przedstawiono w tekście.

ścią zawodową oraz bezrobociem. W jednym i drugim wypadku skutkiem są zaburzenia zdrowia psychicznego i ogólnego dobrostanu.

50.5.1
Aktywność zawodowa a zdrowie psychiczne

Aktywność zawodowa może nieść ze sobą również negatywne skutki. W wypadku gdy pracy jest zbyt dużo, zagrożone zostają mechanizmy radzenia sobie z wymaganiami pracy. Patologiczne skutki pracy mogą przybierać różne stopnie natężenia, począwszy od zwykłego obciążenia pracą do skrajnego przeciążenia i wypalenia zawodowego.

Psychiczne obciążenie pracą (*mental work-load*) jest pojęciem wielowymiarowym, które może być różnie definiowane. Po pierwsze, może ono być wyrażone liczbą wymaganych zadań, jakie pracownik musi podjąć, niezależnie od wykonywanego już zadania głównego. Po drugie, może być ono wyrażone zarówno w terminach subiektywnie odczuwanego stanu (na przykład trudności zadania), jak i w terminach obiektywnych konsekwencji (na przykład zmniejszenia się dokładności pracy). Po trzecie, może być wyrażone zakresem uwagi wymaganej przez dane zadanie, a w konsekwencji przez zakres uwagi, która może być zredukowana podczas wykonywania innych zadań. Po czwarte, może oznaczać presję czasu, czyli deficyt czasu wymaganego do wykonania serii zadań. Po piąte, może oznaczać ten aspekt sytuacji zadania, który sprawia, że wykonujący je podmiot wymaga większej liczby informacji o samym zadaniu (Biela, 1990).

Przeciążenie pracą (*work-overload*) jest zawsze objawem przekroczenia możliwości adaptacyjnych organizmu i – w przeciwieństwie do obciążenia pracą – jest to stan reakcji jednowymiarowej. Jeśli praca wykonywana jest zbyt intensywnie, może ona prowadzić do emocjonalnego wyczerpania, czyli wypalenia zawodowego (Schaufeli, Maslach i Marek, 1993).

50.5.1.1
Obciążenie i przeciążenie pracą

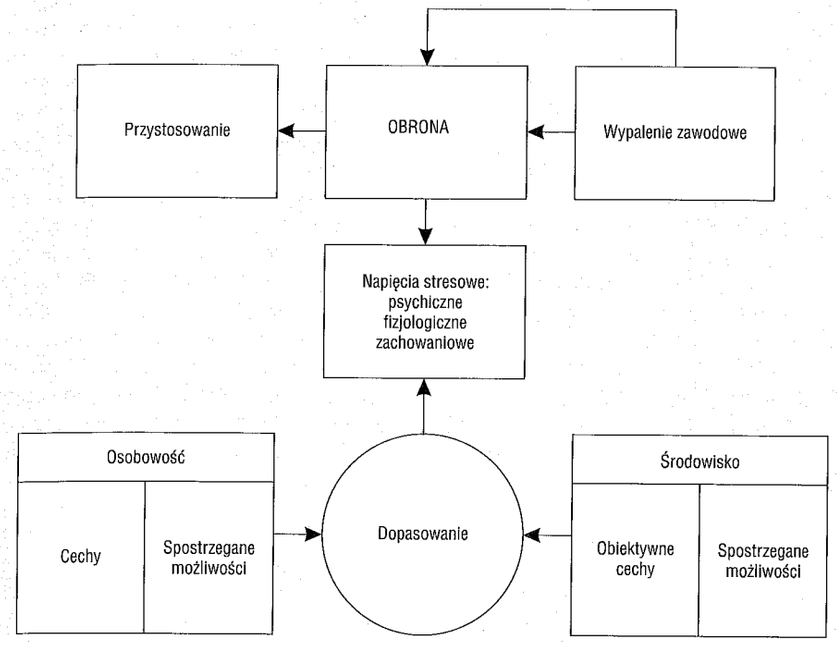
Obciążenie pracą nie we wszystkich okolicznościach jest zjawiskiem patologicznym, ponieważ może być jedynie zjawiskiem patogennym. Oznacza to, że obciążenie pracą może niekiedy wywoływać w organizmie człowieka stany pozytywne. Przykładem może być tu cały szereg prac o charakterze wigiliancyjnym (czuwania), w których głównym stresorem jest monotonia i brak rytmu (Iskra-Golec i in., 1998). W wielu zawodach duże obciążenie pracą jest czasami akceptowanym i aktywnie wykorzystywanym aspektem pracy w budowaniu przez pracowników własnej tożsamości zawodowej i etosu pracy.

W przeciwieństwie do obciążenia pracą, zdecydowanie niekorzystnym zjawiskiem jest przeciążenie pracą. Obciążenie i przeciążenie to dwa przeciwstawne aspekty tego samego zjawiska. Przeciążenie zawsze wiąże się z przekroczeniem punktu krytycznego, poza którym nie ma już dla organizmu człowieka żadnych pozytywów, lecz wyłącznie skutki patologiczne.

Ilościowe przeciążenie pracą (obiektywne) jest zagrożeniem dla zdrowia fizycznego. Istnieje silny związek między wskaźnikami przeciążenia ilościowego i zaburzeniami układu krążenia. Zawody związane z ilościowym przeciążeniem pracą stwarzają również pewne ryzyko zaburzeń w stanie zdrowia psychicznego. Ilościowe przeciążenie pracą utrudnia między innymi relaksację po pracy. Osoby zmęczone z powodu zbyt dużej ilości pracy mają trudności z życiem „na luzie" w czasie wolnym od pracy (Kasl, 1987).

50.5.1.2
Wypalenie zawodowe

Intensywne, występujące dzień po dniu, osobiste zaangażowanie w problemy ludzkie powoduje silne napięcia nerwowe. Jak zauważa Maslach (1994), proces wypalania się (*burnout*) jest nieuchronną konsekwencją destrukcji, która zachodzi w psychice osób nadmiernie eksploatujących swoje siły w dawaniu siebie innym.



Mechanizm wypalenia zawodowego w modelu indywidualno-środowiskowego dopasowania

RYCINA 50-6

Syndrom wypalenia obejmuje takie reakcje, jak utrata troski o drugiego człowieka, obniżone morale, zmniejszona motywacja i chęć działania, przesadne dystansowanie się wobec problemów. Wypalenie zawodowe przybiera dwa oblicza. Po pierwsze, jest to rodzaj ogólnego stresu społeczno-kulturowego, przeżywanego jako ogólne rozczarowanie egzystencjalne. Po drugie, jest to rodzaj specyficznego stresu zawodowego (por. ryc. 50-6), ściśle związanego z konkretnymi warunkami pracy, stałym zmaganiem się z odpowiedzialnością, zagrożeniem. **Wypalenie egzystencjalne** i wypalenie zawodowe wzajemnie się warunkują. Z jednej strony syndrom wypalenia egzystencjalnego najczęściej pojawia się w wieku średnim – jako efekt pierwszego globalnego bilansu osiągnięć życiowych. Z drugiej strony tłem dla zauważanej rozbieżności między celami dążeń a spostrzeganymi osiągnięciami są przede wszystkim rezultaty kariery zawodowej. Jeżeli rozbieżność jest duża i stała, rodzi się poczucie krzywdy, brak sensu życia, niezadowolenie z pracy oraz wrażenie ofiary składanej społeczeństwu.

W wypadku wypalenia zawodowego złość i gniew nie są wyrazem buntu wobec społeczeństwa, lecz chronicznego wyczerpania psychicznego, poczucia wykorzystania przez

innych, poczucia wstydu, samoobwiniania się w wyniku utraty poczucia kontroli, poczucia braku głębszego sensu działania. Wypalenie zawodowe jest więc rezygnacją, pogodzeniem się, „odpuszczeniem", dezorientacją w tym, kogo należałoby winić za istniejący stan rzeczy. O ile wypalenie egzystencjalne jest reakcją kryzysową (a więc przemijającą) w efekcie porównywania własnych osiągnięć, w tym osiągnięć zawodowych, do aktualnie realizowanych w danej kulturze standardów, o tyle wypalenie zawodowe jest tak zwaną „chorobą nadmiernego zaangażowania się" w wyniku porównywania celów, wartości, fizycznych oraz psychicznych kosztów pracy z nastawieniami, spostrzeżeniami i możliwościami konkretnej sytuacji pracy.

Najważniejszymi czynnikami wypalenia zawodowego są: niski prestiż zawodu, anonimowość, wysokie wymagania pracy w stosunku do otrzymywanych z tego tytułu gratyfikacji. Wypalenie zawodowe powoduje konkretne zmiany w percepcji i w zachowaniu się wobec drugiego człowieka – pacjenta, współpracownika, współmałżonka (Sęk, 1996). Symptomami wypalenia zawodowego są: zanik entuzjazmu do pracy, niestabilność uczuć, niedosyt, poczucie utraty tego, co dotychczas stanowiło w pracy atrakcyjne wyzwanie, traktowanie zajęć dotąd atrakcyjnych jako zajęć kojarzących się z przymusem, zwlekanie z wykonywaniem dotychczas łatwo wykonywanych czynności, irytacja itd.

Mechanizm wypalenia zawodowego działa na zasadzie błędnego koła przyczyn i skutków (symptomy wypalenia są przyczyną i skutkiem). Wzajemne oddziaływanie skutków i przyczyn wypalenia przebiega w trzech fazach (Maslach, 1994):

(1) W fazie pierwszej występuje nadmierne i długotrwałe obciążenie pracą, którego człowiek nie jest w stanie pokonać poprzez zwykłą aktywność. Rezultatem jest zmęczenie, irytacja i emocjonalne wyczerpanie.
(2) W fazie drugiej pojawiają się negatywne, zdehumanizowane formy zachowania się wobec współpracowników – cynizm, apatia i sztywność działania. Są one negatywną obroną przed stresem, przejawianą w formie emocjonalnego dystansowania się wobec problemów zawodowych.
(3) W fazie trzeciej, zwanej przez Maslach (1994) „wypaleniem terminalnym", występują już trwałe zmiany w postawach i motywacji.

Sposoby przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu pokrywają się z umiejętnościami rozpoznawania przyczyn i skutków. Jego konsekwencje mogą zostać zlikwidowane przez adekwatne poznanie własnej osobowości w kontekście konkretnego środowiska pracy. Drugim podstawowym sposobem radzenia sobie jest emocjonalne dystansowanie się, obejmujące takie techniki, jak semantyka pracy, intelektualizacja, izolowanie sytuacji, wycofywanie się z pracy oraz zmiana stylu życia. Emocjonalne dystansowanie się prowadzi do obiektywizacji sytuacji pracy.

Najbardziej niezawodnym sposobem zapobiegania wypaleniu zawodowemu jest kultywowanie odpowiedniego stylu życia. Zaburzenia emocjonalne i psychiczne są rezultatem alienacji z naturalnego rytmu życia. Najistotniejszą sprawą jest doprowadzenie w doświadczaniu codzienności do maksimum harmonii i autentyczności. Najbardziej sprawdzonym sposobem na zdrowe i szczęśliwe życie jest optymizm i humor. Ścisłe powiązanie humoru i optymizmu z mechanizmami stresu sprawia, że są one skutecznym remedium osłaniającym jednostkę zarówno przed nudą i monotonią, jak i przed jakościowym oraz ilościowym przeciążeniem pracą. Na koniec ważne jest również to, że optymizmu i humoru można się nauczyć (Selingman, 1993).

50.5.2
Dyskryminacja w zatrudnieniu i bezrobocie

Coraz częściej praca staje się dobrem nie dla wszystkich jednakowo dostępnym. Psychologia zmaga się z problemami **dyskryminacji w pracy,** zarówno w kontekście stosowanych procedur selekcyjnych, ewaluacyjnych i szkoleniowych, jak i w kontekście traktowania ludzi pod względem płci, wieku, pochodzenia społecznego, przeszłości kryminalnej i niepełnosprawności. Problemy te stają się coraz ważniejsze z punktu widzenia nie tylko tak zwanej „politycznej poprawności", ale również z powodu powiększania się tak zwanych grup zagrożenia, na przykład ludzi starych. C. J. Bartlett (1978) dokonał analizy procesu szkolenia zawodowego i wykazał, że dyskryminacja może być związana z każdym jego elementem, a więc z założeniami procedur selekcyjnych, ze sposobem kierowania na szkolenie, z decyzjami dotyczącymi warunków zaliczenia, awansowania, przeniesienia na inne stanowisko pracy.

50.5.2.1
Nierówne szanse zatrudnienia

Problem dyskryminacji w pracy i w zatrudnieniu najczęściej występuje pod nazwą **równych szans zatrudnienia (*equal employment opportunity* – EEO). Pod pojęciem tym rozumie się jednakowy dostęp do pracy i równość w wynagrodzeniu za pracę, o ile nie jest to związane z różnicami w poziomie wykonania zadań, to jest jakością, wydajnością, efektywnością czy produktywnością pracy.** W wielu krajach prawo zabrania praktyk dyskryminacyjnych, opartych na kryteriach niezwiązanych z pracą, w odniesieniu do takich czynników, jak niepełnosprawność, wiek czy płeć. W Polsce problem ten reguluje między innymi Kodeks pracy. Zasada równych szans zatrudnienia nie oznacza, że zabronione jest odmienne traktowanie aktywności pracowników. Jest rzeczą oczywistą, że **równe możliwości** implikują **nierówne rezultaty**, ponieważ ludzie różnią się pod względem zdolności, wysiłku wkładanego w wykonywane zadania i efektywności działania. Na podstawie tych różnic jedni pracownicy mogą zajść w karierze zawodowej dalej niż inni. Prawo wymaga jedynie, aby wszyscy mieli jednakowe możliwości wykonywania pracy, obejmujące procedury selekcji, szkolenia, adaptacji, promocji, rozmieszczenia i oceny. Dyskryminacja w zatrudnieniu nie jest równoznaczna z uprzedzeniami. Dyskryminacja jest działaniem, podczas gdy uprzedzenie to postawa mentalna (zob. rozdz. 47.).

Dyskryminacja w pracy może pojawiać się bez konkretnej intencji, a więc również bez uprzedzeń, i odwrotnie. Regulacje prawne w zakresie EEO dotyczą konkretnych praktyk dyskryminacyjnych, a nie postaw i uprzedzeń obserwowanych w środowisku pracy.

Stosowanie zasad EEO przynosi liczne korzyści. Z psychologicznego punktu widzenia EEO przyczynia się do lepszego wykorzystania potencjału osobowości, budowania stabilnego obrazu siebie i uczestniczenia w życiu społecznym na zasadach wartościowego członka społeczeństwa. Urzeczywistnianie równych szans zatrudnienia jest psychologicznie, społecznie i ekonomicznie procesem bardzo kosztownym. Równe szanse oznaczają z jednej strony zwiększone koszty obsługi prawnej oraz dodatkowe podatki, które na przykład w Polsce zasilają Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Z drugiej strony EEO pociąga za sobą konieczność rezygnacji z niektórych nabytych przez pracowników przywilejów, jak prawo wyboru pracy zgodnie z własnymi preferencjami lub „prawo senioralności", czyli przywilej związany z wysługą lat. Co do zasady EEO, istnieje powszechna zgoda, brak jej jednak co do tego, kto i jakie koszty powinien ponosić. Z perspektywy poznawczej psychologię interesują zmiany mentalne potencjalnych i rzeczywistych beneficjentów EEO. Nadmierna protekcja w dostępie do zatrudnienia i w środowisku pracy kształtuje postawę roszczeniową oraz wywołuje efekt zwany „odwróconą dyskryminacją". To ostatnie zjawisko oznacza dyskryminację osób nieobjętych programami tak zwanych „akcji afirmacyjnych", czyli pomocy dla grup zagrożenia nierównymi szansami zatrudnienia.

Grupy zagrożenia tworzą osoby niepełnosprawne, młodzież zaraz po ukończeniu szkoły, osoby w starszym wieku (już po czterdziestym roku życia), kobiety oraz osoby z określoną przeszłością. Akcje afirmacyjne przyjmują rozmaite formy, takie jak subsydiowane programy terapeutyczne, programy szkoleniowe dla absolwentów szkół, kluby pracy, subsydiowane wydziały pracy chronionej, prace interwencyjne, bezpłatne doradztwo zawodowe, dotacje do nowo tworzonych stanowisk pracy, ulgi podatkowe, proporcjonalne kwoty zatrudnienia.

Największe problemy psychologiczne, związane z dyskryminacją w dostępie do pracy, mają osoby z dysfunkcjami fizycznymi (Larkowa, 1987) i psychicznymi (Kowalik i Bańka, 1998). Ich potrzeby i możliwości w odniesieniu do pracy zawodowej odbiegają od „przeciętnych". Nie oznacza to, że osoby niepełnosprawne nie aspirują do „normalnej" aktywności zawodowej, jaka jest udziałem ludzi zdrowych.

50.5.2.2
Psychologiczne problemy bezrobocia

Jedną z konsekwencji nierównych szans zatrudnienia jest **bezrobocie. Występuje ono zawsze wtedy, gdy jednostka chce pracować, a nie może, ponieważ nie ma dla niej zatrudnienia.** Ludzie na całym świecie borykają się z problemem znalezienia pracy (nawet w krajach najwyżej rozwiniętych bezrobocie na poziomie 10% nie jest wcale rzadkością). Bezrobocie najczęściej spostrzegane jest z perspektywy ekonomicznej, jako że od pozycji gospodarczej danego kraju zależy ilość i jakość potencjalnych stanowisk pracy (tak zwanych wakatów). Jednak podstawowym kryterium oceny ekonomicznych aspektów bezrobocia jest doświadczane przez ludzi poczucie jakości życia. Bycie zatrudnionym lub bezrobotnym stanowi podstawowy wymiar poczucia jakości życia (Ratajczak, 1995).

Pierwsze badania nad psychologicznymi skutkami bezrobocia przeprowadzono w latach trzydziestych. Najstarsza koncepcja psychologicznych skutków bezrobocia sformułowana została przez Mary Jahodę (1982). Według tej autorki, podstawową funkcją pracy jest dostarczanie dochodu, ale rekompensaty finansowe za utratę pracy nie są wystarczającym substytutem utraty pracy. Praca jest czynnikiem strukturalizującym poczucie czasu, jest stymulatorem rozwoju uzdolnień, stymulatorem rozwoju obrazu samego siebie oraz stymulatorem różnych aktywności życiowych. Długotrwałe bezrobocie wywołuje napięcia psychiczne oraz postawę rezygnacji. Koncepcja ta nazywana jest teorią deprywacji. Oczywiście, nie wyjaśnia ona wszystkich możliwych przypadków reakcji na utratę pracy. Często jest tak, że osoba, która utraciła pracę bardzo nielubianą, fakt ten wartościuje pozytywnie (Skarżyńska, 1995a).

Inną koncepcją bezrobocia jest teoria fazowa Ezzy'ego (1993). Dostrzega on analogię między wpływem witamin na zdrowie fizyczne a wpływem cech środowiska na zdrowie psychiczne. Reakcje na utratę pracy przebiegają w trzech fazach: szoku, pesymizmu i lęku. Ich przebieg reguluje dziewięć czynników środowiskowych (witamin): możliwość kontroli, możliwość wykorzystania posiadanych umiejętności, istnienie zewnętrznie stawianych celów, zróżnicowanie, czystość środowiska, dostępność środków pieniężnych, bezpieczeństwo fizyczne, możliwość kontaktów interpersonalnych oraz zajmowanie cenionej pozycji społecznej. Psychiczne skutki bezrobocia zależą od rodzaju utraconego czynnika (witaminy). Wedle tej teorii, nie istnieją jakościowe różnice między osobami aktywnymi zawodowo a bezrobotnymi. Zdrowie psychiczne osoby bezrobotnej zależy bowiem od tego, co straciła w wyniku utraty pracy.

Osoby długotrwale bezrobotne zazwyczaj mają za sobą wiele nieudanych prób rozwiązania swojej sytuacji zawodowej, co wzmacnia poczucie braku sprawstwa. Z jednej strony prowadzi to do efektu wyuczonej bezradności, z drugiej zaś – do zaburzeń w odbiorze informacji i przetwarzaniu ich w umyśle. Wraz z przedłużającą się bezczynnością zawodową narastają problemy związane z koncentracją uwagi, orientacją w rzeczywistości, narasta

też poczucie „zużycia" i odrębności. Poczucie odrębności wywołuje u bezrobotnych silne negatywne emocje, które prowadzą do izolacji. Osoby takie zaprzestają poszukiwań własnej odrębności i tym samym dodatkowo zmniejszają swoją ogólną aktywność w obszarze zadań wymagających konkurowania z innymi na rynku pracy. Spostrzeganie siebie jako „dewianta" prowadzi do zachowań zgodnych z regułą samospełniającego się proroctwa.

Procesy destrukcyjne, którym poddaje się osoba w wyniku długotrwałego bezrobocia, przyczyniają się do pogorszenia zdrowia psychicznego, mierzonego takimi wskaźnikami, jak: poczucie szczęścia, swoboda działania, zadowolenie z życia, ogólny dobrostan, lęk i depresja (Czapiński, 1994; Derbis i Bańka, 1998). Z badań wynika również, że pozostawanie bez pracy przez długi czas zwiększa nieznacznie ryzyko pojawienia się zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych. Dowiedziona została większa podatność bezrobotnych na alergie, zaburzenia w układzie oddechowym, trawiennym i naczyniowo-sercowym (Kasl, 1987).

50.6
Rozwój zawodowy i doradztwo zawodowe

Jednym z najstarszych i najbardziej podstawowych celów psychologii pracy jest niesienie ludziom pomocy w przystosowaniu się do rynku pracy. Cel ten realizuje ona dwoma sposobami. Z jednej strony stara się wpływać na świadomość zawodową i optymalny wybór zawodu, a z drugiej – na sposoby radzenia sobie ze stresem zawodowym, niezdecydowaniem życiowym i bezrobociem. Podstawą rozwiązywania wymienionych problemów są psychologiczne teorie rozwoju zawodowego w ciągu życia.

50.6.1
Rozwój zawodowy

Ogół teorii rozwoju zawodowego człowieka podzielić można na dwie kategorie. Pierwsza, wcześniejsza, wiąże się z programami interwencji psychologicznej, adresowanymi do młodzieży w celu właściwego wyboru zawodu (Czerwińska-Jasiewicz, 1993). Druga, historycznie późniejsza, wiąże się z programami psychologicznego wspomagania dorosłych w zakresie rozwoju ogólnych zdolności radzenia sobie z problemami zawodowymi (*general employability skills* – Herr, 1997).

Zasadniczym celem poszukiwań teoretycznych w ramach pierwszego nurtu było wykrycie i wyjaśnienie ogólnych prawidłowości rozwoju psychicznego jednostki z perspektywy pracy zawodowej. W ramach drugiego nurtu celem było sformułowanie najskuteczniejszych programów praktycznego rozwoju ogólnych zdolności adaptacyjnych (samodyscypliny, rzetelności, przewidywalności, odpowiedzialności, umiejętności uczenia się, radzenia sobie ze stresem) z perspektywy optymalnej ścieżki kariery w ciągu życia (Arnold, 1997). Różnica między tymi dwiema orientacjami teoretycznymi polega na tym, że wcześniejsza ma charakter ogólnoteoretyczny i koncentruje się na kontekście wyjaśniania, druga zaś ma charakter normatywny i koncentruje się na kontekście przewidywania (predykcji).

50.6.1.1
Psychologiczne teorie rozwoju zawodowego

Pionierem teorii rozwoju zawodowego jest Parsons (1909). Jego teoria cechy i czynnika (*trait-and-factor theory*) stała się na przestrzeni kilkudziesięciu lat punktem odniesienia licznych koncepcji rehabilitacji zawodowej, takich jak program rehabilitacji weteranów po I wojnie światowej czy YMCA (Super, 1972). Teoria ta rozwinęła się równocześnie z psychologiczną teorią testów w ramach tak zwanego ruchu psychometrycznego. Zakła-

da ona, że jednostka jest wyposażona w stały i niepowtarzalny wzór zdolności oraz cech osobowości, które obiektywnie mogą być zmierzone i skojarzone z obiektywnymi wymaganiami zawodów. Zakrojone na niezwykle szeroką skalę badania Thorndike'a i Hagena (1959), prowadzone w odstępie dwunastoletnim, wykazały znikomą trafność prognostyczną diagnoz stawianych na podstawie uzyskanych wyników. Testy psychologiczne nie wystarczają do snucia niezawodnych prognoz sukcesów w karierze zawodowej.

Teoria Ginzberga, Ginzburga, Alexandra i Herma (1951) była z kolei pierwszą teorią rozwoju zawodowego, przedstawiającą problem z perspektywy rozwoju człowieka w ciągu życia (*life span*). Ich zdaniem, proces wyboru zawodu ma w istocie charakter rozwojowy i obejmuje okres od 6 do 10 lat życia. Rozpoczyna się on mniej więcej około 11. roku życia i kończy w wieku około 17 lat. Wybór zawodu przebiega przez trzy stadia: fantazji, próby i realizmu (por. tab. 50.2).

Okres realistyczny dzieli się na trzy stadia: eksploracji, krystalizacji i samookreślenia. Indywidualne wzory kariery zawodowej ulegają zróżnicowaniu wskutek dwóch przyczyn:

(1) wczesny rozwój dobrze skrystalizowanych uzdolnień powoduje odchylenie od normalnego wzorca rozwoju zawodowego;
(2) nadejście stadium realistycznego może ulec odroczeniu w czasie pod wpływem niestabilności emocjonalnej, problemów osobowościowych czy trudności ekonomicznych.

Teoria rozwoju zawodowego Anny Roe (1956) podkreśla wpływ stosunków wewnątrzrodzinnych oraz znaczenie wczesnych doświadczeń dziecięcych. Dzieli ona zawody na dwie kategorie: zawody zorientowane na ludzi oraz zawody zorientowane na rzeczy (por. tab. 50.3). Na wybór zawodu wpływa styl sprawowania opieki rodzicielskiej. Kształtuje on hierarchię potrzeb przyszłych dorosłych stylów życiowych. Na przykład, osoby wybierające pracę z ludźmi wzrastają zazwyczaj w rodzinie zdominowanej ciepłymi, opiekuńczymi wzorami wychowania. Natomiast osoby wybierające pracę z rzeczami wychowują się w rodzinach, w których klimat stosunków między rodzicami a dzieckiem jest zdominowany przez zimne i luźne kontakty wewnątrzrodzinne.

Wybór określonej kategorii zawodowej jest uzależniony od specyficznej struktury potrzeb jednostki, natomiast osiągnięcia w wybranym zawodzie są funkcją jej zdolności i statusu ekonomicznego.

TABELA 50.2

Rozwój zawodowy według Ginzberga

STADIUM	CECHY CHARAKTERYSTYCZNE
Stadium fantazji: dzieciństwo przed 11. rokiem życia	Orientacja wyłącznie na grę; pod koniec stadium zabawa orientuje się na pracę
Stadium próby: wczesna młodzieńczość od 11. do 17. roku życia	Procesy przejściowe nacechowane zauważaniem zdolności, wymagań pracy, wartości pracy oraz perspektyw pracy
Stadium realizmu: młodzieńczość powyżej 17. roku do okresu dorosłości	Integracja uzdolnień i zainteresowań, rozwój systemu wartości, wybór zawodu

TABELA 50.3

Typologia zawodów wraz z przykładami

ZAWODY ZORIENTOWANE NA LUDZI	ZAWODY ZORIENTOWANE NA RZECZY
1. Usługi świadczone innym ludziom	1. Zawody techniczne – produkcja, remonty, transport
2. Biznes – kontakty typu „twarz w twarz"	2. Zawody wykonywane na wolnym powietrzu – rolnictwo, leśnictwo, górnictwo
3. Kierowanie ludźmi – przemysł, handel itd.	3. Nauka – teoria i zastosowania naukowe
4. Kultura – edukacja, dziennikarstwo, polityka	
5. Sztuka i reklama – aktywna twórczość artystyczna	

TABELA 50.4

Stadia rozwoju zawodowego oraz odpowiadające im postawy i zachowania

STADIA ROZWOJU ZAWODOWEGO	CHARAKTERYSTYCZNE ZACHOWANIA I POSTAWY
Wzrost (od narodzin do 14.–15. roku życia): charakteryzuje się rozwojem uzdolnień, postaw, zainteresowań i potrzeb ogólnie związanych z obrazem samego siebie.	Krystalizacja (od 14. do 18. roku życia), czyli rozwój procesów poznawczych, formułujących ogólne cele rozwoju zawodowego poprzez uświadamianie sobie dostępnych zasobów, uwarunkowań, zainteresowań, wartości i planów względem preferowanych zawodów.
Eksploracja (od 15. do 24. roku życia): charakteryzuje się fazą prób, w trakcie których wybory dotyczące kariery zawodowej ulegają zawężeniu, ale jeszcze nie finalizacji.	Specyfikacja (od 18. do 21. roku życia), czyli przechodzenie od wstępnych, prowizorycznych preferencji zawodowych do konkretnych upodobań zawodowych.
Stabilizacja (od 25. do 44. roku życia): charakteryzuje się poszerzaniem i stabilizacją doświadczenia pracy.	Wdrażanie (od 21. do 24. roku życia), czyli gromadzenie i uzupełnianie wykształcenia zawodowego oraz wkraczanie w realną rolę zawodową.
Podtrzymanie (od 45. do 64. roku życia): charakteryzuje się stałym dążeniem do poprawy pozycji i sytuacji zawodowej.	Stabilizacja (od 24. do 35. roku życia), czyli potwierdzanie wybranej kariery zawodowej w trakcie jej rzeczywistej realizacji, a poprzez aktywne wykorzystanie uzdolnień – udowodnienie słuszności decyzji dotyczącej wyboru zawodu.
Schyłek (po 65. roku życia): zdominowany jest decyzjami dotyczącymi zorganizowania sobie życia na emeryturze.	Konsolidacja (powyżej 35. roku życia), czyli stabilizacja kariery zawodowej przez awansowanie, znamiona statusu oraz starszeństwo.

Teoria rozwoju zawodowego D. Supera (1972) wyrasta z psychologii różnic indywidualnych oraz teorii cechy i czynnika. Centralną kategorią w tej teorii jest pojęcie własnej osoby. W kontekście zawodowym rozwija się ono wraz z rozwojem fizycznym i umysłowym, obserwacją pracy, identyfikacją z pracującymi dorosłymi. Stadia rozwoju zawodowego w ujęciu Supera przedstawia tabela 50.4. W miarę nabywania doświadczenia na tle realnego świata pracy formują się coraz bardziej **wysublimowane wzory tożsamości zawodowej** (por. tab. 50.5).

Super (1972) wprowadził dwa pojęcia, bardzo użyteczne w doradztwie zawodowym. Pierwsze z nich to pojęcie **dojrzałości zawodowej**, a drugie – **dojrzałości do kariery zawodowej**. Dojrzałość zawodowa jest miarą realizowania przez jednostkę zadań rozwoju zawodowego, charakterystycznych dla poszczególnych stadiów rozwoju człowieka w ciągu życia. Jest ona związana raczej

TABELA 50.5

Wzory kariery zawodowej dla kobiet i mężczyzn

WZORY KARIERY ZAWODOWEJ DLA KOBIET	WZORY KARIERY ZAWODOWEJ DLA MĘŻCZYZN
Kariera „gospodyni domowej" to wzór zdominowany doświadczeniami małżeńskimi jeszcze przed pojęciem kariery zawodowej.	Kariera stabilna, charakteryzująca się wczesnym wchodzeniem w pełnię kariery bez próbnego lub wstępnego, przygotowawczego okresu pracy – pracownicy wykwalifikowani, menedżerowie.
Kariera konwencjonalna to wzór charakteryzujący się podjęciem pracy po ukończeniu szkoły średniej, co stanowi swoistego rodzaju ucieczkę przed pozostaniem w domu po zamążpójściu.	Kariera konwencjonalna, charakteryzująca się eksperymentowaniem z pracą i zatrudnieniem, po którym następuje pełna stabilizacja – menedżerowie, wykwalifikowani robotnicy, urzędnicy.
Kariera stabilnej pracy to wzór charakteryzujący się podjęciem pracy po ukończeniu szkoły i traktowaniem pracy jako wypełnianie roli przypadającej na tę fazę życia.	Kariera niestabilna, charakteryzująca się próbnymi okresami pracy, które niekiedy mogą prowadzić do czasowej i krótkoterminowej stabilizacji zawodowej, po czym następują dalsze eksperymenty z pracą – średnio wykwalifikowani robotnicy, urzędnicy niższego szczebla.
Kariera dwutorowa to wzór charakteryzujący się podjęciem pracy po zamążpójściu oraz podbudowany przekonaniem o konieczności pogodzenia roli zawodowej z rolą gospodyni domowej.	Kariera wielokrotnych prób to wzór charakteryzujący się nieustabilizowanym zatrudnieniem, naznaczonym ciągłymi zmianami pracy – niewykwalifikowani robotnicy.
Kariera przerywana to wzór charakteryzujący się podjęciem pracy zawodowej, a następnie jej przerwaniem z chwilą zamążpójścia; w tym modelu istnieje możliwość powrotu do kariery zawodowej w sprzyjających okolicznościach.	
Kariera nieustabilizowana to typowy wzór kariery zawodowej dla ludzi o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, który charakteryzuje się podejmowaniem pracy i porzucaniem jej w zależności od okoliczności finansowych.	
Kariera powtarzanych prób to wzór kariery nieustabilizowanej, charakteryzującej się ciągłymi zmianami w zatrudnieniu.	

z inteligencją niż z biologicznym wiekiem jednostki. Czynniki dojrzałości zawodowej, takie jak planowanie, akceptacja odpowiedzialności, świadomość różnych aspektów życia zawodowego jednostki, są pozytywnie skorelowane z sukcesami zawodowymi w dorosłości. Dojrzałość do kariery zawodowej jest miarą samoświadomości, zdolności do planowania rozwoju oraz wiedzy o zawodach.

Teoria J. Hollanda (1985) definiuje rozwój zawodowy jako stopniowe kształtowanie się osobowościowych preferencji w relacji do środowisk zawodowych. Wyróżnia on sześć rodzajów środowisk oraz sześć odpowiadających im typów osobowości, zwanych **modalnymi preferencjami personalnymi**: realistyczny, badawczy, artystyczny, społeczny, przedsiębiorczy i konwencjonalny. Modalne style preferencji zawodowych kształtują się pod wpływem predyspozycji dziedzicznych oraz osobistych doświadczeń w środowisku życia. Krystalizacja zainteresowań zawodowych jest istotnym kryterium inteligencji oraz dojrzałości psychicznej. Każdemu typowi osobowości odpowiada określony typ orientacji personalnej oraz określone środowisko zawodowe. Wybór zawodu jest procesem dopasowywania przez jednostkę zainteresowań zawodowych do określonych środowisk i odwrotnie.

Teoria rozwoju zawodowego Predigera i Vansickle'a (1992) z *American College Testing* (ACT), jest obecnie najbardziej popularną platformą teoretyczną planowania kariery zawodowej w amerykańskich szkołach średnich ze względu na łatwość alokacji do zawodów, w porównaniu na przykład z **heksagonalnym modelem** Hollanda. Model ACT wyróżnia tylko cztery typy zawodów i odpowiadające im typy osobowości: zawody skoncentrowane na „danych", „ludziach", „rzeczach" i „ideach". Tworzą one dwa przeciwstawne sobie wymiary. Prace związane z „danymi" dotyczą zapisywania, weryfikowania i organizowania faktów odnoszących się do określonych produktów lub usług. Prace związane z „ideami" dotyczą twórczości, odkrywania, interpretowania; integrowania abstrakcji, teorii oraz wiedzy. Prace zorientowane na „ludzi" dotyczą wszystkiego tego, co pomaga modyfikować zachowania człowieka poprzez pomoc, edukację, usługi, wzmacnianie, motywowanie i kierowanie. Wreszcie prace zorientowane na „rzeczy" dotyczą zadań, w których główną rolę odgrywają narzędzia, maszyny oraz procesy fizyczne i biologiczne.

50.6.1.2 Preorientacja zawodowa

W doradztwie zawodowym wyróżnia się dwa odmienne nurty interwencji psychologicznej, wyrastające z dwóch odmiennych tradycji. Pierwszy wyrasta z tradycji profilaktyki społecznej. W ramach tego nurtu powstały instytucje zajmujące się **preorientacją zawodową** młodzieży, takie jak poradnie wychowawczo-zawodowe. Drugi nurt wyrasta z tradycji humanizacji pracy i pomocy bezrobotnym. W jego ramach powstały z kolei takie instytucje, jak biura pośrednictwa pracy – promujące bezpłatną informację o wolnych miejscach pracy – oraz publiczne i prywatne poradnie zawodowe dla dorosłych, udzielające informacji o posiadanych uzdolnieniach, wymaganych doświadczeniach zawodowych i możliwościach realizacji zainteresowań. Największe różnice w programach interwencji psychologicznej wyznacza granica dorosłości (zob. tab. 50.6).

Preorientacja zawodowa jako element procesu wspomagania rozwoju opiera się na założeniu, że w wyborze zawodu ważna jest wykazywana przez jednostkę znajomość zarówno jej własnych możliwości i postaw, jak i zawodów. Podstawą programów preorientacji zawodowej są teorie rozwoju zawodowego, związane z nimi testy zainteresowań zawodowych oraz informacje zawodoznawcze, takie jak charakterystyki zawodów sporządzane na podstawie analizy pracy.

Najpopularniejszą teoretyczną i diagnostyczną platformą preorientacji zawodowej jest koncepcja Hollanda (1985). Pozwala ona na dopasowanie indywidualnych orientacji personalnych do najbardziej optymalnych karier zawodowych. Według Hollanda (1996),

TABELA 50.6

Najważniejsze różnice między preorientacją zawodową a doradztwem zawodowym dla dorosłych

PREORIENTACJA ZAWODOWA	DORADZTWO ZAWODOWE DLA DOROSŁYCH
Wybór kariery zawodowej, a nie konkretnej pracy	Konkretny wybór i zmiana konkretnego zawodu
Wybór otwarty, w którym wszystkie możliwości kariery są możliwe	Wybór wymuszony, w którym możliwości kariery są ograniczone: rynkiem pracy, wiekiem, rodzajem dysfunkcji, doświadczeniem zawodowym
Brak osobistego doświadczenia zawodowego	Doświadczenie zawodowe i historia pracy
Brak symptomów nieprzystosowania	Problemy przystosowawcze wynikające z niepełnosprawności, wypalenia zawodowego, dwuzawodowego modelu rodziny, kryzysów życiowych

inteligencja formalna i inne zmienne osobowościowe są słabym predyktorem dopasowania do kariery zawodowej. Jego zdaniem, najlepszym predyktorem optymalnej kariery zawodowej są zainteresowania zawodowe jednostki. Inteligencja jest podwymiarem zainteresowań jednostki. Osoba mająca skrystalizowaną orientację personalną ujawnia tym samym swoją inteligencję.

U podstaw preorientacji zawodowej leży zasada wolnego wyboru zawodu – czyli świadomej i samodzielnej decyzji, odpowiadającej indywidualnym możliwościom i potrzebom jednostki, zgodnie z obiektywnymi warunkami społeczno-ekonomicznymi. Testy zainteresowań zawodowych należą do tych narzędzi w psychologii pracy, które są całkowicie wolne od zarzutów braku swobodnego wyboru i niespełniania kryterium równych szans zatrudnienia.

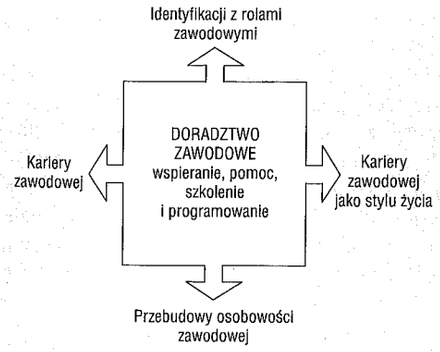
Do niedawna testy zainteresowań zawodowych były relatywnie efektywnym predyktorem dopasowania osobowości do zawodu oraz sukcesów w pracy. Niestety, w ostatnich kilku latach nastąpiły daleko idące zmiany na rynku pracy, w wyniku czego przestały one być rzetelnym predyktorem optymalnych karier. Stało się tak, ponieważ typologie zainteresowań zawodowych i związane z nimi typologie zawodów zaczęły tracić związek z rzeczywistym kryterium zewnętrznym, jakim jest zbiór wolnych miejsc (ofert) pracy (Bańka, 1995). „Wymieranie" zawodów (Reich, 1991) powoduje, że na przykład dla testów zainteresowań zawodowych znika rzeczywistość pracy, z którą jednostka identyfikuje się w procesie socjalizacji i dla której opracowano normy oceny (Roe, Hubbard, Hutchinson i Bateman, 1996). Obecnie jednostka traci punkt odniesienia rozwoju osobowości, a standardy psychometryczne są zawieszone w próżni. Psychologiczne typologie karier zawodowych dezaktualizują się z dnia na dzień. Sam Holland (1996) przyznaje, że transformacja prac czyni bardziej trafnym zastąpienie kariery „artystyczno-badawczej" – z jego typologii – karierą „usługi symboliczno-analityczne" – w terminologii Reicha (1991). Transformacja zawodów zmierza w kierunku zanikania zjawiska wyjaśnianego przez teorie rozwoju zawodowego. Proces ten jest, zdaniem Hollanda (1996), zasadniczym wyzwaniem,

z jakim przyszło zmagać się nie tylko poradnictwu zawodowemu, ale i całej psychologii rozwoju człowieka w ciągu życia.

50.6.2 Doradztwo zawodowe

Doradztwo zawodowe dla dorosłych dzieli się na otwarte (*counseling off the job*) oraz w miejscu pracy (*workplace counseling*). Doradztwo otwarte jest organizowane i finansowane przez instytucje niezależne od pracodawców. Jego znaczenie zależy od kontekstu makroekonomicznego, ponieważ wiąże się z dążeniem społeczeństw do ograniczania skutków zmienności i nieprzewidywalności rynku pracy.

Instrumentalnym celem doradztwa zewnętrznego jest optymalizacja alokacji ludzi w strukturze zawodów oraz w miejscu pracy. Celem społecznym jest z kolei wsparcie w osiąganiu identyfikacji zawodowej, promowanie zdrowego stylu życia, którego praca jest ważną częścią (zob. ryc. 50-7). Doradztwo w miejscu pracy jest finansowane przez pracodawców wewnątrz organizacji i stanowi część kultury organizacyjnej (Arnold, 1997).



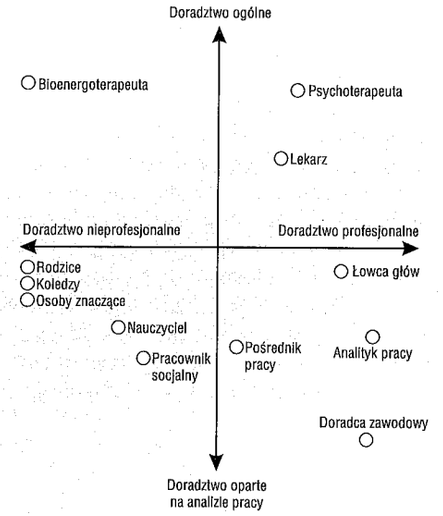
Funkcje doradztwa zawodowego

RYCINA 50-7

50.6.2.1 Doradztwo zawodowe otwarte

Czynnikami stwarzającymi potrzebę stosowania doradztwa zawodowego dla dorosłych są: niepełnosprawność, kryzysy psychospołeczne, chęć polepszenia sobie warunków życia, bezrobocie, dwuzawodowość małżeństw, czy wreszcie chęć zmiany pracy z powodu wypalenia zawodowego.

Podstawowym modelem doradztwa zawodowego dla dorosłych jest model konsultacyjny. Przewiduje on współpracę psychologa z innymi specjalistami – lekarzem, prawnikiem, analitykiem pracy. W modelu tym poszczególni specjaliści wykonują ściśle sprofilowane usługi doradcze względem siebie i względem osoby poszukującej pomocy w ramach „sieci pomocy" (*professional networks*) (por. ryc. 50-8). Pojęcie doradztwa (*counseling*) jako typu interwencji psychologicznej obejmuje dwa różniące się zadania: pośrednictwo pracy (*job placement*) i psychoterapię.



Sieć doradztwa zawodowego

RYCINA 50-8

Podstawowe cele psychologiczne w doradztwie zawodowym obejmują:

(1) identyfikację faktycznego położenia zawodowego i życiowego jednostki,
(2) ewaluację doświadczenia zawodowego i kwalifikacji,
(3) inwentaryzację i ocenę zainteresowań zawodowych,
(4) analizę potencjału osobowości i uzdolnień intelektualnych,
(5) ewaluację indywidualnych wartości, potrzeb i motywacji.

W wypadku osób zawodowo nieprzystosowanych użyteczny jest model rehabilitacyjny, który zakłada całościowy proces readaptacji do rynku pracy. Doradztwo zawodowe w modelu rehabilitacyjnym obejmuje trzy elementy: rehabilitację mentalną, społeczną i zawodową. Sekwencja pomocy obejmuje psychologiczną ocenę profilu zawodowego jednostki, przystosowanie jej potencjału osobowego do wymagań i możliwości określonego sektora rynku pracy oraz wypracowanie i wdrożenie optymalnej ścieżki kariery pracy.

Obydwa modele wzajemnie się uzupełniają. Model rehabilitacyjny jest kontynuacją modelu konsultacyjnego. Readaptacja jednostki do rynku pracy następuje bowiem po wyczerpaniu możliwości rozwiązania problemów związanych z pracą na poziomie porady bezpośredniej. Diagnoza psychologiczna potencjału zawodowego realizowana w modelu konsultacyjnym zachowuje pełną wartość w modelu rehabilitacyjnym, ale poszerzona zostaje o diagnozę kliniczną i ogólnożyciową jednostki. Ponadto w modelu konsultacyjnym doradztwa mogą występować elementy charakterystyczne dla doradztwa rehabilitacyjnego i odwrotnie.

50.6.2.2 Doradztwo zawodowe w miejscu pracy

Doradztwo zawodowe jako pomoc psychologiczna w miejscu pracy przybiera formę bądź interwencji kryzysowej, bądź doradztwa prewencyjnego. W pierwszym nurcie, o niemal stuletniej tradycji, głównym celem jest pomaganie pracownikom w miejscu pracy w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi, z alienacją w pracy, ze stresem pracy, z bezpieczeństwem pracy i wreszcie z ograniczaniem negatywnego wpływu pracy na życie rodzinne. Problemy zdrowia fizycznego i psychicznego pracowników są dość powszechnie akceptowanym przez pracodawców zadaniem organizacyjnym. Coraz częściej dostrzega się zasadniczą zależność między zdrowiem, samopoczuciem w pracy a jej efektywnością. Pracodawcy widzą również potrzebę przeciwdziałania nie tylko tradycyjnie pojętym wypadkom przy pracy, ale również stresowi w pracy. Akceptowanym celem interwencji psychologicznej w miejscu pracy jest pomoc zatrudnionym w ułożeniu sobie optymalnych relacji między życiem zawodowym a życiem rodzinnym (Eckenrode i Gore, 1990).

Rozwój doradztwa prewencyjnego w miejscu pracy jest skutkiem wzrostu poczucia odpowiedzialności pracodawców za los swoich pracowników w warunkach makroekonomicznej niestabilności gospodarczej i rynku pracy. Jest to stosunkowo nowa forma doradztwa zawodowego, która koncentruje się głównie na przygotowywaniu pracowników do radzenia sobie z planowanymi i nieprzewidywalnymi zmianami organizacyjnymi. Pod pojęciem zmiany organizacyjnej rozumie się w tym wypadku zarówno zmianę wewnętrzną, jaką jest na przykład procedura awansowania czy rotacji stanowisk pracy, jak i zmianę zewnętrzną, związaną na przykład z drastycznym spadkiem koniunktury lub konkurencyjnością ekonomiczną. Warunki konkurencji lub dekoniunktura często wymuszają na pracodawcach redukcję siły roboczej, w związku z czym powstaje problem odpowiedzialności moralnej za zwalnianych pracowników. Wiele firm, planując zmiany zatrudnienia (*outplacing*), coraz częściej przygotowuje swoich pracowników do mającej nastąpić sytuacji kryzysowej, inwestując w ich szkolenie (Fagiano, 1993). Wszystko to wymaga psychologicznej diagnozy i koordynacji.

50.7 Podsumowanie

W rozdziale tym przedstawione zostały problemy, paradygmaty, dziedziny, tendencje rozwojowe i metody psychologii pracy. Obok tradycyjnych modeli, wciąż zachowujących aktualność, w psychologii pracy rozwijane są nowe kierunki badawcze, związane z telematyką, robotyką i nowymi systemami organizacji pracy (na przykład telepracą). Psychologia pracy jest obecnie dyscypliną bardziej zróżnicowaną niż dawniej ze względu na nowe zjawiska i dorobek teoretyczny nauk, z którymi współpracuje. Współczesna psychologia pracy z jednej strony zajmuje się więc tymi samymi co dawniej problemami codzienności, jak wybór pracy czy zawodu, lecz z drugiej strony rozszerza swoje zainteresowania na problemy, które nie miały precedensu w przeszłości – jak na przykład wykorzystywanie w procesach pracy nowych form i nośników informacji.

Najbardziej stabilny dorobek psychologii pracy obejmuje metody i strategie badania pracy oraz modelowania decyzji kadrowych. Pierwsze testy, badające uzdolnienia poznawcze, zostały zastosowane w psychologii pracy przez Jastrowa i Münsterberga już w 1893 roku, a mimo to od tamtej pory nie poczyniono w tej dziedzinie rewolucyjnego postępu. Tymczasem nowe technologie coraz bardziej zmieniają treść, formę i definicję pracy ludzkiej, zmuszając psychologię pracy do rewizji dotychczasowego dorobku.

Na przestrzeni ostatnich lat znacząco zmienił się model, status zawodu i zakres działania psychologa pracy. W praktyce nie ogranicza się on już do problemów funkcjonowania człowieka w miejscu pracy, ale włącza się aktywnie w rozwiązywanie wszystkich problemów współczesności, które mają jakikolwiek związek z zawodowym funkcjonowaniem ludzi.

Ważnym obszarem aktywności psychologii pracy jest humanizacja pracy, przeciwdziałanie negatywnym skutkom pracy i rozwiązywanie problemów związanych z bezrobociem. Praca ludzka, oprócz oczekiwanych skutków pozytywnych, niesie ze sobą liczne konsekwencje negatywne – dla zdrowia, samopoczucia i funkcjonowania społecznego. Poważnym problemem jest jakościowe i ilościowe przeciążenie pracą, prowadzące do stresu pracy i wypalenia zawodowego. Oprócz ilościowego i jakościowego obciążenia pracą, patogennym czynnikiem związanym z pracą jest też brak dostępu do zatrudnienia, dający znać o sobie w tak dokuczliwych zjawiskach społecznych, jak dyskryminacja i bezrobocie. Dyskryminacja wiąże się z nierespektowaniem zasady równych szans zatrudnienia ze względu na takie cechy jednostki, jak niepełnosprawność, wiek, płeć czy pochodzenie etniczne. Psychologia pracy przeciwdziała dyskryminacji w pracy poprzez doskonalenie metod selekcji i podejmowania decyzji kadrowych, a także przez wspomaganie akcji afirmacyjnych, których celem jest pomaganie grupom najbardziej zagrożonym. W ostatnim czasie szczególne zainteresowanie psychologów pracy skupiło się na problemie bezczynności zawodowej, czyli na bezrobociu. W tym zakresie psychologowie starają się zarówno dokładniej poznać psychiczne skutki tego zjawiska, jak i opracować najbardziej skuteczne metody zaradcze.

Jednym z tradycyjnych celów działania psychologii pracy jest doradztwo zawodowe. Obejmuje ono preorientację zawodową młodzieży oraz pomoc dorosłym w kierowaniu własną karierą w pracy. Punktem wyjścia programów preorientacji zawodowej są teorie rozwoju zawodowego, będące podstawą badania zainteresowań zawodowych młodzieży i dopasowywania ich do wymagań oraz trendów rozwojowych rynku pracy. Osiągnięty w tej dziedzinie dorobek psychologii jest znaczny, ale silnie destabilizowany zachodzącymi w obszarze pracy zmianami technologicznymi i gospodarczymi. Skracanie się „cyklu życia" zawodów w coraz większym stopniu

kieruje uwagę psychologów na pomoc dorosłym w radzeniu sobie z problemami zawodowymi. Doradztwo zawodowe dla dorosłych realizowane jest w wielu nurtach – interwencyjnym, profilaktycznym, wewnątrz zakładu pracy i w systemie otwartych usług publicznych.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Jakimi problemami zajmuje się współczesna psychologia pracy?
2. W jakim kierunku zmierza rozwój psychologii pracy?
3. Jakie są specyficzne metody psychologii pracy?
4. Na czym polegają różnice między preorientacją zawodową a doradztwem zawodowym?
5. Co rozumiemy pod pojęciem „obciążenie pracą", a co pod pojęciem „przeciążenie pracą"?
6. Co to jest wypalenie zawodowe i jak można mu przeciwdziałać?

LITERATURA ZALECANA

Bańka, A. (1996). *Psychopatologia pracy.* Poznań: Gemini.
Franus, E. (1978). *Myślenie techniczne.* Wrocław: Ossolineum.
Okóń, J. (red). (1971). *Psychologia przemysłowa.* Warszawa: PWN.
Ratajczak, Z. (1980). *Człowiek w sytuacji innowacyjnej.* Warszawa: 1980.

51

Psychologia organizacji

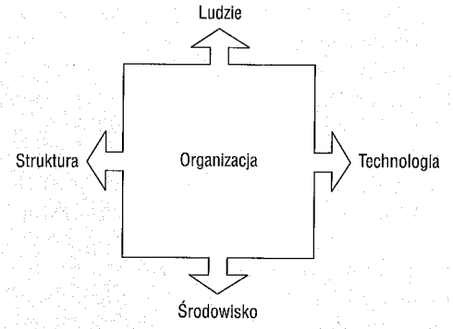
Augustyn Bańka

W miarę rozwoju psychologii pracy coraz bardziej rosło zainteresowanie badaczy kontekstem organizacyjnym, w jakim praca jest wykonywana. W rezultacie wyodrębniła się psychologia organizacji jako samodzielna dyscyplina praktyczna i teoretyczna. Jej przedmiotem jest analizowanie funkcji i procesów wpływających na klimat psychologiczny i społeczny wewnątrz środowiska, w którym realizowane są procesy pracy. O ile psychologia pracy tradycyjnie koncentruje swoje zainteresowania na aktywności zawodowej indywidualnych wykonawców, o tyle psychologia organizacji zajmuje się pracą w zespołach ludzkich.

51.1

Organizacja i zachowania organizacyjne

Organizacja pracy to struktura złożona z czterech elementów (zob. ryc. 51-1): **systemu technologicznego**, obejmującego technologię i techniczne oprzyrządowanie pracy; **systemu społecznego**, obejmującego ludzi wraz z ich zdolnościami, postawami, zainteresowaniami, motywacjami i cechami osobowości; **systemu strukturalnego**, obejmującego ogół stanowisk i ról organizacyjnych, decydujących o tym, jak dana organizacja i jej indywidualni pracownicy realizują swoje cele; **systemu środowiska,** obejmującego środowisko wewnętrzne organizacji oraz jego otoczenie zewnętrzne. Każdy, kto chce efektywnie pracować w organizacji lub nią zarządzać, musi znać prawa rządzące jej funkcjonowaniem.



Elementy systemu organizacji

RYCINA 51-1

51.1.1
Organizacja a psychologia

Psychologia organizacji zajmuje się analizowaniem systemu społecznego, a konkretnie – wpływu wszystkich podsystemów organizacji na zachowania pracownicze. Przedmiot psychologii organizacji wykracza daleko poza zakres zainteresowań psychologii decyzji kadrowych, które były przedmiotem rozważań w rozdziale poprzednim. O ile w selekcji, doborze i ocenie przydatności pracowników stosowane są wyłącznie wąskie i względnie precyzyjne techniki oraz teorie, o tyle w rozwiązywaniu problemów organizacji z reguły wykorzystywane są teorie o szerokim zasięgu, dotyczące społecznych podstaw funkcjonowania organizacji, motywacji do pracy, zadowolenia z pracy, władzy i przywództwa oraz zasad funkcjonowania systemów.

51.1.1.1
Pojęcie zachowań organizacyjnych

Psychologia organizacji koncentruje się głównie na **systemie zachowań organizacyjnych** (*organizational behavior system*), warunkujących sposób osiągania przez jednostki i grupy celów związanych z pracą. System zachowań organizacyjnych jest najmniej przewidywalnym elementem każdej organizacji. Zachowania organizacyjne stanowią nieustannie zmieniającą się strukturę zdarzeń, która nie ma stałej reprezentacji formalnej. Nie można jej zdefiniować, toteż niewiele o niej wiadomo ponad to, że funkcjonuje.

Zachowania organizacyjne to system zachowań i działań związanych z wykorzystywaniem przez ludzi zadań pracy oraz osiąganiem celów organizacji. Obszar wiedzy dotyczącej badania zachowań organizacyjnych znajduje zastosowanie w procesie kierowania ludźmi. W każdej organizacji zachowania ludzi wyznaczane są przez niezmierną liczbę zmiennych, związanych z najróżnorodniejszymi cechami systemu organizacyjnego. Ze względu na ogrom czynników, od których zależy skuteczne funkcjonowanie społecznego systemu organizacji, psychologowie od dawna formułują teorie, których podstawowym celem jest ograniczenie – w miarę możliwości – nieprzewidywalności ludzkich zachowań w procesie pracy. Jak dotąd, nie udało się stworzyć jednej, uniwersalnej psychologicznej teorii organizacji. Ze względu na złożoność i zmienność systemów organizacji poszczególne teorie pozwalają osiągnąć jedynie relatywnie lepsze zrozumienie zachowań ludzi z punktu widzenia określonych uwarunkowań kulturowych, technicznych i cywilizacyjnych (Erez, 1994).

Organizacje istnieją dla ludzi i poprzez ludzi, a nie odwrotnie. Powstają one wtedy i tylko wtedy, gdy grupa ludzi jednoczy się wokół jakiegoś celu, którego realizacja wymaga powołania jakiejś **struktury**, zastosowania określonych technologii i stworzenia odpowiedniego środowiska. Powstające w ten sposób struktury organizacyjne wyznaczają formalne zachowania ludzi oraz zależności między nimi. Do zrealizowania ogólnego celu organizacji niezbędne są różne prace, wykonywane w różnych miejscach i na różnych szczeblach systemu społecznego. Szeregowi pracownicy (robotnicy, bezpośredni wykonawcy), pracownicy administracyjni, menedżerowie oraz kierownicy wyższych szczebli zarządzania – wszyscy w swoim zakresie realizują niezbędne cele cząstkowe. Konieczna jest koordynacja i ustrukturalizowanie relacji między poszczególnymi wykonawcami prac. Koordynacja stwarza różne problemy, związane z podejmowaniem decyzji i prowadzeniem negocjacji, partycypacją, przywództwem i klimatem organizacyjnym.

Środkiem do realizacji celów organizacji jest system techniczny. Wyposażenie techniczne i technologiczne warunkuje sposób funkcjonowania organizacji. Jednak bez systemu społecznego same systemy techniczne nie są w stanie funkcjonować samodzielnie i realizować celów organizacji, które w istocie rzeczy mają charakter społeczny. Systemy techniczne muszą być kierowane przez system społeczny zarówno w kontekście wewnętrznego, jak i zewnętrznego środowiska organizacji. Wszystkie organizacje, oprócz tego, że same stanowią systemy z własnym środowiskiem wewnętrznym, są jednocześnie składnikami większych systemów korporacyjnych, terytorialnych, prywatnych czy państwowych, które stanowią dla nich środowisko zewnętrzne.

51.1.1.2
Elementy systemu społecznego

Organizacje pracy osiągają swoje cele poprzez kreowanie, stymulowanie i komunikowanie systemu zachowań organizacyjnych. Ponieważ systemy społeczne organizacji są identyfikowalne tak naprawdę tylko w trakcie funkcjonowania, nie jest możliwe przedstawienie ich konkretnej anatomii (Katz i Kahn, 1979). Mimo że pewne elementy systemu społecznego, jak struktura władzy czy przepływ informacji, dają się wyróżnić formalnie (stąd nazwa – organizacja formalna), to jednak jako całość organizacja pozostaje zawsze strukturą nieco abstrakcyjną.

Podstawowymi elementami systemu społecznego, to jest systemu zachowań organizacyjnych, są role, normy, władza oraz klimat organizacyjny. **Role są to oczekiwania innych w odniesieniu do określonego zachowania w określonym miejscu lub na określonym stanowisku pracy.** Wyróżnić można pięć cech charakterystycznych roli. Po pierwsze, role są to zdepersonalizowane zachowania, uzależnione od pozycji w organizacji, a nie od cech osobowości. Po drugie, role są ściśle powiązane z określonymi zadaniami pracy. Im wyższy stopień złożoności organizacji, tym wyższa zależność efektywności organizacji od sposobu pełnienia indywidualnych ról pracy. W prostych systemach pracy niewypełnienie roli przez jednego wykonawcę nie decyduje jeszcze o osiągnięciu celu przez całą organizację. W wypadku nowoczesnych systemów pracy efektywność organizacji pozostaje w ścisłym związku z rzetelnością realizowania ról przez każdego pracownika. Po trzecie, role są wymaganiami pracy trudnymi do spełnienia, ponieważ zależą głównie od oczekiwań „innych", a nie od wykonawcy. Po czwarte, role stosunkowo łatwo podlegają procesom uczenia się. Po piąte wreszcie, rola spełniana w organizacji nie jest tożsama z pracą, a więc w tej samej pracy można pełnić szereg ról, na przykład szefa, kolegi i małżonka.

Normy są grupowymi oczekiwaniami w odniesieniu do wymaganych zachowań. W przeciwieństwie do ról, definiujących oczekiwania dotyczące konkretnego stanowiska pracy, normy definiują standardy akceptowanych zachowań grupowych. Normy są więc niepisanymi rolami, określającymi powinności ciążące na pracowniku w określonej sytuacji pracy oraz wyznaczającymi oczywistości charakterystyczne dla określonych zachowań. Są one oczekiwaniami wymuszanymi, komunikowanymi, monitorowanymi i nagradzanymi przez grupę.

Władza jest podstawowym źródłem sprawowania kontroli nad członkami organizacji (Stoner, Freeman i Gilbert, 1997). Z jednej strony władza oznacza prawo do kontroli i egzekwowania posłuszeństwa pracowników zajmujących określone stanowiska, z drugiej zaś – obowiązek posłuszeństwa wobec osób dysponujących uprawnioną władzą (Katz i Kahn, 1979). W organizacjach pracy wyróżnić można cztery rodzaje władzy:

(1) władzę opartą na nagradzaniu pozytywnych zachowań,
(2) władzę opartą na karaniu negatywnych zachowań,
(3) władzę opartą na autorytecie,
(4) władzę opartą na kwalifikacjach eksperckich.

Klimat organizacyjny jest zestawem spostrzeganych cech organizacji lub jej podsystemów w odniesieniu do sposobu, w jaki organizacja lub jej podsystemy traktują swoich członków albo swoje środowisko pracy. W wypadku klimatu organi-

zacyjnego nie jest pewne, w jakim stopniu jest on właściwością spostrzegającego podmiotu, a w jakim cechą tkwiącą w organizacji. Do wymiarów organizacji tworzących klimat należą: struktura (na przykład smukła/hierarchiczna lub płaska), standardy oceny pracy oraz polityka nagradzania pracowników.

Klimat organizacyjny sam w sobie nie jest czymś ani dobrym, ani złym. To, jaki jest, zależy od wywoływanych przezeń skutków (Pheysey, 1993; Ratajczak, 1991). Tak jak określone osobowości są lepiej lub gorzej dopasowane do określonych zadań pracy, tak różne klimaty organizacyjne są dopasowane do określonych zachowań funkcjonalnych (mają różną zdolność ich wzmacniania lub eliminowania zależnie od celów organizacji). Na przykład, struktury smukłe zhierarchizowane, a więc takie, w których występuje dużo szczebli podporządkowanych sobie stanowisk i władzy, tworzą klimat organizacyjny wymagający surowej dyscypliny w wykonywaniu ściśle zdefiniowanych zadań i bezwzględnego posłuszeństwa wobec poleceń. W większości organizacji społecznych, które nie precyzują ściśle zachowań warunkujących sukces organizacji, panuje klimat organizacyjny sprzyjający ujawnianiu twórczości i inicjatywy. Natomiast w organizacjach o ściśle ustalonych zależnościach między zadaniami członków a efektywnością organizacji, na przykład w wojsku, taki właśnie klimat organizacyjny jest akceptowany i sprzyja realizacji celów organizacji.

51.1.1.3
Modele zachowań organizacyjnych

Jawnie lub milcząco zakładane koncepcje dotyczące natury człowieka oraz zdarzeń społecznych składają się na różne modele (teorie) zachowań organizacyjnych. W działalności menedżerskiej są one ważnym wyznacznikiem podejmowanych decyzji kadrowych. Najbardziej charakterystyczne z nich to: model autokratyczny, opiekuńczy, wspomagający i kolegialny.

Model autokratyczny jest historycznie najstarszy i najbardziej charakterystyczny dla epoki industrialnej. Według tej koncepcji, podstawowe determinanty zachowań menedżerskich to wysoko scentralizowana władza i autorytet, natomiast determinantami zachowań szeregowych pracowników są posłuszeństwo oraz niekwestionowana zależność od przełożonego. W modelu tym psychologicznym rezultatem centralizacji władzy i podejmowania decyzji jest niska produktywność i niewielka satysfakcja z pracy.

Model opiekuńczy powstał jako program poprawy poczucia jakości życia w środowisku pracy. Z założenia ma on na celu eliminowanie negatywnych reakcji psychicznych na władzę i autorytet, takich jak frustracja, gniew i pasywny stosunek do pracy. Programowym założeniem modelu opiekuńczego jest zapewnienie pracownikom poczucia bezpieczeństwa. Postuluje on zabezpieczenia ekonomiczne w postaci płac i innych korzyści finansowych, gwarantowanych przez pracodawcę, rząd i związki zawodowe. Podejście opiekuńcze w większym stopniu uzależnia pracowników od organizacji jako całości niż od przełożonego. Wysoki poziom zaspokojenia potrzeb ekonomicznych i socjalnych nie eliminuje jednak pasywnej postawy wobec organizacji. Zadowolenie z pracy niekoniecznie zwiększa jej produktywność.

Model wspomagający oparty jest na przywództwie (*leadership*), nie zaś na władzy i motywacji ekonomicznej. Poprzez przywództwo menedżer kształtuje odpowiedni klimat organizacyjny, stymulujący pracownika do rozwijania zainteresowań zawodowych i aspiracji związanych z pracą. Podstawowym celem kierowania ludźmi jest wspieranie pracowników w procesie pracy, a nie dostarczanie im środków zaspokojenia potrzeb ekonomiczno-socjalnych. Model ten zakłada demokratyczne traktowanie pracowników przez przełożonych oraz partnerskie traktowanie przełożonych przez podwładnych. Znajduje on zastosowanie jedynie w warunkach wysokiego poziomu zaspokojenia potrzeb materialno-finansowych.

Model kolegialny jest zaawansowaną formą modelu wspomagającego i odnosi się do sytuacji, w której grupa pracowników realizuje wspólny cel w ścisłym współdziałaniu. Jego istotą jest budowanie stosunków partnerskich opartych na zależnościach, jakie wynikają ze specyficznego podziału pracy (Katzenbach, 1995). Znajduje on zastosowanie głównie tam, gdzie praca nie jest sztywno ustrukturalizowana, jak na taśmach montażowych. Zwierzchnik nie jest egzekutorem władzy, lecz partnerem w pracy zespołowej (*teamwork*). Zadaniem kierownika jest budowanie zespołu funkcjonującego na zasadzie „zgranej paczki", w którym inicjowanie zadań, kontrola jakości i odpowiedzialność są w najwyższym możliwym stopniu rozłożone między członków zespołu. Motywacja pracy opiera się na samodyscyplinie oraz samoaktualizacji. Zadaniem przywódcy jest tworzenie atmosfery zrozumienia w odniesieniu do celów organizacji i zasad współdziałania (Drath i Paulus, 1994).

Wymienione modele zachowań organizacyjnych powstawały w różnym czasie i każdy z nich sprawdza się w nieco innych okolicznościach. Współczesne trendy w rozwoju form pracy w coraz mniejszym stopniu uzasadniają stosowanie modelu autokratycznego (Heifetz, 1994). Dominującym w krajach wysoko rozwiniętych modelem kierowania ludźmi w organizacjach produkcyjnych i usługowych stał się model wspomagający, czyli demokratyczny.

51.1.2
Kultura i dopasowanie organizacji

System społeczny organizacji charakteryzuje się ogromną liczbą możliwych interakcji między członkami wykonującymi różne role i zadania pracy. Wszystkie elementy systemu są wzajemnie ze sobą powiązane, tworząc układ dynamicznej równowagi w ramach nie tylko całej organizacji, ale i poszczególnych jej elementów. System organizacyjny jest stale poddawany naciskom w kierunku zmiany oraz równowagi (Kotter, 1996). Zarówno siły prowadzące do zmiany, jak i te, które prowadzą do równowagi, mogą być funkcjonalne lub dysfunkcjonalne. Zmiany funkcjonalne prowadzą do rozwoju organizacji i pracownika, a zmiany dysfunkcjonalne – do destrukcji organizacji i psychologicznych kosztów pracy (Ratajczak, 1989). Równowaga funkcjonalna to stabilizacja umożliwiająca rozwój organizacji, natomiast równowaga dysfunkcjonalna to stagnacja, która prowadzi do wyczerpywania zasobów organizacji i jednostki.

51.1.2.1
Kultura i zmiana organizacyjna

To, w jakim stopniu dana zmiana jest funkcjonalna, zależy od wielu czynników, spośród których najważniejszym jest **kultura organizacyjna** (Hofstede, 1993). Każda organizacja pracy jest zawsze częścią jakiejś kultury, która stanowi zbiór konwencjonalnych zachowań danego społeczeństwa, determinujący zachowanie się jego poszczególnych członków bez względu na stopień uświadamiania sobie przez nich istniejących zależności. Kultura organizacyjna jako część kultury ogólnej społeczeństwa jest źródłem wartościowania pracy oraz ludzkich dążeń związanych z pracą. Gdy praca jest ważnym motywem działania i oceny jakości życia, mówi się o charakterystycznej dla danego społeczeństwa **etyce pracy**.

Wszystkie organizacje pracy funkcjonują w kulturach o różnym zasięgu. Jeśli działają globalnie, tak jak ponadnarodowe koncerny, wówczas podstawową wartością umożliwiającą im przetrwanie i rozwój jest stopień efektywności w przystosowywaniu się do zmian (Bales, 1996). Często stawianym pytaniem jest pytanie o to, czy i w jakich warunkach kulturowych można mówić o mniej efektywnej organizacji.

Różne teorie rozmaicie na nie odpowiadają. Na przykład teoria indywidualizmu – kolektywizmu (Reykowski, 1992; Triandis, 1991) zakłada, że społeczeństwa i organizacje

indywidualistyczne rozwijają bardziej efektywne formy życia zbiorowego niż społeczeństwa i organizacje kolektywistyczne. Indywidualizm jest związany z demokracją, przestrzeganiem praw człowieka, wyzwoleniem z ograniczeń tradycji, z efektywnością i orientacją przyszłościową. Kolektywizm z kolei – skoncentrowany na wspólnocie i tradycji – charakteryzuje się niską wydajnością pracy, niewielką inicjatywą jednostek, brakiem planowania i niewielką przedsiębiorczością (Bales, 1996).

Związek między efektywnością organizacji pracy, tradycją i zmianą jest jednak bardziej skomplikowany i ogólnie zależy od tego:

(1) czy zmiana jest „swoja", to jest wewnątrzkulturowa, czy „obca", to znaczy transkulturowa?
(2) czy motywacja zachowań organizacyjnych, charakteryzująca daną tradycję, jest otwarta na zmianę, czy też sztywna i zamknięta?

Kultura jako całokształt systemów wartości, instytucji, obyczajów, wytworów dzieli się na część, która nieustannie się zmienia, i na część w pełni już ukształtowaną, czyli tradycję. Jeszcze kilka lat temu w teorii organizacji przyjmowano za pewnik to, że jedne kultury (to jest zachodnie) są bardziej efektywne i otwarte na zmiany niż inne (z ustaleniem zbioru tych ostatnich zawsze jednak były pewne trudności). Pogląd ten we współczesnych badaniach organizacyjnych nie znajduje potwierdzenia (Verburg, 1996). Każda kultura operuje specyficzną wiedzą kontekstualną, której użyteczność w funkcjonowaniu organizacji pracy jest niekwestionowana. Dlatego też w korporacjach ponadnarodowych działających w Polsce zagraniczni menedżerowie coraz częściej zastępowani są przez menedżerów rodzimych.

TABELA 51.1

Zależność między wyznacznikami, procesami oraz skutkami zmian kulturowych i organizacyjnych

WYZNACZNIKI	ZMIANA WŁASNA	ZMIANA OBCA	TRADYCJA Z WYRAŹNIE ZRACJONALIZOWANYMI STANDARDAMI EFEKTYWNOŚCI	TRADYCJA ZE SŁABO ZRACJONALIZOWANYMI STANDARDAMI EFEKTYWNOŚCI
Procesy	Rozwój Modernizacja	Asymilacja/Adaptacja Akulturacja	Sublimacja w ramach wzorca normalności	Transgresja wzorca normalności
Skutki zmian na poziomie indywidualnego pracownika	Poznawcze Emocjonalne Behawioralne	Poznawcze Emocjonalne Behawioralne	Sublimacja własnego stylu pracy i życia	Rozwój nowego stylu pracy i życia
Skutki zmian na poziomie organizacji	Przewidywalny i prawdopodobny wzrost efektywności działań	Nieprzewidywalny wzrost lub spadek efektywności działań	Przewidywalny wzrost lub spadek efektywności działań	Nieprzewidywalny wzrost lub spadek efektywności działań

Zmiany kulturowe mogą być podmiotowe, czyli „swoje", lub wymuszone, czyli „obce". Pierwsze są zawsze kreatywne i rozwojowe, drugie zaś – odtwórcze, przedmiotowe i ukierunkowane na zmianę nawyków i umiejętności. W układzie funkcjonalnym organizacji każda zmiana kulturowa jest albo psychologiczną asymilacją, albo społecznie zaprogramowaną adaptacją (Berry, 1990). W układzie dysfunkcjonalnym zmiana kulturowa prowadzi do alienacji pracy. Zmiana organizacyjna w płaszczyźnie zmiany „swojej" prowadzi do twórczej transformacji tradycji, do jej wewnętrznej **modernizacji**, przysposabiającej do racjonalnego rozpoznawania celów. Natomiast w płaszczyźnie „obcej" zmiana organizacyjna prowadzi do **akulturacji**, czyli do nakładania się na rodzime wartości obcych kulturowo celów i standardów działania. Syntetycznie różne warianty zmiany kulturowej i ich skutków przedstawia tabela 51.1. Społeczne systemy organizacji funkcjonują efektywnie w ramach tych wartości, które uznają za wartościowe, swoje, podmiotowe i świadomie akceptowane. Wartości narzucane pociągają za sobą zazwyczaj niską efektywność pracy i budzą opór.

Popularne w wielu kręgach biznesu i polityki założenie, że jedne kultury organizacyjne są bardziej efektywne niż inne, aktualnie nie znajduje potwierdzenia w badaniach empirycznych. We współczesnym świecie globalnej konkurencji mamy do czynienia z taką wielością tradycji i różnorodnością zmian, że procesy akulturacji i modernizacji nie są już wyłącznie problemem krajów słabo rozwiniętych lub importujących technologię, lecz dotyczą organizacji gospodarczych we wszystkich kulturach (Simons, Vazquez i Harris, 1993).

51.1.2.2 Indywidualno-środowiskowe dopasowanie

Podstawowym zadaniem psychologii organizacji jest także optymalizacja interakcji między indywidualnym człowiekiem a jego pracą. Istnieją na to dwa sposoby, analogiczne do dwóch grup wyznaczników zachowań organizacyjnych. Jeden z nich związany jest z czynnikami osobowości, a drugi z czynnikami organizacyjnymi, takimi jak czynniki środowiskowe, technologiczne i strukturalne. Tradycyjna psychologia pracy przyjmowała założenie, że jednostka ludzka wraz ze swoją osobowością jest elementem łatwo adaptującym się do nakładanych wymagań. Selekcja i szkolenie zapewniają organizacji kadrę warunkującą zdolność rozwoju. Psychologia organizacji od samego początku przyjęła przeciwny punkt widzenia. Człowiek ma ograniczone możliwości przystosowania, z czego wynika konieczność poszukiwania rezerw rozwoju organizacji w otoczeniu pracownika, to jest w środowisku. Psychologia organizacji stawia sobie zatem za cel określenie warunków optymalnego **dopasowania** (*fit*) cech jednostki i środowiska (*person-environment congruence*; Muchinsky, 1987).

Istnieje wiele teorii odnoszących się do tego, jakie warunki muszą zostać spełnione, aby nastąpiło optymalne **indywidualno-środowiskowe dopasowanie**. Na przykład, według interakcjonistów (Van Harrison, 1987), ważne jest dopasowanie do potrzeb człowieka zarówno obiektywnych elementów środowiska, jak i elementów subiektywnych, związanych ze sferą spostrzegania rzeczywistości pracy i siebie (zob. ryc. 50-6). Dobre obiektywne i subiektywne dopasowanie prowadzi do zwiększonej wydajności pracy, mniejszej absencji, większej satysfakcji z pracy i z życia. Brak lub niedostateczne dopasowanie prowadzi do stresu psychologicznego, niezadowolenia z pracy, poczucia niskiej jakości życia, niskiej produktywności oraz wypalenia zawodowego (por. ryc. 50-6). Inną teorią indywidualno-środowiskowego dopasowania jest omawiana w rozdziale 50. koncepcja J. L. Hollanda (1975). Zwraca ona uwagę na dopasowanie indywidualnych preferencji jednostki do obiektywnych wymagań środowiska pracy. Osoby lepiej dopasowane do środowiska zawodowego są szczęśliwsze i bardziej produktywne.

Reakcje psychologiczne na interakcje cech osobowości i środowiska dzieli się na

dysfunkcjonalne i funkcjonalne. Do pierwszych należy stres organizacyjny, czyli poczucie wieloznaczności roli i poczucie konfliktu roli. Do drugich zalicza się **morale pracownicze**, zaangażowanie w pracę (*job involvement*) oraz wysoką samoocenę. Stres organizacyjny (*organizational stress*) odnosi się do sytuacji, w której takie czynniki związane z pracą, jak struktura i klimat organizacyjny, wymagania zadań, oczekiwania roli czy normy grupowe, wchodzą niekorzystnie w interakcję z cechami osobowości pracownika, wywołując odbiegające od normalnego poziomu zmiany fizjologiczne, emocjonalne i behawioralne. Konsekwencje zdrowotne stresu organizacyjnego obejmują zaburzenia w układzie krążenia, depresje i nerwowe wyczerpanie (Cooper i Payne, 1987).

Wieloznaczność roli (*role ambiguity*) to czynnik stresu organizacyjnego, który występuje wówczas, gdy pracownik błędnie rozpoznaje swoje obowiązki pracy, gdy niesprecyzowane są cele jego pracy lub zakres i stopień odpowiedzialności za powierzone mu funkcje. Wieloznaczność roli powoduje silny dyskomfort pracy, napięcie emocjonalne, brak wiary we własne siły oraz zaburzenia emocjonalne i psychosomatyczne (Kasl, 1987).

Konflikt roli (*role conflict*) występuje wtedy, gdy osoba wykonująca pracę staje w obliczu dwóch sprzecznych wymagań lub oczekiwań co do sposobu pełnienia tej samej funkcji (Katz i Kahn, 1979). Może on się pojawiać na przykład w sytuacji wymuszonego wyboru między odpowiedzialnością a lojalnością wobec współpracowników. Konflikt roli powoduje brak satysfakcji z pracy, wywołuje tendencję do wycofywania się z pracy, zaburza stosunki międzyludzkie, a także zmniejsza wydajność pracy. W przeciwieństwie do wieloznaczności roli, konflikt roli z natury rzeczy ma charakter interpersonalny, wobec czego jest powodem istotnej rozbieżności (niedopasowania) między samooceną dotyczącą własnej pozycji w organizacji a oceną współpracowników.

Reakcją funkcjonalną na indywidualno-środowiskowe dopasowanie jest morale pracy (*work morale*). Kategoria ta odnosi się do poczucia akceptacji i przynależności do grupy pracowniczej, wyznającej ten sam system wartości i realizującej te same cele z pełnym przekonaniem i poświęceniem. Morale różni się od zadowolenia z pracy tym, że nie jest postawą jednostki, lecz kombinacją postaw członków grupy pracowniczej. Morale silnie koreluje z poczuciem jakości życia (Manning i Curtis, 1988). Zaangażowanie w pracę jest zachowaniem organizacyjnym, w którym pracownik buduje obraz własnej osoby wokół aktualnie wykonywanej pracy i realizowanej kariery zawodowej. Zły klimat organizacyjny, monotonia pracy, jednostajność zadań są przykładami czynników zmniejszających stopień zaangażowania w pracę. Zaangażowanie w pracę jest pozytywnie skorelowane z tak zwaną „protestancką etyką pracy", czyli z przekonaniem o tym, że ciężka i rzetelna praca jest sama w sobie źródłem satysfakcji.

Inną reakcją funkcjonalną na indywidualno-środowiskowe dopasowanie jest przywiązanie do organizacji (*job commitment*). Łączy się ono ściśle z cechami osobowości, z właściwościami pracy i organizacji, z doświadczeniem, jak i z konkretnymi zachowaniami organizacyjnymi, takimi jak uczestnictwo w życiu organizacyjnym, lojalność wobec organizacji, produktywność, punktualność, uczenie się (Rouiller i Goldstein, 1993).

Reakcją funkcjonalną na indywidualno-środowiskowe dopasowanie jest również pozytywna samoocena jako stopień spostrzeganej kompetencji własnej (*self efficacy*). Pracownicy z wysoką samooceną czują się kompetentni i antycypują sukces. Osoby z niską samooceną – odwrotnie. W kontekście zachowań organizacyjnych istnieją trzy rodzaje samooceny: samoocena jako cecha osobowości, samoocena jako cecha związana z określonym zadaniem i samoocena jako funkcja wpływów społecznych (klimatu organizacyjnego). Osoby z wysoką samooceną nie tylko charakteryzują się zwykle wyższą produktywnością, ale również mobilizują do zwiększonego wysiłku swoich partnerów w pracy (Kanfer, 1996).

51.2

Zadowolenie z pracy i motywacja pracy

51.2.1

Zadowolenie z pracy

Zadowolenie z pracy (*job satisfaction*) jest uczuciową reakcją przyjemności lub przykrości, doznawaną w związku z wykonywaniem określonych zadań, funkcji oraz ról. W psychologii organizacji jest to kategoria centralna, ponieważ od dawna w teorii i praktyce organizacji utrzymuje się przekonanie o związku między zadowoleniem z pracy a wydajnością pracy. Choć, jak zobaczymy nieco dalej, związek ten nie zawsze jest oczywisty, dla wielu nowoczesnych organizacji gospodarczych problem zadowolenia pracowników z pracy jest podstawowym celem i miernikiem efektywności organizacyjnej (Richbell, 1997).

51.2.1.1
Zadowolenie z pracy jako miara jakości życia

Od strony funkcjonalnej zadowolenie z pracy wiąże się z tak ważnymi zachowaniami organizacyjnymi, jak fluktuacja, punktualność i produktywność. Zadowolenie z pracy zależy od bardzo wielu czynników, które ogólnie podzielić można na czynniki pochodzące z pola zawodowego oraz z pola pozazawodowego. Czynnikami zadowolenia z pola zawodowego mogą być zarówno sprawy błahe, niezwiązane bezpośrednio z samą pracą (na przykład miejsce do parkowania samochodu), jak i bardzo ważne kwestie dotyczące klimatu organizacyjnego, stylu zarządzania czy wynagradzania za pracę (Schneider, 1990). Czynnikami zadowolenia z pola pozazawodowego, a więc niezwiązanymi z pracą lub klimatem pracy, są natomiast: wiek, zdrowie, status społeczny oraz życie rodzinne. Zadowolenie z pracy może być reakcją niezależną od cech pracy.

W przeciwieństwie do morale, zadowolenie z pracy jest reakcją psychiczną o charakterze indywidualnym. Zmienną ściśle z nią związaną jest – omawiane w poprzednim rozdziale – zaangażowanie w pracę. Osoby silnie zaangażowane w pracę wykazują silniejsze reakcje emocjonalne na sukcesy lub porażki w pracy w porównaniu z osobami, które pracę traktują marginesowo. Satysfakcja z pracy może mieć charakter **ogólnego zadowolenia z pracy** lub **zadowolenia partykularnego** (cząstkowego). Reakcje ogólnego zadowolenia z pracy wiążą się z ogólną postawą uczuciową wobec pracy, ale bez koniecznego związku z konkretnymi czynnikami pracy. Dzieje się tak między innymi dlatego, że stabilizatorem satysfakcji z pracy mogą być czynniki z pola pozazawodowego, na przykład społeczny prestiż zakładu pracy. Zadowolenie partykularne to z kolei specyficzne poczucie przyjemności, związane wyłącznie z konkretnym czynnikiem pracy, na przykład z wykonywaniem wyjątkowo interesujących zadań. Poszczególne czynniki pracy mogą być od siebie całkowicie niezależne (Derbis i Bańka, 1998). Pracownicy mogą być zadowoleni z zarobków, a niezadowoleni z warunków pracy. Praca nie jest monolityczną całością, lecz systemem złożonym z wielu elementów, z których każdy stanowi źródło innego aspektu zadowolenia z pracy. Trudno ustalić jeden zestaw cząstkowych czynników zadowolenia z pracy, jednak w wypadku większości prac są to czynniki, które przedstawiono w tabeli 51.2.

Badania przeprowadzone za pomocą *Job Description Index* oraz *Minnesota Satisfaction Questionnaire* wykazały (Scarpello i Campbell, 1983) brak związku między sumą cząstkowych satysfakcji z pracy a ogólnym zadowoleniem z pracy. Innymi słowy, ogólne zadowolenie z pracy nie jest sumą satysfakcji z poszczególnych elementów pracy. Jednak

TABELA 51.2

Wyznaczniki cząstkowego zadowolenia z pracy i ich przykłady

WYMAGANIA STAWIANE PRZEZ PRACĘ	PRACA WYMAGAJĄCA, KTÓRA MOŻE ZOSTAĆ ZREALIZOWANA Z PEŁNYM SUKCESEM, DAJE ZADOWOLENIE
Obciążenie fizyczne	Praca męcząca nie jest przyjemna.
Indywidualna atrakcyjność pracy	Praca interesująca daje poczucie zadowolenia.
Struktura nagród	Natychmiastowe wzmocnienia i nagrody są źródłem satysfakcji.
Cel pracy	Warunki pracy sprzyjające osiąganiu celu dostarczają poczucia satysfakcji.
Ja	Wysoka ocena łączy się z satysfakcją z pracy.
Współpracownicy	Zespół, który umożliwia osiąganie nagród i którego członkowie w taki sam sposób widzą rzeczywistość, wywołuje poczucie zadowolenia z pracy.
Zarządzanie	Satysfakcjonujące są te firmy, które pomagają pracownikowi w realizacji jego celów i eliminują konflikt oraz niejednoznaczność roli.
Korzyści	W wypadku większości pracowników korzyści odnoszone z pracy nie mają większego wpływu na zadowolenie z pracy.

zarówno ogólne zadowolenie z pracy, jak i satysfakcje cząstkowe są ważnym czynnikiem zdrowia psychicznego, rozumianego jako poczucie jakości życia (Derbis i Bańka, 1998; Schain, 1996). Wszystkie zmiany w systemie organizacyjnym, takie jak modernizacje czy zarządzanie partycypacyjne, wpływają na satysfakcje cząstkowe i zadowolenie ogólne, przyczyniając się do ogólnego dobrostanu (*well-being*) pracowników w miejscu pracy i – w efekcie końcowym – do ogólnego zadowolenia z życia. Czynniki sytuacyjne związane z systemem organizacyjnym nie są jedynymi wyznacznikami zadowolenia z pracy. Jak już wspomniano, ważną rolę odgrywa też wiek, poziom inteligencji oraz doświadczenie zawodowe i osobowość.

51.2.1.2 Zadowolenie z pracy a zachowania organizacyjne

Zagadnieniem teoretycznym skupiającym na sobie największą uwagę psychologów organizacji jest problem związku między zadowoleniem a zachowaniami organizacyjnymi pracowników, takimi jak wydajność, jakość pracy, fluktuacja i dyscyplina pracy. Generalnie przyjmuje się założenie, że satysfakcja z pracy jest ściśle związana z wyższą wydajnością, produktywnością pracowników, z silniejszym zaangażowaniem w pracę, z mniejszą fluktuacją, z większą lojalnością wobec organizacji (Schwab i Cummings, 1983).

Niekwestionowane przez nikogo założenie ogólne można wyjaśnić przy pomocy co najmniej kilku modeli zadowolenia z pracy. Pierwszy model, związany z tak zwanym ruchem stosunków międzyludzkich (*human relations*), potwierdził się tylko częściowo i zmusił badaczy do poszukiwania innych wyjaśnień teoretycznych. Jedną z teorii będących efektem krytyki modelu *human relations* jest koncepcja zadowolenia z pracy Marcha i Simona (1958). Zakłada ona, że produktywność jest funkcją dwóch zmiennych: stopnia doświadczanego niezadowolenia oraz spostrzeganej

instrumentalności wykonywanych zadań pracy względem cenionych nagród. Bardziej radykalne wyjaśnienie związku satysfakcja – produktywność daje model Lawlera i Portera (1967). W ich koncepcji to nie satysfakcja jest przyczyną wydajności pracy, ale odwrotnie – wydajność jest przyczyną zadowolenia z pracy. Dobre wykonanie zadań i sukcesy w pracy mogą prowadzić do nagród, które z kolei prowadzą do satysfakcji z pracy. Satysfakcja jest skutkiem zaspokojenia potrzeb i jeżeli praca zaspokaja na przykład potrzebę osiągnięć, to tym samym stymuluje pracownika do lepszego wykonywania zadań jako środka zaspokojenia potrzeby. Teoria ta nadaje się jednak tylko do wyjaśnienia zachowań organizacyjnych kadry kierowniczej, a jest bezużyteczna przy wyjaśnianiu zachowań szeregowych pracowników lub wykonujących prace monotonne.

Niejednoznaczne są wyniki badań dotyczących związku między zadowoleniem z pracy a rozmiarami absencji w pracy i fluktuacji. Z pewnością prawdą jest to, że pracownicy niezadowoleni częściej są nieobecni w pracy i częściej szukają innej pracy. W wypadku absencji istotną rolę odgrywają satysfakcje cząstkowe z poszczególnych aspektów pracy, a nie ogólne zadowolenie z pracy. W odniesieniu do zjawiska fluktuacji (zmiany pracy) sytuacja staje się jeszcze bardziej złożona. Zadowolenie z pracy nigdy nie jest przyczyną decyzji o zmianie lub o porzuceniu pracy. Na taką decyzję wpływają zarówno wiek czy sytuacja rodzinna, jak i cechy osobowości pracownika (Derbis i Bańka, 1998). Ludzie młodzi, samotni, to jest bez zobowiązań finansowych, są bardziej niezależni w podejmowaniu decyzji o zmianie pracy niż osoby w średnim wieku, obciążone odpowiedzialnością za rodzinę i zaciągnięte pożyczki hipoteczne. Jak wykazują badania Mobleya (1982), zmiana pracy jest wieloetapowym procesem decyzyjnym, podczas którego podmiot dokonuje kolejnych porównań kosztów i zysków ekonomicznych, a także psychologicznych, a niezadowolenie jest tylko jedną z wielu okoliczności. Ważniejszą od niezadowolenia determinantą decyzji o porzuceniu pracy (o zmianie pracodawcy) jest ocena rynku pracy i stopy bezrobocia (Burchell, 1992).

Satysfakcja z pracy może mieć wpływ na lojalność wobec organizacji i zachowania antyspołeczne. Niska satysfakcja z pracy prowadzi do zachowań szkodzących organizacji, a w skrajnych wypadkach – nawet do sabotażu. Przeciwieństwem zachowań szkodzących jest **przywiązanie do organizacji** (*organizational commitment*), które obejmuje trzy komponenty:

(1) akceptację wartości i celów organizacji,
(2) wolę wydatkowania wysiłku na rzecz organizacji,
(3) pragnienie pozostania w organizacji.

Przywiązanie do organizacji jest silnie skorelowane z zadowoleniem z pracy, z tendencją do zmiany pracy, ale, co zaskakujące, nie z produktywnością. Przywiązanie do organizacji poprzedzają poczucie identyfikacji z organizacją oraz zgeneralizowana postawa obowiązkowości i lojalności. W tym tradycyjnym ujęciu czynniki determinujące przywiązanie do organizacji są traktowane jako cechy osobowości i kryterium selekcyjne kandydatów do pracy. Przykładem tego jest Kwestionariusz Przywiązania Organizacyjnego (*Organizational Commitment Questionnaire*; Mowday, Steers i Porter, 1979). Współcześnie większą wagę w generowaniu postawy przywiązania do pracy przypisuje się czynnikom środowiska organizacyjnego, a w szczególności modelowaniu procesów socjalizacji (Ashforth i Saks, 1996).

51.2.2 Teorie motywacji pracy

W przeciwieństwie do zadowolenia z pracy, które jest reakcją uczuciową, **motywacja pracy** odnosi się do konkretnych zachowań w środowisku organizacyjnym. Motywacja pracy oznacza chęć, dążenie i gotowość jed-

nostki do wkładania wysiłku w wykonywaną pracę. Problem ten jest podstawowym zagadnieniem psychologii organizacji, ponieważ wyjaśnia, dlaczego pracownicy zachowują się w pracy w określony sposób. Ogólne teorie motywacji nie nadają się do wyjaśniania i przewidywania zachowań organizacyjnych. W powszechnym stereotypie motywacja pracy najczęściej redukowana jest do zarobków.

51.2.2.1 Znaczenie motywacji pracy

Motywacja jest wyrazem chęci do realizacji określonego działania (Ratajczak, 1991). Pojęcie to jest konstruktem hipotetycznym, tworzonym na podstawie obserwacji faktów, jakimi są konkretne zachowania organizacyjne. Powszechnie obserwuje się, że osoby z wysoką motywacją pracy są bardziej produktywne. Nie można jednak stawiać znaku równości między produktywnością i motywacją. Produktywność jednostki ma bowiem także związek ze zdolnościami, czyli z możliwościami wykonywania szeregu zadań. Ponieważ różne miary efektywnego działania są determinowane przez różne czynniki, łatwo może dochodzić do nieporozumień w odniesieniu do tego, co jest efektem motywacji (chęci) pracy, a co rezultatem uzdolnień i czynników sytuacyjnych.

Motywacja pracy jest układem warunków pobudzających, ukierunkowujących i podtrzymujących zachowania istotne w sytuacji pracy (Gliszczyńska, 1981). Tradycyjnie rozpatruje się ją z dwóch przeciwstawnych punktów widzenia – teorii czynnika i teorii środowiska. W podejściu czynnikowym przyjmuje się założenie, że motywacja to stała dyspozycja jednostki, którą człowiek albo ma, albo nie. Jako trwała cecha, nie może ona być ani znacząco zwiększona w życiu „leniwców", ani zredukowana do przysłowiowego zera w życiu „ambitnych". W podejściu środowiskowym natomiast przyjmuje się założenie, że wyznacznikami motywacji są czynniki sytuacyjne, czyli okoliczności. W myśl tej koncepcji motywację można kształtować, rozwijać i znacząco zmieniać. Czynniki motywujące nie tkwią więc w człowieku w formie trwałej dyspozycji, ale w zmiennym środowisku. Aby je uaktywnić, należy najpierw je wydobyć, zdefiniować, a następnie określić ich wpływ na zachowanie.

O ile w ramach teorii motywacji, rozumianej jako cecha, psychologia organizacji ukierunkowana jest na poznanie i pomiar indywidualnych różnic między ludźmi (Saville, Sik, Nyfeld, Hackston i MacIver, 1996), o tyle na gruncie teorii sytuacyjnych zorientowana jest ona na poznanie specyficznych atrybutów pracy, organizacji i środowiska w kontekście ich stymulującego wpływu na zachowanie się pracowników (Thorton i Cleveland, 1990). W psychologii organizacji obydwie orientacje mają swoich zwolenników i znajdują praktyczne zastosowanie. Pierwsza orientacja przydaje się w selekcji kadr, a w szczególności kadr menedżerskich. Druga orientacja jest użyteczna w programach szkolenia personelu, w poradnictwie zawodowym i w doradztwie personalnym. Opiera się ona bowiem na założeniu, że z każdego człowieka można uczynić efektywnego pracownika, jeżeli tylko zapewni mu się odpowiednie warunki.

51.2.2.2 Teorie motywacji pracy

Teorie motywacji są to koncepcje wyjaśniające sposób, w jaki ludzie związani ze strukturami organizacyjnymi stają się efektywnie funkcjonującymi podmiotami systemów społecznych. Ponieważ motywacja jest konstruktem hipotetycznym, odnoszącym się do bardzo zróżnicowanych zachowań i warunkujących je czynników (zob. rozdz. 30.), w psychologii organizacji istnieje wiele teorii usiłujących wyjaśniać jej mechanizmy. Starają się one rozstrzygnąć między innymi następujące kwestie:

(1) W jaki sposób włączać ludzi do systemu społecznego organizacji i zachęcać ich do pozostawania w nim?
(2) W jaki sposób skłonić ludzi do niezawodnego wypełniania tego, co nakazuje im rola?

(3) W jaki sposób skłonić ludzi do działań spontanicznych i innowacyjnych, które wykraczają poza przepisy ról?

Jedną z prototypowych teorii motywacji jest A. Maslowa (1990/1970) teoria **hierarchii potrzeb** (zob. rozdz. 29.). Według niej, źródłem motywacji są potrzeby człowieka, sprowadzające się do pięciu następujących: fizjologicznych, bezpieczeństwa, społecznych, samooceny i samoaktualizacji. Potrzeby popychają ludzi do ich zaspokojenia poprzez określone działania, przy czym proces ten nie ma końca. Proces zaspokajania potrzeb ma charakter hierarchiczny: najpierw zaspokojone muszą zostać potrzeby podstawowe, a następnie potrzeby wyższego rzędu. Według tej teorii, najważniejsze znaczenie dla pracowników mają płace i pewność pracy (*job security*). Dlatego też najczęściej koncentrują się oni na tych aspektach pracy, które pozwalają im zaspokoić najistotniejsze potrzeby fizjologiczne. Gdy podstawowe potrzeby zostaną zaspokojone, dopiero wtedy znaczenia nabierają kwestie związane ze współpracownikami, prestiżem, uznaniem, zainteresowaniami. Awansowanie pracowników po szczeblach drabiny organizacyjnej sprawia, że skupiają się oni już nie na potrzebach niższego rzędu, ale na potrzebach rzędu wyższego.

Założenia Maslowa nie potwierdziły się w praktyce, ale wywarły duży wpływ na rozwój innych teorii, takich jak teoria ERG (*Existence, Relatedness, Growth*) Alderfera (1972). Redukuje on pięć potrzeb Maslowa do trzech: egzystencjalnej, relacji z innymi i rozwoju. Rezygnuje też z rygorystycznej zasady hierarchiczności – jego zdaniem, w jednym momencie uaktywnione mogą być różne potrzeby jednocześnie. Osoba, której praca nie zaspokaja dwóch potrzeb wyższego rzędu, na przykład dobrych relacji z innymi ludźmi i rozwoju, może skoncentrować się na potrzebach egzystencjalnych. Poza tym zaspokojona potrzeba w dalszym ciągu działa motywująco na jednostkę. Prace, w których jednostka realizuje potrzebę autonomii, rozwoju, twórczości itp., nie tylko nie zmniejszają motywacji do działania w kierunkach wyznaczanych przez te potrzeby, ale wręcz ją nasilają. Teoria ta uzyskała tylko częściowe potwierdzenie w praktyce.

Jedna z najbardziej znanych w świecie – koncepcja zadowolenia z pracy Herzberga (1968) – nazywana jest też **teorią motywatora–higieny**. Motywatory to potrzeby, które prowadzą do satysfakcji, natomiast czynniki higieny to potrzeby, które prowadzą do braku satysfakcji. Ta bardzo kontrowersyjna teoria stworzyła podwaliny pod rozwój koncepcji tak zwanego **wzbogacania pracy** (*job enrichment*). Zakłada ona, że skoro satysfakcje i motywacje pracownicze wywodzą się z natury samej pracy, należy dążyć do takiego przeprojektowania (zreorganizowania) pracy, które maksymalizuje motywatory.

Teoria równowagi Adamsa (1965) zakłada, że motywacja pracy jest zdeterminowana przez percepcję wkładanego w pracę wysiłku oraz stałe porównywanie go z wysiłkiem oraz z korzyściami odnoszonymi przez innych ludzi. W sytuacji pracy ludzie porównują wkłady (*inputs*), a więc to, co wnoszą w wykonywaną pracę, z jej rezultatami (*outputs*), to jest z nagrodami uzyskiwanymi za pracę. Każdy pracownik nieświadomie dokonuje bilansu zysków i strat, porównując osiągane przez siebie efekty z korzyściami, jakie uzyskują jego współpracownicy. Jeżeli inni, podobni do niego pracownicy uzyskują więcej niż on, wówczas to, co uzyskuje, nie tylko nie budzi jego zadowolenia z pracy, lecz przeciwnie – wywołuje poczucie krzywdy. Jeżeli jednostka czuje, że otrzymuje mniej nagród niż inni, popada w stan nierównowagi, która stanowi motywację do przywrócenia równowagi. Gdy tę samą ilość nagród pracownik dostrzega u siebie i u innych, wtedy pojawia się stan **równowagi**. Badania potwierdzają praktyczną przydatność tej koncepcji do przewidywania zachowań w miejscu pracy. Motywacja pracy maleje, gdy rosną wątpliwości co do równoważności korzyści za ten sam wysiłek w pracy.

51.3

Przywództwo i partycypacja

51.3.1 Przywództwo

Wszystkie organizacje zawsze potrzebują kogoś, kto pokieruje innymi ludźmi, motywując ich do wysiłku, lojalności i kreatywności w działaniu. **Przywództwo** (*leadership*) w organizacji jest zagadnieniem rozpatrywanym z różnych punktów widzenia. Przede wszystkim nie ma powszechnej zgody co do znaczenia samego terminu „przywództwo". Pojęcie to rozpowszechnione jest głównie w krajach anglosaskich i konkuruje z terminem **kierownictwo** (*supervision*). Co więcej, klasyczne poglądy na temat przywództwa ulegają obecnie daleko idącej rewizji z powodu szybkich zmian ekonomicznych, które zwiększają złożoność decyzji, podważają konieczność podtrzymywania układów hierarchicznych władzy, zacierają granice podporządkowania i nadrzędności (Bales, 1996).

51.3.1.1 Pojęcie przywództwa

Według klasycznej definicji, **przywództwo to proces oddziaływania na aktywność zorganizowanych grup ludzkich w kierunku ustanawiania i realizacji celów.** W tym kontekście przywódcami są zarówno kierownicy (menedżerowie), jak i liderzy. Definicja ta zawiera jednak małe uproszczenie, nie uwzględnia bowiem problemu przywództwa w grupach spontanicznych, niezorganizowanych.

Przywództwo jest podstawowym elementem pracy menedżerskiej, ale nie jest tym samym. Istotę działań menedżerskich stanowi organizowanie pracy i podtrzymywanie aktywności członków zespołu. Tymczasem istotą liderowania jest przewodzenie, podejmowanie ryzyka i budowanie wizji przyszłości. Podsumowanie różnic między obiema kategoriami przywództwa zawiera tabela 51.3.

Wczesne badania, których początek sięga kilkudziesięciu lat wstecz, usiłowały określić czynniki różnicujące liderów i nieliderów, jak

TABELA 51.3

Różnice między menedżerem a liderem

WYMIARY PORÓWNAŃ	MENEDŻEROWIE	LIDERZY
Postawa wobec celów	Bezosobowa, reaktywna, pasywna	Osobista, aktywna
Koncepcje pracy	Sprzyjanie procesom koordynacji i równowagi, ograniczanie możliwości	Projektowanie pomysłów na wyobrażenia porywające ludzi, rozwijanie możliwości
Relacje z innymi	Preferowanie pracy z ludźmi Odniesienia do roli	Preferowanie aktywności indywidualistycznej Odniesienia intuicyjne i empatyczne
Poczucie Ja	Przynależność do środowiska, tożsamość oparta na roli, członkostwie itd.	Tożsamość zależna od osobowościowej dominacji nad przebiegiem zdarzeń

Według: Burke (1982, s. 238), za zgodą wydawcy; *copyright* Little, Brown and Company.

również liderowanie z sukcesem i bez sukcesów. Część badań skupiła się na zmiennych osobowościowych, takich jak inteligencja, ambicja, agresywność. Inna część natomiast skoncentrowała się na fizycznych charakterystykach osób pełniących funkcję liderów, takich jak wygląd zewnętrzny, atrakcyjność fizyczna, postawa (język ciała). W ich efekcie udało się ustalić pewne współzależności między czynnikami psychofizycznymi a rodzajami zadań i typami grup. Wyniki tych badań nie są jednak spójne i niektóre kontrowersje trwają do dziś (Rost, 1991).

Na początku wieku, a nawet jeszcze kilkanaście lat temu, przywództwo pojmowane było inaczej niż w ostatnich kilku latach. Główną rolę odgrywał bezpośredni zwierzchnik, który mniej zajmował się liderowaniem w dzisiejszym tego słowa znaczeniu, a bardziej wyznaczaniem zadań i ich kontrolą. W stylach zarządzania, wyrosłych na gruncie naukowej organizacji pracy, relacja przełożony – podwładny opierała się na władzy i posłuszeństwie. Koncepcja natury ludzkiej szeregowego pracownika była bardzo uproszczona: pracownik to osoba z natury leniwa, mało inteligentna, wymagająca dyscypliny.

Późniejsze badania przesunęły punkt ciężkości z kategorii cech przywództwa na zachowania przywódcze, lecz w dalszym ciągu ideałem lidera pozostawał typ „bohatera". Badania poszukiwały współzależności między efektywnością przywództwa a wzorami zachowań, zdolnościami i czynnikami osobowymi kierowników. Wykonawca pracy przestał być traktowany przedmiotowo. Zaczęto go traktować podmiotowo – jako osobę czującą, myślącą i kreatywną. Zauważono, że choć nie wszyscy nadają się do tej roli ze względu na brak specyficznych zdolności, to jednak większość ludzi można nauczyć technik efektywnego oddziaływania na innych bez względu na posiadane predyspozycje. Praktycznym celem badań (Young i Dixon, 1997) stało się zatem poszukiwanie optymalnych metod kształtowania zachowań przywódczych, dopasowanych do nowych warunków funkcjonowania organizacji (por. tab. 51.4).

Kompetencje przywódcze zależą od szczebli zarządzania (Nosal, 1999). Na niższych

TABELA 51.4

Porównanie tradycyjnych i nowoczesnych stylów przywództwa oraz partycypacji

WYMIARY PRZYWÓDZTWA I PARTYCYPACJI	WZORY PRZYWÓDZTWA I PARTYCYPACJI W PRZESZŁOŚCI	WZORY PRZYWÓDZTWA I PARTYCYPACJI OBECNIE I W PRZYSZŁOŚCI
1. Rodzaj autorytetu	Autorytet formalny; typ idealny silnego człowieka (herosa)	Autorytet nieformalny lub organizacja bez przywódców; typ idealny to taki, gdy wszyscy kierują i są kierowani (np. systemy eksperckie)
2. Stosunek do organizacji	Moje zadania i moje cele	Nasze zadania, naszej organizacji
3. Rodzaj poczucia tożsamości z organizacją	Ja *versus* Oni	My
4. Dominujący kierunek działania	Współistnienie, zgoda i wpływanie	Współdziałanie
5. Wiedza organizacyjna	Przywódca wie wszystko i zna wszystkie istotne odpowiedzi	Każdy członek organizacji wie coś i czegoś nie wie

szczeblach większość zadań kierowniczych związana jest z dozorem technicznym, toteż efektywność przywództwa w tym przedziale stanowisk zależy od zdolności technicznych. Na średnich szczeblach zarządzania wzrasta ilość zadań związanych z oddziaływaniem na ludzi, a o efektywności kierowania decydują zdolności społeczne do tworzenia zespołów ludzkich. Na wyższych i najwyższych szczeblach zarządzania decydujące są natomiast zdolności koncepcyjne, związane z planowaniem czy modelowaniem procesów decyzyjnych (Katzenbach i RCL Team, 1995).

Osoba, która jest dobrym przywódcą w jednej sytuacji, może się nie sprawdzać w innej. Dla efektywnego przywództwa niezbędne są zachowania łączące i stymulujące ludzi do realizacji określonych celów w określonej sytuacji. Zachowania przywódcze definiują więc zawsze trzy elementy: przywódca, grupa oraz sytuacja. Przywódca jest elementem złożonego systemu, toteż na pytanie „Co określa dobrego przywódcę?" nie można w prosty sposób odpowiedzieć (Heifetz, 1994).

51.3.1.2
Teorie przywództwa

Klasyczne teorie przywództwa dzielą się na trzy rodzaje: czynnikowe, sytuacyjne i zachowaniowe. Inne, bardziej specyficzne teorie sprowadzają się do koncepcji zwanej teorią wypadkową (*contingency theory*). Zakłada ona, że efektywne przywództwo jest kombinacją cech i zachowań lidera oraz właściwości sytuacji, w jakiej z przywództwem mamy do czynienia.

Najbardziej znaną teorią wypadkową jest koncepcja zaproponowana przez Fiedlera (1967). Przyjmuje on, że efektywność lidera jest zdeterminowana przez interakcję jego cech osobowościowych i sytuacyjnych. Przywódcy są zorientowani albo personalnie, albo zadaniowo. To, który z tych dwóch typów przywództwa okaże się bardziej efektywny, zależy od stopnia osiąganej kontroli nad sytuacją. Panowanie nad sytuacją zależy od trzech czynników: od relacji między liderem a kierowanym, od struktury zadania oraz od zakresu władzy lub autorytetu. Jeżeli przywódca jest popularny – kontroluje pracę o dużym stopniu ustrukturalizowania (rutynową), ma autorytet umożliwiający efektywne karanie i nagradzanie oraz sprawuje dużą kontrolę nad sytuacją – oznacza to, że funkcjonuje w sytuacji sprzyjającej. Przywódca niepopularny, który nie ma formalnych celów ani autorytetu, funkcjonuje w sytuacji niesprzyjającej. W sytuacjach ekstremalnych, zarówno sprzyjających, jak i niesprzyjających, bardziej efektywny jest lider zorientowany zadaniowo.

Teoria ścieżki celów (*path-goal theory*) zakłada (House, 1971), że przywódcy są w stanie zwiększać satysfakcję i produktywność podwładnych poprzez nagradzanie osiąganych przez nich celów. Efektywne przywództwo polega na wskazywaniu podwładnym ścieżek, jakimi powinni podążać, realizując cel, oraz na dostarczaniu im odpowiednich środków. House (1971) zaproponował powszechnie akceptowaną typologię zachowań przywódczych:

(1) przywództwo dyrektywne, które daje podwładnym swobodę w decydowaniu o tym, co i jak powinni zrobić, aby osiągnąć określone cele;
(2) przywództwo wspierające, które polega na okazywaniu zainteresowania i udzielaniu wsparcia podwładnym;
(3) przywództwo partycypacyjne, które umożliwia podwładnym udział w decyzjach dotyczących pracy;
(4) przywództwo zorientowane na osiągnięcia, polegające na stawianiu podwładnym wyzwań i na egzekwowaniu wysokich wskaźników wykonania zadań.

Normatywna teoria podejmowania decyzji (*normative decision theory*) koncentruje się na procesie dokonywania wyborów w różnych sytuacjach. Termin „norma" odnosi się do poprawnych standardów zachowania (Vroom i Yetton, 1973). Teoria ta definiuje pięć typów przywództwa, poczynając od stylu autokratycznego, w którym decyzje podejmowane są całkowicie arbitralnie, a skończywszy na stylu partycypacyjnym, w którym

decyzje osiągane są na zasadzie konsensusu. Normatywna teoria decyzji dostarcza kierownikom obiektywnych środków wyboru najlepszych podejść poprzez diagnozę sytuacji.

51.3.1.3
Style przywództwa

Ogólny wzór działania przywódcy, spostrzegany z perspektywy pracowników, nazywany jest stylem przywództwa. Style przywództwa rozróżnia się na podstawie motywacji, władzy lub typu orientacji przywódcy (na zadania *versus* na ludzi). W literaturze przedmiotu spotkać można wiele różnych klasyfikacji stylów przywództwa, z których każda ma swoistą użyteczność (Rost, 1991). Najbardziej uniwersalną klasyfikacją jest ta, która dzieli typy przywództwa w zależności od sposobu sprawowania władzy, sposobu nagradzania podwładnych oraz rodzaju orientacji.

Przywódców podzielić można na podstawie sposobu, w jaki motywują swoich podwładnych. Jeżeli przywódca koncentruje się na nagradzaniu, oznacza to, że stosuje pozytywne przywództwo. Ten styl sprawdza się szczególnie wtedy, gdy podwładni są dobrze wyedukowani i dysponują sporym marginesem swobody działania. Jeżeli przywódca koncentruje się na karaniu, wtedy stosuje negatywny styl przywództwa. Przywódcy tego rodzaju mają tendencję do dominacji i zwierzchnictwa nad pracownikami. Jednak taki rodzaj postępowania jest przez wielu menedżerów akceptowany. Często grożą oni utratą pracy lub udzielają reprymendy podwładnym w obecności innych, opierając się na fałszywym przekonaniu, że wykorzystywanie autorytetu (władzy) jest najlepszym sposobem pobudzania produktywności.

Styl przywództwa decyduje o sposobie wykorzystywania władzy. Styl autokratyczny, partycypacyjny i wolny od ograniczeń (*laissez faire*) mają swoje zalety i wady. Przywódca autokratyczny centralizuje władzę, podejmowanie decyzji oraz strukturę zadań podwładnych. Przywódca partycypacyjny decentralizuje władzę, a decyzje podejmuje po konsultacji z podwładnymi. Przywódca i podwładni działają wspólnie, jako zespół. Podwładni są informowani o wszystkich ważnych uwarunkowaniach pracy i mają możliwość wyrażania swoich opinii. Przywódca typu *laissez faire* unika władzy, ale zarazem odpowiedzialności. Jest uzależniony od grupy, w której każdy członek sam musi nauczyć się celów działania i sposobów ich realizacji.

Dwa inne style to styl zorientowany na pracowników i na zadania. Bardziej efektywny jest styl przywództwa zorientowanego na ludzi. Przywódcy tego typu rezygnują z tradycyjnie pojętej władzy, koncentrując się na potrzebach pracowników, na budowaniu zespołu i na współpracy. Przywódcy skoncentrowani na zadaniach dzielą się dodatkowo na dwie kategorie (Beatty i Ulrich, 1991). Pierwszą tworzą kierownicy, którzy władzę i autorytet opierają na posiadanym statusie roli. Żywią oni przekonanie, że najlepsze rezultaty przyniesie ciągłe dostarczanie pracownikom nowych zadań i ustawiczna kontrola. Drugą kategorię tworzą kierownicy wywodzący autorytet z eksperckiej wiedzy o zadaniu, w związku z czym dzielą się oni władzą z podwładnymi w imię otwartości na zmianę, zaufania i konkurencyjności.

51.3.2
Partycypacja

Termin **partycypacja** oznacza współuczestniczenie członków grupy pracowniczej w decyzjach dotyczących ich samych oraz wykonywanej pracy. Partycypacja ma istotne znaczenie dla tworzenia i funkcjonowania zespołów pracowniczych (Mączyński, 1996). Jest ona jednocześnie najtrudniejszym elementem praktyki zarządzania, łatwo poddającym się deformacjom.

51.3.2.1
Natura partycypacji pracowniczej

Wyróżnić można cztery formy partycypacji: rzeczywistą, spostrzeganą, formalną i nieformalną. Partycypacja rzeczywista polega na

realnym wpływie na podejmowane w grupie decyzje. Partycypacja spostrzegana odnosi się do poczucia wywierania wpływu. Partycypacja formalna jest usankcjonowaną prawnie możliwością podejmowania decyzji, partycypacja nieformalna zaś to układ wzajemnych relacji szacunku i poważania wśród uczestników organizacji.

Z psychologicznego punktu widzenia partycypacja jest mentalnym i emocjonalnym zaangażowaniem jednostek w sytuację pracy, skłaniającym je do włączania się w podejmowanie celów grupowych oraz do ponoszenia za nie odpowiedzialności. W partycypacji pracowniczej istotniejsze jest zaangażowanie Ja (*self involvement*) niż zaangażowanie zdolności jednostki. Partycypacja nie jest również tożsama z zaangażowaniem w zadanie (*task involvement*), ponieważ nie polega na tym, że pracownicy cały czas są zajęci pracą.

Inną ważną cechą partycypacji jest to, że motywuje ona ludzi do współuczestnictwa. Ujawnia się w niej inicjatywa i twórczy charakter pracownika. W tym rozumieniu partycypacja różni się od „milczącej zgody". Jest czymś więcej niż przyzwoleniem na wcześniej ustalone reguły gry. Jej zasadnicza wartość polega na wyzwalaniu twórczej postawy u wszystkich pracowników. Stymuluje ona motywację, ponieważ pozwala zrozumieć pracownikom drogi dojścia do celu.

Ostatnią cechą partycypacji jest odpowiedzialność członków organizacji za aktywność zespołową. Zaangażowanie w organizację w kategoriach „my", a nie „oni" nie polega na bezwiednym wykonywaniu zadań, ale na świadomym i odpowiedzialnym współtworzeniu sukcesu organizacji. Jest to spostrzeganie pracy jako tej działalności, którą chce się wykonywać i za którą chce się ponosić odpowiedzialność.

Wdrażanie partycypacji pracowniczej napotyka wiele przeszkód. Podstawową jest opór menedżerów, którzy widzą w niej uszczuplenie swojej władzy. Poza tym część pracowników wykorzystuje partycypację jako okazję do ujawniania nadmiernej swobody działania lub do podejmowania tylko zadań łatwych. Problemem partycypacji jest również nakładanie się funkcji podejmowanych dobrowolnie przez różnych członków organizacji. Pociąga to za sobą opór przełożonych, odpowiedzialnych za koordynację zadań.

51.3.2.2 Programy partycypacji

Programy partycypacji to różne modele angażowania pracowników w funkcjonowanie organizacji. Jednym z nich jest model zarządzania konsultacyjnego. Polega on na tym, że kierownik uzgadnia swoje zamiary z pracownikami i zachęca ich do rozwijania własnych pomysłów. Drugi model partycypacji polega na zarządzaniu demokratycznym. Jest ono realizowane głównie poprzez decyzje grupowe, wykorzystujące idee i wpływy wszystkich członków grupy. Szczególnym wypadkiem zarządzania demokratycznego są **samozarządzające się zespoły** (*self-managing teams*; Fisher, 1993). Jeszcze innym modelem partycypacji są **koła jakości** (*quality circles*). Koncentrują się one na poprawianiu produktywności i komunikacji w organizacji. Tworzą je grupy ochotników przeszkolonych w matematycznych metodach analizy jakości i podejmowania decyzji. Koła jakości stwarzają możliwości zaspokojenia wielu potrzeb, takich jak potrzeba rozwoju, osiągnięć czy uznania.

Najbardziej rozbudowanym programem partycypacji jest **demokracja zakładowa** (Johansen, 1987). Jest to partycypacja powierzona przez rząd różnym szczeblom organizacji do decydowania w sprawach pracowniczych. Na poziomach niższych jest ona realizowana za pośrednictwem rad pracowniczych (*work councils*). Na wyższych szczeblach organizacji przejawia się w formie **współzarządzania** (*codetermination*), polegającego na zasiadaniu przedstawicieli pracowników w zarządach firm. Zasadnicza idea polega tu na instytucjonalizacji współuczestnictwa pracowników w procesie koordynacji zarządzania firmą – w przeciwieństwie do postawy roszczeniowej tradycyjnych związków zawodowych (Drath i Paulus, 1994).

Zadaniem systemu „demokracji zakładowej" jest zaspokojenie sześciu potrzeb:

zmiany i różnorodności, możliwości stałego uczenia się, podejmowania decyzji i osobistej odpowiedzialności, wsparcia społecznego i uznania, poczucia znaczenia pracy w systemie społecznym, powiązania aktualnie wykonywanej pracy z przyszłą karierą zawodową.

51.4 Systemy organizacyjne i techniczne

Wszystkie organizacje stale dążą do jak najściślejszego dopasowania między pracą i jej wykonawcą. Cel ten osiągany jest dwoma sposobami: po pierwsze – poprzez dopasowanie człowieka do pracy – i po drugie – poprzez dopasowanie czynników otoczenia pracy do możliwości i ograniczeń ludzi. Pierwszy sposób polega na optymalizacji selekcji i szkolenia, drugi natomiast – na projektowaniu lub modernizacji systemów organizacji i systemów technicznych. Projektowanie systemów pracy znajduje zastosowanie w modernizacji organizacji gospodarczych i komercyjnych. Natomiast projektowanie systemów technicznych wykorzystywane jest w tak zwanych **systemach eksperckich** (*expert systems*), w których głównymi czynnikami determinującymi efektywność jednostek i zespołów pracowniczych są parametry konstrukcyjne i funkcjonalne sprzętu technicznego.

51.4.1 Rozwój systemów organizacji

Usprawnianie organizacji skoncentrowane na zmianie systemu pracy w celu dopasowania go do potrzeb człowieka nazywa się **projektowaniem pracy** (*job design*) lub **rozwojem organizacji** (*organizational development*). Rozwój organizacji jest pojęciem szerszym, gdyż obok projektowania pracy, w dosłownym znaczeniu, obejmuje tworzenie nowych form pracy oraz działania reorganizacyjne funkcjonujących systemów stanowisk.

Pierwsze koncepcje usprawniania systemów pracy były reakcją na model organizacyjny, sformułowany przez F. Taylora (1911). Skoncentrowały się one na strukturalnym rozwiązywaniu sprzeczności między zrutynizowanymi i wąsko wyspecjalizowanymi czynnościami a nastawieniami człowieka pragnącego osiągnąć zadowolenie z pracy. Najbardziej klasyczną teorią projektowania organizacyjnego, zapoczątkowaną już w latach czterdziestych, jest model scalania pracy poprzez wprowadzanie przemiennych czynności (*job rotation*) w celu **poszerzania pracy** (*job enlargement*). Zakłada on możliwość kontrolowania ujemnych skutków wąskiej specjalizacji w wykonywaniu powtarzalnych czynności oraz możliwość oddziaływania na motywację poprzez przeprojektowywanie systemów pracy (Beatty i Ulrich, 1991).

Bardziej wysublimowaną odmianą teorii poszerzania pracy jest model **wzbogacania pracy** (*job enrichment*), opracowany przez F. Herzberga (1968). Zakłada on możliwość zmiany zarówno formalnej, jak i jakościowej treści pracy. Najbardziej kompleksową i perspektywiczną teorią rozwoju organizacji, zapoczątkowaną również w latach czterdziestych przez badaczy brytyjskich i amerykańskich (Davis i Wacker, 1987; Emery i Thorsrud 1969), okazała się koncepcja rozwoju oparta na systemach socjo-technicznych. Teoria ta nie tylko nie straciła na aktualności, ale przypisuje się jej nawet główną rolę w najbliższym stuleciu (Hilschhorn, 1995; Miller, 1993).

Poszczególne modele rozwoju organizacji opierają się na odmiennych definicjach pracy. W pierwszym modelu praca ujmowana jest jako jednorazowe zadanie wykonywane przez indywidualnego wykonawcę. W drugim modelu praca to zbiór zadań wykonywanych przez jednostkę. W trzecim praca definiowana jest szerzej – jako ogół zadań i ról w róż-

nych ścieżkach kariery zawodowej, w wewnętrznym i zewnętrznym środowisku organizacyjnym. We wszystkich modelach rozwoju organizacji występują te same elementy: tworzenie zadań, grupowanie zadań, ustalanie zależności między rolami oraz tworzenie optymalnego systemu nagród i wzmocnień.

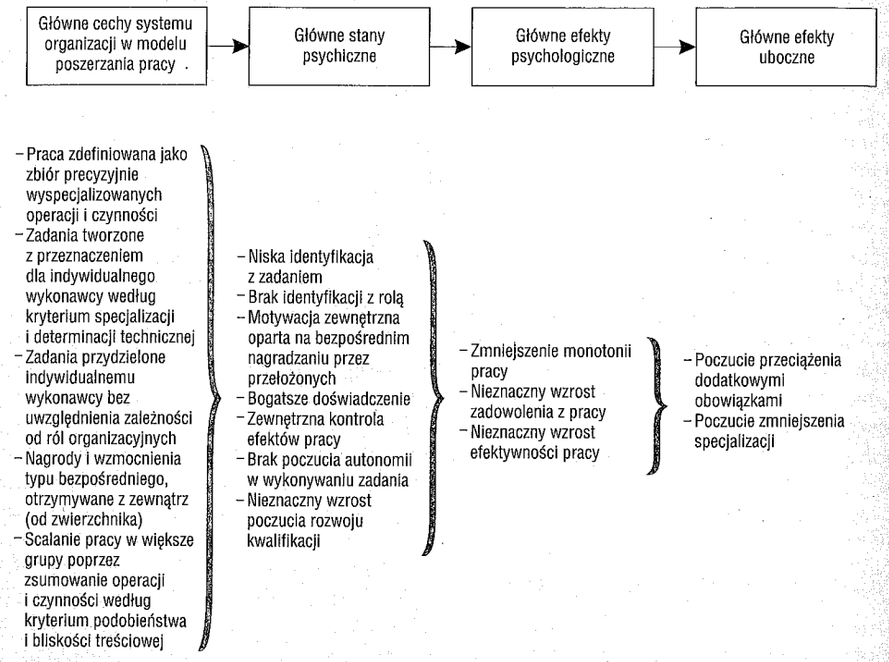
51.4.1.1 Poszerzanie i wzbogacanie pracy

Rozwój systemu organizacji polegający na poszerzaniu pracy, czyli na dodawaniu do rozdrobnionych zadań dodatkowych czynności, Herzberg (1968) nazwał horyzontalnym dociążeniem pracy. Jego przeciwieństwo, polegające na wzbogacaniu pracy czynnościami przynoszącymi wewnętrzne zadowolenie z pracy, nazwał on wertykalnym dociążeniem pracy.

Poszerzanie pracy (zob. ryc. 51-2), koncentrujące się jedynie na tworzeniu zadań i „mechanicznym" ich grupowaniu w większe całości, w niewielkim stopniu wpływa na zmniejszenie monotonii, ma też niewielkie znaczenie dla motywacji wewnętrznej, rozwoju oraz odpowiedzialności. Może natomiast – przeciwnie – wywołać opór i przeciążenie psychiczne.

Wad tych pozbawione jest częściowo wzbogacanie pracy (zob. ryc. 51-3). Propozycje F. Herzberga (1968) dotyczące wzbogacania pracy obejmują następujące czynności:

(1) wyeliminowanie niektórych operacji nadzoru nad pracownikiem i zwiększenie jego osobistej odpowiedzialności za wykonywane zadania;

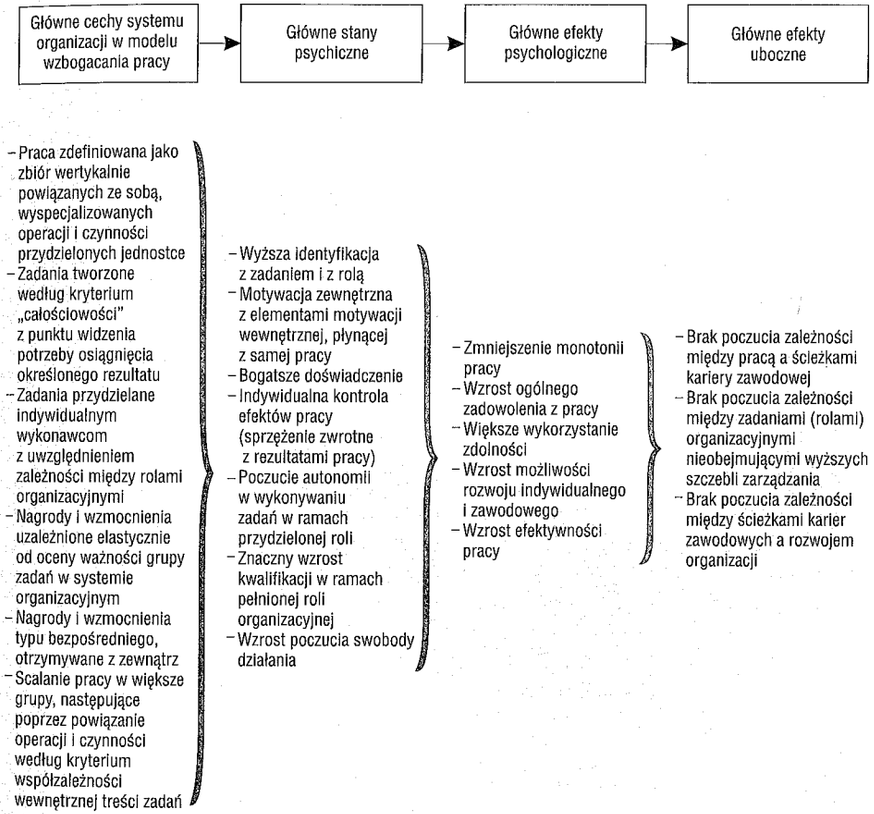


Główne stany, efekty psychologiczne oraz skutki uboczne poszerzenia pracy

RYCINA 51-2

(2) umożliwienie pracownikowi wykonywania całościowych i naturalnych jednostek pracy;
(3) dostarczenie pracownikom dodatkowych źródeł autorytetu oraz wolności wyboru w pracy;
(4) przekazanie sprawozdawczości pracy z poziomu nadzoru na poziom bezpośrednich wykonawców zadań;
(5) nakłanianie pracowników do podejmowania nowych, bardziej wymagających i odpowiedzialnych zadań;
(6) rozmieszczenie wysoce specjalistycznych zadań tak, aby z czasem pracownicy mogli stać się ekspertami w zakresie poszczególnych zadań i operacji.

Wykonywanie detalu, czy nawet całego produktu ogranicza rozdrobnienie zadań, charakterystyczne dla pracy potokowej, ale nie uwzględnia partycypacji jednostki w funkcjonowaniu całej organizacji, jak i potrzeb jednostki związanych z planowaniem kariery zawodowej w ciągu życia. System ten można



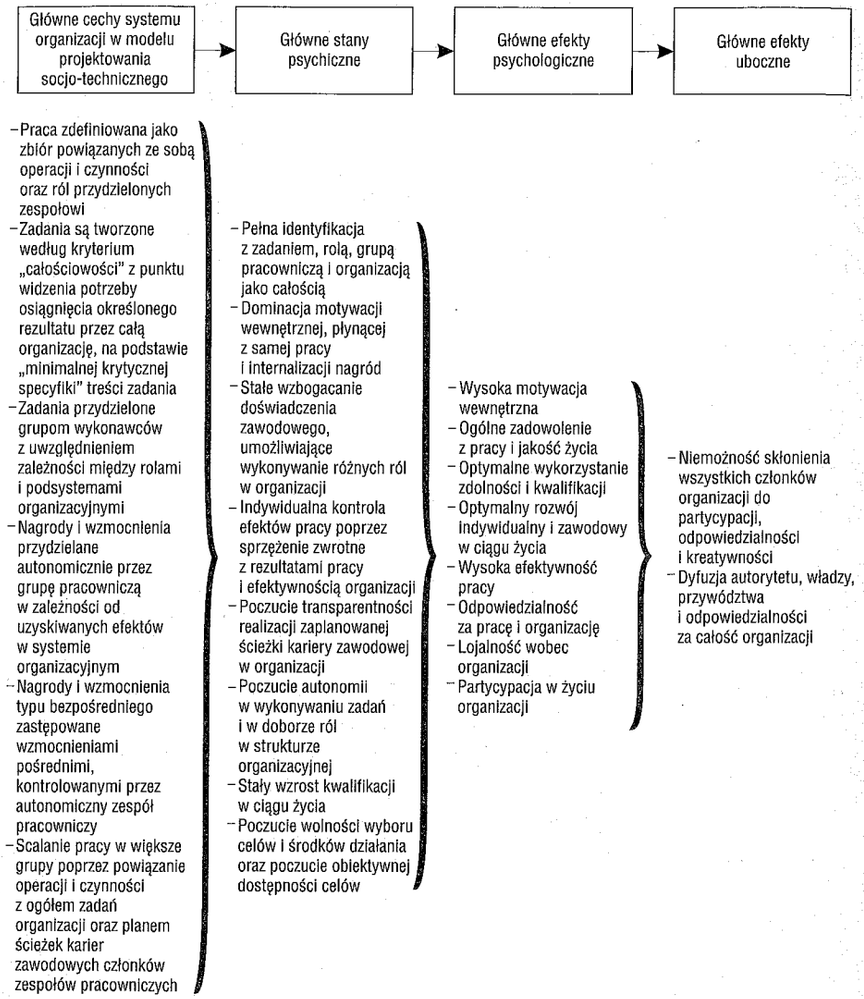
Główne stany, efekty psychologiczne oraz skutki uboczne wzbogacania pracy

RYCINA 51-3

krótko określić jako rodzaj organizacji budujący świadomość wykonawcy w zakresie wykonywanych zadań, niepobudzający jednak wyobraźni pracownika w odniesieniu do misji organizacji oraz całego swojego życia (Obholzer i Vega Zagier, 1994).

51.4.1.2 Projektowanie socjo-techniczne

Zintegrowane systemy techniczne i społeczne, zwane systemami socjo-technicznymi, tworzy się poprzez skoordynowane działania



Główne stany, efekty psychologiczne oraz skutki uboczne projektowania socjo-technicznego

RYCINA 51-4

społeczne oraz psychologiczne z szerokim zastosowaniem metod inżynierskich (Johansen, 1987).

Rozwój systemów socjo-technicznych kładzie nacisk – z jednej strony – na dopasowanie społecznych i technicznych aspektów organizacji, z drugiej zaś – na dopasowanie obydwu podsystemów organizacji do indywidualnych potrzeb i zdolności wykonawców. Współdziałanie między społecznymi i technicznymi aspektami organizacji zakłada możliwość rozpoczynania projektowania organizacji w dowolnym elemencie struktury dopasowania – społecznym bądź technicznym. D. Katz i R. L. Kahn (1979) wyróżnili trzy podstawowe elementy systemów socjo-technicznych: pracę (rolę), grupę pracowniczą oraz organizację jako całość. Socjo-technika maksymalizuje dopasowanie wszystkich trzech elementów jednocześnie, i to zarówno w obrębie systemu technicznego, jak i społecznego. Zmianami organizacyjnymi objęci zostają pracownicy wszystkich szczebli struktury organizacyjnej, wszystkie podsystemy techniczne i konstrukcyjne oraz wszystkie poziomy i komórki organizacyjne.

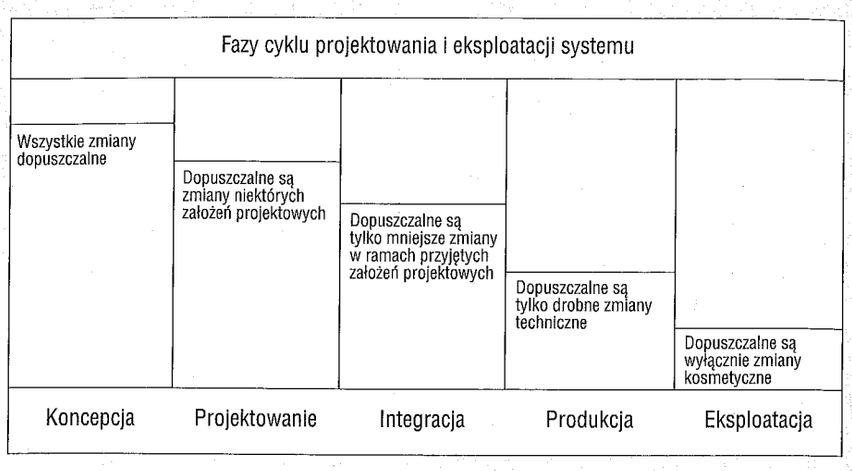
Systemy socjo-techniczne opierają się w dużym stopniu na teorii grup autonomicznych (Miller, 1993). Teoria grup autonomicznych zakłada potrzebę rozwoju możliwości człowieka oraz potrzebę wykonywania pracy w zespołach, gdzie łączność i interakcje opierają się na posiadaniu wspólnego celu, uznawaniu wzajemnej zależności i aktualizacji działań poprzez autentyczne zaangażowanie (zob. ryc. 51-4). Od strony techniczno-organizacyjnej praca w grupach autonomicznych polega na zespołowym dysponowaniu określoną ilością środków i na wykonywaniu całego zadania nie z punktu widzenia jednostki, ale całej organizacji.

Najbardziej zaawansowanym technicznie programem wzbogacania pracy była linia montażu samochodów Volvo w Kalmarze (Szwecja). System szwedzki łagodził skutki pracy zmianowej (Marek i Fąfrowicz, 1998), umożliwiając pracownikom wymienność funkcji w ruchomym czasie pracy. Z psychologicznego punktu widzenia był to początek nowych koncepcji, dotyczących takich pojęć, jak socjalizacja, władza i przywództwo. Podstawową przesłanką eksperymentów szwedzkich było osiąganie celów psychologicznych nie poprzez selekcję i trening, ale poprzez modyfikację procesu projektowania technicznego i eliminację władzy opartej na autorytecie statusu roli. Eksperymenty szwedzkie w efektywny sposób wykorzystały wiedzę o zachowaniu się, jaką dysponowali bezpośredni wykonawcy pracy. Grupa projektowa w Kalmarze składała się z pracowników, techników i architektów, wspomaganych ekspertyzami inżynierów produkcji oraz psychologów.

51.4.2 Systemy techniczne

O ile w systemach socjo-technicznych, takich jak przedsiębiorstwa produkcyjne i korporacje usługowe, celem rozwojowym organizacji jest jej stałe doskonalenie, umożliwiające osiąganie przez ludzi maksimum kompetencji oraz zadowolenia z pracy, o tyle w systemach opartych na zaawansowanych technologiach warunki efektywnego funkcjonowania organizacji są zdeterminowane już na najbardziej wstępnych etapach projektowania. Stąd też możliwości doskonalenia i ewoluowania takich systemów są skrajnie ograniczone. Oznacza to, że od momentu zainicjowania systemu, czyli określenia tak zwanej misji systemu, możliwości wprowadzania zmian modernizacyjnych – zarówno typu inżynierskiego, jak i psychologicznego – maleją z upływem czasu (por. ryc. 51-5).

Złożone systemy techniczne coraz częściej upodabniają się do **systemów eksperckich** (*expert systems*). Systemy eksperckie koncentrują się na rzeczywistych i złożonych problemach decyzyjno-wykonawczych, wymagających wiedzy specjalistycznej (eksperckiej) oraz komputerowego modelowania procesów decyzyjnych ekspertów – ludzi (Garg-Janardan, Eberts, Zimolong, Nof i Sal-



Możliwości wprowadzania zmian w złożonych systemach techniczno-organizacyjnych typu eksperckiego

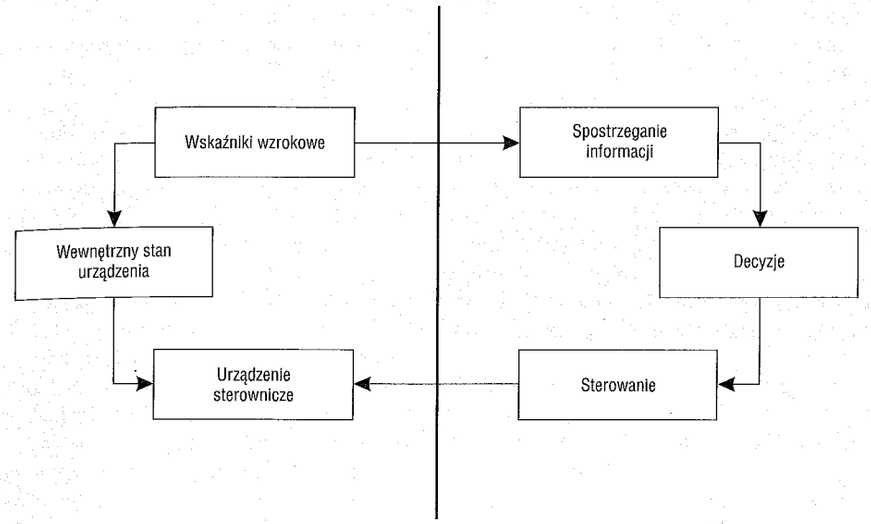
RYCINA 51-5

vendy, 1987, s. 1131). Symboliczne programowanie, rozwiązywanie problemów oraz badanie procesów poznawczych upodabnia systemy eksperckie do sztucznej inteligencji. O ile jednak ta ostatnia skoncentrowana jest na problemach natury ogólnej, o tyle systemy eksperckie zawężone są do ściśle zdefiniowanych zastosowań praktycznych. Systemy eksperckie charakteryzuje zdolność do generowania inteligentnych rozwiązań poprzez manipulowanie i eksplorowanie symbolicznych reprezentacji specyficznej wiedzy, zgromadzonej w doświadczeniu ekspertów (Chapanis, 1991).

51.4.2.1 Teoria systemów człowiek – maszyna

Systemami eksperckimi są w większości współczesne **systemy człowiek – maszyna** (SCM), w których cele i parametry funkcjonowania ludzi wyznaczają właściwości proceduralne podsystemu sprzętu. W przeciwieństwie do, na przykład, organizacji produkcyjnych lub komercyjnych typu otwartego, takie systemy, jak komputerowe centra kontroli lotów czy sieci decyzyjne, działają na zasadzie „zamkniętej pętli" i z chwilą włączenia ich do eksploatacji muszą spełniać zakładane dla nich kryteria efektywności na maksymalnym poziomie. Systemy socjo-techniczne można stopniowo rozwijać (modernizować) z perspektywy celów psychologicznych, społecznych i funkcjonalnych. Systemów eksperckich człowiek – maszyna nie można natomiast znacząco zmieniać ze względu na tak zwany współczynnik P x C – **prawdopodobieństwa nieadekwatnego wykonania zadań** (P – *probability of inadequate performance*) oraz **kosztów akceptacji nieadekwatnego wykonywania zadań** (C – *cost of acceptable inadequate performance* – Piso, 1981).

SCM to organizacja maszyn oraz ludzi włącznie z procesami interakcji między nimi wewnątrz określonego środowiska, realizująca z góry założone cele (Wickens, 1992). Między maszyną i człowiekiem zachodzą związki tworzące zamkniętą pętlę (zob. ryc.



Model „zamkniętej pętli" systemu człowiek – maszyna

RYCINA 51-6

51-6). Człowiek (operator) odbiera informację (1) od urządzenia poprzez wskaźniki (2), na podstawie odebranych informacji podejmuje decyzje (3), wykonuje czynności sterowania (4) w celu wywołania zmian w funkcjonowaniu urządzenia (5). Urządzenie zwrotne dostarcza do operatora informacje dotyczące zmian w jego funkcjonowaniu.

Celem rozwoju SCM jest organizowanie urządzeń, środowiska, zadań i personelu, najbardziej korzystne z punktu widzenia misji systemu oraz ludzi mających w nim pracować. Aby projektowanie SCM mogło zapewnić optymalne dopasowanie człowieka i pracy, musi ono spełnić następujące warunki:

(1) działanie systemu jest ukierunkowane na osiągnięcie określonych celów; adekwatność systemu oceniana jest na podstawie tego, w jakim stopniu osiąga on zdolności, do jakich został przewidziany;
(2) ludzie i maszyny są niezbędnymi komponentami systemu;
(3) system działa w określonym, wpływającym na niego środowisku;
(4) system jest zamkniętą pętlą, która obejmuje szereg sprzężeń zwrotnych; zmiana jednego elementu pociąga za sobą zmiany w obrębie innych elementów.

Obszary zainteresowania psychologii w rozwoju SCM podlegają stałej ewolucji. W latach sześćdziesiątych uwaga psychologów koncentrowała się na „przyjazności" (*user friendliness*) sprzętu i oprogramowania w semizautomatyzowanych interakcjach człowiek – komputer, obecnie zaś dominującym celem jest badanie i tworzenie wielowymiarowych zadań poznawczych o wysokiej złożoności wymagań, w naturalnych (a nie laboratoryjnych) układach działania. Głównymi tematami badawczymi stały się problemy architektury kognitywnej (*cognitive architectu-*

re), modeli uwagi i umysłu, świadomości sytuacyjnej (*situational awareness*), „storyboardingu" (tłumaczenia pojęć na prototypy, z którymi ekspert może wchodzić w bezpośrednie interakcje), mapowania pojęć (*concept mapping*) oraz modelowania wyobrażeń w rzeczywistości wirtualnej (*virtual-world imagery* – Howell, 1993). Wszystkie wymienione zagadnienia rozwijają się w ścisłym związku z badaniami nad sztuczną inteligencją, ale dla odróżnienia od tych ostatnich nazwane zostały „inżynierią wiedzy" (*knowledge engineering* – Hammond, Seifer i Gray, 1991).

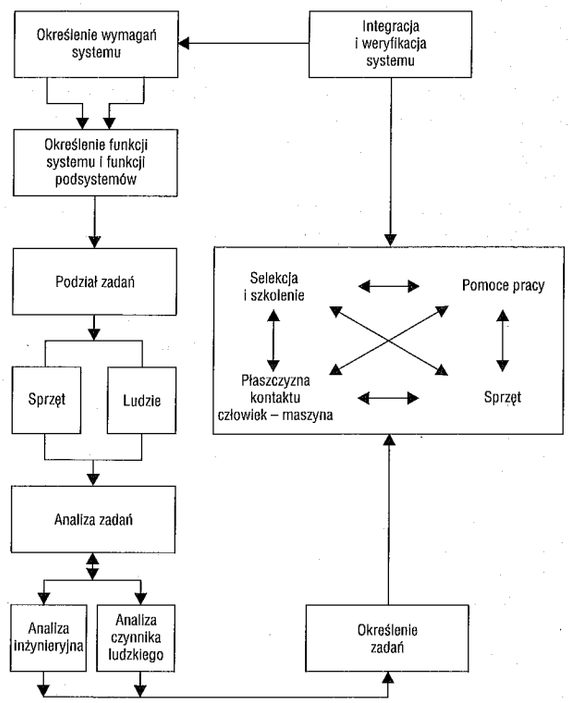
51.4.2.2 Projektowanie systemów człowiek – maszyna

Rozwój oraz projektowanie systemów człowiek – maszyna łączy się z odpowiadaniem na następujące pytania: Co powinno być na wejściu oraz na wyjściu systemu, aby zrealizowane zostały cele systemu? Jakie operacje muszą być wykonywane, aby na wyjściu system mógł uzyskiwać zakładane wartości? Jakie funkcje w systemie powinien wykonywać człowiek? Jakiego rodzaju personelu wymagają te funkcje? Jakie zadania powinny te funkcje realizować? Jakich środków potrzebuje człowiek do wykonania swoich zadań w systemie? Jaki jest wpływ maszyny na człowieka i człowieka na maszynę?

Pierwszym problemem i zarazem etapem rozwoju systemów człowiek – maszyna jest określenie zestawu wymagań w odniesieniu do sprzętu, ludzi oraz organizacji (zob. ryc. 51-7). Na tym etapie rozwoju systemu podstawowym problemem staje się pytanie: co projektowany system ma osiągnąć? Wstępne wymagania mają najczęściej charakter jakościowy. Mogą być one wyznaczone zarówno przez użytkownika, jak i przez projektanta w formie założeń projektowych. Ponieważ wymagania te opisują to, co system ma osiągnąć „na wyjściu", muszą one obejmować również analizę deskryptywną wymagań psychologicznych założeń systemu.

Drugim problemem rozwoju systemów człowiek – maszyna jest analiza funkcji całego systemu i poszczególnych podsystemów. Dwa najogólniejsze z nich to podsystem sprzętu (*hardware subsystem*) i podsystem personelu (*personnel subsystem*). **Określenie funkcji personelu** (*identification of personnel functions*) polega na sporządzeniu listy i charakterystyki działań, jakie ludzie mogą lub muszą wykonywać w systemie. Lista działań może obejmować takie pozycje, jak: „Operatorzy będą tłumaczyć dane na wewnętrzny język maszyny" lub „Operatorzy będą kontrolować pracę systemu". W miarę rozwoju procesu projektowania lista działań psychologicznych musi dokładniej określać rodzaj danych, którymi manipulować będzie operator, oraz rodzaj wymaganych operacji przetwarzania. W analizie funkcji personelu najważniejszą rolę odgrywa dokumentacja dotycząca założeń projektowych (Meister, 1987). Drugim źródłem informacji są opinie potencjalnych użytkowników. Do zebrania opinii i uzyskania potrzebnych informacji można wykorzystać dostępne techniki kwestionariuszowe, rozmowy, wywiady. Najbardziej znaną metodą deskryptywnej analizy zadań jest *Position Analysis Questionnaire* (PAQ) McCormicka, Jeannerta i Mechama (1969). Trzecim źródłem informacji jest analiza istniejącego systemu, podobnego do systemu projektowanego.

Analiza funkcji systemu potrzebna jest do alokacji zadań między ludzi i maszyny. Jest to problem decyzji, który z elementów – człowiek czy maszyna – ma wykonywać daną funkcję. Najstarsze techniki i procedury alokacji, takie jak Lista Fittsa (Fitts, 1951), opierają się na idei porównywania funkcji, w których przewagę ma maszyna bądź człowiek. Najsłabszą stroną tej metody oraz jej modyfikacji stanowi założenie, że poszczególne funkcje będą wykonywane albo przez samego człowieka, albo przez samą maszynę. Współczesne procedury alokacji opierają się na założeniu, że technika jest środkiem **komplementarnym** wobec człowieka, a nie konkurencyjnym i w konsekwencji go zastępującym (Wäfler i Older, 1997). W miarę postępu technicznego obszary funkcji, w których maszyna przewyższa człowieka, są coraz rozleglejsze, toteż przyjęcie założenia Fittsa oznaczałoby, że człowiek może wykonywać jedynie funkcje niepodlegające pełnej automatyzacji.



Model procesu rozwoju i projektowania systemów człowiek – maszyna

RYCINA 51-7

Stosunkowo nowym aspektem koncepcji komplementarnej alokacji funkcji jest podejście zwane dynamicznym albo elastycznym (Rouse, 1990). Alokacja w tym ujęciu ma charakter kroczący, to znaczy zmienia się wraz z rozwojem systemu i ewolucją koncepcji obciążeń sytuacyjnych. Najistotniejszą cechą tego ujęcia jest nacisk położony na wartości ludzkie. Tradycyjne koncepcje alokacji tworzyły podział funkcji całkowicie fikcyjny – w tym znaczeniu, że faktycznie respektowaną zasadą było przydzielanie maszynie tak wielu funkcji, jak to tylko było możliwe.

Nowoczesną techniką alokacji funkcji jest tak zwana **metoda sheffildzka** (Older, Clegg i Waterson, 1997). Dzieli ona procedurę alokacji na trzy elementy: procesy podejmowania decyzji dotyczące rozdziału funkcji, wejścia niezbędne do podejmowania decyzji oraz wyjścia będące rezultatami decyzji. Procedura ta ma charakter partycypacyjny, uwzględnia perspektywy i systemy wiedzy wszystkich podmiotów procesu projektowe-

go. Szczegółowa analiza funkcji podsystemu sprzętu i podsystemu personelu opiera się na analitycznych informacjach dotyczących założeń konstrukcyjnych sprzętu z jednej strony, z drugiej zaś – na informacjach dotyczących zadań personelu, zapotrzebowania na pracowników, wymagań w zakresie programów selekcji, rozmieszczenia i szkolenia pracowników. Analiza zadań obejmuje operacyjną analizę sekwencyjną (*operational sequence analysis*) oraz analizę istniejących systemów. Analiza sekwencyjna określa w czasie przypływ oraz zmiany zależności między funkcjami, człowiekiem i sprzętem.

Bardziej wyspecjalizowane techniki analizy zadań obejmują metody eksperckie, takie jak metoda kopiowania procesu (*process-tracing methodology*), Pathfinder. Metoda PARI została opracowana do kognitywnej analizy zadań w słabo ustrukturalizowanych problemach, w których często występują błędne diagnozy bądź dylematy trudne do rozwiązania na podstawie strategicznej, deklaratywnej i proceduralnej wiedzy ekspertów (Hall, Gott i Pokorny, 1990). PARI jest werbalno-protokolarną analizą, zakładającą dialog między ekspertami, skoncentrowanymi na określonym problemie, a wykwalifikowanymi obserwatorami, wykorzystującymi strukturalizowane procedury klasyfikacji.

Istotnym problemem w rozwoju SCM, stanowiącym dla psychologii największe pole do działania, jest określenie zadań w odniesieniu do płaszczyzny kontaktu człowiek – maszyna (*man-machine interface*), pomocy pracy (*job aids*), sprzętu, selekcji i szkolenia personelu. Współcześnie procesy badawczo-rozwojowe w wymienionych obszarach wzajemnie się zazębiają. Tradycyjne problemy badawcze i projektowe dotyczące interfejsu (płaszczyzny kontaktu człowiek – maszyna) koncentrowały się na optymalizacji wyłącznie analogowych urządzeń wskaźnikowych i sterowniczych (Paluszkiewicz i Okóń, 1966).

Współczesne urządzenia wskaźnikowe i sterownicze są częścią składową technologii komputerowej, a interakcja człowiek – maszyna koncentruje się głównie na kognitywnych aspektach obiegu informacji. W badaniach i konstrukcji urządzeń wskaźnikowo-kontrolnych punkt ciężkości przeniósł się z problemów widoczności i rozpoznawalności na kwestie związane z modelowaniem decyzji zespołowych (Swezey i Salas, 1991) w paradygmacie badań naturalnych. Decyzje zespołowe traktowane są jako dodatkowy czynnik stresu, modyfikujący sytuację podejmowania decyzji, której bazowymi elementami niepewności są sprzętowe i proceduralne parametry układu sygnalizacyjno-kontrolnego w interakcji ze złożonymi zadaniami. Istotną cechę nowego podejścia do urządzeń interfejsowych wyznaczają też nowe możliwości operowania kolorem, grafiką, wyobrażeniami stereoskopowymi oraz wyobrażeniami w rzeczywistości wirtualnej (Flach, Hagen, O'Brien i Olson, 1990).

Pomoce pracy są tym rodzajem oprzyrządowania pracy, który redukuje wymagania w zakresie niezbędnego poziomu uzdolnień i wyszkolenia do wykonywania określonej pracy w systemie. W złożonych systemach pomoce pracy mogą mieć formę drukowanych instrukcji, list kontrolnych, diagramów, zdjęć ruchu, podręczników technicznych, filmów i wyobrażeń modelowanych w rzeczywistości wirtualnej. Niezależnie od formy, mają one ułatwić opanowanie czynności związanych z obsługą danego urządzenia i zredukować czas potrzebny do nabycia niezbędnych umiejętności. Innym ich celem jest uwolnienie operatora od konieczności pamiętania dużej liczby technicznych informacji, a tym samym zminimalizowanie prawdopodobieństwa popełnienia błędu. Gdy pomoce pracy stały się integralnym składnikiem układów decyzyjnych w interakcji człowiek – komputer, różnica między urządzeniami wskaźnikowo-kontrolnymi a pomocami pracy straciła na ostrości.

W rozwoju nowoczesnych SCM nowością jest „krokowe" podejście do kwestii związanych z różnicami indywidualnymi, selekcją i szkoleniem. W klasycznym podejściu kwestie te były uwzględniane na końcu cyklu badawczo-rozwojowego, a najwcześniej – na etapie integracji systemu (por. ryc. 51-4). Systemy projektowane były bowiem dla „normalnej" osoby dorosłej i „normalnie" wyszkolonego dorosłego. Obecnie przyjmuje się, że różnice efektywności wykonania zadań są funkcją specyficznych profili uzdolnień oraz ściśle sprofilowanych programów szkolenia, a także specyficznych kompetencji i dopasowania projektowanego systemu do obsługującego go personelu (Alluisi, 1991). W tym kontekście rozwój SCM zakłada systematyczne, „krokowe" dopasowywanie interakcji między cechami projektowanego sprzętu a uzdolnieniami i programami szkolenia, począwszy od etapu formułowania założeń projektowych. Oznacza to, że zmiany wymaganego poziomu uzdolnień, optymalnych kryteriów selekcji, programów szkolenia czy kompetencji trenerskich ulegają redefinicji w kolejnych fazach rozwoju systemu. Zmiana „filozofii" rozwoju SCM skierowała uwagę na analizę możliwości operowania systemami przez „specjalne" populacje, jak na przykład osoby w starszym wieku (Smith, 1990), i w konsekwencji utorowała drogę do możliwości lotu kosmicznego człowieka po siedemdziesiątym roku życia.

51.5 Podsumowanie

W rozdziale tym zaprezentowano podstawowe problemy psychologii organizacji. Omówione zostały cztery modele zachowań: autokratyczny, wspomagający, kolegialny i kolektywny. Przedstawiono też problem kontekstu kulturowego, który obecnie determinuje większość zmian zachodzących w systemie społecznym organizacji. Szczegółowej analizie poddano kwestie zadowolenia z pracy oraz motywacji pracy. Są to problemy ważne zarówno z punktu widzenia efektywnego funkcjonowania organizacji, jak i z perspektywy poczucia jakości życia milionów pracowników. Omówione zostały również zagadnienia związane z przywództwem i partycypacją. Są to najbardziej szczegółowo przebadane obszary zachowań organizacyjnych. Badania przywództwa przeprowadzono z uwzględnieniem różnych punktów widzenia. Wydawać by się mogło, że na większość pytań stawianych w tej dziedzinie znane powinny być niemal wszystkie odpowiedzi. Tymczasem, mimo kilkudziesięciu lat badań, wiedza na te tematy jest równie skromna jak w punkcie wyjścia. Zmiany w technice i w formach pracy spowodowały, że tradycyjne teorie przywództwa i partycypacji przestały być użyteczne. Nadal nie bardzo wiadomo, jaki powinien być model przywództwa w XXI wieku. Wielkim wyzwaniem dla psychologii pozostaje również pytanie o efektywne przywództwo w kontekście różnorodności kulturowej.

Analizie poddano też psychologiczne problemy rozwoju organizacji z perspektywy teorii systemów. Złożoność współczesnych organizacji narzuca konieczność traktowania organizacji jako całości zmieniających się w czasie, wymagających systematycznych przekształceń według precyzyjnie zdefiniowanych planów i procedur działania. Omówione zostały dwa rodzaje systemów organizacyjnych: systemy organizacyjne typu otwartego oraz techniczne systemy pracy funkcjonujące na zasadzie zamkniętej pętli. Najbardziej złożonymi systemami pracy są systemy socjo-techniczne – otwarte na wszelkiego rodzaju zmiany techniczne i społeczne. Ich zasady funkcjonowania stały się w ostatnich latach dominującą platformą badawczą i rozwojową wszystkich nowoczesnych (dynamicznych) organizacji komercyjnych i produkcyjnych. Najbardziej złożonymi systemami działającymi na zasadzie zamkniętej pętli są eksperckie systemy człowiek – maszyna. W ostatnich latach obydwa rodzaje systemów organizacyjnych mocno zbliżyły się do siebie, co postawiło przed psychologią nowe wyzwania, związane z koniecznością rewizji dotychczasowych pojęć, takich jak władza, przywództwo, autorytet, partycypacja, szkolenie czy socjalizacja.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Czym zajmuje się psychologia organizacji i co ją różni od psychologii pracy?
2. Z jakich podsystemów składa się organizacja?
3. Na czym polega przywództwo w organizacjach tradycyjnych i nowoczesnych?
4. Jaki związek istnieje pomiędzy zadowoleniem z pracy a zachowaniami organizacyjnymi?
5. Co to jest partycypacja i jakie jest jej znaczenie dla ludzi oraz dla organizacji?
6. Jakie są podstawowe modele rozwoju organizacji?

LITERATURA ZALECANA

Gliszczyńska, X. (red). (1991). *Psychologiczny model efektywności pracy.* Warszawa: PWN.
Nosal, C. S. (1997). *Psychologia decyzji kadrowych.* Kraków: Profesjonalna Szkoła Biznesu.
Ratajczak, Z. (1988). *Niezawodność człowieka w pracy.* Warszawa: PWN.
Reykowski, J. (1979). *Teoria motywacji a zarządzanie.* Warszawa: PWN.

52

Psychologia ekonomiczna

Tadeusz Tyszka

Rozdział ten poświęcony jest takim zachowaniom, jak: inwestowanie, płacenie podatków, kupowanie, oszczędzanie itp., to jest zachowaniom, które można nazwać ekonomicznymi. Psychologia ekonomiczna bada uwarunkowania i prawa rządzące tymi zachowaniami.

52.1 Psychologia i ekonomia

Związki psychologii z ekonomią są bliższe, niż to się na ogół wydaje. Można wskazać wiele wspólnych im zagadnień, jak inwestowanie, przedsiębiorczość, podejmowanie ryzyka, zachowania konsumenckie, skłonność do wydawania lub do oszczędzania pieniędzy. Równocześnie jednak, jak pokazuje Warneryd (1986), kontakt między obiema dyscyplinami bywa dość luźny, a podstawowe podejścia naukowe są niekiedy diametralnie odmienne.

Psychologia analizuje i opisuje zachowania jednostek, podczas gdy ekonomia zajmuje się zagregowanym (w skali makro) poziomem zjawisk. Poziomem indywidualnym ekonomia się nie interesuje. Różnicę tę można zilustrować na przykładzie oszczędzania. Psychologa mogą w tym wypadku interesować na przykład motywy, które skłaniają ludzi do oszczędzania, albo różnice indywidualne w tym zakresie. Ekonomistę zaś interesuje na przykład związek między wysokością podatków a poziomem oszczędzania, a więc to, czy redukcja podatków prowadzi do wzrostu, czy też do spadku poziomu oszczędności w społeczeństwie. W jego rozważaniach nie pojawiają się osoby, ani tym bardziej indywidualne zróżnicowanie.

Odwołanie się do indywidualnych uwarunkowań psychologicznych przy analizowaniu zjawisk ekonomicznych jest przez „rasowych" ekonomistów krytykowane jako tak zwany błąd psychologizmu. Twierdzą oni, że tłumaczenie zjawisk z poziomu makro w kategoriach indywidualnych zachowań jest mało użyteczne i niewiele wyjaśnia – różnice indywidualne na poziomie zagregowanym po

prostu się niwelują. Ekonomista, formułując na przykład prawo popytu jako zależność ilości zakupionego dobra od jego ceny i dochodu konsumenta, nie ma powodów do zastanawiania się nad indywidualnymi motywami konsumentów, decydującymi o jednostkowym zakupie.

W efekcie indywidualne zachowania ekonomiczne – inwestowanie, przedsiębiorczość, płacenie podatków, zachowania konsumenckie, oszczędzanie czy sprzedawanie – przez długi czas w ogóle nie były badane ani przez psychologów, ani przez ekonomistów. Lukę tę wypełnia rozwijana w ostatnich dziesięcioleciach psychologia ekonomiczna. Z punktu widzenia psychologii zachowania te podlegają określonym uwarunkowaniom i prawom psychologicznym. Można je zatem badać podobnie, jak bada się zachowania, którymi zajmują się inne działy psychologii stosowanej.

Uważany za twórcę psychologii ekonomicznej George Katona (1975) utrzymuje, że tego rodzaju wiedza jest przydatna także samej ekonomii. Według niego, zmienne psychologiczne są czynnikami pośredniczącymi między zagregowanym poziomem bodźcowym a zagregowanym poziomem reakcji. Znajomość procesów pośredniczących jest niezbędna do zrozumienia związku między danymi zagregowanymi. Na przykład, konsumpcja lub oszczędzanie na poziomie makro zależą przede wszystkim od ogólnych zmiennych systemowych, takich jak poziom dochodów w społeczeństwie czy ogólna koniunktura gospodarcza, natomiast ich konkretny kształt – na przykład to, jacy konsumenci kupują jakie produkty albo jak skłonność do oszczędzania zmienia się wraz z wiekiem – zależy także od takich zmiennych psychologicznych, jak motywacja, percepcja czy oczekiwania.

W rozdziale tym ograniczymy się do przedstawienia tylko kilku rodzajów zachowań, które interesują zarówno ekonomistów, jak i psychologów. Zaczniemy od tego, jak zwykli ludzie spostrzegają zjawiska ekonomiczne, następnie krótko omówimy oczekiwania ekonomiczne, dalej – inwestowanie, przedsiębiorczość, płacenie podatków oraz zachowania konsumenckie, a wreszcie – oszczędzanie.

Nie są to wszystkie zagadnienia psychologii ekonomicznej. Ważne tematy, które ze względu na brak miejsca zostaną tutaj pominięte, to: reklama, sprzedawanie, negocjowanie oraz hazard. Nie zostaną tu również omówione zachowania związane z zatrudnieniem, to jest psychologia pracy oraz braku pracy (bezrobocia), ponieważ jest o nich mowa w rozdziale 50.

52.2

Percepcja zjawisk ekonomicznych

52.2.1

Potoczna wiedza o zjawiskach ekonomicznych

Verges, Tyszka i Verges (1994) badali, jak zwykli ludzie spostrzegają podstawowe instytucje życia gospodarczego. W jednym z zadań prosili swoich respondentów, aby wskazali, „kto odgrywa ważną rolę w gospodarce". W innych zadaniach prosili uczestników, by spośród pojęć odnoszących się do życia gospodarczego wytypowali te, które uważają za wzajemnie powiązane.

Okazało się, że studenci francuscy i polscy – zgodnie z wiedzą podręcznikową – grupowali pojęcia wokół kategorii „przedsiębiorstwo" i „państwo". Rzeczywiście, zgodnie z klasyczną ekonomią, przedsiębiorstwa określają poziom wzrostu gospodarczego (inwestycje, produkcję), państwo zaś, odpowiedzialne za sprawy publiczne i politykę kredytową, jest arbitrem między różnymi czynnikami gospodarczymi. Także dwie inne, znane z podręczników ekonomii, centralne kategorie – „konsumpcja" i „gospodarka domowa" – były często wykorzystywane przez badanych studentów, z tym że pojawiły się one tylko w próbie francuskiej (zróżnicowaniem obu prób zajmiemy się w paragrafie 52.2.3.1). Podobnie jak w wypadku dwu poprzednich pojęć, ich wzajemne związki nietrudno zauważyć z perspektywy własnego gospodarstwa domowego. Każde gospodarstwo domowe musi bowiem zrównoważyć własne zasoby, to jest możliwości finansowe i konsumpcję.

Jednakże fakt, że w spostrzeganiu ekonomii ludzie używają tych samych pojęć co teoria ekonomii, nie oznacza, że zwykli ludzie rozumieją je tak samo jak ekonomiści. Z badań i obserwacji nad opisem i ocenianiem zjawisk ekonomicznych przez przeciętnego obywatela wynika, że przejawia on znaczny poziom ignorancji ekonomicznej. Na przykład, badania nad percepcją podatków pokazują, że ludzie ujawniają zadziwiający brak orientacji w powiązaniach między wysokością podatków a realizacją celów i usług społecznych. W badaniach kanadyjskich stwierdzono, że tylko 20% respondentów znało rozmiar i sposób podziału budżetu (Lea, Tarpy i Webley, 1987). Owa ignorancja fiskalna nie jest zresztą jedyną sferą, w której ujawnia się brak „spójnych koncepcji ekonomicznych" społeczeństwa.

52.2.2

Główne kategorie oceny działań ekonomicznych

Istnieje wielka różnorodność działań związanych ze sferą ekonomii: praca na określonym stanowisku, zmiana miejsca pracy, inwestowanie (w przedsiębiorstwo, kupowanie akcji), kupowanie produktów, płacenie podatków (jak i unikanie płacenia podatków), wręczanie łapówek czy granie na wyścigach konnych. Kiedy opisujemy lub oceniamy te i podobne zachowania ekonomiczne człowieka, to korzystamy z rozmaitych kategorii, takich jak zysk (w jakim stopniu działanie jest, a w jakim nie jest zyskowne), koszt (jakich nakładów wymaga działanie), ryzykowność, horyzont czasowy skutków tego działania. Oczywiście, ludzie używają wymienionych kategorii w sposób swobodny, nie dbając specjalnie o ich precyzyjne znaczenie. Na przykład, często stwierdzamy, że coś jest lub nie jest racjonalne, mając na myśli tylko tyle, że dane działanie nam się podoba albo nie podoba, że je aprobujemy albo nie. W związku z tym interesujące jest, czy różne używane przez nas kategorie nie dadzą się sprowadzić do kilku podstawowych. A jeżeli tak, to jakie są owe podstawowe kategorie.

Odpowiedzi na to pytanie miało udzielić badanie, które Antonides, Farago, Ranyard i Tyszka (1994) przeprowadzili w czterech krajach. W tym celu przygotowali listę działań ekonomicznych, obejmującą bardzo szeroki zakres: działania związane z pracą, z zarządzaniem, z konsumpcją, z finansami itd. Do oceny tych działań przyjęli dwanaście dwubiegunowych skal. Osoba wypełniająca ankietę miała ocenić każde z działań na każdej z dwunastu skal. Analiza czynnikowa uzyskanego materiału doprowadziła do kilku interesujących ustaleń.

Okazało się, że różne określenia używane przez ludzi przy opisie działań ekonomicznych można sprowadzić do trzech głównych kategorii: ich **oceny społecznej**, związanych z nimi **nakładów** (kosztów) **i zysków** oraz **perspektywy czasowej ich skutków**. Oznacza to, że zachowania ekonomiczne nie dadzą się wyjaśnić poprzez odwołanie się do samych motywów czy wartości ekonomicznych. Utrwalona na gruncie ekonomii koncepcja *homo economicus* skłania niekiedy do ignorowania wartości i motywów pozaekonomicznych. Wbrew temu cytowane badanie pokazuje, że w ocenie różnych działań ekonomicznych ludzie, oprócz wymaganych nakładów i zysków, uwzględniają ich „społeczną" wartość. Wyraża się ona w rozmaitych określeniach, takich jak moralność działania, użyteczność dla in-

nych, obeznanie z działaniem, brak ryzyka i racjonalność oraz – w mniejszym stopniu – prestiż związany z działaniem i czerpana z niego przyjemność. Oddalenie w czasie skutków działania bądź ich natychmiastowość jest – jak wynika z opisanego badania – trzecią podstawową kategorią stosowaną w ocenie działań ekonomicznych. Wiele innych badań potwierdza znaczenie tej kategorii w ocenach i wyborach ludzi. W ostatnim paragrafie tego rozdziału będzie mowa o oszczędzaniu jako odroczonej konsumpcji.

Opisane kategorie oceny są w tym sensie powszechne, że ich obecność nie jest związana z jakimś szczególnym rodzajem indywidualnego czy zbiorowego doświadczenia. Są one wspólne zarówno dla pracowników najemnych, jak i dla pracujących we własnej firmie. Co ciekawsze, funkcjonują one zarówno w społeczeństwach, które przez długi czas żyły w systemie gospodarki nakazowej (Polska, Węgry), jak i w społeczeństwach o gospodarce rynkowej (Holandia, Anglia). Tak zdecydowana zgodność pozwala utrzymywać, że uchwycono w tym badaniu podstawowe kategorie poznawcze w percepcji i ocenie działań ekonomicznych.

W zakresie oceny działań zaobserwowano też znaczne podobieństwo między różnymi grupami, chociaż wystąpiły także pewne interesujące różnice. Najciekawsza z nich dotyczyła oceny działań nielegalnych – wręczania łapówek, brania łapówek, oszukiwania przy płaceniu podatków, paserstwa, uprawiania hazardu. Według ocen Polaków i Węgrów, działania te wymagają więcej wkładu, a zarazem są bardziej zyskowne, niż oceniali to Holendrzy i Anglicy. Równocześnie w krajach postkomunistycznych owe działania – naganne moralnie – były na skalach oceny społecznej lokowane wyżej (a więc uważane były za mniej naganne) niż w krajach zachodnich. Także osobista gotowość do angażowania się w działania nielegalne była wyższa u Węgrów (w mniejszym stopniu u Polaków) niż u Holendrów i Anglików. Próbę wytłumaczenia tej różnicy przedstawimy w następnym paragrafie.

52.2.3
Jak ludzie przyswajają sobie wiedzę o ekonomii?

Praca, płacenie podatków czy kupowanie dóbr konsumpcyjnych sprawiają, że człowiek kształtuje swój pogląd na ekonomię, wytwarzając sobie tak zwaną **poznawczą reprezentację zjawisk ekonomicznych**. Obejmuje ona zespół podstawowych zdarzeń z tej sfery życia, częstość ich występowania oraz związki i zależności między nimi. Podstawową cechą reprezentacji poznawczej opartej na bezpośrednim doświadczeniu jest to, iż jest ona różna u osób żyjących w odmiennych warunkach społeczno-ekonomicznych. Różnice w bezpośrednim doświadczeniu jednostki znajdują swój wyraz w zróżnicowanych reprezentacjach poznawczych życia gospodarczego. Oczywiście, w pewnym zakresie podstawowe doświadczenia ludzi są podobne i w konsekwencji część reprezentacji poznawczych jest dla nich wspólna.

52.2.3.1
Znaczenie osobistego doświadczenia

Stwierdzone w dwu cytowanych wcześniej badaniach międzynarodowych różnice w pojmowaniu ekonomii można wyjaśnić odmiennością bezpośredniego doświadczenia społeczeństw żyjących w różnych warunkach społeczno-ekonomicznych. Na przykład, nieobecność kategorii „konsumpcji" i „gospodarki domowej" w reprezentacji poznawczej polskich studentów wynikała zapewne ze specyficznego doświadczenia społeczeństwa polskiego w ostatnich dziesięcioleciach. W centralnie planowanej gospodarce w znacznym stopniu ignorowano konsumpcyjną stronę ekonomii.

Zróżnicowaniem bezpośredniego doświadczenia należy również tłumaczyć zróżnicowanie ocen nielegalnych działań w krajach postkomunistycznych i w krajach o tradycyjnej gospodarce rynkowej. Etatystyczny system gospodarki centralnie sterowanej niewątpliwie dostarczał wielu doświadczeń „opłacalności" działań nielegalnych. Być może nie przypadkiem najbardziej znacząca różnica zaobserwowana w tym badaniu, którą można przypisać bezpośredniemu doświadczeniu, dotyczy raczej ocen i systemu wartości niż opisowych aspektów reprezentacji ekonomii. Oceny i postawy, podobnie jak pojęcia, mogą być kształtowane zarówno poprzez bezpośrednie doświadczenie osobiste, jak i poprzez doświadczenie pośrednie – na przykład przez komunikację masową. To pierwsze jednak wydaje się ważniejszym źródłem kształtowania ocen. Fazio i Zanna (1981) pokazali na przykład, że postawy ukształtowane poprzez bezpośrednie doświadczenie różnią się w niektórych ważnych aspektach od postaw nieukształtowanych w ten sposób. Stwierdzili, że oba rodzaje postaw różnią się pod względem związków łączących je z zachowaniem: postawy ukształtowane poprzez bezpośrednie doświadczenie wywierają większy wpływ na zachowanie. Oznacza to, że ukształtowany przez komunizm stosunek do działań nielegalnych może mieć swoje niepożądane konsekwencje dla zachowań, a nie tylko dla wygłaszanych ocen.

52.2.3.2
Znaczenie komunikacji masowej

Bezpośrednie doświadczenie nie jest jednak jedynym źródłem naszej wiedzy o ekonomii. Nasza znajomość zagadnień ekonomicznych i społecznych w dużej mierze kształtowana jest raczej przez **komunikację masową** (w pierwszym rzędzie przez telewizję). W efekcie osoby oglądające telewizję często kształtują swoje przekonania bardziej pod wpływem rzeczywistości „medialnej" niż realnego świata. Badania wykazują, że osoby oglądające telewizję w dużym wymiarze czasu różnią się, na przykład w ocenie częstości rozmaitych zdarzeń, od osób oglądających telewizję sporadycznie. Częste oglądanie telewizji jest skorelowane na przykład z wyższą oceną przestępczości i zbrodni. O'Guinn i Shrum (1997) wykazali ten sam typ zależności między oglądaniem telewizji a ocenami częstości występowania produktów i zachowań związanych z dostatnim stylem życia.

Podstawową cechą nie tylko współczesnej telewizji, ale i całej komunikacji masowej jest uniformizacja. Reklamy produktów i stylów życia są w różnych krajach zdumiewająco podobne. Naturalną konsekwencją uniformizacji komunikacji masowej jest to, że nasza reprezentacja zjawisk ekonomicznych – również oparta na tym mechanizmie – także staje się zuniformizowana i mało czuła na różnice wynikające ze specyficznych warunków życia.

Zgodnie z tym w obu cytowanych wcześniej badaniach międzynarodowych stwierdzono ogromną zbieżność poznawczej reprezentacji ekonomicznej. Zarówno polscy, jak i francuscy studenci jako podstawowe kategorie ekonomiczne spostrzegają – zgodnie z wiedzą podręcznikową i przekazami komunikacji masowej – „przedsiębiorstwo" i „państwo". Z kolei podstawowe kategorie opisu i oceniania działań ekonomicznych okazały się takie same w różnych grupach narodowych, w tym również w krajach o zróżnicowanym doświadczeniu, jeśli chodzi o system gospodarczy (Tyszka, 1997).

52.3
Oczekiwania ekonomiczne i ich konsekwencje

52.3.1
Czym są oczekiwania ekonomiczne?

Ludzie, wykorzystując dostępne informacje, przewidują przyszłe zjawiska ekonomiczne, takie jak koniunktura gospodarcza, poziom

cen, poziom inflacji, oprocentowanie oszczędności. Czynią tak, kiedy podejmują różnego rodzaju decyzje, dotyczące, na przykład, inwestycji, zakupów, oszczędzania, pożyczania czy negocjowania. Większość owych decyzji zawiera element niepewności, polegający na tym, że nie potrafimy przewidzieć wszystkich zdarzeń lub sytuacji, od których zależą przyszłe pozytywne lub negatywne skutki naszych działań. Na przykład, inwestor kupujący akcje na giełdzie nie wie, czy ich cena wzrośnie, czy spadnie; konsument zastanawiający się nad zakupem samochodu nie wie, jaki będzie na przykład poziom inflacji. Naturalnie, przed podjęciem decyzji poszukujemy informacji, żeby zredukować ową niepewność. Na ogół jednak nie jesteśmy w stanie pozbyć się jej do końca. Dlatego istotne staje się trafne przewidywanie przyszłych zdarzeń. W kontekście problematyki ekonomicznej termin „przewidywania" używany jest zamiennie z terminami „oczekiwania" lub „przekonania", w związku z czym nie będziemy wprowadzać tu żadnych rozróżnień.

Oczekiwania ekonomiczne dotyczą zwykle zdarzeń lub sytuacji, nad którymi jednostka nie sprawuje kontroli. Nazywa się je wówczas oczekiwaniami warunkowymi. Takie jest na przykład oczekiwanie, że inflacja w najbliższym roku wyniesie mniej niż 10%. Istnieją jednak także oczekiwania odnoszące się do zdarzeń, nad którymi jednostka sprawuje kontrolę. Na przykład, osoba może planować i oczekiwać, że w następnym miesiącu uda się za granicę. Oczekiwania takie nazywa się **intencjonalnymi**.

Od dawna w ekonomii wiedziano, że oczekiwania odgrywają istotną rolę w decyzjach inwestycyjnych firm i jednostek. Przedsiębiorca inwestujący w nowe przedsięwzięcie ocenia nie tylko możliwe koszty i dochody związane z owym przedsięwzięciem, lecz także szanse osiągnięcia powodzenia, to jest uzyskania określonego zysku. Przedsiębiorca formułuje więc oczekiwania w odniesieniu do przyszłych zdarzeń, mających wpływ na jego zyski i straty – na przykład na temat przyszłego rozwoju technologii, zachowania konkurencji czy ogólnej koniunktury gospodarczej.

W przeciwieństwie do oczekiwań produkcyjnych **oczekiwania konsumenckie** przez długi czas nie przyciągały uwagi ekonomistów. Wynikało to z tego, że zakupy konsumenta traktowane były jako funkcja jego dochodu. Ilość zakupionego dobra – zgodnie z prawami teorii popytu – jest określona jego ceną, ceną innych dóbr i właśnie dochodem konsumenta. Katona (1975) jako pierwszy zwrócił uwagę na znaczny wzrost autonomii konsumenta w XX wieku. Wiąże się ona ze wzrostem tak zwanego **dyspozycyjnego dochodu osobistego**, to jest dochodu pozostającego do dyspozycji jednostki po odjęciu podatków. Po odjęciu z kolei od tego dochodu wydatków stałych i koniecznych, takich jak jedzenie, odzież, transport itp., pozostaje tak zwany **fundusz swobodnej decyzji** (*discretional*), który jednostka może wydać na wiele sposobów.

Katona (1975) twierdzi, że to, co konsumenci czynią ze swoim dochodem dowolnym, w dużym stopniu zależy od ich oczekiwań. Należą do nich oczekiwania dotyczące własnych perspektyw ekonomicznych, jak przyszły dochód własnego gospodarstwa domowego, oraz oczekiwania dotyczące ogólnej sytuacji ekonomicznej w kraju, przyszłych cen itp. Konsumenci z optymistycznymi oczekiwaniami przypuszczalnie będą skłonni do większych wydatków i mniejszych oszczędności. Natomiast konsumenci żywiący pesymistyczne oczekiwania będą przypuszczalnie skłonni mniej wydawać, a więcej oszczędzać.

Skąd biorą się nasze oczekiwania? Jak zauważyliśmy wcześniej, jednym ze źródeł naszej wiedzy i oczekiwań jest bezpośrednie osobiste doświadczenie. W wypadku oczekiwań konsumenckich będzie to na przykład doświadczenie związane z dokonywaniem zakupów. Konsument na podstawie dotychczasowej obserwacji może przewidywać, że ceny pewnych produktów „pójdą do góry". Inwestor giełdowy na podstawie wcześniejszego doświadczenia przewiduje wzrost lub spadek cen akcji. Drugim źródłem wiedzy i oczekiwań jest niewątpliwie komunikacja masowa. Stąd dowiadujemy się i wytwarzamy sobie określone oczekiwania – przykładowo na temat przyszłego poziomu inflacji, oprocentowania oszczędności itp.

52.3.2 Oczekiwania ekonomiczne i przewidywanie zjawisk ekonomicznych

W USA i w krajach Unii Europejskiej do stałej praktyki należy pomiar oczekiwań – zarówno produkcyjnych, jak i konsumenckich. Od grudnia 1991 roku pomiar oczekiwań konsumenckich w Polsce przeprowadza Demoskop. Oczekiwania te na poziomie zagregowanym okazują się przydatne przy prognozowaniu różnych zjawisk ekonomicznych – koniunktury, wydatków na konsumpcję, oszczędności itp.

Pomiaru oczekiwań dokonuje się zwykle na szacunkowych skalach ocen. Typowe, używane do tego skale polegają na tym, że osoba badana proszona jest o wskazanie odpowiedniego stopnia nasilenia swojego oczekiwania, mając do wyboru kilka stopni nasilenia.

Zakłada się przy tym, że osoba badana potrafi i zechce ujawnić swoją prawdziwą postawę lub oczekiwanie. Trzeba jednak pamiętać, że nie zawsze te dwa warunki zostają spełnione. Wiadomo, że ludzie nie są skłonni składać zeznań (zwłaszcza prawdziwych) w sprawach, które są dla nich ważne, zagrażające, angażujące – na przykład na temat zachowań intymnych, popełnianych przestępstw podatkowych itd. Na szczęście postawy i oczekiwania ekonomiczne nie należą do tego rodzaju spraw, nie ma więc dużej groźby ich ukrywania lub fałszowania. Istnieje natomiast niebezpieczeństwo braku świadomości rozmaitych aspektów własnego postępowania. Konsumenci mogą na przykład nie być dostatecznie świadomi, dlaczego kupują produkty tej, a nie innej marki. Producenci z kolei mogą nie wiedzieć, na czym opierają się ich oczekiwania dotyczące, na przykład, koniunktury ekonomicznej. Istnieje wiele danych psychologicznych (Tyszka, 1995) wskazujących, że zeznania słowne nie zawsze stanowią niezawodne źródło informacji.

52.3.2.1 Oczekiwania produkcyjne

W ankietach pomiaru oczekiwań produkcyjnych mierzy się zwykle takie kwestie, jak: zagadnienia związane z aktualną działalnością firmy (głównie poziom produkcji, ilość zamówień i ich realizacja, ceny akcji, poziom zatrudnienia), oczekiwania odnoszące się do ogólnej sytuacji rynkowej (możliwości sprzedaży i poziom cen) oraz ekonomicznej w otoczeniu przedsiębiorstwa (wysokość dochodu narodowego, poziom inflacji, stopa bezrobocia, oprocentowanie oszczędności); zamierzenia średnioterminowe (jedno-, dwu-, czteroletnie plany inwestycyjne). Ankiety tego rodzaju, adresowane do grup przedsiębiorców lub ekspertów różnego typu, pozwalają zadowalająco przewidywać przyszłe zjawiska produkcyjne (Abeele, 1988).

52.3.2.2 Oczekiwania konsumenckie

Katona (1975) zapoczątkował badania nad skłonnością (chęcią) konsumentów do kupowania. Przy pomocy odpowiednich ankiet mierzy się konsumenckie oceny stanu aktualnego i oczekiwania przyszłości w kwestiach związanych między innymi z ogólną sytuacją ekonomiczną kraju, własną sytuacją finansową, cenami, zakupami, oszczędnościami itd. Zadaje się konsumentom pytania w rodzaju: „Czy obecna sytuacja finansowa twojego gospodarstwa domowego w porównaniu z okresem sprzed roku jest lepsza, gorsza, czy taka sama?" „Czy oczekujesz, że sytuacja ekonomiczna w najbliższym roku poprawi się, pogorszy, czy pozostanie taka sama?" Pytania te nie mają ustalać indywidualnych oczekiwań bądź zamierzeń, ale zmierzają do określenia

nastroju i skłonności konsumentów do dokonywania zakupów. Katona wprowadził tak zwany **wskaźnik postaw konsumenckich** (*index of consumer sentiment*, ICS), będący sumaryczną miarą owych oczekiwań konsumenckich. Twierdził, że wskaźnik ten dobrze przewiduje przyszły trend ekonomiczny.

Analiza czynnikowa ujawnia w odpowiedziach konsumentów czynnik, który jest interpretowany jako wskaźnik konsumenckiego optymizmu/pesymizmu. Obejmuje on kwestie odnoszące się do ogólnej sytuacji ekonomicznej, do osobistej sytuacji finansowej i do oceny sensowności dokonywania w danej chwili poważniejszych zakupów. Wskaźnik ICS jest po prostu średnią arytmetyczną odpowiedzi na owe pytania. Okazuje się, że na poziomie zagregowanym pozwala on całkiem dobrze przewidywać przyszłe zachowania konsumentów – na przykład ich wydatki i oszczędności. Z tego powodu jest on systematycznie stosowany w krajach Unii Europejskiej.

52.4

Psychologia inwestowania i przedsiębiorczości

52.4.1

Natura przedsiębiorczości i charakterystyka osób przedsiębiorczych

Przedsiębiorczość to rodzaj aktywności, działania. Jak ją przedstawia Warneryd (1988), ten rodzaj aktywności wyraża się w tworzeniu czegoś nowego, a zarazem mającego określoną wartość. Przedsiębiorczość wymaga nakładów czasu i wysiłku, a także podejmowania ryzyka finansowego, psychicznego lub społecznego. Owe nakłady i ryzyko podejmowane są po to, by uzyskać nagrodę w postaci zysku materialnego i osobistej satysfakcji.

Tak rozumiana przedsiębiorczość może być realizowana w niemal dowolnej dziedzinie: w gospodarce, nauce, wychowaniu czy polityce. Jeżeli realizowana jest w sferze gospodarczej, to osobę realizującą takie działanie tradycyjnie nazywa się przedsiębiorcą. Jak podkreślał to już John Stuart Mill w *Principles of Political Economy*, podejmowanie ryzyka jest tu tym, co najwyraźniej odróżnia przedsiębiorcę od menedżera (Warneryd, 1988). Jest oczywiste, że tak rozumiana przedsiębiorczość stanowi kluczowy czynnik rozwoju gospodarczego.

Przedsiębiorczość może być także rozumiana jako cecha określonych osób, a więc skłonność i zdolność do inicjowania oraz realizowania nowych, odważnych działań. Pracownik zwolniony z pracy (nieistotne, czy sam się zwolnił, czy jego zwolniono), który podejmuje się prowadzenia własnej firmy, jest w tym sensie osobą przedsiębiorczą. To samo jednak można powiedzieć o kierowniku produkcji, który próbuje zmienić profil produkcji przedsiębiorstwa, tak aby bardziej dopasować go do wymagań rynku. W tym sensie jako osobę przedsiębiorczą określimy również kierownika marketingu, który wprowadza nowe, skuteczniejsze metody promocji produktu. Nie odmówimy też zapewne cechy przedsiębiorczości pracownikowi nauki, który uruchamia nowy kierunek badań lub kształcenia, albo politykowi, który zakłada nową partię polityczną lub scala rozproszone mniejsze partie w jedną.

Warneryd (1988) przytacza badania nad rozmaitymi psychologicznymi wyróżnikami osób prowadzących interesy. Wynika z nich, że osoby te mają specyficzny system wartości. Na przykład, dla przedsiębiorców duże znaczenie wydaje się mieć potrzeba niezależności, to jest niechęć do podporządkowywania się innym. Mówi się też, że typowy przedsiębiorca przykłada większą wagę do przedsiębiorstwa niż do życia rodzinnego. Potwierdzają to zarówno potoczne obserwacje, gdy członkowie rodziny biznesmena skarżą się na to, że „nigdy go nie ma w domu", jak i bardziej systematyczne badania psychologów (Warneryd, 1988).

Dwa najbardziej intrygujące pytania dotyczące psychologicznych wyróżników osób przedsiębiorczych odnoszą się jednak do potrzeby osiągnięć i stosunku do ryzyka. Zasadność zainteresowania tymi sprawami wynika z faktu, że osoby te zmuszone są działać w warunkach wyzwania i konkurencji (kiedy uruchamia się zwykle potrzeba osiągnięć) oraz w warunkach niepewności i ryzyka. Z tego powodu bardziej szczegółowo zajmiemy się tymi zagadnieniami.

RAMKA 52.1

Chociaż na ogół potrafimy wskazać w swoim otoczeniu osoby, które uważamy za przedsiębiorcze, niełatwo jest określić, jakimi szczególnymi cechami osoby te się charakteryzują. Żeby uprościć sobie zadanie, skupimy uwagę na osobach, które zajmują się biznesem i mają osiągnięcia w tej dziedzinie. Zaczniemy od „wyszukania" kilku typowych charakterystyk socjodemograficznych tych osób. Dokonamy tego za Warnerydem (1988), który zebrał owe socjodemograficzne cechy, którymi odznaczają się osoby zajmujące się biznesem i osiągające w tej dziedzinie sukcesy. W porównaniu z ogółem populacji przedsiębiorcy częściej niż inni mają ojców, którzy również byli przedsiębiorcami. Niekiedy więc posiadanie firmy jest wynikiem przejęcia jej od ojca, częściej jednak jest zasługą własnych działań. Oczywiście, nie można na tej podstawie dowodzić, że skłonność do przedsiębiorczości jest dziedziczna. Równie uzasadniona jest interpretacja środowiskowa: mając do czynienia z przedsiębiorczymi rodzicami, dziecko ma okazję uczyć się tego typu działalności. Młodsi częściej niż starsi otwierają własne firmy. Typowym okresem uruchamiania własnej firmy jest wiek 30–35 lat. Warneryd (1988) tłumaczy, że jest to wiek, kiedy człowiek ma już pewne doświadczenie w pracy zawodowej, przy czym doświadczenie to bywa niezbyt satysfakcjonujące – osoba nie umie lub nie chce zaakceptować pracy zorganizowanej przez innych. Szuka więc czegoś innego, a przede wszystkim podejmuje pracę na własny rachunek.

Nieproporcjonalnie często przedsiębiorcami stają się członkowie grup mniejszościowych, na przykład etnicznych. Jak słusznie zauważa Warneryd (1988), może to być wynikiem pewnej konieczności: założenie własnej firmy przez osobę z nieuprzywilejowanej grupy mniejszościowej może być jedynym sposobem osiągnięcia przyzwoitego standardu życia. Jeśli chodzi o wykształcenie, to populacja przedsiębiorców jest wyraźnie dwumodalna. Z jednej strony istnieje grupa przedsiębiorców z wykształceniem wyższym od przeciętnego. Istnieje jednak także druga grupa – przedsiębiorców z wykształceniem niższym od przeciętnego. Znane są niezwykłe osiągnięcia biznesmenów z elementarnym lub zgoła żadnym wykształceniem. Jest to oczywisty dowód na to, że osiągnięcia w tej dziedzinie wymagają zdolności, które nie są specjalnie rozwijane w trakcie zdobywania formalnego wykształcenia. Tradycyjnie statystyki wykazywały stosunkowo niewielki procent kobiet wśród przedsiębiorców. Nie ulega wątpliwości, iż jest to wynik przyjętych w społeczeństwach norm i obyczajów: kobiety tradycyjnie zajmowały się domem, a mężczyźni zdobywali środki na utrzymanie rodziny. W ostatnich czasach udział kobiet w prowadzeniu biznesu ma jednak wyraźne tendencje wzrostowe.

52.4.2
Motywacja osiągnięć w działalności gospodarczej

Od czasu opublikowania przez McClellanda (1991) książki *The achieving society* ważne miejsce w badaniach nad przedsiębiorczością zajmuje studiowanie **motywacji** (potrzeby) **osiągnięć**. Jest to motywacja do ciągłego poprawiania poziomu własnego wykonania. Ludzie z silną potrzebą osiągnięć są skoncentrowani na swoich obowiązkach i dążą do jak najlepszego wykonania zadań. Atkinson (1964) zwraca uwagę, że ludzie z silną potrzebą osiągnięć odznaczają się też realizmem w wyznaczaniu celów. Przejawia się to w tym, że wyznaczają sobie trudne – ale nie przesadnie – zadania; preferowany jest przez nich średni poziom trudności zadania.

McClelland (1961) wysunął twierdzenie, że rozwój ekonomiczny jest w znacznej mierze wynikiem wysokiej motywacji osiągnięć w danym społeczeństwie, a nade wszystko wśród ludzi zajmujących się biznesem. Przeprowadził on w różnych krajach (w tym w Polsce) zakrojone na szeroką skalę badania kierowników, u których mierzył potrzebę osiągnięć. Określał ją jako dążenie do uzyskania doskonałości w jakiejkolwiek wybranej dziedzinie (w nauce, biznesie, sporcie) i mierzył jej nasilenie przy pomocy Testu Apercepcji Tematycznej (TAT) Murraya.

Do oceny nasilenia potrzeby osiągnięć w całych społeczeństwach McClelland (1961) wykorzystywał analizę popularnej w danym kraju literatury – badał, w jakim stopniu jest ona „przesiąknięta" duchem osiągnięć. Tak określoną potrzebę osiągnięć porównywał z rozwojem ekonomicznym w różnych krajach. Na przykład, analizował czytanki szkolne w 23 krajach w latach 1920–1929 oraz w 40 krajach w latach 1946–1955 i mierzył częstość występowania tematów związanych z motywacją osiągnięć. Okazało się, że wynik ten korelował z poziomem rozwoju ekonomicznego kraju w latach 1929–1959, mierzonym wzrostem zużycia energii elektrycznej. Badania tego rodzaju pokazywały, że społeczeństwa o wysokim poziomie potrzeby osiągnięć charakteryzują się wyższym rozwojem ekonomicznym. W związku z tym McClelland utrzymywał, że pomoc dla krajów rozwijających się powinna obejmować także trening w zakresie motywacji do osiągnięć.

Od roku 1961 prowadzono wiele badań sprawdzających twierdzenia McClellanda. Na ogół nie potwierdziły one wcześniejszych optymistycznych ustaleń, dotyczących związku między nasileniem potrzeby osiągnięć w całych społeczeństwach i poziomem rozwoju ekonomicznego tych społeczeństw (Lea i in., 1987; Warneryd, 1988). Jak jednak zwrócił uwagę Warneryd (1988), na konto dokonań McClellanda należy zapisać to, że była to pierwsza próba wyjaśnienia na podstawie teorii psychologicznej szerszych zjawisk społeczno-ekonomicznych.

52.4.3
Przedsiębiorczość i stosunek do ryzyka

Choć w definiowaniu przedsiębiorczości podejmowanie ryzyka wymienia się jako główny wyróżnik osób przedsiębiorczych, to brak jest dowodów empirycznych na potwierdzenie tezy, że osoby przedsiębiorcze są bardziej skłonne do ryzyka niż inne. Kłopot po części wiąże się z tym, że w badaniach samo pojęcie ryzyka jest dalekie od jednoznaczności i że różne przejawy stosunku do ryzyka nie są wzajemnie zgodne.

Wielkość ryzyka mierzy się poprzez wielkość możliwej straty i stopień prawdopodobieństwa jej poniesienia. Jak jednak przedstawia się ta sprawa w bardziej złożonych sytuacjach? MacCrimmon i Wehrung (1990), którzy badali stosunek do ryzyka ekskluzywnie wybranej grupy 509 menedżerów najwyższego szczebla z dużych banków i trochę mniejszych firm, dawali im do wyboru różne rodzaje zadań:

(1) Hipotetyczne sytuacje, w których osoba badana miała podjąć rolę wiceprezesa przedsiębiorstwa i wybrać między bardziej i mniej ryzykownymi działaniami (na przykład rozstrzygnąć, czy zainwestować połowę dochodów firmy w przedsięwzięcie dające pewny, ale skromniejszy zysk, czy raczej zainwestować ową połowę dochodów firmy w przedsięwzięcie, które może przynieść albo bardzo duży zysk, albo stratę tej części dochodów firmy – powiedzmy, że szanse poniesienia straty wynoszą 10%).

RAMKA 52.2

Powiedzmy, że ktoś oferuje nam następujący wybór: (A) otrzymamy na pewno 50 złotych albo (B) jeśli po rzuceniu monetą wypadnie orzeł, to otrzymamy 100 złotych, a gdy wypadnie reszka – nic.

(A) < 50 zł na pewno >
(B) < 100 zł, 1/2; 0 zł, 1/2 >

Którą możliwość wybierzemy?

A oto inny wybór: ktoś oferuje nam udział w dwu zakładach, obu polegających na rzucie monetą. W pierwszym zakładzie (A): jeśli wypadnie orzeł, otrzymamy 10 złotych, a jeśli wypadnie reszka – musimy zapłacić 10 złotych, natomiast w drugim (B): jeśli wypadnie orzeł, otrzymamy 100 złotych, a jeśli wypadnie reszka – musimy zapłacić 100 złotych.

(A) < 10 zł, 1/2; –10 zł, 1/2 >
(B) < 100 zł, 1/2; –100 zł, 1/2 >

Którą możliwość wybierzemy?

W tych stosunkowo prostych sytuacjach wybory (B) wskazują niewątpliwie na skłonność do ryzyka, a wybory (A) – na unikanie ryzyka.

(2) Naturalne sytuacje życiowe, w których decyduje się, jaki procent swoich zasobów kapitałowych inwestować w ryzykowne przedsięwzięcia (powiedzmy, jako akcje na giełdzie).
(3) Bezpośrednie pytania o stosunek osoby do ryzyka.

Najważniejszy wynik badania wykazał, że stosunek do ryzyka w prezentowanych sytuacjach był u tej samej osoby różny. Innymi słowy, skłonność osoby do ryzyka w różnych sytuacjach ulegała zmianie. Oznacza to, że stosunek do ryzyka nie jest jedną prostą cechą osoby. Jednostka może na przykład przejawiać skłonność do podejmowania ryzyka w biznesie, a unikać ryzyka osobistego – i odwrotnie. Ciekawe, że w niektórych wypadkach menedżerowie, którzy przejawiali większą skłonność do podejmowania ryzyka, byli świadomi tej inklinacji i oceniali siebie właśnie jako skłonnych do ryzyka. Jednak w innych grupach nie obserwowano takiego związku. Na przykład, stwierdzano, że (zgodnie ze stereotypem) menedżerowie dużych banków przejawiali mniejszą chęć do podejmowania ryzykownych inwestycji niż inni menedżerowie, ale w porównaniu z innymi wcale nie oceniali siebie jako mniej skłonnych do ryzyka.

Mając to na względzie, trzeba jednak dodać, że zarówno w tym, jak i w innych badaniach ujawniły się pewne związki między poszczególnymi typami ryzyka a określonymi charakterystykami osoby. Najciekawszy związek uzyskano między niektórymi typami ryzyka i zestawem charakterystyk, które autorzy określają jako „sukces" (posiadane zasoby, dochód, zajmowane stanowisko, władza). Wysoki wynik na skali „sukcesu" (właściwy dla osób bogatszych, mających wyższe dochody, zajmujących wyższe stanowiska i sprawujących większą władzę) był skorelowany ze skłonnością do podejmowania większego ryzyka. W szczególności ów wyższy wynik na skali „sukcesu" był skorelowany ze skłonnością do podejmowania większego ryzyka w sytuacjach dotyczących własnych in-

westycji (hipotetycznych i rzeczywistych) oraz z deklarowaną skłonnością do podejmowania ryzyka. Wynik ten można interpretować na dwa sposoby. Według jednej interpretacji, bez ryzyka nie osiąga się sukcesu. Osoby, które osiągają sukces, muszą podejmować ryzyko. Równie uzasadniona jest interpretacja odwrotna – to osiągnięty sukces pozwala na podejmowanie wyższego ryzyka; osoby, którym się powiodło, mogą sobie pozwolić na wyższe ryzyko.

52.4.3.1 Ryzyko związane z losem i ryzyko związane ze sprawnością

W kontekście przedsiębiorczości istotne jest rozróżnienie dwu rodzajów sytuacji ryzykownych. Pierwszy charakteryzuje się tym, że niepewne zdarzenia, które wpływają na wyniki naszego działania, są od nas całkowicie niezależne. Są to na przykład: stan pogody, koniunktura ekonomiczna, zachowanie konkurencji itp. O sytuacjach takich mówimy, że zawierają one **ryzyko losowe**. Jedyna rzecz, jaką możemy zrobić w tych sytuacjach, to oszacowanie ryzyka. Drugi rodzaj ryzykownej sytuacji charakteryzuje się tym, że niepewne zdarzenia, które wpływają na wyniki naszego działania, są od nas zależne. Przykłady takich sytuacji to zdawanie egzaminu, wygranie konkursu na przetargu, zwycięstwo w zawodach. O sytuacjach takich mówimy, że zawierają **ryzyko zależne od naszych zdolności lub umiejętności**. Inwestowanie należy niewątpliwie do tej kategorii ryzyka.

March i Shapira (1987) zauważyli, że ci sami menedżerowie, którzy wyrażali niechęć do podejmowania zakładów opartych na zdarzeniach losowych, chętnie angażowali się w niepewne przedsięwzięcia w biznesie. Możliwe jest zatem, że osoby przedsiębiorcze różnią się od innych większą skłonnością do podejmowania ryzyka w sytuacjach, w których wynik zależy od ich wiedzy lub sprawności, ale nie różnią się od innych stosunkiem do ryzyka zależnego wyłącznie od losu. Ich skłonność do wyborów ryzykownych ujawnia się w sytuacjach, w których mają wysoką pewność co do własnej wiedzy lub sprawności i poczucie kompetencji w danej dziedzinie. Domysły te wymagają jednak sprawdzenia.

52.4.4 Pułapki inwestycyjne: problem utopionych pieniędzy

Bank udzielił znacznego kredytu pewnej firmie. Firma nie jest w stanie zwrócić pożyczki, argumentuje jednak, że gdyby uzyskała następny kredyt, to byłaby w stanie nie tylko zwrócić tę nową pożyczkę, ale także dawny dług. Dyrekcja banku zastanawia się, czy powinna udzielić owej firmie dodatkowego kredytu. Sytuacja ta zawiera pewną pułapkę psychologiczną. Zilustrujemy ją dwoma przykładami (zob. ramka 52.3).

Co łączy przytoczone sytuacje? To, że ludzie zachowują się w nich tak, jakby raz podjęte zobowiązanie wymagało kontynuowania działania, mimo że okazało się ono nieudane. Skłonność owa nazywana jest **efektem utopionych kosztów**: kiedy już koszty zostały „utopione" w pewien plan, to należy ów plan kontynuować, chociaż wyraźnie prowadzi on do straty. Oczywiście, ratowanie utopionych pieniędzy jest zachowaniem nieracjonalnym. Do jednej straty dodajemy drugą: oprócz zaprzepaszczenia wydanych pieniędzy (straconych nakładów nie odzyskujemy przecież tak czy owak) wybieramy w dodatku gorszy wariant zamiast lepszego. Pozorne ratowanie straty (własnej reputacji) tylko ją pogłębia.

Przykładów tego rodzaju pułapek inwestycyjnych jest co niemiara. W polskiej gospodarce socjalistycznej jedna z głównych strategii stosowanych przez przedsiębiorstwa państwowe wykorzystywała zjawisko utopionych pieniędzy. Strategię tę potocznie nazywano „załapywaniem się na inwestycję". Polegała ona na tym, że przedsiębiorstwo, które chciało uzyskać od państwa pieniądze na większą inwestycję, starało się na początku o stosunkowo niedużą dotację. Po jej wykorzystaniu zgłaszało zapotrzebowanie na dalsze –

RAMKA 52.3

Czy iść na nudne przedstawienie? Przypuśćmy, że za 50 złotych zakupiliśmy bilet na reklamowane przedstawienie przyjezdnego teatru. Tymczasem dowiedzieliśmy się, że teatr ten jest kiepski, a wystawiany spektakl – ogromnie długi i nudny. W dodatku okazało się, że w tym samym czasie w telewizji będzie wyświetlany interesujący film. Czy pójdziemy na przedstawienie? **Czy kończyć nieopłacalną inwestycję?** Dyrekcja firmy lotniczej zainwestowała 10 milionów dolarów należących do firmy w projekt badawczy, którego celem jest skonstruowanie samolotu niewykrywalnego dla konwencjonalnych radarów. Kiedy projekt jest już w 90% zrealizowany, dyrekcja dowiaduje się, że inna firma zaczyna promocję swojego samolotu niewykrywalnego dla radarów. Co więcej, samolot konkurencji jest szybszy i bardziej ekonomiczny od budowanego przez naszą firmę. Pytanie, jakie staje przed prezesem firmy, brzmi: czy wydać pozostałych 10% kosztów na dokończenie samolotu?

dużo większe – środki potrzebne na dokończenie inwestycji. Na ogół nikt już wtedy nie badał, czy warto kontynuować tak kosztowne przedsięwzięcie, a państwowy decydent czuł się zobowiązany, by „nie dopuścić do straty już zainwestowanych pieniędzy".

52.5 Płacenie podatków

52.5.1 Wysokość podatków i wydajność pracy

Jest oczywiste, że ludzie nie lubią płacić podatków. Czy nie lubią aż tak bardzo, że wysokie podatki, jak głoszą prawicowi politycy, prowadzą do obniżenia chęci do pracy? Teoretycznie związek wysokości podatków z motywacją do pracy nie jest jednoznaczny. Z jednej strony wyższe podatki zmniejszają realne dochody pracujących. Może to skłaniać pracujących do intensywniejszej pracy, po to by utrzymać dotychczasowy poziom życia. Z drugiej strony jednak wyższe podatki „obniżają realny koszt niepracowania": oddając ze swego dochodu za pracę większy podatek, zmniejsza się różnicę między zyskiem z pracowania i niepracowania. Jeżeli potraktować „niepracowanie" jako dobro, to – zgodnie z teorią popytu – takiego tańszego dobra nabywa się więcej, to jest mniej się pracuje. Oba „prawa" działają w przeciwnych kierunkach i trudno powiedzieć, które przeważa w końcowym efekcie.

Wyniki badań empirycznych także nie są jednoznaczne. Brown (1980), dokonując przeglądu badań ankietowych, w których pytano zarabiających, czy wzrost podatków zniechęcałby ich do pracy, stwierdził, że tylko 10% do 15% osób odpowiedziało twierdząco. Taka sama część badanych wyrażała opinię przeciwną. Badania ankietowe pokazują więc, że wysokość podatków nie wpływa w widoczny sposób na obniżenie motywacji do pracy.

Dalsze badania wykazały jednak, że wysokie podatki istotnie obniżają podaż pracy. Stwierdzono to na przykład w eksperymencie w Seattle i Denver, gdzie wprowadzono trzy gwarantowane poziomy dochodów i cztery różne wysokości podatku od dochodu: dwa stałe poziomy: 50% i 70%, oraz dwa nieliniowe

podatki. Badacze szacowali wpływ eksperymentu na podaż pracy, porównując liczbę przepracowanych godzin w roku poprzedzającym eksperyment z liczbą godzin pracy w drugim roku badania. W grupie niżej zarabiających robotników w wyniku wprowadzonego systemu stwierdzono wyraźne obniżenie czasu pracy. Wynosiło ono: 5,3% dla mężów, 22,0% dla żon i 11,2% dla kobiet będących głową rodziny. Brown (1980) uważa, że wynik pierwszego eksperymentu z New Jersey (zob. ramka 52.4) należy uznać za wyjątek i że generalnie wysokie podatki istotnie obniżają podaż pracy.

Inną ważną konsekwencją wysokich podatków jest wzrost niechęci do ich płacenia. Jednym z przejawów tej niechęci jest to, że osoby o dużych dochodach, jak przedsiębiorcy, gwiazdy filmowe i inni ludzie sukcesu, zmieniają kraj pobytu na taki, w którym są niższe podatki. Innym efektem wysokich podatków jest tak zwana „ucieczka w szarą strefę ekonomii". Przy zbyt wysokich podatkach ludzie uznają unikanie ich płacenia za działanie racjonalne, nawet przy znacznym ryzyku poniesienia kary w wypadku wykrycia oszustwa (Lea i in., 1987). Zależność ta jest jednak bardziej zdroworozsądkowa niż udowodniona. Wahlund (1992) pokazał, że obniżenie podatków w Szwecji nie zmniejszyło automatycznie tendencji do unikania płacenia podatków i stosowania oszustw podatkowych.

52.5.2 Unikanie płacenia podatków i oszustwa podatkowe

Unikanie płacenia podatków (*tax avoidance*) to korzystanie z istniejącego prawa (na przykład wpłaty na cele dobroczynne w celu zmniejszenia kwoty do opodatkowania). Natomiast **oszustwa podatkowe** (*tax evasion*) to nielegalne zaniżanie opłat bądź przez podawanie nieprawdziwych wydatków, bądź przez zaniżanie uzyskanych dochodów.

Rozmiar zjawiska jest trudny do oszacowania. Szacunkowe obliczenia podają od kilku do kilkudziesięciu procent globalnego dochodu narodowego. Kłopot polega na braku dogodnych technik badawczych. Stosuje się tu na przykład ankiety, to jest własne zeznania podatników. Zrozumiałe, że nawet przy zachowaniu całkowitej anonimowości metodę tę trudno uznać za rzetelną. Porównania wyników tej metody z analizami sprawozdań dokonywanych przez urzędników finansowych, a także z badaniami eksperymentalnymi nie prowadzą na ogół do zgodnych wniosków.

Interesujące, że nawet w badaniach typu ankietowego spory procent badanych przyznaje się do różnego rodzaju oszustw. Wahlund (1992) pokazał, że w społeczeństwie szwedzkim (tradycyjnie uważanym za bardzo uczciwe) procent osób, które przyznawały się do różnych typów oszustw podatkowych, okazał się znaczny: 14% przyznało się do ukrycia części dochodu; 7% – do wydatków, których nie poniosło; 18% – do przyjmowania pieniędzy z pracy „na czarno"; 18% – do wypłacania pieniędzy za pracę „na czarno". W sumie około 37% osób badanych przyznawało się do popełnienia co najmniej jednego rodzaju oszustwa.

Oszustwa podatkowe, podobnie jak inne zachowania nielegalne, pozostają pod wpływem kilku typowych czynników. Jednym z nich jest wielkość spodziewanej kary w wypadku „wykrycia". Surowa kara zniechęca do ukrywania dochodów przed urzędem skarbowym. Istotnym czynnikiem zniechęcającym jest też prawdopodobieństwo „wykrycia". Im jest ono większe, to znaczy im bardziej kara jest nieuchronna, tym mniej jesteśmy skłonni do „podejmowania ryzyka" ukrywania dochodów. Zależności te są zgodne z ogólną zasadą określającą skłonność ludzi do podejmowania ryzyka: im większa i im bardziej prawdopodobna możliwa strata, tym mniej chętnie angażujemy się w ryzykowne przedsięwzięcie. Pouczający jest tu przykład Holandii, gdzie osoba przyłapana na oszustwie podatkowym (Lewis, Webley i Furnham, 1995) płaci jedynie swoją pierwotną należność. Praktyka ta sprawia, że wcześniejsze przyłapanie na oszustwie podatkowym nie zmniejsza (jak można by oczekiwać), lecz zwiększa prawdopodobieństwo, iż dana osoba powtórnie popełni takie samo wykroczenie.

Generalnie oszustwa podatkowe nie są przez ludzi oceniane jako poważne wykroczenia moralne. Na przykład Szwedzi wyrażali opinię, że włamywacze, nietrzeźwi kierowcy czy złodzieje okradający samochody powinni być karani bardziej surowo niż oszuści podatkowi, natomiast Amerykanie oceniali oszustwa podatkowe jako porównywalne z kradzieżą roweru (Lea i in., 1987).

RAMKA 52.4

Bardziej jednoznaczne dane uzyskano w badaniach z użyciem naturalnego eksperymentu. W USA prowadzono serię eksperymentów nad negatywnym wpływem podatków na podaż pracy. Pierwszy taki eksperyment przeprowadzono w latach 1968–1972, w trzech miejscowościach w stanie New Jersey i w jednej miejscowości w Pensylwanii. Łącznie przebadano 1374 rodziny, z których 724 wykorzystano do eksperymentu, a pozostałych 650 rodzin traktowano jako grupę kontrolną. Do badania wybrano tylko te rodziny, w których mężczyzna miał od 18 do 58 lat, nie był wówczas w wojsku ani w szkole, a dochody rodziny nie przekraczały wielkości 150% oficjalnego poziomu ubóstwa. Rodziny eksperymentalne przydzielono do jednej z ośmiu grup. Grupy różniły się dwoma czynnikami: gwarantowanym poziomem dochodów i wysokością podatku od dochodu. Gwarantowane poziomy dochodów wynosiły dla różnych grup: 50%, 75%, 100% i 125% oficjalnego poziomu ubóstwa. Trzy poziomy podatku od dochodu wynosiły: 30%, 50% i 70%. Wynik eksperymentu pokazał, że – wbrew oczekiwaniom – nie stwierdzono, by wraz ze wzrostem wysokości podatków istotnie malała podaż pracy.

RAMKA 52.5

Badania wykazują (Lea i in., 1987), że zachowania ludzi w „sytuacji podatkowej" nie są takie same jak w sytuacji gry. Porównywano wybory osób między następującymi dwiema możliwościami: (1) stracić coś (na przykład 500 złotych) na pewno albo (2) stracić więcej (na przykład 5000 złotych) z niewielkim prawdopodobieństwem (powiedzmy – 0,05), albo nie stracić nic z dużym prawdopodobieństwem (powiedzmy – 0,95).

(1) < –500 zł na pewno >
(2) < –5000 zł, 0,05; 0 zł, 0,95 >

Okazało się, że badani skłonni byli wybierać ryzykowną możliwość (2) częściej przy „grze na pieniądze" niż wtedy, gdy wybór interpretowano jako zapłacenie bądź niezapłacenie podatku. W tym drugim wypadku rzadziej podejmowali wybór ryzykowny – „niepłacenia podatku". Oznacza to, że w decyzjach tego rodzaju pewną rolę odgrywa także aspekt moralny, a nie tylko motyw własnego interesu. Z badań wynika, że ważnym czynnikiem, pozostającym w związku z popełnianiem oszustw podatkowych, jest moralna ocena tego postępowania. Osoby dopuszczające się oszustwa szacują je łagodniej niż ci, którzy nie popełniają przestępstw podatkowych.

Niezbyt wielkie potępienie moralne nadużyć podatkowych sprawia, że jednym z najważniejszych czynników popychających do decyzji o popełnieniu oszustwa jest okazja (Wahlund, 1992). Najlepszą okazję do popełniania oszustw podatkowych stwarza praca „na swoim", to jest prowadzenie własnej firmy, ponieważ w tym wypadku trudniej jest kontrolować płacenie podatków. W tej właśnie sferze występuje najwięcej oszustw podatkowych. Nie są one efektem szczególnych cech tej grupy pracowniczej, lecz realizacją znanej zasady, że „okazja czyni złodzieja". Interesujące, że inne czynniki, takie jak finansowa pozycja osoby lub rodziny, nie są wyznacznikiem popełniania oszustw podatkowych. Wynika stąd, że przestępstw podatkowych nie dokonuje się „z biedy" (Wahlund, 1992).

Wśród innych uwarunkowań oszustw podatkowych na uwagę zasługuje poziom wcześniejszego pobierania należności. Jeżeli aparat fiskalny państwa pobiera w ciągu roku wyższe opłaty zaliczkowe, to na koniec roku musi zwrócić dużej części podatników kwoty pobrane w nadmiarze. Jeżeli zaś w ciągu roku pobierane są niższe opłaty zaliczkowe, to na koniec roku duża część podatników musi dopłacać państwu należne zobowiązania. Czy okoliczność ta wpływa na skłonności do popełniania oszustw podatkowych przez obywateli?

Zarówno teoria perspektywy Tversky'ego i Kahnemana (1981), jak i wyniki badań empirycznych (Shepanski i Shearer, 1995) sugerują, że podatnik, który na koniec roku powinien dopłacać państwu należne zobowiązania, ma większą skłonność do ukrywania części dochodów niż podatnik, który na koniec roku ma odebrać kwoty pobrane w nadmiarze. Wynika to stąd, że kiedy trzeba dopłacać, sytuacja ta spostrzegana jest jako strata i wówczas większość ludzi ma skłonność do podejmowania ryzyka. Kiedy natomiast mamy otrzymać pieniądze, wówczas sytuacja jest spostrzegana jako sytuacja zysku i wtedy większość ludzi ma skłonność do unikania ryzyka (Tversky i Kahneman, 1981; Shepanski i Shearer, 1995).

52.6

Zachowania konsumenckie

Tylko nieliczne wybory konsumenckie są decyzjami dokonywanymi świadomie i refleksyjnie, a więc na podstawie dokładnej analizy informacji o produkcie, wszechstronnej jego oceny i starannej selekcji najlepszej możliwości. Większość wyborów konsumenckich – tak jak wyborów w ogóle – ma charakter powtarzalny, nawykowy. Kupujemy stale to samo mleko, pastę do zębów, krem do golenia itd. Wreszcie istnieją wybory, które najtrafniej możemy określić jako wybory impulsywne (niezamierzone). Omówimy kolejno wszystkie te typy, rozpoczynając od wyborów refleksyjnych.

52.6.1

Strategie wyboru refleksyjnego

52.6.1.1

Strategia kompensacji

U podstaw strategii kompensacji leży idea, że wada produktu ze względu na jakąś jedną cechę (na przykład zbyt wysoką cenę) może być zrównoważona jego zaletą ze względu na jakieś inne cechy (na przykład wysoką jakość). Wydaje się, że w naszych wyborach rzeczywiście kierujemy się ową zasadą kompensacji. Nie kupujemy przecież rzeczy najelegantszych, lecz „przymierzamy" je do ceny i wybieramy to, co jest mniej eleganckie, ale mieści się w rozsądnych granicach cenowych. Wybierając w restauracji deser, porównujemy jego walory smakowe z ceną. Podobnie porównujemy wysiłek i przyjemność: aby znaleźć przyjemniejsze miejsce na plaży, potrafimy odbyć długą – ale nie dowolnie długą

RAMKA 52.6

Średnio zamożny Polak stanął przed ważnym dla siebie wyborem, dotyczącym zakupu samochodu. Doświadczony w podejmowaniu decyzji przyjaciel poradził mu następującą strategię postępowania:

Krok 1. Ustal dostępne na rynku marki samochodów, które nie przekraczają ceny, jaką byłbyś w stanie wydać, i których standard jest dla ciebie do przyjęcia.

Powiedzmy, że krótka refleksja doprowadziła do wyłonienia jako kandydatów do zakupu następujących pięciu samochodów: ford, polonez, nissan, opel i toyota.

Krok 2. Ustal istotne dla ciebie cechy samochodu, takie jak cena, komfort itp.

Powiedzmy, że głębsza refleksja zainteresowanego doprowadziła do następującej listy cech: cena, niezawodność, ekonomiczność, komfort i bezpieczeństwo. Doprowadziła też do oczywistego wniosku, że żaden z samochodów nie jest najlepszy ze względu na wszystkie cechy naraz. Jeden ma przewagę, jeśli chodzi o komfort, ale jest drogi, inny jest ekonomiczny, ale nie jest bezpieczny itd. Musimy w tej sytuacji wykonać następne kroki.

Krok 3. Oceń względną ważność różnych cech samochodów. Na przykład, zrób to na skali od 1 do 10, to jest jeżeli jakąś cechę uznałbyś za całkowicie nieważną, to przypisz jej wartość 1, jeżeli jakąś inną uznajesz za najważniejszą, to przypisz jej wartość 10 itd.

Krok 4. Oceń wartość każdego samochodu ze względu na każdą z wymienionych cech. Niech to będą oceny, na przykład, na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza najsłabszą ocenę na danej skali, a 5 – najlepszą.

Powiedzmy, że uzyskaliśmy oceny takie, jak podano w tabeli 52.1.

Krok 5. Policz teraz tak zwaną addytywną ważoną użyteczność dla każdego samochodu, to jest przemnóż jego oceny ze względu na kolejne cechy przez ważność danej cechy, tak jak podano w tabeli 52.1, i dodaj te iloczyny.

Przeliczenie prowadzi do następującego zestawienia:

ford	$2 \times 10 + 4 \times 9 + 3 \times 8 + 2 \times 6 + 2 \times 5 = 102$
polonez	$1 \times 10 + 5 \times 9 + 1 \times 8 + 1 \times 6 + 2 \times 5 = 79$
nissan	$4 \times 10 + 3 \times 9 + 4 \times 8 + 4 \times 6 + 4 \times 5 = 143$
opel	$3 \times 10 + 4 \times 9 + 3 \times 8 + 3 \times 6 + 3 \times 5 = 123$
toyota	$4 \times 10 + 2 \times 9 + 4 \times 8 + 5 \times 6 + 4 \times 5 = 140$

Krok 6. Jak widzisz, najlepszym dla ciebie samochodem jest nissan, ponieważ jego addytywna ważona użyteczność jest najwyższa. Jest to wybór dla ciebie optymalny.

TABELA 52.1

Przykładowe zestawienie ocen pięciu samochodów

TYP SAMOCHODU	WAŻNOŚĆ CECHY 10 NIEZAWODNOŚĆ	9 CENA	8 EKONOMICZNOŚĆ	6 BEZPIECZEŃSTWO	5 KOMFORT
Ford	2	4	3	2	2
Polonez	1	5	1	1	2
Nissan	4	3	4	4	4
Opel	3	4	3	3	3
Toyota	4	2	4	5	4

– podróż. Sztuka wybierania wydaje się umiejętnością dokonywania takich właśnie porównań kompensacji.

Strategia kompensacji, zwana też strategią maksymalizacji addytywnej użyteczności, wymaga wykonania następujących kroków:

(1) Określenie możliwości wyboru. Możliwości nie zawsze są z góry dane (znane) i podejmujący decyzje musi je sobie określić. Pojawia się przy tym kwestia, czy wszystkie obiecujące możliwości zostały wzięte pod uwagę.
(2) Określenie cech, ze względu na które chcemy oceniać możliwości. Jest to zawsze kwestia subiektywna i zwykle nie ma pewności, czy uwzględniliśmy wszystkie ważne atrybuty.
(3) Ocena względnej wagi różnych atrybutów. Możemy je najpierw uporządkować od cechy najmniej do najbardziej ważnej. Następnie możemy spróbować określić je liczbowo na skali ważności poszczególnych cech. Można się tu posłużyć na przykład skalą dziesięciostopniową, gdzie krańce opisane są jako: 1 – cecha najmniej ważna; 10 – cecha najważniejsza.
(4) Ocena poszczególnych możliwości ze względu na pojedyncze cechy. Bierzemy pierwszą (dowolną) z rozpatrywanych cech i poszczególne możliwości staramy się ocenić ze względu na tę cechę (i tylko ze względu na nią). Można tu na przykład posłużyć się pięciostopniową skalą liczbową, gdzie krańce opisane są jako: 1 – najgorszy poziom danej cechy; oraz 5 – najlepszy poziom danej cechy. Każdej ocenianej możliwości można przypisać jedną z tych pięciu wartości w ten sposób, że im lepsza wydaje nam się możliwość ze względu na daną cechę, tym wyższą wartość jej przypisujemy.
(5) Obliczenie całkowitej użyteczności dla każdej z możliwości. Polega to na pomnożeniu ocen, uzyskiwanych przez daną możliwość ze względu na poszczególne cechy, przez wagi tych cech i na zsumowaniu ważonych ocen:

$$o_1 \times w_1 + o_2 \times w_2 + \ldots + o_n \times w_n$$

gdzie o_i jest oceną uzyskiwaną przez dany przypadek ze względu na cechę i, natomiast w_i to waga cechy i.

(6) Porównanie całkowitych użyteczności poszczególnych możliwości i wybór najlepszej spośród nich, to jest takiej, której całkowita użyteczność jest najwyższa.

Wykorzystanie strategii kompensacji wymaga znacznego wysiłku ze strony konsumenta. Przy bardzo ważnych wyborach, takich jak zakup domu czy samochodu, byłby on może skłonny poświęcić wiele uwagi możliwościom, między którymi ma dokonać wyboru. W większości wyborów konsumenckich zachodzi jednak potrzeba posłużenia się strategią mniej skomplikowaną niż maksymalizacja użyteczności. Rzeczywiście, istnieją takie proste i skuteczne zasady wybierania.

52.6.1.2 Strategia koniunkcyjna

Zastanówmy się raz jeszcze nad rozważanym wyborem samochodu. Jak mógłby postąpić konsument niezbyt zorientowany w licznych na rynku markach, których nawet nie jest w stanie ocenić ze względu na różne cechy? Może zacząć od ustalenia listy wymagań, które jego samochód powinien spełnić. Jeżeli ważne są dla niego takie cechy samochodu, jak cena, niezawodność, ekonomiczność, komfort i bezpieczeństwo, to może na przykład przyjąć, że: jego cena nie powinna przekraczać 35 tysięcy złotych, powinien on cieszyć się opinią pojazdu „bezusterkowego", nie powinien palić więcej niż 6 l na 100 km, powinien cieszyć się opinią pojazdu bezpiecznego i w miarę wygodnego. Mając tak określone wymagania, konsument będzie sprawdzał kolejne samochody (na przykład poprzez zasięgnięcie opinii), czy spełniają one wszystkie te warunki. W momencie gdy spotka samochód, który je wszystkie spełni, konsument przypuszczalnie przerwie swoje poszukiwania i wybierze satysfakcjonującą go markę.

Ogólnie mówiąc, strategia koniunkcyjna polega na ustaleniu listy wymagań, którym muszą sprostać wybierane możliwości, i na sprawdzeniu w dowolnej kolejności (na przykład według kolejności pojawiania się) poszczególnych możliwości wyboru, czy spełniają one te warunki. Jeżeli „badana" możliwość nie spełni choćby jednego z nich, zostaje odrzucona. Pierwsza z nich, która spełni wszystkie wymagania, zostaje przyjęta, a pozostałe nie są już w ogóle rozpatrywane. Strategia koniunkcyjna nie jest zorientowana na wyszukanie możliwości najlepszej, lecz jedynie wystarczająco zadowalającej.

52.6.1.3 Strategia alternatywna

Strategia alternatywna jest – podobnie jak strategia koniunkcyjna – zorientowana na wyszukiwanie satysfakcjonującej możliwości. Jest tu ona jednak określona inaczej niż w strategii koniunkcyjnej. Do osiągnięcia satysfakcji wystarcza, gdy wybrana możliwość spełnia choć jedno z wymagań uznanych przez decydenta za ważne.

Strategia alternatywna ma sens, gdy tak jak w wypadku obrazu (zob. ramka 52.7), pojawia się jakaś szczególna okazja, wyjątkowo korzystna ze względu na jakąś ważną cechę. Niekiedy jednak ulegamy złudzeniom, że napotkana sytuacja jest akurat szczególnym wypadkiem. Tak właśnie usiłują nas „uwieść" specjaliści od marketingu. Tworząc wyprzedaże i inne „niezwykłe okazje", starają się przekonać konsumenta, że zakup określonego produktu ze względu na jego wyjątkową cenę jest taką właśnie niezwykłą okazją.

RAMKA 52.7

Przy okazji jakiejś podróży natrafiamy na atrakcyjny obraz, który można kupić po bardzo przystępnej cenie. Nie rozważaliśmy takiego wydatku, ale szczególna wartość estetyczna obiektu skłania nas do dokonania zakupu. Nie zastanawiamy się przy tym, czy nie odpowiadałby nam bardziej obraz innego malarza, o innej treści i stylu. Nie przeprowadzamy zatem analizy rozmaitych cech obrazu, które uznawalibyśmy za ważne. Zamiast tego możemy posłużyć się tak zwaną strategią alternatywną.

52.6.1.4 Strategia leksykograficzna

W sytuacji, w której istnieje pewna „naturalna" hierarchia ważności cech produktów i gdy potrafimy tę ważność ściśle określić, możemy zastosować następującą regułę wyboru. Najpierw porównujemy wszystkie możliwości tylko ze względu na pierwszą, najważniejszą cechę. Gdyby się okazało, że ze względu na tę najważniejszą cechę jedna możliwość „zwycięża" wszystkie inne, to bez dalszego sprawdzania zostaje ona wybrana (tak, według kogoś, kto przyjmuje, że miłość jest najważniejsza, może wyglądać wybór małżonka). Dopiero gdyby okazało się, że ze względu na najważniejszą cechę nie jedna, ale więcej możliwości jest równie atrakcyjnych (analogia z kandydatem do małżeństwa tutaj chyba nie jest już właściwa), porównuje się możliwości ze względu na drugą w kolejności (ważności) cechę i znowu wybiera się te najlepsze. Postępowanie jest kontynuowane tak długo, aż zostanie znaleziona jedna możliwość, która przeważa nad pozostałymi ze względu na kolejną rozważaną cechę. Strategię tę nazywa się leksykograficzną (słownikową), gdyż działa według zasady ułożenia słów w słowniku. Wymaga ona wyraźnej hierarchii ważności kolejnych cech rozpatrywanych możliwości. Konsument musi mieć jasność, co jest najważniejszym kryterium wyboru, co jest drugie w kolejności ważności itd.

Istnieje wiele innych prostych strategii, którymi niekiedy posługują się konsumenci. Szczególnie komfortowa jest sytuacja, gdy konsument natrafi na możliwość lepszą od pozostałych pod każdym względem (wyobraź-

my sobie produkt wysokiej jakości, który nam się podoba i w dodatku jest tani). Wówczas mówimy, że ta możliwość dominuje nad pozostałymi. Do wyboru wystarcza wówczas prosta zasada dominacji – nakazująca wybór możliwości dominującej. Tak komfortowe sytuacje nie pojawiają się, niestety, często. Często za to konsument posługuje się zasadą pozornej dominacji. Polega ona na tym, że kiedy coś nam się podoba ze względu na pewne swoje cechy, wówczas mamy skłonność „na siłę" znajdować dominację, to jest udowadniać sobie, że owa obiecująca możliwość zdecydowanie przewyższa wszystkie inne pod każdym względem. Takie „manipulowanie" własnymi ocenami może prowadzić do przyszłych rozczarowań (tu analogia z wyborami małżeńskimi jest zdecydowanie odpowiednia).

52.6.2
Przywiązanie do marki

Wielu konsumentów wytwarza sobie nawyki powtarzania zakupów tej samej marki. Dotyczy to przede wszystkim towarów codziennego użytku. Kupuje się zwykle tę samą gazetę, te same papierosy, ten sam gatunek pasty do zębów. Podstawowym pożytkiem tego rodzaju postępowania jest **minimalizacja wysiłku poznawczego** związanego z wyborem. Konsument nie musi tu za każdym razem badać i porównywać możliwości wyboru. Wybór następuje szybko i bez wysiłku. Postępowanie takie zaobserwował między innymi Hoyer (1984), który prowadził obserwacje, a także pytał kupujących w supermarketach o sposób wyboru produktów (były to proszki do prania). W supermarkecie znajdowało się aż 15 różnych proszków. Okazało się jednak, że konsumenci sprawdzali średnio zaledwie 1,42 marki, a 72% kupujących zwracało uwagę tylko na jedną markę. Średni czas wyboru produktu wynosił 13 sekund. Oznacza to, że wybory towarów codziennego użytku dokonywane są rzeczywiście szybko, bez specjalnej refleksji, tak by minimalizować wysiłek poznawczy konsumenta.

Analizy zakupów sklepowych, a także dane z tak zwanych paneli zakupów konsumenckich pokazują, że w kolejnych okresach (na przykład co kwartał) znaczny procent nabywców produktu danej marki powtarza ten sam wybór. Pojawia się zatem pytanie, czy takie nawykowe wybory łatwo ulegają odwróceniu? Czy, powiedzmy, zwrócenie uwagi konsumenta (na przykład poprzez reklamę) na inny, konkurencyjny produkt w danej kategorii (gazetę, pastę do zębów itd.), który ma pewną przewagę nad dotychczas kupowanym (na przykład jest tańszy), spowoduje zmianę w jego wyborze? Okazuje się, że bywa z tym różnie. Czasami taka zmiana następuje stosunkowo łatwo. Konsument wykorzystuje na przykład okazję promocji cenowej i nie waha się wybrać inny, bardziej atrakcyjny cenowo produkt. Ale nie zawsze tak się dzieje. Czasami konsument czuje się tak związany z produktami dotychczas kupowanej marki, że trudno jest odwrócić jego wybór. Mówimy wtedy o przywiązaniu do marki albo o lojalności. Zjawisko to wyraża się w tym, że konsument utrzymuje pozytywną postawę w stosunku do marki i konsekwentnie kupuje oznaczone nią produkty. Kiedy zakupy danej marki powtarzają się, ale brak jest pozytywnego do niej stosunku i można łatwo zmienić wybór konsumenta, wówczas mówimy, że jest to zakupowa inercja.

Badania pokazują, że przywiązanie do marki odgrywa znaczną rolę w zakupach konsumenckich. Dotyczy to zresztą w różnym stopniu rozmaitych produktów. Solomon (1996) przytacza amerykańskie dane z 1989 roku, według których największy procent konsumentów przywiązanych do marki odnotowano w związku z następującymi produktami: papierosy (71%), majonez (65%), pasta do zębów (61%), najmniejszy procent zaś przywiązywał się do butów sportowych (27%), konserw warzywnych (25%) oraz worków na śmieci (23%).

Jednym z powodów zjawiska przywiązania do marki jest niechęć konsumenta do wkładania dużego wysiłku w decyzję o zakupie. Przypuszczalnie, jeśli produkt raz okaże się satysfakcjonujący, to później konsument traci motywację do próbowania produktów firm konkurencyjnych, mimo że mogłyby one się okazać jakościowo lepsze. Po prostu nie ma chęci wydatkować wysiłku. Dzieje się tak w szczególności przy zakupach mało atrakcyjnych dla konsumenta (na przykład wybór proszku do prania).

Innym ważnym powodem przywiązania konsumenta do marki jest redukcja ryzyka odczuwanego przez konsumenta przy dokonywaniu zakupu. Na przykład, nabywca może nie być pewny, czy produkt spełni funkcje, których od niego oczekuje (na przykład, czy proponowany specyfik na porost włosów rzeczywiście je przywróci). Może też być niepewny, czy produkt jest wart tyle, ile żąda za niego sprzedawca. Lojalność wobec marki konsumenci uznają za najlepszą strategię zabezpieczającą przed wszystkimi tymi zagrożeniami.

52.6.3
Kupowanie impulsywne

Opowieść biblijna o tym, jak Ewa uległa pokusie i zerwała zakazany owoc, może posłużyć jako ilustracja zakupów, które dokonywane są raczej pod wpływem impulsu niż refleksyjnego wyboru. Chodzi o takie zachowania, gdy na przykład konsument wchodzi do supermarketu z krótką listą zaplanowanych zakupów, a wychodzi z wózkiem wypełnionym rozmaitymi nieplanowanymi wcześniej produktami. Tego rodzaju zachowania lepiej dają się opisać według schematu bodziec – reakcja niż w kategoriach procesu wyboru.

Istotnie, supermarkety i inne sklepy wkładają wiele wysiłku w takie zorganizowanie sytuacji (bodźców), by wywołać u konsumenta pożądaną reakcję, to jest skłonić go do zakupu towarów, których nie ujął w swych planach. Dysponują one bogatym zestawem

RAMKA 52.8

Hoyer i Brown (1990) zajmowali się problemem świadomości i przywiązania do marki. Wykonali badanie, w którym badani wybierali między trzema rodzajami masła orzechowego. W jednej grupie badanym przedstawiono trzy produkty nieznanych marek, natomiast w drugiej – produkty dwu marek nieznanych i jednej znanej. Produkty dobrano tak, że produkt znanej marki był jakościowo gorszy od pozostałych. Badani na podstawie samej percepcji wzrokowej najpierw wybierali produkt „na próbę", a następnie dokonywali ostatecznego wyboru po „spróbowaniu" masła. Po każdym z tych wyborów pytano badanych o kryterium wyboru. W rezultacie we wstępnym wyborze 93,5% badanych z grupy, w której znajdował się produkt znanej marki, decydowało się na wybór znanego produktu, z czego 60% przyznawało się do stosowania strategii „znajomości marki". W grupie, w której badani nie znali żadnego znaku firmowego, najwięcej osób (45%) kierowało się przy wyborze opakowaniem, następnie ceną (14%) i wreszcie składnikami produktu (10,8%). Tak więc przy kupowaniu bez próbowania u znających markę to właśnie ona decydowała o wyborze. Po spróbowaniu w pierwszej grupie, w której znajdował się produkt znanej marki, 41% osób przy wyborze kierowało się smakiem, a 18% – znajomością marki (pozostali uczestnicy badania wymieniali inne kryteria). W drugiej grupie smak jako kryterium wyboru był wymieniany przez 61% procent badanych. Intrygujące jest tutaj to, że mimo „wypróbowania" produktu i tak 18% badanych potwierdza wpływ znanej marki na wybór (pomimo nie najlepszego smaku produktu owej marki). Tak więc marka okazuje się ważnym kryterium wyboru konsumentów.

środków mających skłonić konsumenta do zakupu określonych produktów i w ilościach większych od zaplanowanych. W efekcie szacuje się (Solomon, 1996), że średnio dwa na trzy produkty kupowane w supermarketach nie były wcześniej zaplanowane. W niektórych kategoriach produktów procent ten jest jeszcze wyższy.

W dalszej części rozdziału omówione zostaną niektóre ze sposobów „wciągania" konsumenta w niezaplanowane zakupy.

52.6.3.1 Rozmieszczenie produktów w sklepie

Supermarkety rozmieszczają produkty podstawowe – mleko, pieczywo, cukier, herbatę – w wielu miejscach i w miarę daleko od wejścia, tak by konsument, który chce je nabyć, musiał przejść obok innych, narażając się na odpowiednie „pokusy". Z kolei czekolady i słodycze umieszcza się zwykle blisko kasy, tak by rodzice stojący w kolejce mieli okazję ich zakupienia, aby uspokoić zniecierpliwione dzieci.

Produkty rozmieszczone na półkach na wysokości oczu mają największe szanse zwrócenia na siebie uwagi. W takich miejscach nie warto lokować produktów podstawowych, które konsument kupi tak czy owak, a raczej te, na które sprzedawca chce „zwrócić szczególną uwagę". Na bieżąco prowadzi się też obserwację, jakie ulokowanie produktu prowadzi do największej jego sprzedaży.

Niekiedy usytuowanie produktów w sklepie zmienia się tak, by konsument nie mógł znaleźć ich zbyt łatwo, jeśli ich nabycie sobie zaplanował. Przechodząc wzdłuż półek w poszukiwaniu planowanego zakupu, konsument będzie wystawiony na „kusicielskie" działanie innych towarów. W niektórych obiektach handlowych wyjście jest tak usytuowane, że nie można do niego dotrzeć najkrótszą drogą. Półki bywają pełne, ale nie są przeładowane jedną marką. Chodzi o wywołanie wrażenia, że sklep jest ekskluzywny i nie sprzedaje produktów masowych.

52.6.3.2 Odpowiednia atmosfera w sklepie

Odpowiednie skomponowanie koloru, dźwięku i zapachu stwarza przyjemną atmosferę, która zachęca klienta do dłuższego przebywania w sklepie i – w konsekwencji – do zwiększonych zakupów. Przy wejściach do supermarketów umieszczane są owoce, by wywoływać wrażenie świeżości produktów znajdujących się wewnątrz. Niekiedy w obrębie sklepu buduje się piekarnię, by wrażenie świeżości dawał wydobywający się z niej zapach świeżego pieczywa.

Starannie dobiera się też oświetlenie. Istnieją tu dwie tendencje. Jedna – by oświetlenie było maksymalnie zgodne z naturalnym, tak by po wyjściu ze sklepu kolor ubrania czy innych produktów wyglądał tak samo jak w jego wnętrzu. Druga tendencja to dobieranie oświetlenia podkreślającego zalety produktów – na przykład świeżości warzyw i owoców.

Również przyjemna muzyka może zachęcać konsumenta do dłuższego przebywania w sklepie. Na ogół dobiera się muzykę relaksującą, „nienarzucającą się". Prowadzone obserwacje pokazują między innymi, że tempo muzyki wywiera wpływ na szybkość poruszania się klientów po sklepie: szybsze tempo skłania do szybszego poruszania się i powoduje zmniejszone zakupy (East, 1997).

52.6.3.3 Tworzenie korzystnej ceny odniesienia

Znana w marketingu teoria użyteczności transakcji głosi, że konsumenci „przymierzają" cenę nie tylko do potencjalnych korzyści związanych z kupowanym produktem, ale także do tak zwanej ceny odniesienia. Chodzi o cenę, którą konsument uznaje za właściwą za dany produkt. Jeżeli kupujący stwierdzi, że cena, jaką ma zapłacić, jest wyższa od owej ceny właściwej, to będzie unikał zakupu. Jeżeli – przeciwnie – cenę, jaką ma zapłacić, uzna za niższą od ceny odniesienia, to będzie motywowany do zakupu. Pracownicy

marketingu wkładają w związku z tym wiele wysiłku w ustalenie korzystnej dla siebie ceny odniesienia.

Pierwszym sposobem kształtowania korzystnej ceny odniesienia jest dodanie do serii produktów danego rodzaju specjalnego produktu o wyższej cenie. Powiedzmy, że do sprzedawanych gatunków piwa w cenie 2–3 złotych za butelkę „dojdzie" piwo w cenie 4 złotych – pozostałe gatunki natychmiast wydadzą się tańsze.

Drugim sposobem kształtowania ceny odniesienia są korzystne porównania z innymi produktami. Sprzedawcy encyklopedii dzielą jej cenę na miesięczne raty, pokazując, że jest to koszt mniejszy od butelki wódki. Sugerują w ten sposób, że wartość encyklopedii w edukacji dziecka jest nieporównywalna z wartością wódki. Cenę odniesienia tworzy się też poprzez przywołanie innych – droższych, a mniej wartościowych – produktów. Być może sprzedawcy drogiej biżuterii liczą na tworzenie podobnych porównań przez kupujących, kiedy cenę podają w wielkościach mniejszych wielokrotności. Cena złotego naszyjnika wynosząca 5 × 235 dolarów działa mniej zniechęcająco niż 1175 dolarów.

Trzecim sposobem kształtowania u konsumentów ceny odniesienia jest przyzwyczajanie ich do wcześniejszej wysokiej ceny. Nagle i Holden (1995) przytaczają wynik badania Della Bitta i Monroe, którzy porównywali sprzedaż pięciu nowych produktów w dwu sieciach sklepowych o różnej polityce cenowej. W pierwszym okresie jedna z sieci sprzedawała produkty po cenie zaniżonej, aby zachęcić konsumentów do zainteresowania się nimi. Nie zaznaczano jednak, że jest to tymczasowa cena promocyjna. Druga grupa te same produkty sprzedawała po cenie „normalnej". Po pewnym czasie obie sieci sprzedawały produkty po tej samej cenie normalnej. Wynik był taki, że w pierwszym okresie sprzedaż była większa w sklepach, które obniżyły ceny. Jednak po wprowadzeniu cen regularnych sprzedaż w nich spadła w porównaniu ze sklepami, które na początku nie wprowadziły obniżki. Co więcej, całkowita sprzedaż w obu okresach okazała się wyższa tam, gdzie od razu wprowadzono ceny normalne. Oznacza to, że w sklepach, w których wprowadzono wyjściowo ceny promocyjne, konsumenci przyzwyczaili się do niższych cen, traktując je jako ceny odniesienia, i w efekcie późniejsze propozycje uznali za niekorzystne.

RAMKA 52.9

Nagle i Holden (1995) przytaczają eksperyment, w którym jednej grupie badanych polecano wybierać między dwoma modelami kuchenek mikrofalowych: „Emerson" – w cenie 109,99 dolarów, obniżonej o 35% – i „Panasonic" – w cenie 179,99 dolarów, obniżonej o 35%. Druga grupa również mogła wybierać między tymi dwiema kuchenkami, ale dano jej też do wyboru trzecią kuchenkę – „Panasonic II" – w cenie 199,99 dolarów, obniżonej o 10%. W drugiej grupie niewielki procent badanych zdecydował się na wybór „Panasonic II". Ponadto okazało się, że między grupą pierwszą a drugą nastąpiło wyraźne odwrócenie preferencji między kuchenkami „Panasonic" i „Emerson": w grupie pierwszej większość wybierała kuchenkę „Emerson", natomiast w grupie drugiej większość wybierała kuchenkę „Panasonic I". Był to wynik przesunięcia ceny odniesienia poprzez wprowadzenie droższego produktu.

52.6.3.4 Promocje cenowe i wyprzedaże

Aby zachęcić konsumentów do zakupu produktu, sklepy wprowadzają promocje cenowe, to jest czasowe obniżki. Czy zabiegi takie są skuteczne z perspektywy wzrostu zakupów promowanego produktu? Trzeba tu odróżnić wzrost zakupów w czasie trwania promocji i skutki występujące po promocji.

Jeśli chodzi o poziom zakupów w czasie trwania promocji, to obserwowany wzrost sprzedaży sięga kilkudziesięciu, a nawet kilkuset procent (East, 1997). Dzieje się tak dlatego, że ludzie traktują obniżki cen jako okazje pozwalające „zarobić". Cena „normalna" jest tu traktowana jako punkt odniesienia, wobec którego cena obniżona staje się rodzajem zysku.

Natomiast jeśli chodzi o skutki występujące po promocji, to większość badań pokazuje, iż są one niewielkie. Można więc powiedzieć, że po promocyjnej obniżce sprzedaż zwykle wraca do – mniej więcej – stanu wyjściowego (East, 1997). Jednym z powodów braku długoterminowego wpływu promocyjnej obniżki cen na sprzedaż jest to, że korzystają z niej głównie klienci nieprzywiązani do marki. Nie kontynuują oni zakupów danej marki, gdy kończy się specjalna okazja związana z obniżką.

Oczywiście, poza wymienionymi sposobami handlowcy stosują wiele innych zabiegów nakłaniania konsumentów do zakupu. Należą do nich między innymi specjalne opakowania, a nawet zwiększanie wielkości i pojemności wózków sklepowych.

52.7

Psychologia oszczędzania

52.7.1

Formy i motywy oszczędzania

Katona (1975), a za nim Warneryd (1988) zwracają uwagę na to, że istnieje wiele form odkładania pieniędzy, które określa się ogólną nazwą oszczędzania. Za tymi różnymi formami kryją się różne motywy oszczędzania. Jedną z form oszczędzania jest **czasowe deponowanie pieniędzy**, które jeszcze nie zostały wydane. Dzieje się tak, kiedy na przykład na nasze konto bankowe wpływają dochody, które stopniowo zużywamy w ciągu miesiąca. Oszczędzanie jest tu przypadkowe, konsument bowiem przechowuje pieniądze, których jeszcze nie wydał, bez specjalnego celu oszczędzania.

Inną formą oszczędzania jest trzymanie rezerwy pieniężnej na wypadek nagłej potrzeby lub okazji. Nazywa się ją **oszczędzaniem zabezpieczającym.** Oczywistym motywem tej postaci oszczędzania jest potrzeba bezpieczeństwa.

Kolejną formą oszczędzania jest gromadzenie środków na zaplanowany cel. Nazywa się to **oszczędzaniem zaplanowanym.** Analizy pokazują (Lea i in., 1987), że w przybliżeniu jedna trzecia osób trzymających swoje oszczędności na rachunkach bankowych podejmuje każdego roku większe kwoty i dokonuje poważnych zakupów.

Jeszcze inną formą oszczędzania jest lokowanie pieniędzy na procent lub inwestowanie w rzeczy wartościowe w celu powiększenia zasobów. Oszczędzanie to ma na celu powiększanie zysków i nazywane jest **oszczędzaniem spekulacyjnym**.

Oprócz wymienionych motywów oszczędzania istnieje wiele innych. Jednym z ważniejszych jest na przykład **chęć pozostawienia spadku i zabezpieczenia losu potomstwu**.

52.7.2

Czynniki warunkujące oszczędzanie

Chęć oszczędzania jest wielostronnie uwarunkowana. Lea, Tarpy i Webley (1987), podsumowując wyniki licznych badań, wskazują na wiele czynników, które warunkują skłonność jednostek i społeczeństw do oszczędzania.

Wszystkie badania pokazują, że ważnym czynnikiem określającym poziom oszczędzania jest wielkość dochodów. Ogólna prawidłowość, że bogaci oszczędzają więcej niż ubodzy, podlega różnym modyfikacjom dodatkowym. Na przykład, we wszystkich grupach dochodowych pojawiają się tendencje do redukcji oszczędności w pewnych okresach. Katona (1975), prowadząc analizy oszczędzania w rodzinach amerykańskich w latach pięćdziesiątych, stwierdził tendencję do obniżania oszczędności co trzy–cztery lata. Ważna okazuje się nie tylko wielkość dochodu, ale także jego źródło. W porównaniu z dochodami stałymi ludzie mają znacznie mniejszą skłonność do oszczędzania pieniędzy, które uzyskali w sposób nieoczekiwany – jako spadek, wygraną na loterii itd.

Badania pokazują, że im większa zamożność jednostki, tym mniejsza jest skłonność do powiększania jej przez oszczędzanie. Należy jednak zwrócić uwagę, że chodzi tu o skłonność do oszczędzania, mierzoną stosunkiem oszczędności do dochodu. Mówiąc dokładnie, bogatsi – mając większe dochody – oszczędzają więcej, ale oszczędzają mniejszą część swoich dochodów niż biedniejsi.

Katona (1975), który prowadził w USA badania ankietowe nad oszczędzaniem, stwierdził, że osoby, które już dysponują znacznymi oszczędnościami (bogatsze), mają większą skłonność do: (1) dalszego oszczędzania i powiększania oszczędności oraz (2) wycofywania od czasu do czasu swych oszczędności. Oznacza to, że bogatsi są bardziej aktywni w obu kierunkach: oszczędzania i wydawania.

Interesujący jest związek wieku jednostki z oszczędzaniem. Istnieje tak zwana hipoteza cyklu życiowego (Lea i in., 1987), która głosi, że większość ludzi ocenia swój dochód z perspektywy całego swojego życia i rozkłada zarobki tak, by utrzymać mniej więcej stały poziom życia w różnych okresach. Zgodnie z ową hipotezą, wiek powinien mieć istotny wpływ na oszczędzanie. Badania pokazują, że owszem, oszczędzanie zmienia się wraz z wiekiem, ale niezupełnie według zasad hipotezy cyklu życiowego. Ludzie w wieku średnim oszczędzają więcej niż ludzie młodzi i emeryci. Z jednej strony jest to spowodowane wyższymi zarobkami, a z drugiej – koniecznością opłacania nabywanych właśnie mieszkań itp. Równocześnie jednak wielu emerytów nie zaprzestaje oszczędzania, a w każdym razie nie zużywa wcześniejszych oszczędności. Wydaje się to związane z dwiema rzeczami. Przypuszczalnie osoby starsze są mniej skłonne do ryzyka i dlatego starają się utrzymywać większe rezerwy pieniężne. Nadto wydaje się u nich narastać potrzeba pozostawienia spadku potomstwu, co także zachęca do oszczędzania.

Czysto logiczna analiza zależności między oszczędzaniem a poziomem oprocentowania oszczędności nie jest jednoznaczna. Z jednej strony wysoka stopa oprocentowania wkładów zwiększa wysokość nagrody za oszczędzanie, co może zachęcać do zwiększania oszczędności. Z drugiej strony wyższe oprocentowanie pozwala osiągnąć cel (na przykład zakup samochodu, domu itd.) już przy niższej zaoszczędzonej kwocie, co może zniechęcać do oszczędzania. Ta niejednoznaczna logika znajduje odbicie w danych empirycznych: związek między stopą oprocentowania wkładów a wielkością oszczędzania pozostaje niewielki i niewyraźny.

Podobnie jak przy oprocentowaniu wkładów, zależność między poziomem inflacji a skłonnością do oszczędzania nie jest jednoznaczna. Z jednej strony bowiem, im wyższy poziom inflacji, w tym mniejszym stopniu zgromadzone oszczędności gwarantują przyszłą konsumpcję. Zatem wysoka inflacja powinna skłaniać do zmniejszania oszczędzania. Z drugiej strony jednak redukcja przyszłej wartości odkładanych pieniędzy może skłaniać do większego oszczędzania w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu przyszłej konsumpcji. Badania empiryczne potwierdzają drugą z tych zależności: wysoka inflacja prowadzi do zwiększania oszczędzania (Katona, 1975).

52.7.3

Oszczędzanie i problem odroczonej gratyfikacji

Ważnym motywem oszczędzania jest przyszła konsumpcja. Oszczędzanie można wręcz

interpretować jako przesunięcie konsumpcji w czasie. W tym sensie wybór między oszczędzaniem a zużyciem pieniędzy jest w istocie wyborem między konsumpcją teraźniejszą a przyszłą. Wybór ten – jak pokazują liczne badania prowadzone na dorosłych, dzieciach, a także na zwierzętach – jest zwykle dokonywany na korzyść konsumpcji teraźniejszej. Rozważmy na przykład wybór między otrzymaniem 100 złotych dzisiaj albo 150 złotych za pół roku. Większość nas będzie skłonna wybierać pierwszą możliwość.

Skłonność do wybierania mniejszej, ale natychmiastowej nagrody – w konfrontacji z nagrodą większą, ale oddaloną w czasie – łatwo zademonstrować nie tylko na zwierzętach czy na dzieciach, ale także na osobach dorosłych. Można argumentować, że preferencja czasu teraźniejszego ma racjonalne podstawy. Istotnie, pieniądze, które są aktualnie dostępne, możemy zainwestować i w przyszłości uzyskać za nie określone odsetki. Nadto możemy doświadczać albo spodziewać się inflacji, co naturalnie zmniejsza wartość obecnych pieniędzy w przyszłości.

Na przykład, mając dzisiaj 100 złotych, możemy je zainwestować i za pół roku uzyskać za nie, powiedzmy, 110 złotych. Powody uzasadniające niecierpliwość to, na przykład, możliwość śmierci, która uczyni przyszłe pieniądze bezwartościowymi, albo też – w wariancie bardziej optymistycznym – można zostać milionerem, co także pomniejszy względną wartość 110 złotych.

Nieracjonalność preferencji czasu dotyczy nie tyle samego zjawiska, co jego rozmiaru. Lea (1978) pokazywał dorosłym osobom w Anglii dwie koperty, prosząc, by wyobraziły sobie, że jedna zawiera czek na 5 funtów do natychmiastowej realizacji, natomiast druga – czek na 10 funtów do zrealizowania w czasie późniejszym. Badana osoba miała podać, przy jakiej dacie realizacji czeku dziesięciofuntowego wybrałaby czek pięciofuntowy. Typowa odpowiedź badanych wskazywała na jeden miesiąc. Jak policzył Lea, preferencja taka byłaby racjonalna, gdyby uzyskiwany procent bankowy albo spodziewana inflacja wynosiły 5000%.

Jeśli więc ludzie przejawiają tak silną preferencję wobec czasu teraźniejszego, to dlaczego w ogóle oszczędzają, to jest decydują się na odroczoną konsumpcję? Jedną z odpowiedzi jest to, że ludzie są świadomi swojej impulsywności i narzucają sobie oszczędzanie, żeby nad tą tendencją zapanować. Niektóre obserwacje nad sposobami oszczędzania wydają się takie przypuszczenie potwierdzać. Na przykład w USA znana jest instytucja Christmas Clubs, której działalność polega na tym, że jej członkowie zakładają niskooprocentowany rachunek bankowy, który w zamian daje im gwarancję premii pieniężnej wypłacanej raz w roku na prezenty bożonarodzeniowe.

RAMKA 52.10

Thaler (1985) opisuje przykład sprawowania samokontroli w dziedzinie oszczędzania: oto państwo J. zaoszczędzili 15 000 dolarów na wymarzony domek letni. Zakładają jego kupno za pięć lat. Zaoszczędzone pieniądze są złożone na dziesięcioprocentowym koncie w banku. Równocześnie państwo J. kupują nowy samochód za 11 000 dolarów, które pożyczają, korzystając z trzyletniego kredytu, oprocentowanego na 15%. Z pewnością mądrzej byłoby przerwać oszczędzanie na trzy lata i stracić 10% oszczędności, zamiast płacić 15%. Żeby jednak tak postąpić, państwo J. musieliby naruszyć narzuconą sobie zasadę samokontroli w dążeniu do założonego celu (domku letniego).

Przykłady te sugerują, że oszczędzanie rzeczywiście bywa traktowane jako rodzaj samodyscypliny, która chroni nas przed naturalną impulsywnością.

52.8

Podsumowanie

Psychologia ekonomiczna bada uwarunkowania i prawa rządzące zachowaniami ekonomicznymi, takimi jak inwestowanie, przedsiębiorczość, płacenie podatków, zachowania konsumenckie, oszczędzanie, sprzedawanie.

Choć w spostrzeganiu przez ludzi ekonomii centralne miejsce zajmują te same pojęcia, co w teorii ekonomii, nie oznacza to jednak, że przeciętny człowiek rozumie je tak samo jak ekonomiści. Ludzie przejawiają zwykle znaczny poziom ignorancji ekonomicznej. Zachowań ekonomicznych nie można wyjaśnić poprzez odwołanie się do samych motywów czy wartości ekonomicznych. W ocenie różnych działań ekonomicznych ludzie biorą pod uwagę – oprócz wymaganych nakładów i zysków – także „społeczną" wartość tych działań. Owa wartość społeczna wyraża się w rozmaitych określeniach, takich jak moralność działania, jego pożyteczność dla innych, obeznanie z działaniem, brak ryzyka, racjonalność oraz – w mniejszym stopniu – prestiż związany z działaniem i dostarczana przez nie przyjemność. Oddalenie skutków działania w czasie bądź ich natychmiastowość jest trzecią podstawową kategorią, stosowaną w ocenie działań ekonomicznych. Reprezentacja zjawisk ekonomicznych opiera się na dwu mechanizmach: na bezpośrednim doświadczeniu i na komunikacji masowej (w pierwszym rzędzie poprzez telewizję). Różnice w bezpośrednim doświadczeniu jednostki znajdują swój wyraz w zróżnicowanych reprezentacjach poznawczych życia gospodarczego. Naturalną konsekwencją uniformizacji komunikacji masowej jest uniformizacja reprezentacji poznawczych zjawisk ekonomicznych oraz ich mała czułość na różnice wynikające ze specyficznych warunków życia.

Ludzie wykorzystują dostępne informacje i tworzą określone prognozy przyszłych zjawisk ekonomicznych, takich jak koniunktura gospodarcza, poziom cen, poziom inflacji, oprocentowanie oszczędności. Oczekiwania odgrywają istotną rolę w decyzjach inwestycyjnych firm i jednostek.

Inny rodzaj oczekiwań ekonomicznych to oczekiwania konsumenckie. Przedsiębiorczość to rodzaj aktywności, który wyraża się w tworzeniu czegoś nowego, a zarazem wartościowego. Wymaga ona nakładów czasu i wysiłku, a także podejmowania ryzyka finansowego, psychicznego lub społecznego. Osoby przedsiębiorcze zmuszone są zmagać się z wyzwaniami konkurencji oraz działać w warunkach niepewności i ryzyka. Związek między przedsiębiorczością i potrzebą osiągnięć jest rzeczywiście potwierdzany. Nie ma natomiast systematycznych dowodów empirycznych potwierdzających tezę, że osoby przedsiębiorcze są bardziej skłonne do ryzyka niż inne. Możliwe jest jednak, że charakteryzują się one większą skłonnością do podejmowania ryzyka w sytuacjach, w których wynik zależy od ich wiedzy lub sprawności, nie różnią się natomiast od innych stosunkiem do ryzyka zależnego wyłącznie od losu.

Wzrostowi podatków towarzyszy zwiększona niechęć do ich płacenia. Ma to swoje konsekwencje dla rozmaitych działań ekonomicznych, w tym dla unikania płacenia podatków. Rozmiar zjawiska unikania płacenia podatków, a także oszustw podatkowych jest znaczny. Oszustwa podatkowe, podobnie jak inne zachowania nielegalne, pozostają pod wpływem kilku typowych czynników.

Tylko nieliczne wybory konsumenckie są decyzjami dokonywanymi w sposób świadomy i refleksyjny. Badania pokazują, że znaczny procent nabywców produktów danej marki powtarza ten sam wybór. Mówi się w związku z tym o tak zwanym przywiązaniu do marki (bądź o lojalności wobec marki).

Zjawisko to wyraża się w tym, że konsument utrzymuje pozytywną postawę w stosunku do marki i konsekwentnie kupuje jej produkty.

Jeszcze inną formą nabywania jest kupowanie impulsywne. Tego rodzaju zachowania można opisać według schematu bodziec – reakcja. Instytucje handlowe wkładają wiele wysiłku w organizowanie sytuacji sprzedaży, by wywołać u konsumenta pożądaną reakcję, skłaniającą go do nieplanowanego wcześniej zakupu.

Istnieją rozmaite formy i motywy oszczędzania. Chęć do oszczędzania jest uwarunkowana wielostronnie. Jednym z ważnych motywów oszczędzania jest przyszła konsumpcja. W tym sensie wybór pomiędzy oszczędzaniem a zużyciem pieniędzy jest w istocie wyborem między konsumpcją teraźniejszą a przyszłą. Wybór ten jest zwykle dokonywany na korzyść konsumpcji teraźniejszej. Mimo to ludzie potrafią planować swoje wydatki.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Do czego ludzie wykorzystują oczekiwania ekonomiczne?
2. Co wyróżnia osoby przedsiębiorcze?
3. Jakie są skutki wysokich podatków?
4. Od czego zależy skłonność do unikania płacenia podatków i do oszustw podatkowych?
5. Na czym polega zasada kompensacji?
6. Jakie są skutki przywiązania do marki?
7. Co wpływa na chęć oszczędzania?

LITERATURA ZALECANA

Tyszka, T. (1995). Psychologia ekonomiczna: kupowanie, oszczędzanie, płacenie podatków. W: W. Łukaszewski (red.), *Kolokwia Psychologiczne. W kręgu teorii czynności* (t. 5, s. 155–178). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Tyszka, T. (1997). *Psychologia zachowań ekonomicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

53

Psychologia polityczna

Janusz Reykowski

Psychologia polityczna nie jest samodzielną dziedziną czy subdyscypliną, jak na przykład psychologia rozwojowa albo psychologia osobowości, ponieważ nie odkrywa ona jakichś specyficznych praw ogólnych. Dziedzina ta zajmuje się funkcjonowaniem ludzi w świecie polityki.

Specyficzność świata polityki i jego znaczenie dla człowieka wynika z samej istoty społecznego życia ludzi. Życie ludzi przebiega w zbiorowości, a więc opiera się na wspólnym wykonywaniu czynności i podziale pracy. Wiąże się z tym konieczność realizowania trzech podstawowych zadań koordynacyjnych: regulacji zbiorowych czynności, regulacji dostępu do dóbr i regulacji stosunków między członkami zbiorowości. Znaczna część tych zadań realizowana jest przez osoby mające specjalne uprawnienia – sprawujące władzę – a także przez specjalnie do tego celu powołane instytucje – instytucje władzy. Tworzą one świat przedmiotów i zjawisk politycznych.

Przedmioty polityczne (w szerokim znaczeniu tego słowa) to politycy lub osoby w politykę zaangażowane (na przykład osoby pełniące funkcje publiczne), to instytucje związane ze sprawowaniem władzy (rząd, parlament, prezydent, policja, wojsko), organizacje pretendujące do sprawowania władzy lub wywierania na nią wpływu (partie, stronnictwa, związki zawodowe, ruchy społeczne) itp. Istnieją jednak różnice zdań, dotyczące tego, co lub kogo powinno się uznać za obiekt polityczny: jedni za „obiekt polityczny" uznają księży, ponieważ uczestniczą oni w działalności politycznej, podczas gdy inni uważają ich wyłącznie za osoby duchowne. Ponadto ten sam podmiot może w pewnych sytuacjach występować jako obiekt polityczny, a w innych nie – taką dwoistą naturę miewają nieraz związki zawodowe lub organizacje społeczne.

Zjawiska polityczne to wszelkie działania jednostek i grup, które dotyczą uzyskiwania i sprawowania władzy oraz wpływu na władzę, takie jak kampania wyborcza, wydawanie i egzekwowanie aktów prawnych, podejmowanie decyzji dotyczących organizacji życia społecznego, formułowanie, ogłaszanie lub wdrażanie programów zmian społecznych. Należy do nich także uczestnictwo w zebraniach partii czy stronnictw, udział w paradach i demonstracjach, w zbiorowych akcjach wymierzonych przeciw władzy lub w jej obronie itp.

Psychologia polityczna interesuje się tym, jak człowiek uzyskuje pozycje władzy i jak funkcjonuje w rolach związanych z władzą, a więc w rolach politycznych, jak ludzie orientują się w świecie politycznym i jak się doń ustosunkowują, a także tym, jak się zachowują w sytuacjach, gdy rodzą się sprzeczności w stosunkach władzy, a więc gdy powstają konflikty polityczne.

53.1

Obejmowanie ról związanych z władzą i sposób funkcjonowania w tych rolach

Władza (lub stosunek władzy) bywa definiowana jako zdolność do kontrolowania działań innych ludzi (Hollander, 1985). Według Maksa Webera, władza polega na tym, że dany aktor może narzucić swoją wolę innym aktorom społecznej interakcji (za: Hollander, 1985). Istnieją różne formy władzy, na przykład ekonomiczna albo nauczycielska. Władza polityczna odróżnia się od nich tym, że obejmuje uprawnienie do koordynowania społecznych czynności i zakłada dysponowanie społecznymi środkami przymusu (wojsko, policja, straż itp.). Sprawowanie władzy niekoniecznie wymaga wykorzystywania środków przymusu – często wystarcza autorytet, jaki władzy jest przypisywany.

Władzę polityczną sprawują politycy. Psychologowie interesują się tym, od czego zależy podejmowanie roli polityka i skuteczne jej pełnienie. Dotychczasowe badania nie dają jednak podstaw, by twierdzić, że istnieje jakiś specyficzny zbiór cech, który predestynuje człowieka do tej roli.

Wprawdzie zaobserwowano, że polityk pełniący rolę przywódczą jest zwykle nieco bardziej inteligentny, bardziej elastyczny, lepiej przystosowany i bardziej wrażliwy na sygnały interpersonalne niż przeciętny jego zwolennik, ale różnica nie jest zbyt wielka. Natomiast ma on na ogół znacznie wyższą samoocenę niż inni i jest znacznie bardziej asertywny.

53.1.1

Nastawienie pragmatyczne i ideologiczne

Politycy różnią się co do sposobu realizowania swojej roli. Według Katza (1973), można wyodrębnić trzy ich typy: takich, którzy zajmują się formułowaniem celów kolektywnych, a więc określają kierunek działań; takich, którzy skupieni są na wartościach pewnej ideologii i dążą do wcielenia jej w życie; i wreszcie takich, którzy zajmują się praktycznymi problemami funkcjonowania instytucji państwa. Szczególnie wyraziste są różnice między politykami skupionymi na ideologii (politycy „ideologiczni") a politykami zajmującymi się praktycznymi sprawami życia społecznego (politycy „pragmatyczni").

Zwolennicy polityków pragmatycznych różnią się od zwolenników polityków ideologicznych. Wśród tych pierwszych jest więcej osób o demokratycznych nastawieniach niż wśród tych drugich; natomiast wśród tych ostatnich częściej spotyka się osoby, które czują się niepewne i zagrożone i którym rzeczywistość jawi się jako niezrozumiała i niebezpieczna. Można powiedzieć, że ludzie, którzy czują się wyalienowani, są – potencjalnie – bardziej podatni na ideologiczne formy komunikowania się.

Politycy ideologiczni napotykają trudności w porozumiewaniu się między sobą i w uzgadnianiu stanowisk. Ta sama cecha, która sprawia, że rzeczywistość ujmują oni w sposób bezkompromisowy i nastawiają się raczej na walkę niż na porozumienia, odgradza ich od potencjalnych sojuszników. Nic więc dziwnego, że po tej stronie sceny politycznej, po której politycy o ideologicznej orientacji występują w dużej liczbie, obserwuje się szczególnie wysoki stopień rozbicia i duże natężenie konfliktów. W pewnych okolicznościach historycznych konflikty między skłóconymi politykami były rozwiązywane przy pomocy siły – wyłaniał się „silny przywódca", który potrafił ujarzmić konkurentów i narzucić im własną wersję ideologii.

Stwierdzenie, że polityk przejawia orientację ideologiczną bądź pragmatyczną, nie przesądza, jak dana osoba zachowa się w przyszłości. Na przykład często zdarza się, że politycy partii, która jest u władzy, funkcjonują pragmatycznie, natomiast partii, która znalazła się w opozycji – ideologicznie. Nieraz też możemy zauważyć metamorfozy polityków, którzy zmieniwszy fotel ministra na fotel opozycyjnego parlamentarzysty, zmieniają jednocześnie styl politycznego działania. Fakty tego rodzaju są u nas na tyle częste, że każdy ma możność zaobserwować odpowiednie ich przykłady.

RAMKA 53.1

Próbowano ustalić, czy historyczne znaczenie polityka wiąże się w jakiś sposób z cechami jego osobowości. Badania te dotyczyły amerykańskich prezydentów. Badając opinie Amerykanów na temat znaczenia historycznego („wielkości") rozpatrywanych postaci, stwierdzono dużą zgodność pod tym względem. Natomiast próby znalezienia psychologicznych predyktorów „wielkości" nie przyniosły pozytywnych rezultatów. Zbyt wiele czynników sytuacyjnych decyduje o tym, czy polityk okaże się „wielki", aby można było wykryć jakiś określony wzór psychologicznych predyspozycji do „wielkości" (Kowert, 1996).

RAMKA 53.2

Na podstawie analizy wypowiedzi prasowych różnych polskich polityków Urszula Jakubowska (1995) podzieliła ich na dwie kategorie. Jedni, u których dominuje – jak to określiła – **orientacja pragmatyczna**, nastawieni są w swym publicznym komunikowaniu się na poszukiwanie rozwiązań różnych praktycznych problemów, przed jakimi stoi kraj. Drudzy, u których dominuje **orientacja ideologiczna**, rozpatrują rzeczywistość głównie z perspektywy tego, czy przystaje, czy też nie przystaje ona do ich ideologicznych kryteriów. Jeżeli nie przystaje, wówczas zostaje potępiona. Kategoryczność ich przekonań sprawia, że w działaniu wykazują znaczny stopień emocjonalności i bezkompromisowości. W związku z tym skłonni są raczej do narzucania swych poglądów niż do czynienia ustępstw.

53.1.2

Makiawelizm

Richard Christie i Florence Geis (1970) sformułowali przypuszczenie, że politycy mają pewną specyficzną zdolność do manipulowania innymi ludźmi. Zdolność ta wiąże się – zdaniem tych autorów – z określonym sposobem widzenia świata społecznego jako miejsca, gdzie między ludźmi toczy się bezpardonowa walka, w której zwyciężają sprytniejsi i bardziej bezwzględni. Autorzy ci zbudowali specjalną skalę, która miała mierzyć ten sposób myślenia. Pozycje skali pochodziły z pism Machiavellego, dlatego nazwano ją skalą makiawelizmu (lub makiawelianizmu). Stwierdzono, że osoby osiągające w niej wysokie

wskaźniki charakteryzuje tak zwany „syndrom chłodu" – są to ludzie zachowujący dystans emocjonalny wobec innych (niski poziom empatii), niepoddający się naciskom i prośbom, chyba że widzą w tym jakąś korzyść. Lubią rywalizować i manipulować innymi, przy czym lepiej niż inni potrafią odczytywać potrzeby partnerów i wykorzystywać tę wiedzę do własnych celów. Szczególnie dobrze radzą sobie z innymi w sytuacji niejasnej i nieokreślonej (Jarymowicz, 1980).

Opisany tu syndrom cech psychicznych określono jako **makiawelizm** (Christie i Geis, 1970). Występuje on nie tylko u polityków, ale też u osób należących do innych grup społecznych i zawodowych. Nie ma również podstaw, by twierdzić, że charakteryzuje on wszystkich polityków, choć zapewne jest wśród nich dość częsty. Może on ułatwiać osiąganie celów politycznych.

Badania zależności między funkcjonowaniem politycznym 39 amerykańskich prezydentów a ich osobowością wykazały, że istnieje pozytywny związek między poziomem makiawelizmu a sukcesami legislacyjnymi, to znaczy zdolnością przeprowadzenia przez procedury legislacyjne swoich projektów (Simonton; za: Kowert, 1996).

53.1.3
„Bezwzględny gracz"

Pewien poziom zdolności manipulacyjnych zdaje się cechą przydatną przy pełnieniu ról przywódczych i kierowniczych. Trudno być efektywnym w tych rolach, jeśli nie ma się zdolności przeprowadzania swojej woli w sytuacji rozbieżności dążeń i interesów, co w polityce jest typowym stanem rzeczy.

Istnieją politycy, u których ta zdolność staje się dominującym rysem osobowości. Nadaje to ich działalności politycznej cechy bezwzględności. Osobowość taką opisał L. Etheredge (1993), używając do jej charakterystyki określenia „bezwzględny gracz" (w oryginale angielskim użyty został trudny do przetłumaczenia termin *hardball practitioner*). Można wymienić kilka szczególnie wyraźnych cech „bezwzględnego gracza".

Po pierwsze, jest to człowiek o wyolbrzymionych ambicjach. Pracy polityka nie traktuje on jako służby publicznej, której człowiek się poświęca (choć tak ją oficjalnie przedstawia). W rzeczywistości ważne są dla niego prestiż, potęga, pławienie się w blasku i chwale. Myśląc o celach, nie odróżnia tego, co jest dobre dla niego, od tego, co jest dobrem publicznym – w jego pojęciu są to wartości tożsame.

Po drugie, z ludźmi, z którymi współdziała, nie tworzy związków emocjonalnych i nie ma poczucia lojalności wobec nich. Za fasadą kordialności i umiejętnej ingracjacji (schlebiania innym) zachowuje całkowicie chłodny, instrumentalny stosunek do ludzi. Każdy, najwierniejszy nawet współpracownik lub sojusznik zostanie porzucony w dowolnym momencie, jeżeli „bezwzględny gracz" uzna to za korzystne dla siebie.

Po trzecie, ma raczej cyniczny pogląd na ludzką naturę. Zakłada, że jego oponenci czy przeciwnicy – tak samo jak on – dążą do władzy i prestiżu, że dobro publiczne to pozory, które nie mają dla nich większego znaczenia, że dbają tylko o własny – osobisty lub polityczny – interes.

„Bezwzględny gracz" nie kieruje się jakimiś określonymi moralnymi pryncypiami, ale może być gorliwym obrońcą demokracji, jeżeli mniema, że popierają ją ci, od których zależy jego władza. W wyborze metod będzie bardzo elastyczny – nie będzie się wahał przed naginaniem faktów czy prawa, jeżeli tylko ma to służyć jego celom.

Etheredge wymienia jeszcze inne właściwości „bezwzględnego gracza", takie jak próżność, a przede wszystkim przekonanie o własnej wielkości i wyjątkowej misji, agresywność – w szczególności tendencja do bezwzględnego rozprawiania się z przeciwnikami, do używania gróźb, brutalnego języka, a wreszcie brak koherencji w myśleniu i wypowiedziach, związany z podporządkowaniem ich logice emocji (a nie logice racjonalnego dyskursu).

Choć cechy „bezwzględnego gracza" dostrzec można u niektórych polityków, spotyka się je także u przedstawicieli innych zawodów.

53.2
Percepcja i ocena zjawisk politycznych. Polityczne myślenie

Człowiek stara się poznać, zrozumieć i ocenić przedmioty i zjawiska polityczne, tak jak stara się poznać przedmioty i zjawiska życia codziennego. W tym wypadku staje jednak wobec zadania znacznie trudniejszego, ponieważ te przedmioty i zjawiska nie mają fizycznej egzystencji: rząd to nie budynek na pewnej ulicy, ani też grupa obradujących wspólnie pań i panów. Konflikt między partiami to nie kłótnia czy bijatyka kilku zdenerwowanych osób, a wybory to nie tylko wrzucanie kartek do urny. Przedmioty i zjawiska, do których odnoszą się terminy polityczne, to złożone struktury relacji społecznych, rozpoznawane przy pomocy abstrakcyjnego myślenia na podstawie różnych danych (Rahn, 1998).

Informacje, na których musimy budować nasze sądy o zjawiskach i przedmiotach politycznych, są na ogół niepełne i fragmentaryczne. Docierają do nas z mediów, od osób, z którymi się spotykamy, a także wywodzą się z naszych własnych obserwacji. Nie ma jednak prostego związku między tym, co widać w bezpośrednim otoczeniu, a tym, co zachodzi w skali miasta, regionu czy kraju. Opinie polityczne kręgu naszych znajomych, czy też przeczytane w ulubionej gazecie nic nam właściwie nie mówią o opiniach większych grup, warstw czy klas. To, co – jak nam się wydaje – widzimy i o czym wiemy, może bardzo się różnić od tego, co istnieje naprawdę.

Psychologowie starają się zbadać, w jaki sposób ludzie poznają świat polityki, jak powstają ich poglądy, przekonania i oceny polityczne.

53.2.1
Percepcja i ocena polityków

Jednym z ważniejszych elementów orientacji w świecie polityki jest diagnoza i ocena politycznych postaci – przywódców, działaczy, funkcjonariuszy publicznych itp. Ocena taka jest przesłanką dokonywanych wyborów lub innych działań popierających lub zwalczających danego polityka. Informacje, na których opieramy swe oceny, dotyczą bardzo różnych aspektów postaci. Trzy kategorie takich informacji odgrywają największą rolę w formułowaniu opinii (ocen) o polityku:

(1) **Informacje o jego politycznej działalności** (na przykład o sposobie głosowania w parlamencie). Rzadko kto jednak może systematycznie śledzić działania danego polityka. Większość zadowala się kilkoma najlepiej zapamiętanymi obserwacjami. Często są to informacje mające znaczenie afektywne. Na tej podstawie wytwarza się ogólne nastawienie wobec kandydata (sympatia – antypatia).

(2) **Informacje o cechach osobistych polityka** – o jego wyglądzie, charakterze, wykształceniu, pochodzeniu itp. Dla wielu ludzi charakter polityka ma duże znaczenie, trudno jednak zdobyć wiarygodne informacje na ten temat. Dlatego często korzysta się z informacji pośrednich. Jedną z takich informacji jest wygląd. Pozwala on domyślać się wielu różnych cech polityka. Eksperymentalnie wykazano, że modyfikując wygląd osoby kandydującej w wyborach, można zmienić opinie wyborców na jej temat (Rosenberg, Kahn i Tran, 1991).

(3) **Informacje o przynależności do partii lub do obozów politycznych.** Jeśli informacje o dokonaniach polityka bądź

o jego cechach są niedostępne czy niejednoznaczne lub sprzeczne, ludzie wybierają łatwiejszą strategię, biorąc pod uwagę przynależność partyjną kandydata. Strategię tę stosują wtedy, gdy dysponują znaczną wiedzą o ugrupowaniu politycznym i mają do niego określony stosunek, natomiast nie znają osób przez to ugrupowanie wybranych. Sytuacja taka wystąpiła w Polsce w wyborach parlamentarnych w 1989 roku. Większość wysuniętych wtedy przez Solidarność kandydatów nie była znana publiczności, natomiast dobrze znana była Solidarność i Lech Wałęsa. Nic więc dziwnego, że decyzje wyborcze bardzo wielu osób opierały się na jego rekomendacji.

RAMKA 53.3

Próbowano ustalić, jakie cechy polityka odgrywają najważniejszą rolę w formułowaniu ocen. Badacze amerykańscy (Miller i in.; za: Lau, 1990) wyodrębnili pięć powszechnie używanych kryteriów (wymiarów) ocen polityka: kompetencje, spójność charakteru (*integrity*), niezawodność (*reliability*), charyzma oraz cechy specyficzne, takie jak wygląd, pochodzenie, wiek, uprawiany zawód itp. Dość podobne kategorie wyróżniono na podstawie badań prowadzonych w Polsce w trakcie wyborów prezydenckich w 1990 roku. Wyodrębniono następujące kryteria: kompetencje umysłowe (na przykład inteligencja, wiedza), moc sprawcza (przebojowość, zdolność osiągania celów), wiarygodność (uczciwość, prawdomówność), przynależność grupowa (robotnik, katolik, bogacz), orientacja ideologiczna (demokrata, nacjonalista), stawiane sobie cele (chce wyprowadzić kraj z kryzysu, wprowadzić dyscyplinę) (Zakrzewski, 1991).

53.2.2
Ocena zjawisk politycznych: „Symboliczna polityka"

Opinie i oceny polityczne dotyczą nie tylko polityków, ale również instytucji (na przykład: Czy parlament dobrze spełnia swoją funkcję? Czy Polsce potrzebny jest Senat?), a także różnych problemów, jakie przynosi życie polityczne (na przykład: Czy należy utrzymać kredyty dla rolników? Czy powinniśmy wstąpić do Unii Europejskiej? Czy zmniejszyć liczbę województw?).

Formułując opinie na tematy polityczne, ludzie biorą pod uwagę własne interesy. Na przykład, zamiar przystąpienia Polski do Unii Europejskiej spotyka się z akceptacją większości menedżerów, którzy spodziewają się wynikających z tego faktu korzyści, a odrzucany jest przez znaczną część rolników, którzy sądzą, że poniosą straty (Kolarska-Bobińska, 1998). Interesy nie tłumaczą jednak wszystkiego. Niekiedy nawet pozostają one w cieniu czynników innego rodzaju – przede wszystkim czynników emocjonalnych.

Wpływ czynników emocjonalnych tkwi u podłoża zjawiska, które Murray Edelman określił jako „symboliczną politykę" (za: Sears, 1993). Opisując je, autor ten bierze za punkt wyjścia doświadczenie ze światem społecznym, będące udziałem wielkich rzesz ludzi. Świat ten jawi się im jako niezmiernie skomplikowany i wieloznaczny – niełatwo się w nim zorientować. Co więcej, w życiu społecznym ciągle mamy do czynienia z trudnymi problemami i kryzysowymi sytuacjami. Musi to wywoływać poczucie zagrożenia i głęboki niepokój. Wprawdzie politycy i ugrupowania polityczne, walcząc o poparcie obywateli, głoszą, że znają niezawodne sposoby rozwiązywania wyłaniających się problemów (dużo lepsze niż ich konkurenci), ale niełatwo jest ocenić wiarygodność tych deklaracji. Przeciętny człowiek ma niewiele środków, które pomogłyby mu pojąć, co rozgrywa się na scenie publicznej – aby trafnie

ocenić jej aktorów, świadomie wybrać programy, określić, kto ma słuszność w sporze.

Chcąc uczynić cały ten skomplikowany świat bardziej zrozumiałym i wytłumaczalnym, trzeba wprowadzić doń ład i prostotę. Umożliwiają to kolektywne mity i towarzyszące im symbole. Mity takie zawierają gotowe odpowiedzi na pytanie o źródła zagrożeń i przyczyny zła, jednoznacznie orzekają, komu można, a komu nie można ufać, jak należy postępować. Uwierzenie w taki mit zwiększa subiektywne poczucie bezpieczeństwa, ponieważ człowiek łatwo potrafi wówczas rozróżnić wrogów i przyjaciół i otrzymuje jasne wskazówki, kogo ma popierać, a kogo zwalczać. Kluczowymi składnikami takich mitów są kategorie i symbole, które mają znaczenie afektywne, określające, co jest dobre, a co złe. Są to tak zwane **dyspozycje symboliczne**, czyli wyuczone afektywne reakcje wobec symboli politycznych. Określają one postawy polityczne ludzi. Dzięki nim człowiek nie musi wchodzić w zawiłe analizy tego, co się dzieje, rozważać bliskich czy dalszych konsekwencji poszczególnych działań politycznych, dokonywać żmudnego porównywania programów, oceny okoliczności, warunków itp.; wystarczy wykonać jedną prostą czynność – ustalić, kto jest kim, lub też odpowiedzieć sobie na pytanie „Komu to służy". Tak więc użycie takich kategorii, jak „spisek żydowski", „przywrócenie komuny", „panowanie niemieckiego kapitału", „obóz posierpniowy", „Solidarność", „przywileje nomenklatury", pozwala na natychmiastowe uruchomienie określonych postaw.

RAMKA 53.4

Przez pewien czas dla wielu ludzi w Polsce symboliczną rolę odgrywał Lech Wałęsa – to on definiował dobro i zło, wrogów i przyjaciół. Taka też była rola ruchu Solidarności, a obecnie także Radia Maryja. Przed kilkudziesięcioma laty (co dziś może się wydawać niezrozumiałe), wielką rolę symboliczną odgrywała postać Stalina – nie tylko w Związku Radzieckim, ale i w wielu krajach na całym świecie, nie wyłączając Polski (Chirot, 1997).

Według D. Searsa (1993), który przeprowadził na ten temat wiele badań, owe dyspozycje mogą tworzyć się już we wczesnej młodości i utrzymywać przez długie okresy – niekiedy przez całe życie. Wydaje się jednak, że mogą się one pojawiać i w późniejszym wieku, na przykład w związku z uczestnictwem w wydarzeniach, które silnie angażowały emocje. Znaczenie takich dyspozycji jako „punktów orientacyjnych" w polityce bywa tym większe, im mniej człowiek ma środków intelektualnych, aby zrozumieć otaczającą go rzeczywistość, lub też im bardziej czuje się niepewny i zagrożony.

Szczególne przywiązanie do określonych symboli (a zarazem konsekwentną wrogość wobec innych symboli) spotyka się u ludzi, którzy wykazując żywe zainteresowanie sprawami polityki, nie dysponują odpowiednią wiedzą, która umożliwiałaby im samodzielną, wielostronną analizę rzeczywistości. Aby się w niej nie pogubić, trzymają się kurczowo „świata podstawowych prawd", w które raz kiedyś uwierzyli i od których już nie odstępują. Dzięki temu mają trwałą busolę i niezawodne środki orientacji w tym, co się dzieje. Wypada dodać, że posiadanie uniwersyteckich dyplomów nie gwarantuje uzyskania dobrego rozeznania w świecie społeczno-politycznym. Tak więc i wśród ludzi z wyższym wykształceniem spotykamy niemało takich, którzy w myśleniu o polityce odwołują się głównie do świata afektywnie naładowanych symboli.

Symboliczna polityka odgrywa istotną rolę w życiu politycznym. Politycy starają się wykorzystać ową sferę symboli do realizacji własnych celów (zresztą niektórzy z nich sami im ulegają), odpowiednio dobierając język walki politycznej, wykorzystując nadarzające się okazje, takie jak rocznice, miejsca, postaci, aby uruchomić odpowiednie dyspozycje

symboliczne. Nieraz to się udaje. Jak pokazują analizy różnych sytuacji historycznych, duże grupy ludzi mogą ustosunkowywać się do aktualnych zdarzeń, kierując się względami symbolicznymi, a nie interesem czy racjonalną analizą zjawisk.

53.2.3
Ocena teraźniejszości i ocena przeszłości

Oceny polityczne dotyczą także pewnych „większych całości", takich jak okres rządów danej partii, teraźniejszość („współczesna rzeczywistość"), przeszłość. W okresach głębokich zmian społecznych ocena przeszłości odgrywa istotną rolę w ustosunkowaniu się do zachodzącej zmiany.

Jedną z głównych trudności przy ocenie aktualnej rzeczywistości politycznej jest wielość informacji i ich rozbieżność. Dążąc do jakiegoś całościowego oglądu tej rzeczywistości, ludzie posługują się różnymi strategiami. Jedną z nich jest „strategia afektywna". Polega ona na tym, że człowiek najpierw wytwarza swój afektywny stosunek do sytuacji (kierując się jakimś jej specyficznym aspektem), a dopiero później dobiera i przekształca informacje, tak aby były z nim zgodne – tak więc afekt działa jak filtr nakładany na rzeczywistość (Skarżyńska, 1995b). Na przykład zagrożenie utratą pracy może wywołać negatywny afekt (lęk), który nadaje ujemną wartość wszystkim zjawiskom politycznym, z jakimi dana osoba się styka.

Inna strategia polega na pomniejszaniu znaczenia informacji niezgodnych z tym, w co dana osoba wierzy. Jeśli więc ktoś uważa, że czasy PRL były gorsze niż obecne, to zwraca uwagę na ujemne strony zjawisk, które mogłyby zasługiwać na pozytywną ocenę. Na przykład stwierdza: „Wprawdzie szkoły w PRL były bezpłatne, ale miały bardzo niski poziom". Skarżyńska określa to jako „uspójnienie przez relatywizację". Jeszcze inna strategia polega na tworzeniu bardziej złożonych konstrukcji, uwzględniających pozytywne i negatywne aspekty rzeczywistości oraz ich relacje. Skarżyńska opisała różne czynniki, od których może zależeć wybór strategii.

Zachodzi związek między oceną teraźniejszości a oceną przeszłości. Jak stwierdził badacz niemiecki Norbert Schwarz i jego współpracownicy (Schwarz, Bless i Wanke, 1992), wtedy gdy ludzie koncentrują się na pozytywnych zjawiskach z przeszłości, ich ocena teraźniejszości może się pogarszać. Natomiast silna koncentracja na pozytywnych zjawiskach teraźniejszości obniża ocenę przeszłości. Jest to tak zwany **efekt kontrastu**. Sprawia on, że teraźniejsze kłopoty, takie, jakich dawniej nie było, mogą sprzyjać pozytywnej ocenie przeszłości. I odwrotnie: sukcesy teraźniejsze (których nie mieliśmy dawniej) mogą pogarszać ocenę przeszłości.

Efekt kontrastu występuje głównie wtedy, kiedy między teraźniejszością a przeszłością zaznaczają się wyraźne granice, gdy brak między nimi ciągłości. Ciągłość przerywa się wskutek istnienia pewnych „punktów granicznych" w naszej pamięci – na przykład wybuch wojny, który tworzy dwie różne rzeczywistości: przedwojenną i powojenną, obalenie ustroju PRL, przeniesienie się do innej miejscowości, rozpoczęcie studiów itp. Część tych „punktów" ma charakter czysto indywidualny – dotyczy osobistej historii życia – podczas gdy inne stanowią składnik wspólnego doświadczenia.

O tych samych sprawach można myśleć, mając w perspektywie „punkty graniczne", a także bez nich. Na przykład można rozważać, jak nam się żyło za czasów PRL (a więc z zaznaczeniem punktu granicznego: przemian dokonanych w 1989 roku), lub też jak nam się żyło sześć–siedem lat temu (a więc bez podkreślenia owego punktu). W sytuacji gdy taki „punkt graniczny" zostanie pominięty, zdarzenia teraźniejsze i przeszłe zaczynają tworzyć pewną większą całość, a wtedy efekt kontrastu nie występuje.

Takie „punkty graniczne" mogą ulec zatarciu. Można je też zacierać celowo. Usuwając barierę między przeszłością a teraźniejszością, ułatwiamy zastosowanie jednolitej wobec nich oceny. Kiedy więc polityk powiada, że w 1989 roku nic naprawdę szczególnego w Polsce nie zaszło, to toruje drogę przekonaniu, że oceny przeszłości mają odniesienie do teraźniejszości.

53.2.4
Diagnoza teraźniejszości a wyobrażenia o przyszłości – myślenie ideologiczne

Opracowywanie w umyśle informacji politycznych polega nie tylko na ocenie tego, co było i co jest, ale także na formułowaniu wyobrażeń o tym, co może się zdarzyć lub co powinno się zdarzyć. Na tej podstawie ludzie układają cele i programy działań politycznych. Bardziej rozbudowane formy takich wyobrażeń, oparte na pewnej diagnozie teraźniejszości i przeszłości, określane są jako ideologie. Na ogół ideologii nie tworzy pojedyncza osoba – są one tworem kolektywnym (choć pojedyncze osoby, odgrywające w tym procesie główną rolę, uznawane są za twórców ideologii).

Bardzo wielu ludzi nie podejmuje prób wymyślania strategii i programów politycznych, lecz poddaje ocenie i przejmuje te, które są im proponowane przez partie i ugrupowania polityczne. Tak więc popiera (lub nie popiera) politykę prywatyzacji czy przystąpienie do Unii Europejskiej, aprobuje lub gani stanowisko liberalne, opowiada się za państwem opiekuńczym lub je potępia itp.

Strategie polityczne różnią się nie tylko pod względem celów, ale również pod względem sposobów wprowadzania ich w życie. Jedne zakładają, że realizacja celów politycznych polega na kolektywnym rozwiązywaniu problemów całego państwa, poszczególnej partii czy grupy społecznej, inne zaś zakładają walkę (zob. par. 53.1.1 – rozważania dotyczące pragmatycznych i ideologicznych orientacji wśród polityków). Te ostatnie ujmują rzeczywistość polityczną w kategoriach zmagań między dwiema przeciwstawnymi siłami: między siłami dobra (których członkowie tych partii czują się rycerzami) i siłami zła (które reprezentują ich przeciwnicy).

Siły te bywają ujmowane w różnych kategoriach: mogą to być **kategorie narodowe** – wtedy świat dzielony jest na prawdziwych patriotów i na obcych, którzy narodowi zagrażają; mogą to być **kategorie religijne** – wtedy walka o urządzenie społeczeństwa toczy się między obrońcami „prawdziwej wiary" a jej jawnymi lub zamaskowanymi wrogami; mogą to być wreszcie **kategorie polityczne** i wówczas do opisu przeciwstawnych obozów używa się terminów politycznych, takich jak „komunistyczna nomenklatura", „agenci imperializmu", „prawdziwi demokraci" itp.

Ten sposób ujmowania świata bywa określany **ideologicznym trybem myślenia** lub krócej – „myśleniem ideologicznym" (Reykowski, 1996a). Nawiązując do M. Cranstona (1974), można wyodrębnić pięć charakterystycznych cech tego trybu:

(1) Opiera się on na pewnej całościowej koncepcji, która ma wyjaśniać rzeczywistość. Koncepcja taka dostarcza zwykle dosyć prostych, a zarazem uniwersalnych odpowiedzi na wszystkie podstawowe pytania dotyczące własnej sytuacji i sytuacji całego społeczeństwa. Przykładem takiej koncepcji jest, wypowiadany przez pewne ugrupowania polityczne, pogląd, że „wszystkie nasze kłopoty pochodzą stąd, iż wąska grupa solidarnościowych doradców rządzi w Polsce wraz z oligarchią [...] biznesmenów, którzy wzięli się z komuny i transferują zyski za granicę". Teza ta wyraża pewną koncepcję świata politycznego (określa, kto rządzi, skąd się wzięli rządzący) i na tej podstawie wyjaśnia istniejące problemy społeczne.
(2) Zawiera program naprawy obecnego, złego stanu rzeczy; program taki jest na ogół dość abstrakcyjny, ale wskazuje, co należy robić. Na przykład, formułuje się takie postulaty, jak: „Dokonać radykalnej

przebudowy politycznej", „Odsunąć od władzy skorumpowanych polityków" itp.

(3) Przedstawia realizację tego programu w kategoriach walki: świat społeczny zaludniony jest wrogami, których trzeba pokonać i zniszczyć, aby udało się osiągnąć cele zawarte w programie; to, kogo należy niszczyć, jest opisane dużo konkretniej niż to, co i jak należy zbudować.

(4) Dąży nie tylko do przekonania innych, ale też stara się o przekształcenie ich w lojalnych i zaangażowanych bojowników „sprawy". Chodzi o to, żeby każdy czuł się moralnie zobowiązany do udziału w realizacji celów ideologicznych – neutralni lub wahający się zasługują na potępienie.

(5) Zwraca się do szerokiej publiczności, ale na ogół szczególną rolę przypisuje przywódcom, którzy mają cechy charyzmatyczne.

Warto zauważyć, że ten tryb myślenia można było zaobserwować nie tylko wśród uczestników i wyznawców wielkich ruchów ideologicznych XX wieku (faszyzmu, komunizmu, wojującego islamu), ale również wśród członków i sympatyków wielu obecnie działających w Polsce (i w innych krajach Europy) partii, ruchów społecznych i organizacji.

Przeciwieństwem tego sposobu myślenia jest ujmowanie świata społecznego w kategoriach zróżnicowanych – dostrzeganie mnogości interesów, wielości celów, różnorodności grup i perspektyw, które mają być godzone i koordynowane w ramach społeczeństwa obywatelskiego. Ten sposób myślenia nie neguje wartości, ani też nie lekceważy roli zaangażowania i lojalności, ale dostrzega, że w społeczeństwie istnieją różne wartości, i uznaje zasadę tolerancji dla odmiennych stanowisk; przyjmuje, że odpowiedzialność za przyjęte zobowiązania, lojalność wobec zasad, które spajają tkankę społeczną, stanowią fundament ładu społecznego.

Tendencja do myślenia w trybie ideologicznym miewa różne natężenie. Bywają osoby, u których jest to forma dominująca – w potocznym języku są one określane jako „oszołomy". U innych pojawia się od czasu do czasu – głównie wtedy, gdy ich emocje polityczne zostaną silnie wzbudzone. Obserwujemy wówczas, że dotychczas umiarkowany polityk zaczyna przemawiać językiem walki, a świat, który przedstawia, nagle upraszcza się w jego umyśle i przybiera postać dwubiegunową.

Myślenie ideologiczne prowadzi do ujednolicenia stanowisk w większej grupie. Tak więc dotychczas zróżnicowane i często rywalizujące ze sobą osoby, grupy, społeczności stają się jednolicie myślącą masą, zdolną do zdecydowanych działań ukierunkowanych na jeden cel. W skrajnych wypadkach dochodzi do takich zjawisk, jak nacjonalistyczne ekscesy, wojny religijne, masowe prześladowania polityczne itp. Trzeba jednak uwzględnić, że opisany tu stan umysłu może być warunkiem skutecznej samoobrony w sytuacji, gdy zagrożone są ważne wartości zbiorowe (na przykład niepodległość).

Ideologiczny tryb myślenia cechuje tylko niektórych polityków, a wśród obywateli silnie ulegają mu jedynie nieliczni. W pewnych warunkach może się on jednak szybko rozszerzać, przybierając epidemiczny charakter. „Epidemiom" tego rodzaju sprzyja nagromadzenie społecznej frustracji. Widać to nawet w zamożnych krajach Europy, gdzie ideologie wrogości wobec obcych zyskują niemałe poparcie. Jeszcze wyraźniej występuje to na Bałkanach czy w krajach byłego ZSRR.

53.3

Mentalność społeczno-polityczna

Myślenie polityczne (jak i wszelkie inne jego formy) może dokonywać się dzięki posiadaniu odpowiednio rozbudowanego systemu wiedzy. Fundamentem tego systemu są przekonania o zasadach, na których opiera się świat społeczny. Zasady te traktowane są jako prawdy oczywiste. Definiują one to, co jednostka uważa za obiektywnie prawdziwe, bezwarunkowo słuszne, do czego ma osobisty stosunek. Są one podzielane przez wszystkich, którzy odczuwają przynależność do danej kultury. System tych zasad, funkcjonujących w umyśle jednostki, można opisać jako jej **mentalność** (Reykowski, Skarżyńska i Ziółkowski, 1990).

Dla myślenia politycznego szczególnie istotne znaczenie mają zasady dotyczące sposobu ujmowania praw i przywilejów (orientacja hierarchiczna *versus* równościowa), relacji między jednostką a społeczeństwem (kolektywizm *versus* indywidualizm), kryteriów podziału dóbr (orientacja lewicowa *versus* prawicowa – psychologowie amerykańscy używają tu terminów: liberalna *versus* konserwatywna).

53.3.1

Orientacja hierarchiczna versus równościowa

Sposoby ujmowania życia społecznego różnią się zasadniczo w zależności od tego, czy opierają się na przekonaniu, że członkowie społeczeństwa są sobie równi, czy też że nierówność jest naturalnym stanem stosunków między ludźmi. Przekonanie o nierówności było przez tysiące lat zasadą dominującą, acz z pewnymi ograniczeniami. Przyjmowano bowiem, że w ramach pewnych kategorii osób obowiązuje zasada równości (por. demokracja ateńska, demokracja szlachecka w Polsce i in.).

Ludzie różnią się co do tego, jak pojmują zasadę równości i jakie przypisują jej znaczenie. Amerykański psycholog, Jim Sidanius, który sformułował **teorię społecznej dominacji** (Sidanius, 1993; Sidanius i Pratto, 1993), stwierdził, że przekonanie o nierówności ludzi (w tej lub innej formie) jest nadal bardzo rozpowszechnione. Skonstruował on specjalną skalę (*Social Dominance Orientation scale*, SDO) do badania sposobu, w jaki ludzie ujmują tę zasadę.

Psychologów od dawna zajmowała struktura umysłu osób, które traktują nierówność między ludźmi jako stan naturalny. Wiele prowadzonych na ten temat badań nawiązuje do teorii **osobowości autorytarnej**. Badania te zostały zapoczątkowane przez psychologów niemieckich jeszcze w latach trzydziestych. Uwieńczyło je fundamentalne dzieło, zatytułowane *Authoritarian Personality* (Osobowość autorytarna – Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson i Sanford, 1950), wydane w 1950 roku w Stanach Zjednoczonych. Od tego czasu wykonano na ten temat bardzo dużo badań (Christie, 1991). W Polsce prowadzili je między innymi Koralewicz (1987) i Korzeniowski (1993a).

Najnowsza wersja teorii autorytaryzmu sformułowana została przez kanadyjskiego badacza Altemeyera (1988), który charakteryzuje **autorytaryzm jako syndrom trzech postaw: uległości wobec władzy, autorytarnej agresji (bezinteresownej chęci szkodzenia innym, przede wszystkim tym, którzy mogą nie podobać się uznanym autorytetom) i konwencjonalizmu (podporządkowania konwencjonalnym normom panującym w danej społeczności).**

Badania nad źródłami autorytaryzmu zwracają uwagę na rolę takich czynników, jak sposób wychowania w rodzinie (atmosfera kontroli i surowej dyscypliny), panujące w społeczeństwie tradycje (można wyodrębnić kultury, w których przeważają tradycje hierarchiczne, i takie, które kultywują tradycje równościowe – por. Hofstede, 1980; Schwartz, 1994), a także miejsce w strukturze społecznej, wykształcenie i inne (Kohn i Slomczyński, 1990). U osób o niższym poziomie wykształcenia spotyka się na ogół dość wysokie natężenie autorytaryzmu (Lipset, 1960). Według Jadwigi Koralewicz, wysoki poziom autorytaryzmu u osób mających wyższe wykształcenie wią-

że się zwykle z podwyższonym poziomem lęku.

Poziom autorytaryzmu, podobnie jak innych cech osobowości, może być modyfikowany przez czynniki sytuacyjne, na przykład takie, które przyczyniają się do modyfikacji natężenia lęku, albo przez oddziaływania społecznych wzorów, osobistych doświadczeń itp. Ludzie jednak bardzo różnią się podatnością na wpływy tego rodzaju.

Istnieje związek między poziomem autorytaryzmu a sympatiami politycznymi. W szczególności okazuje się, że wyższy poziom autorytaryzmu cechuje osoby o prawicowych, konserwatywnych nastawieniach. Ale spotyka się też lewicową odmianę autorytaryzmu (Rokeach, 1960).

Osoby o autorytarnych nastawieniach nie muszą być przeciwne demokracji – w pewnych okolicznościach mogą nawet deklarować się jako jej gorący zwolennicy; dzieje się tak wtedy, gdy stosunki demokratyczne tworzą wygodne ramy dla realizacji ich dążeń życiowych, na przykład zdobywania władzy. Ich autorytarna mentalność przejawia się w tym, jak tę władzę sprawują, a także w tym, jak się do władzy odnoszą.

RAMKA 53.5

Osoby o wysokim poziomie autorytaryzmu mają skłonność do popierania tak zwanych silnych przywódców. Na przykład, w latach osiemdziesiątych w Polsce osoby te wyrażały poparcie dla generała Jaruzelskiego, natomiast w latach dziewięćdziesiątych – dla Lecha Wałęsy i prymasa Glempa. Warto zaznaczyć, że w latach osiemdziesiątych poparcie dla Lecha Wałęsy deklarowały osoby o niskim poziomie autorytaryzmu (Korzeniowski, 1993a).

53.3.2 Orientacja kolektywistyczna versus indywidualistyczna

Terminy **kolektywizm – indywidualizm**, podobnie jak inne terminy opisujące zjawiska społeczne, używane bywają w różnych znaczeniach. Nawiązując do sposobu ich użycia najpowszechniejszego wśród badaczy tego zjawiska, można powiedzieć, że terminy te odnoszą się do rozróżnienia między dwiema fundamentalnymi, wzajemnie przeciwstawnymi zasadami organizacji życia społecznego i koncepcjami świata (Hofstede, 1980; Triandis, Leung, Villareal i Clack, 1985).

Cechą istotną orientacji kolektywistycznej jest założenie, że grupa stanowi „byt pierwotny", w stosunku do którego jednostka jest wtórna; to grupa jest „bytem samoistnym", natomiast jednostka nie może istnieć poza nią, jest od grupy w sposób integralny zależna. Człowiek ujmuje siebie jako członka pewnej społecznej całości – rodziny, klanu, narodu, wspólnoty religijnej itp. – jako istotę, której los jest immanentnie związany z losem danej całości i która tej całości jest podporządkowana. Grupa odpowiada za jednostkę, jest ona źródłem kryteriów dobra i zła, a jednostka jest zobowiązana do działania na rzecz grupy i poświęcenia się dla niej. Relacje z innymi ludźmi różnią się zasadniczo w zależności od tego, czy są oni członkami własnej grupy, czy też do grupy nie należą – w pierwszym wypadku opierają się na zasadach więzi emocjonalnej, w drugim – na zasadach rywalizacji. Główne wartości to społeczna harmonia, solidarność, obowiązek i odpowiedzialność, poczucie wstydu (zachowanie twarzy), ale obowiązują one w stosunkach wewnątrzgrupowych.

Przykładem kolektywistycznej mentalności jest sposób pojmowania osoby w kulturze chińskiej, w której mówi się o „miejscu jednostki w sieci stosunków z ludźmi". Ujęcie to zakłada istnienie więzi, które permanentnie łączą jednostkę z rodziną, klanem, ciągiem

pokoleń. Również w kulturze japońskiej kładzie się nacisk na takie właśnie rozumienie człowieka (Kim, 1994).

Istotną cechą orientacji indywidualistycznej jest ujęcie życia społecznego jako rezultatu interakcji między jednostkami stanowiącymi byty samodzielne. Jednostka sama odpowiada za siebie, sama określa, co jest (dla niej) dobre lub złe, albo też, w innej interpretacji, sama rozpoznaje dobro i zło. Relacje z innymi opiera na zasadach wymiany, współpracy lub rywalizacji (co oczywiście nie wyklucza istnienia uczuć sympatii czy zażyłości). Głównymi wartościami są: autonomia, poleganie na sobie, prywatność, kontrola osobista itp. Człowiek spostrzega siebie jako wyodrębnioną, autonomiczną istotę, która sama włada swoim losem i określa swoje związki z innymi (Reykowski, 1992).

Badania nad indywidualizmem – kolektywizmem pokazały, że różnice w tym zakresie dotyczą nie tylko sfery światopoglądu, ale także mechanizmów funkcjonowania osobowości (a więc poziomu psychologicznego). Wyrażają się one między innymi w odmiennej strukturze motywacji, w innym sposobie przetwarzania informacji o świecie, w innej organizacji tożsamości osobistej i społecznej (por. Markus i Kitayama, 1991; Triandis, 1990; omówienie zob. w: Reykowski, 1992).

53.3.3 Orientacja lewicowa versus prawicowa

Według Eysencka i Wilsona (1978), lewicowość i prawicowość (liberalizm – konserwatyzm) to podstawowe wymiary ideologicznych orientacji, będące podstawą społecznych sporów, walk czy wyniszczających wojen od początku zapisanej historii. Jest to walka między tymi, którzy chcą zachować istniejącą formę ładu i związane z nią przywileje określonych grup, a tymi, którzy chcą ją zmienić.

W przeszłości stanowisko prawicowe implikowało uznanie dla takich wartości, jak rodzina, religia, naród, a zarazem dążenie do zachowania istniejącego systemu przywilejów społecznych oraz takiego typu stosunków, które gwarantują nienaruszalne prawo włas-

RAMKA 53.6

Prowadzone w Polsce badania wykazały (Daab, 1993), że wyższemu poziomowi indywidualizmu towarzyszyły między innymi:

(1) wyższa akceptacja gospodarki rynkowej i kapitalistycznych form organizacji społeczeństwa,
(2) wyższy stopień optymizmu dotyczącego sytuacji własnej i sytuacji kraju,
(3) większa gotowość do politycznego uczestnictwa (na przykład udziału w wyborach) i ujmowania tego uczestnictwa w kategoriach obowiązku,
(4) silniejsze przekonanie o możliwości wpływu na bieg zdarzeń społecznych,
(5) niższa skłonność do ksenofobii,
(6) wyraźniejsza aprobata dla zasad demokracji.

Należy jednak liczyć się z tym, że wymienione cechy nie są immanentnie związane z indywidualizmem. Można jedynie powiedzieć, że w danych okolicznościach historycznych indywidualizm może sprzyjać ich występowaniu.

ności i wolność ekonomiczną. Można powiedzieć, że istotną cechą tego stanowiska była ochrona panujących nierówności społecznych i tradycyjnych wartości. Z orientacją lewicową wiązała się idea zmiany, której celem miało być zniesienie istniejących nierówności i przywilejów oraz gwarancje bezpieczeństwa socjalnego dla wszystkich członków społeczeństwa, zniesienie kontroli kościoła nad życiem publicznym, ograniczenie „despotycznych praw rodziny", nastawienie na eliminowanie przeciwieństw narodowościowych i etnicznych. Równość praw ekonomicznych, politycznych, społecznych była główną zasadą orientacji lewicowej.

Analiza współczesnych interpretacji pojęcia lewicowość – prawicowość ukazuje, że w umysłach ludzi przekonania na temat podziału bogactwa i na temat stosunku do tradycyjnych wartości mogą występować jako odrębne struktury (Boski, 1993). Pierwsza struktura przekonań dotyczy ustroju ekonomicznego, a w szczególności zasad podziału bogactwa: mentalność prawicowa ujmuje nierówności ekonomiczne jako stan naturalny, natomiast mentalność lewicowa – jako stan, który wymaga zmiany w kierunku zwiększania równości. Druga struktura przekonań dotyczy stosunku do tradycyjnych wartości: według orientacji prawicowej, główną rolę odgrywa wspólnota narodowo-religijna i kultywowane przez nią tradycyjne wartości, natomiast według lewicowej – ponadnarodowe więzi ogólnoludzkie.

Zgodnie z modelem Rokeacha (1973), orientacja lewicowa charakteryzuje się przypisywaniem dużego znaczenia wolności i równości. Między nimi dochodzi jednak do konfliktu. Część osób o lewicowej orientacji gotowa jest do zaakceptowania ograniczeń wolności ekonomicznej przez państwo dla ochrony równości, choć jednocześnie osoby te opowiadają się za wolnością w sferze obyczajowej i za znoszeniem ograniczeń wolności wynikających z dominacji tradycyjnych instytucji. Innymi słowy, wolność jest zjawiskiem niejednorodnym i broniąc jednej formy wolności, można godzić się z ograniczeniami innych jej form.

RAMKA 53.7

Badania nad poglądami polskiego społeczeństwa wykazują, że panujące w nim obecnie wizje pożądanych form ładu społeczno-ekonomicznego można opisać na dwóch niezależnych osiach: jedną z tych osi stanowi przeciwieństwo państwa opiekuńczego i państwa, w którym panuje ekonomiczny liberalizm, drugą zaś przeciwieństwo państwa „laicko-europejskiego" i państwa „religijno-narodowego" (Boski, 1991; Jasiewicz, 1992, s. 188). Trzeba zaznaczyć, że termin „liberalizm" co innego znaczy w Europie i w Stanach Zjednoczonych. W USA opisuje on orientację w pewnym stopniu lewicową, w Europie – prawicową (Free i Cantril, 1967).

53.3.4 Badania nad mentalnością polskiego społeczeństwa

Prowadzone w Polsce w końcu lat osiemdziesiątych badania mentalności społeczno-politycznej (Koralewicz i Ziółkowski, 1990) pozwoliły wyodrębnić co najmniej trzy różne wzory mentalności, czy też orientacje normatywne, różniące się dominującymi wartościami.

Pierwsza z nich charakteryzowała się tendencją do akcentowania takich wartości, jak autonomia i podmiotowość jednostki. Definiowały ją przekonania, że jednostka powinna mieć prawo do podmiotowego działania, wolności słowa, realnego udziału (poprzez wybranych przedstawicieli) w rządzeniu państwem, decydowania w sprawach lokalnych, do zachowania własnego zdania w relacjach rodzinnych. Można powiedzieć, że jest to **orientacja indywidualistyczno-demokratyczna**.

Druga wyrażała się w przypisywaniu wysokiej wartości dobru zbiorowemu. Charakteryzowało ją przekonanie, że człowiek powinien dbać o dobro innych, polegać na tradycji i opinii starszych, w pracy dawać z siebie jak najwięcej, liczyć się z opinią zbiorowości i autorytetów. Sprawą najważniejszą jest harmonijne funkcjonowanie zbiorowości kierowanej przez autentyczne autorytety. Możemy ją opisać jako **orientację kolektywistyczno-autorytarną**.

Trzecia orientacja zawierała przede wszystkim przekonania dotyczące konieczności dbania o interesy osobiste: przeświadczenie, że powinno się minimalizować własne nakłady na rzecz innych, a maksymalizować własne korzyści. Towarzyszył temu pogląd, że obowiązkiem zbiorowości, a w szczególności jej władz (zarówno w państwie, jak i w rodzinie), jest troszczenie się o dobro jednostki. Innymi słowy, kwestią podstawową jest tu uzyskiwanie i ochrona własnych przywilejów. Orientację tę można scharakteryzować jako **orientację egoistyczno-roszczeniową**.

Trzy opisane orientacje były niejednakowo obecne w różnych grupach społecznych: orientacja indywidualistyczno-demokratyczna była pozytywnie skorelowana z wykształceniem (im wyższe wykształcenie, tym wyższa proporcja osób wykazujących tę orientację), natomiast orientacja egoistyczno-roszczeniowa, podobnie jak kolektywistyczno-autorytarna, była z wykształceniem skorelowana negatywnie.

Mimo występowania owych zależności nie możemy twierdzić, że owe orientacje to stałe dyspozycje różniące ludzi, ponieważ u tej samej osoby mogą współwystępować różne orientacje normatywne. Główne różnice między ludźmi dotyczą tego, jakie orientacje u nich dominują w typowych sytuacjach, a nie tego, jakie ich zawsze charakteryzują. Tak więc, choć wśród ludzi o wyższym poziomie wykształcenia często dominują postawy indywidualistyczne, to nie wyklucza to, że w pewnych okolicznościach mogą pojawiać się u nich postawy kolektywistyczne lub roszczeniowe.

Należałoby dodać, że ludzie różnią się tym, jak stabilne – a więc niezależne od sytuacji – są ich orientacje normatywne.

53.4 Zachowania i postawy polityczne

Mówiąc o zachowaniach politycznych, mamy na myśli różne formy aktywności, wpływające na proces sprawowania władzy w danej społeczności. Wyodrębnia się dwie podstawowe formy takiej aktywności. Jedną jest tak zwana **konwencjonalna aktywność polityczna**, to jest taka, która odbywa się w ramach systemu instytucji politycznych określających istniejącą formę ładu społecznego. W państwach demokratycznych są to takie zachowania, jak udział w wyborach, wypowiadanie opinii na łamach prasy, zbieranie funduszy na poparcie określonego kandydata czy partii, udział w kampanii wyborczej, udział w demonstracji itp. Druga forma, określana jako **niekonwencjonalna aktywność polityczna**, polega na podejmowaniu działań, które pozostają w sprzeczności z istniejącymi zasadami instytucjonalnymi – należą do nich zachowania kontestujące system lub jego instytucje, na przykład blokada dróg, wysypywanie importowanego zboża na tory kolejowe, rzucanie kamieniami i śrubami w gmachy rządowe, okupacja budynków publicznych, tworzenie organizacji zakazanych przez prawo, próby obalenia rządu przemocą itp. Warto pamiętać, że te same zachowania (na przykład pisanie listów protestacyjnych do przywódców politycznych) w jednym systemie uznawane są za konwencjonalne, a w innym – za niekonwencjonalne, toteż spotykają się z karzącą reakcją władz.

Jak wiadomo, nie wszyscy ludzie podejmują aktywność polityczną. Niektórzy nie podejmują jej nigdy, a jest też wielu takich, którzy podejmują ją tylko okazjonalnie. Zjawisko niepodejmowania takiej aktywności określane jest jako **bierność polityczna**.

Psychologia polityczna interesuje się czynnikami, od których zależy to, czy człowiek podejmuje aktywność polityczną i jaka jest jej forma.

53.4.1
Formy podejmowanej aktywności politycznej

Od czego zależy, czy człowiek popiera, czy też zwalcza system polityczny? Narzuca się odpowiedź, że zależy to od postawy wobec systemu. Ci, którzy akceptują system, podejmują aktywność konwencjonalną, a ci, którzy go nie akceptują – aktywność niekonwencjonalną. Wyniki badań wskazują jednak, że sprawa jest bardziej skomplikowana.

Przede wszystkim okazuje się, że akceptacja systemu lub jej brak to zjawisko złożone. Co innego bowiem akceptować określony urząd czy określoną politykę, a co innego akceptować system jako całość (Rasinski i Tyler, 1986). Pierwsza postawa jest specyficznie ukierunkowana, natomiast druga – „rozlana", niespecyficzna (*diffuse system support*). Specyficzna postawa opiera się niekiedy na oczekiwaniach jakichś korzyści związanych z polityką. Nie wyklucza więc antysystemowych protestów, jeżeli sprawy układają się wbrew interesom danej osoby lub grupy. Niespecyficzna postawa akceptacji systemu opiera się na przekonaniu o legalności władzy; często też u jej podstaw leży – utrwalone w toku socjalizacji – poczucie lojalności wobec systemu politycznego.

RAMKA 53.8

Czasami specyficzna postawa dotycząca określonej polityki stopniowo przekształca się w aprobatę systemu jako całości. Boynton i Lowenberg, prowadząc badania nad stosunkiem Niemców (zachodnich) do parlamentu w latach 1951–1959, stwierdzili, że w początkowym okresie stosunek ten uzależniony był od oceny polityki prowadzonej przez partię pozostającą u władzy. Później jednak akceptacja instytucji parlamentu wzrastała i uniezależniała się od oceny prowadzonej polityki. Można powiedzieć, że rozwijało się niespecyficzne poparcie dla systemu demokratycznego (za: Rasinski i Tyler, 1986).

Przy braku akceptacji systemu (poczucie alienacji, rozczarowanie) zachowania polityczne przybierają niekonwencjonalne formy (we wcześniej opisanym znaczeniu tego terminu). Jednak nie zawsze. Stwierdzono, że tak zwany cynizm polityczny, wyrażający się w całkowitej nieufności wobec władz i instytucji, często może towarzyszyć czynnemu zaangażowaniu w konwencjonalną (a więc prosystemową) aktywność polityczną (Rasinski i Tyler, 1986).

Nie zawsze łatwo określić, czy mamy do czynienia z postawą specyficzną, czy niespecyficzną – w Polsce przez długi czas toczyły się spory o to, czy różne publiczne przejawy poparcia dla polityki władz PRL świadczyły, czy też nie świadczyły o poparciu dla systemu. Trudność oceny wiąże się z tym, że okazywane lub deklarowane postawy wobec systemu nie są dobrym predyktorem zachowań wobec niego. Wynika to stąd, że okazywanie postaw politycznych może mieć różne uwarunkowania. Można tu wymienić następujące:

(1) moda – w pewnych środowiskach i okresach wykształca się norma krytycznego stosunku wobec systemu politycznego (Wojciszke, Pieńkowski i Krzykowski, 1995);
(2) funkcje symboliczne – według Edelmana, establishment polityczny często odgrywa rolę kozła ofiarnego, na którym wyładowuje się frustracje związane z różnymi doświadczeniami życia społecznego;
(3) podtrzymywanie więzi grupowych – głoszenie postaw podzielanych przez grupę jest ważnym warunkiem potwierdzania przynależności i podtrzymywania więzi;
(4) interes – okazywanie pewnych postaw może być korzystne, na przykład może spotykać się z materialnymi przejawami wdzięczności ze strony rządzących lub ich potężnych przeciwników.

Niekonwencjonalne zachowania polityczne wiążą się z **politycznym zniechęceniem** (*political disaffection*). Należą do niego takie zjawiska, jak poczucie **alienacji** politycznej (wyobcowanie) lub nieufność wobec systemu politycznego (Korzeniowski, 1993b). Nie jest to jednak związek bezpośredni. Aby zniechęcenie prowadziło do niekonwencjonalnych działań politycznych, muszą zaistnieć pewne dodatkowe warunki. Dwa są szczególnie istotne: pojawienie się grupy, która artykułuje niezadowolenie i proponuje środki zaradcze (w formie działań antysystemowych), oraz powstanie przekonania, że działania takie mają szanse powodzenia. Mówi się wówczas o **poczuciu kolektywnej** (politycznej) **skuteczności** (*political efficacy*) (Rasinski i Tyler, 1986).

53.4.2
Poparcie (lub zwalczanie) określonych programów, postaci i ugrupowań politycznych

W ramach działalności konwencjonalnej (prosystemowej), człowiek może wybierać różne specyficzne programy, osoby, partie. Wybór taki wyraża się w głosowaniu, wspomaganiu finansowym, wypowiedziach publicznych, uczestnictwie w zgromadzeniach itp. Niektórzy badacze zakładają, że dokonywany wybór jest zawsze wynikiem kalkulacji zysków i strat (czy kosztów) – jest to tak zwany model racjonalny. Model ten jednak niezbyt dobrze przystaje do faktów (Uhlaner, 1986). Nieraz bowiem okazuje się, że ludzie popierają politykę, która najwyraźniej kłóci się z ich interesami (Mansbridge, 1990; Sears, 1993). Może nimi kierować lojalność wobec określonej partii czy ideologii, albo też dyspozycje symboliczne (o których była mowa wcześniej).

Niektórzy autorzy dowodzą, że wyborcy kierują się przewidywanymi konsekwencjami wyboru takiego czy innego aktora politycznego. Inni z kolei uważają, że wyborcy ustosunkowują się do uprzedniej aktywności polityków – karzą ich lub nagradzają za to, czego dokonali lub nie dokonali (Fiorina; za: Rasinski i Tyler, 1986).

RAMKA 53.9

Przy dokonywaniu wyborów politycznych ważną rolę odgrywać mogą doświadczenia rodzinne. Krystyna Skarżyńska i K. Chmielewski (1995), którzy badali sympatie partyjne młodych wyborców w Polsce, stwierdzili, że wśród sympatyków partii prawicowo-ludowych (postsolidarnościowych) występowała stosunkowo duża liczba osób, których rodzice byli przeciwnikami komunizmu. Nie było takich osób wśród sympatyków partii lewicowych (określanych przez swoich przeciwników jako „postkomunistyczne").

53.4.3
Przyczyny bierności politycznej

Aktywność polityczna zależy w dużej mierze od przeświadczeń na temat możliwości wpływania na bieg politycznych zdarzeń, czyli od **poczucia politycznej skuteczności**. Przeświadczenie takie zostaje umocnione, gdy ludzie się przekonują, że rząd liczy się z obywa-

telami; jeśli przekonanie takie w społeczeństwie słabnie, to uczestnictwo polityczne maleje – rośnie bierność polityczna (Abramson i Aldrich; za: Rasinski i Tyler, 1986). Niekiedy taka sytuacja może pobudzić niekonwencjonalną aktywność polityczną.

Poczucie politycznej skuteczności pozostaje w pewnym związku z posiadanymi zasobami – materialnymi i niematerialnymi; w tym ostatnim wypadku chodzi przede wszystkim o poziom wykształcenia. Na ogół wyższy poziom społeczno-ekonomiczny wiąże się z większym uczestnictwem politycznym (Verba i Nie, 1991/1972).

Przeciwieństwem poczucia politycznej skuteczności jest **poczucie politycznej bezradności**, to jest przekonanie, że w życiu politycznym niczego zmienić się nie da. Jest ono ważnym powodem politycznej bierności. Bierność ta zwiększa się także wtedy, kiedy scena polityczna staje się niejasna: obywatele przestają rozumieć, o co toczą się spory między politykami, na czym polegają różnice między stanowiskami kandydatów czy partii, kim są osoby walczące o mandat. Bierność polityczna może też wiązać się z brakiem zainteresowania polityką lub z silnym zaangażowaniem w inne sfery działalności. Ludzie, którzy całą swoją energię poświęcają sprawie zapewnienia elementarnych warunków egzystencji, na ogół nie zajmują się polityką.

Bierność polityczna może zostać przełamana pod wpływem cudzych doświadczeń: stwierdzenie, że inni – podobni do nas – odnieśli sukces, może przyczynić się do podniesienia naszego poczucia politycznej skuteczności. Dlatego też ruchy społeczne często miewają charakter epidemiczny. Sukces ruchu w jednym regionie czy w jednym kraju pobudza analogiczne ruchy w innych regionach i krajach, które znajdują się w podobnej sytuacji. Najświeższym przykładem zjawiska tego rodzaju była lawinowa zmiana systemów politycznych w Europie Środkowo-Wschodniej, którą zapoczątkowały przemiany, jakie nastąpiły w Polsce po zawarciu porozumień Okrągłego Stołu.

53.5

Konflikty polityczne

Konflikt polityczny tym się różni od innego typu konfliktów, że dotyczy władzy: tego, kto i w jaki sposób będzie ją sprawował. Chodzi tu o władzę w szerokim tego słowa znaczeniu, a więc o to, które państwo narzuci swoją wolę innemu państwu, która grupa etniczna zdobędzie lub utrzyma przewagę, która partia uzyska rozstrzygający wpływ w państwie, który z kandydatów zostanie uznany za przywódcę danej organizacji, kto będzie rządził w mieście itp. Przedmiotem kofliktu politycznego może być również to, ile ma być województw, w jaki sposób przeprowadzić prywatyzację, czy przystąpić do Unii Europejskiej, a jeśli tak, to na jakich warunkach, czy w telewizji mają obowiązywać wartości chrześcijańskie, jak zreformować szkoły itp. Konflikty o władzę dotyczyć mogą każdej ludzkiej zbiorowości i organizacji, także tych, które nie mają politycznego charakteru (jak zakład pracy, stowarzyszenie, spółdzielnia, a nawet rodzina).

53.5.1

Sytuacja konfliktowa i konflikt

O konflikcie mówi się z reguły wtedy, gdy dążenia bądź interesy dwóch lub więcej stron zderzają się ze sobą, to znaczy realizacja dążeń (interesów) jednej ze stron ogranicza lub wyklucza realizację pozostałych. Przy czym sam fakt sprzeczności dążeń tworzy jedynie sytuację konfliktową, która może, ale nie musi przekształcić się w konflikt. O konflikcie rzeczywistym powinniśmy mówić wtedy, gdy strony zaczynają atakować się wzajemnie, lub też w jakiś sposób blokować swe poczynania, a więc podejmują działania zmierzające do realizacji swych dążeń kosztem pozostałych stron. Taki konflikt może wystąpić w formie ograniczonej, gdy działania podejmowane przez strony konfliktu służą jedynie realizacji dążeń blokowanych przez drugą stronę – tak dzieje się w grach sportowych, kiedy walczące ze sobą drużyny starają się pokonać przeciwnika (na przykład strzelić jak najwięcej goli), nie czyniąc mu żadnej krzywdy. Nieraz jednak konflikt przybiera postać „rozlaną" – obejmuje wiele różnych obszarów, a celem działań jest zadanie cierpień i szkód przeciwnikowi. Taki **konflikt** określany bywa jako **destruktywny** (Deutsch, 1973).

Do konfliktu nie dochodzi, jeżeli jedna ze stron z góry ustąpi (czasami zresztą z góry ustępują obie, wybierając niekolizyjne sposoby realizacji swoich aspiracji, podobnie jak dwa samochody, jadące naprzeciw siebie na wąskiej drodze, częściowo zjeżdżające na pobocze), albo też gdy strony dojdą do porozumienia, jak bezkolizyjnie zrealizować swe dążenia, lub przystają na to, aby istniejące między nimi różnice rozstrzygnął ktoś inny (arbitraż).

53.5.2

Geneza konfliktów politycznych

Zarzewiem konfliktów jest rozbieżność między **subiektywnie uzasadnionymi roszczeniami** a tym, co ludzie uzyskują. W każdej sytuacji społecznej – w stosunkach z własną rodziną, z kolegami i przyjaciółmi, ze współpracownikami i zwierzchnikami, z zakładem pracy, z urzędem czy państwem – tworzymy pewne wyobrażenia o tym, co nam się słusznie od innych należy, do czego mamy prawo. Jeżeli tego nie uzyskujemy, odczuwamy niezadowolenie, żal, pretensję bądź gniew. W wypadku konfliktów politycznych istotne znaczenie mają **kolektywne przekonania na temat uzasadnionych roszczeń**, dotyczących zakresu posiadanych praw i władzy.

Na czym opierają się te roszczenia? Jedną z podstawowych przesłanek roszczeń są ideologiczne i moralne przekonania ludzi. Może z nich wynikać, że pewne kategorie osób mają szczególne uprawnienia do władzy lub do innych przywilejów, a są też takie, które tych uprawnień powinny być pozbawione. Kategorie te mogą być definiowane w terminach narodowych (ograniczenie uprawnień pewnych grup etnicznych – por. hasło „Polska dla Polaków"), klasowych (por. postulat przywilejów dla tak zwanych klas wyższych albo lepiej wykształconych), politycznych (na przykład przywileje polityczne dla „bojowników" i ograniczenia dla przeciwników politycznych) itp.

Inną ważną przesłanką roszczeń jest to, co dotychczas uzyskiwano. Każdy osiągnięty stan rzeczy w krótkim czasie może stać się podstawą „definicji stanu normalnego". Tak więc wszelkie zdobyte lub uzyskane uprawnienia i przywileje ludzie skłonni są prędzej czy później (raczej prędzej) uznać za fakt oczywisty – za to, co im się należy. Próba ograniczenia albo zmniejszenia tego rodzaju przywilejów jest zatem przez nich odbierana jako zamach na uzasadnione prawa.

Istotną przesłanką określania poziomu subiektywnie uzasadnionych roszczeń (indywidualnych lub kolektywnych) jest porównanie z innymi. Jeżeli inni, **podobni do nas**, uzyskują więcej niż my, to wtedy to, co my uzyskujemy, budzi poczucie krzywdy – niekiedy bardzo silne.

Oczywiście, bardzo ważne jest to, z kim ludzie się porównują. Jednej z przesłanek porównań dostarcza ideologia. Na przykład, egalitarna ideologia daje podstawy do tego, aby w zasadzie wszystkich uznawać za podobnych, czy też za niewiele się różniących. W związku z tym mała jest tolerancja na znaczniejsze różnice w sytuacji grup.

Ludzie godzą się z różnicami uprawnień i władzy, jeżeli akceptują kryteria, na których podstawie różnice te powstają. Podstawą akceptacji może być na przykład przekonanie, że wyższą pozycję powinni mieć ci, którzy mają wyższe kompetencje lub są lepiej wykształceni, lepiej urodzeni albo bardziej zasłużeni, czy też należą do pewnej kategorii (narodowej, politycznej). Okres przemian

RAMKA 53.10

Ideologia egalitarna może występować w dwóch różnych odmianach: jako zasada równości ekonomicznej i jako zasada równości politycznej. Ta pierwsza uwrażliwia ludzi na różnice ekonomiczne (por. protesty niektórych grup zawodowych wobec faktu, że ich zarobki lokują się poniżej średniej krajowej), a ta druga – na różnice polityczne (por. protesty mniejszości narodowych, religijnych, seksualnych, dotyczące posiadanych przez nie praw).

ustrojowych to czas, w którym dochodzi do zmiany owych kryteriów. Zmiana taka, co oczywiste, jest zarzewiem konfliktów.

System kryteriów, na których mocy różnicowane są uprawnienia ludzi i grup społecznych do udziału we władzy, jest bardzo ważnym elementem konstrukcyjnym każdego ładu społecznego. System taki może dobrze funkcjonować, jeżeli jest akceptowany przez większość społeczeństwa.

Należy dodać, że konflikty powstają nie tylko w wyniku sprzeczności interesów. Ich źródłem może być również chęć podwyższenia poczucia wartości danej grupy kosztem innej grupy (pokazania, kto jest „lepszy"), a także różnice przekonań moralnych i światopoglądowych, na przykład różnice wierzeń (Reykowski, 1995).

53.5.3
Definicja przeciwnika

Konflikt polityczny pojawia się zwykle wtedy, gdy w jakiejś grupie powstaje kolektywne przeświadczenie, że jakaś osoba lub grupa stoi na przeszkodzie w realizacji jej uzasadnionych roszczeń. Formuje się wtedy wyobrażenie „drugiej strony" – przeciwnika, którego interesy i dążenia są sprzeczne z własnymi, a więc nie dadzą się równocześnie zrealizować.

Ważną przesłanką „wyboru przeciwnika" jest przekonanie na temat intencji i celów różnych grup. Przeciwnikiem staje się ten, kto budzi naszą nieufność, o kim sądzi się, że jest niechętnie czy wrogo nastawiony do „nas" – do naszych interesów, bądź też je ignoruje i realizuje swoje cele naszym kosztem. Ale postawa nieufności ma to do siebie, że często jest samospełniającym się proroctwem. Jeżeli posądzamy kogoś o wrogie wobec nas zamiary, wówczas sami przyjmujemy wobec niego wrogą postawę, z kolei taka nasza postawa łatwo wywołuje cudzą niechęć czy wrogość. W ten sposób można doprowadzić do powstania wrogości tam, gdzie jej wcale nie było. Takie postawy spotkać można na przykład w niektórych organizacjach bojowników arabskich, żywiących przekonanie, że świat sprzysiągł się przeciw sprawie palestyńskiej. Podobne postawy, spotykane w pewnych grupach Izraelczyków, opisał Bar-Tal (1986) jako „syndrom Masady"*.

Niemałą rolę odgrywa też spostrzeganie siły potencjalnego przeciwnika. Przekonanie, że jest on słaby, zwiększa gotowość do walki z nim; zwiększa również poziom roszczeń. Od słabego przeciwnika oczekuje się także większych ustępstw. Ale i przeciwnie – ustępstwa często brane są za oznakę słabości i pobudzają do zwiększania roszczeń (Ross i Ward, 1995).

Ocena sił przeciwnika i własnych zależy nie tylko od obiektywnych danych, lecz w jakimś stopniu również od pewnych czynników psychologicznych, takich jak wiara we własne siły. Taka wiara powstaje pod wpływem silnych pragnień (gdy bardzo nam na czymś zależy, mamy skłonność do tego, by wierzyć, że

* Masada to starożytna twierdza – miejsce samobójczej śmierci bojowników izraelskich w czasie żydowskiego powstania przeciwko Rzymowi (66–73 r.). Bojownicy ci wierzyli, że cały świat jest do nich wrogo nastawiony.

możemy to osiągnąć – zgodnie ze znaną zasadą „Mierz siły na zamiary"). Umacnia się ona dzięki obecności innych, którzy wierzą podobnie. Dlatego grupy ożywione wspólną nadzieją miewają poczucie ogromnej siły i nie lękają się nawet potężnego przeciwnika.

53.5.4
Dynamika konfliktu

Raz rozpoczęty konflikt ma tendencję do samopodtrzymywania się. Pojawia się wówczas tak zwana spirala konfliktu, a więc jego eskalacja – jako wynik „błędnego koła" akcji i reakcji. Są dwa rodzaje spirali konfliktu. „Spirala odpłaty" powstaje wtedy, gdy każda ze stron chce odpłacić drugiej za zło, które tamta jej wyrządziła. Kolejne odpłaty są coraz silniejsze, co nadaje konfliktowi coraz ostrzejszy charakter. „To nie może im ujść płazem – sprawiedliwość wymaga, aby ponieśli zasłużoną karę za to, co uczynili" – głoszą animatorzy konfliktu.

Z kolei „spirala obrony" powstaje, gdy każda ze stron podejmuje coraz to nowe zabezpieczenia przed działaniami drugiej, ale te zabezpieczenia odbierane są przez przeciwnika jako zagrożenie. Czuje się on więc zmuszony do budowania jeszcze silniejszych zabezpieczeń – jeszcze groźniejszych dla drugiej strony. „My się tylko bronimy przed agresją" – powiada każda ze stron, prowokując drugą do coraz to większych wysiłków. Właściwie każda akcja obronna zwiększa obszary pretensji, pomnaża ilość problemów do rozwiązania.

53.5.5
Sposoby rozwiązywania konfliktów

Konflikty mogą być rozwiązywane w różny sposób. Można wyodrębnić cztery typowe warianty rozwiązań.

Pierwszy polega na **narzuceniu** drugiej stronie własnych warunków. Wiąże się to z odwołaniem do taktyki siły: stosowanie gróźb, karanie, stosowanie metody faktów dokonanych to typowe sposoby mające skłonić drugą stronę do uległości. Tak więc można grozić strajkiem (lub lockoutem), blokować drogi, przemocą zająć sporny teren, pozbawić pewną kategorię ludzi stanowisk itp.

Taktyka siły ma to do siebie, że może obezwładnić słabszego i nieudolnego przeciwnika, ale przeciwnika silniejszego mobilizuje do bardziej zaciętej walki. Kiedy w walkę zaangażowane są duże grupy ludzi, taktyka siły rzadko bywa w pełni skuteczna. Nawet wtedy, gdy przeciwnik zostaje w zasadzie pokonany, walka się nie kończy, ponieważ niemal zawsze znajdują się desperaci, którzy skłonni są ją kontynuować, lub też oczekiwać sprzyjającego momentu, aby ją wznowić.

Konflikt można też zakończyć w drodze **jednostronnych ustępstw**. Wymaga to obniżenia własnych aspiracji i pogodzenia się z koniecznością poniesienia strat w przekonaniu, że straty ponoszone w ten sposób są i tak mniejsze niż te, których można by się spodziewać w wyniku kontynuowania konfliktu. Takie rozwiązanie może się opłacać wtedy, gdy jest pewność, że ustępstwa rzeczywiście prowadzą do likwidacji problemu. Nieraz jednak okazuje się, że ustępstwa są odczytywane jako świadectwo słabości i skłaniają do zwiększania żądań – jeżeli nie od razu, to jakiś czas później. Tak więc taktyka ustępstw obciążona jest niebezpieczeństwem znalezienia się na równi pochyłej, prowadzącej do coraz większych strat. Taktyka ta często podważa morale we własnych szeregach – grupy, które były na początku zdolne do czynnej obrony swoich praw bądź interesów, zaczynają przyzwyczajać się do roli przegranych, a tym samym zanika w nich motywacja do obrony.

Rzeczywiste rozwiązanie konfliktu następuje wtedy, kiedy obie zaangażowane weń strony coś w rezultacie uzyskują. Jest to możliwe, gdy taktyka walki zostaje zastąpiona taktyką negocjacji. Strony nie rezygnują ze swych aspiracji, lecz podejmują wspólny wy-

siłek poszukiwania sposobów ich – choćby częściowego – pogodzenia.

Godzenie to może dokonywać się w różny sposób. Jeden polega na wypracowaniu **kompromisu**. Kompromis zakłada, że każda ze stron częściowo rezygnuje ze swoich roszczeń, aby zadowolić drugą stronę. Znaczy to, że strony spotkają się gdzieś między pozycją jednej i drugiej. Ale zasada kompromisu nie przesądza, gdzie to spotkanie nastąpi – w połowie drogi czy gdzie indziej.

Kompromis nie zawsze musi polegać na ustaleniu jakichś rozwiązań pośrednich. Są sytuacje, w których rozwiązań pośrednich nie ma. Rozwiązanie takich sytuacji – jeżeli nie ma polegać na zwykłym ustępstwie którejś strony (co, jak wcześniej uzasadnialiśmy, może być niebezpieczne dla dalszego przebiegu konfliktu) – polega na **wymianie koncesji**:

RAMKA 53.11

W trakcie negocjacji przy Okrągłym Stole toczył się spór o to, jaki procent głosów w Sejmie może obalić sprzeciw Senatu wobec ustaw przez ten Sejm uchwalonych: strona rządowa chciała, aby było to 65%, a strona solidarnościowa postulowała kilka procent więcej; chodziło o to, czy na tę decyzję będą mieli wpływ posłowie Solidarności, których, jak oczekiwano, miało być w Sejmie 35% – tych kilka procent powyżej 65 oznaczało, że taki wpływ byłby zapewniony. W takiej sytuacji nie było miejsca na rozwiązania pośrednie, a więc kompromis wydawał się niemożliwy – albo któraś ze stron ustąpi, albo negocjacjom grozi sytuacja patowa. Znaleziono jednak sposób wyjścia: poszerzono zakres dyskutowanych spraw i uzgodniono obszar wzajemnych ustępstw. Uniknięto w ten sposób ustępstw jednostronnych i wynikającego stąd zagrożenia.

każda ze stron dokonuje jakichś ustępstw, ale dotyczą one różnych obszarów, a więc są wzajemnie kompensowane.

Czasami jednak zdarza się, że osiąga się kompromis, który nie zadowala nikogo. Na przykład, pracownicy pozostają przy swoim przekonaniu, że poziom płac w ich zakładzie jest dla nich krzywdzący, a pracodawcy uznają, że poziom ten znacznie przekracza to, co ich pracownikom – z punktu widzenia ekonomicznej racjonalności – się należy. Taki źle wynegocjowany kompromis może stać się zarzewiem nowego konfliktu.

Inny sposób likwidowania konfliktu polega na poszukiwaniu **rozwiązań integratywnych**. Ich istota polega na tym, że znajduje się sposób na możliwie pełne zaspokojenie roszczeń obu stron dzięki ich współdziałaniu. Najprostszym modelem takiego rozwiązania jest sytuacja, gdy spór o podział dóbr, których jest za mało, rozwiązuje się przez podjęcie wspólnych działań na rzecz powiększenia puli dóbr. Takie rozwiązanie ma dwie istotne cechy:

(1) umożliwia zaspokojenie roszczeń (przynajmniej w znacznej mierze) obu stron,
(2) zakłada konieczność współdziałania dotychczasowych adwersarzy, a więc zmienia zasadę, na której opierały się dotąd ich wzajemne stosunki.

Poszukiwanie rozwiązań integratywnych możliwe jest jednak tylko wtedy, gdy dojdzie do przezwyciężenia obopólnej wrogości, kiedy strony zaczynają spostrzegać siebie jako partnerów wspólnego zadania – tym zadaniem jest rozwiązanie konfliktu w sposób, który żadnej ze stron nie pozostawia z poczuciem przegranej.

Przyjęcie takiej perspektywy może opierać się na racjach różnego rodzaju – zarówno moralnych, jak i praktycznych. Racje moralne wiążą się z uznaniem praw drugiej strony – z przekonaniem, że nie tylko własne, ale również cudze argumenty zasługują na szacunek. Przyjęcie takiego stanowiska możliwe jest wtedy, gdy ludzie zdobywają się na ograniczenie swej egocentrycznej perspektywy i podejmują próby spojrzenia na sytuację z perspektywy drugiej strony.

Ale bywają też względy pragmatyczne: jeżeli obie strony kończą konflikt z poczuciem, że ich podstawowe prawa i interesy zostały zagwarantowane, stwarza to dobre przesłanki trwałości osiągniętego rozwiązania. Tak więc w tym wypadku, o ile nie zajdą nowe okoliczności, które zmienią całą sytuację, można liczyć na poprawę stosunków między dotychczas zwalczającymi się stronami.

Trzeba jednak dodać, że w każdym większym konflikcie uczestniczą osoby, które nie chcą żadnych porozumień i każde ustępstwo traktują jako klęskę. Chciałyby one doprowadzić do sytuacji, w której druga strona zostanie upokorzona, a one same będą mogły święcić tryumf pełnego zwycięstwa. Osoby te stanowią wielką przeszkodę w pokojowym rozwiązywaniu konfliktów.

53.5.6
Zapobieganie konfliktom

Społeczności różnią się między sobą podatnością na powstawanie konfliktów, a także umiejętnością ich rozwiązywania.

Konflikty są rzadsze i mniej intensywne w tych społecznościach, w których panuje wysoki stopień konsensusu co do norm mających regulować wzajemne stosunki między ich członkami i między poszczególnymi grupami. W stabilnych społeczeństwach w zasadzie panuje zgoda co do tego, jakie są uprawnienia obywateli i uprawnienia władz, jaki stopień prestiżu i autorytetu przysługuje poszczególnym stanowiskom, urzędom i instytucjom. Z drugiej strony społeczeństwo wie także, czego może od nich wymagać. Jeśli sprawy te nie zostają prawidłowo rozstrzygnięte, a więc istnieje **normatywna niejasność**, to powstaje pole dla niekończących się konfliktów.

Powstające konflikty nie są zbyt groźne, jeżeli istnieją powszechnie akceptowane, a zarazem efektywne procedury ich rozwiązywania. Należą do nich ustalone, obowiązujące wszystkich reguły negocjacji; instytucje, w ramach których negocjacje są prowadzone; instancje odwoławcze, które mogą rozstrzygać spory w wypadkach, gdy zainteresowani nie potrafią się pogodzić. Nie wystarczy, żeby takie procedury i instytucje istniały formalnie – mogą one skutecznie zapobiegać eskalacji konfliktów wtedy, gdy cieszą się powszechnym autorytetem.

Przykładem instytucji, która miała ograniczyć skalę konfliktów społecznych w Polsce, jest tak zwana Komisja Trójstronna, w której skład wchodzi rząd, pracodawcy i związki zawodowe. Komisji tej rzeczywiście udało się ograniczyć w pewnym stopniu ostrość wybuchających konfliktów.

Jeżeli konsensus normatywny ulega załamaniu, dochodzi do sytuacji społecznego kryzysu. Przejawem tego załamania jest osłabienie lub rozpad instytucji państwa (jak w byłej Jugosławii, w Afganistanie lub w Albanii). Wtedy różne grupy, odczuwając niezadowolenie z istniejących reguł, na własną rękę podejmują próby realizacji swoich interesów. Pojawiające się na tym tle konflikty przybierają nadzwyczaj brutalne formy.

Zjawisko naruszenia konsensusu co do istniejących norm nie jest rzadkie, choć tylko sporadycznie doprowadza do załamania podstaw ładu społecznego. Często jest ono wynikiem społecznej zmiany. W wyniku zmian przestaje być oczywiste, co się komu należy. Sytuacja zmiany powoduje rozchwianie norm, na których budowane były dotychczasowe stosunki społeczne – pojawia się wiele ognisk konfliktów związanych z tym, że poszczególne grupy społeczne starają się poprawić swe warunki lub bronić tego, co posiadały dotychczas. Dążenia takie mogą skłaniać do podejmowania walki, w której stosuje się taktykę siły.

Istotny wpływ na przebieg konfliktów wywierają instytucje powoływane do ich rozwiązywania (parlament, sądy, komisje arbitrażowe) oraz panujące w danej kulturze normy dotyczące sposobu postępowania wobec kon-

fliktów. Ale niemałą rolę odgrywają też indywidualne cechy ludzi – ich umiejętności i skłonności do poszukiwania konstruktywnych rozwiązań (Pruitt i Rubin, 1986; Reykowski, 1996b). Konflikty skutecznie rozwiązywane mogą mieć pozytywny efekt rozwojowy – zarówno dla jednostek, jak i dla grup.

53.6

Podsumowanie

Psychologia polityczna to dziedzina, która zajmuje się funkcjonowaniem ludzi w świecie polityki. Jednym z jej ważnych celów jest poznanie czynników, od których zależy podejmowanie funkcji politycznych (przywódców, działaczy politycznych) i sposoby realizacji tych funkcji, a także charakterystyka osób, które je pełnią. Nie udało się, jak dotąd, wyodrębnić jakichś specyficznych właściwości psychicznych, które predestynują człowieka do roli polityka, ani też takich, które decydują o wybitnych osiągnięciach w polityce. Opisano jednak pewne właściwości psychiczne, które mogą wywierać istotny wpływ na to, jak człowiek pełni swą polityczną funkcję, na przykład orientację pragmatyczną *versus* ideologiczną, makiawelizm, czy też syndrom „bezwzględnego gracza".

Badania nad powstawaniem umysłowych reprezentacji świata polityki zwróciły uwagę na to, że oceny polityków zależą od informacji trzech rodzajów: informacji o działalności polityka, o jego cechach osobistych i o jego przynależności do partii lub obozów politycznych. Na ogół jednak korzystamy z niewielu spośród nich – przede wszystkim z tych, które wzbudzały naszą reakcję afektywną.

Jednym z ważnych instrumentów orientacji w świecie polityki są tak zwane symboliczne dyspozycje. Zaangażowanie tych dyspozycji sprawia, że sytuacje polityczne stają się subiektywnie dobrze rozumiane. Powoduje też w wielu wypadkach, że opinie i działania polityczne ludzi bywają sprzeczne z ich interesami.

Orientacja w świecie polityki jest podstawą wyboru celów i programów (strategii politycznych), za którymi człowiek się opowiada. Opierają się one na różnych założeniach. Jedne zakładają, że realizacja celów politycznych polega na kolektywnym rozwiązywaniu zadań, inne zaś przyjmują, że jest to walka. Te ostatnie wiążą się z tak zwanym ideologicznym trybem myślenia.

Podstawą myślenia politycznego jest odpowiedni zasób wiedzy. Jej fundamentalnym składnikiem są przekonania o zasadach, na których opiera się świat społeczny (społeczno-polityczna mentalność). Dla myślenia politycznego szczególnie istotne znaczenie mają zasady, które dotyczą sposobu ujmowania praw i przywilejów (orientacja hierarchiczna *versus* równościowa), relacji między jednostką a społeczeństwem (kolektywizm *versus* indywidualizm), zasad podziału dóbr w społeczeństwie (orientacja lewicowa *versus* prawicowa). Prowadzone w Polsce w końcu lat osiemdziesiątych badania mentalności społeczno-politycznej pozwoliły wyodrębnić pewne dominujące wśród Polaków wzory mentalności – niejednakowo rozłożone w różnych grupach społecznych.

Ważnym obszarem zainteresowań psychologii politycznej jest aktywność polityczna. Wyodrębnia się dwa jej rodzaje. Jedną jest tak zwana aktywność konwencjonalna (mieszcząca się w ramach reguł systemu), drugą zaś – aktywność niekonwencjonalna (kontestująca ważne elementy systemu). Ta ostatnia pojawia się przede wszystkim wtedy, gdy system jest nieakceptowany (alienacja, poczucie rozczarowania). Istotną przesłanką podejmowania aktywności jest poczucie politycznej skuteczności. Kierunek aktywności politycznej (co jest popierane, a co zwalczane) zależy od różnych czynników. Jest to nie tylko interes osobisty czy wspomniane dyspozycje symboliczne, ale też doświadczenia rodzinne,

a także chęć karania lub nagradzania polityków za ich działalność.

Działalność polityczna nieuchronnie naraża ludzi na konflikty. Powodem konfliktów są rozbieżności między subiektywnie uzasadnionymi roszczeniami a tym, co ludzie uzyskują (zarówno w sferze materialnej, jak i symbolicznej), a także różnice w sferze światopoglądowej. Zderzenie roszczeń lub przekonań światopoglądowych uruchamia proces konfliktowy, który często narasta (eskalacja konfliktu) i prowadzi do destruktywnych skutków. Przebieg konfliktu zależy od różnych czynników, takich jak ocena przeciwnika, obecność „aktywistów konfliktu", stopień zaangażowania. Rozstrzygnięcie konfliktu następuje w drodze narzucenia rozwiązania przez stronę silniejszą, dobrowolnych ustępstw, uzgodnionego kompromisu lub arbitrażu. Najbardziej konstruktywną formą jest rozwiązanie integratywne, czyli takie, które polega na współdziałaniu obu stron w celu uzyskania obustronnych korzyści lub rozwiązania zadania. Konfliktom można zapobiegać przez stworzenie (lub podtrzymywanie) norm określających uprawnienia członków zbiorowości. Można również łagodzić ich przebieg, tworząc procedury rozwiązywania konfliktów. Służy temu między innymi system instytucji demokratycznych. Wiele też zależy od umiejętności rozwiązywania konfliktów.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Czy można wskazać cechy dobrego polityka? Proszę uzasadnić odpowiedź.
2. Czy makiawelizm jest pożądaną cechą polityka? Dlaczego?
3. Co to jest „symboliczna polityka"?
4. Jakie są cechy myślenia ideologicznego?
5. Proszę wymienić i scharakteryzować główne orientacje społeczno-polityczne.
6. Czy publicznie okazywane postawy są dobrym predyktorem zachowań? Proszę uzasadnić odpowiedź.
7. Jakie są przyczyny bierności politycznej?
8. Jakie są główne sposoby zapobiegania konfliktom oraz ich rozwiązywania?

LITERATURA ZALECANA

Koralewicz, J., Ziółkowski, M. (1990). *Mentalność Polaków*. Poznań: Nakom.

Reykowski, J. (red.). (1993). *Wartości i postawy Polaków a zmiany systemowe*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Reykowski, J. (red.). (1995). *Potoczne wyobrażenia o demokracji*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Skarżyńska, K. (1999). *Psychologia polityczna*. Poznań: Zysk i S-ka.

54

Psychologia ekologiczna

Andrzej Eliasz

Zainteresowanie psychologów środowiskiem było obecne w wielu nurtach badań psychologicznych. Rola środowiska – zwłaszcza społecznego – jest też akcentowana w wielu teoriach psychologicznych. Szczególne znaczenie środowisku przypisywali badacze o orientacji behawiorystycznej. Z ich perspektywy niemal całą psychologię można by nazwać psychologią środowiskową. Jednak psychologia środowiskowa w specyficzny sposób ujmuje związki człowieka ze środowiskiem. Środowisko – z uwzględnieniem fizycznego – traktuje ona w kategoriach nie izolowanych bodźców, lecz całościowo, negując w ten sposób na przykład sensowność badań behawiorystycznych. Ponadto przyjęto, że związki człowieka ze środowiskiem można dokładnie prześledzić tylko w środowisku naturalnym. Wynikły stąd kontrowersje dotyczące terminologii odnoszącej się do nurtu badań, określanego w literaturze jako psychologia ekologiczna lub środowiskowa. W niniejszym rozdziale wyjaśniamy kwestie terminologiczne, opowiadając się za pojęciem psychologii ekologicznej zamiast środowiskowej.

54.1

Główne nurty psychologii ekologicznej

Psychologia środowiskowa, ekologiczna, ekologia behawioralna to nurty psychologii, które powstały przede wszystkim jako reakcja na obserwowaną degradację środowiska. Przy czym degradacja może dotyczyć zarówno środowiska przyrodniczego, jak i takiego, które jest tworem człowieka. Degradacja środowiska przyrodniczego polega przede wszystkim na jego zanieczyszczeniu i/lub pogorszeniu walorów estetycznych. W ten sposób traci ono jednocześnie walory użytkowe, związane z rekreacją. Natomiast przez degradację środowiska „sztucznego" rozumie się – poza jego zanieczyszczeniem i pogorszeniem jego walorów estetycznych i/lub funkcjonalnych – także dominację jednej z tych

właściwości kosztem drugiej, na przykład przewagę estetyki nad użytkowością bądź odwrotnie. Pożądane jest harmonijne łączenie obu aspektów środowiska.

54.1.1 Źródła zainteresowania środowiskiem

Dostrzeżono, że niszczenie środowiska nie ogranicza się do zmiany jego fizycznych właściwości, lecz ma także wpływ na wszystkie elementy środowiska, w tym na zwierzęta i ludzi. Negatywne zmiany w środowisku powodują pogarszanie zarówno kondycji zdrowotnej, jak i psychicznej człowieka.

54.1.1.1 Pozapsychologiczne źródła zainteresowania psychologów środowiskiem

Wszystkie aspekty funkcjonowania człowieka podlegają wpływom środowiska. Ten sposób widzenia miejsca człowieka w środowisku wyraźnie przypomina poglądy ekologów na ekosystem.

Zdaniem ekologów – biologów, ekosystem składa się z elementów przyrody żywej, jak i nieożywionej (klimat i topografia) na określonym przestrzennie terenie. Wszystkie składniki ekosystemu stanowią układ wzajemnie sprzężonych elementów określających odrębność danego środowiska. Zależności między elementami ekosystemu sprawiają, że podlega on samoregulacji. Oznacza to, że zmiany jakichś elementów ekosystemu powodują także zmiany innych jego elementów, wskutek czego przywracana jest poprzednia równowaga danego środowiska. Na przykład, żywiołowy rozwój jakiegoś gatunku zwierząt może spowodować znaczny spadek ilości dostępnego im pożywienia. Prowadzi to do zmniejszenia populacji tego gatunku i w efekcie do odnowienia ilości roślin bądź zwierząt, które stanowią dla niego pożywienie. Dynamiczna równowaga ekosystemu jest stale zakłócana i przywracana poprzez wzajemne zależności między jego elementami. W ekosystemie mogą też jednak powstać takie zakłócenia, które nie mogą już zostać skorygowane. Wówczas dochodzi do zmiany ekosystemu.

Psychologowie ekologiczni i środowiskowi, a wcześniej socjologowie w ramach **ekologii społecznej**, zaasymilowali ujmowanie środowiska w sposób całościowy, z uwzględnieniem jego samoregulacyjnych właściwości. Ekologowie społeczni analizowali migracje ludzi oraz patologie społeczne, związane z ekonomicznym i technologicznym rozwojem danego regionu. Badania takie zapoczątkowali w latach trzydziestych socjologowie w ramach tak zwanej chicagowskiej szkoły ekologii społecznej (por. Szacki, 1981; Walmsley i Lewis, 1997). Ten kierunek badań określano też mianem **ekologii miasta**, a za jej najbardziej znanego reprezentanta uchodzi R. E. Park. Socjologowie prowadzący badania z zakresu ekologii miasta przejęli od biologów założenie o walce ludzi o byt w środowisku miejskim. W mieście – ich zdaniem – toczy się walka o zajęcie pożądanych rejonów. Konkurencja między ludźmi i grupami społecznymi o zajęcie najkorzystniejszych miejsc prowadzi do zróżnicowania cen gruntów w mieście. Atrakcyjne jego rejony zajmują grupy społeczne lub jednostki, które zdobywają przewagę finansową nad innymi. Tworzą się w ten sposób jednostki terytorialne, które wyróżniają się od innych pod względem cech fizycznych, ekonomicznych i kulturowych. Jednostki te są efektem działania procesów ekologicznych i społecznych. Atrakcyjność obszarów miasta zmienia się z upływem czasu. Niegdyś eleganckie dzielnice czy ulice stopniowo tracą swój standard i popadają w ruinę. O wcześniejszym charakterze takiego miejsca mogą świadczyć już tylko widoczne tu i ówdzie detale architektoniczne zniszczonych budynków. Wiele ulic Łodzi i prawobrzeżnej Warszawy może być tego przykładem (zob. ryc. 54-1).

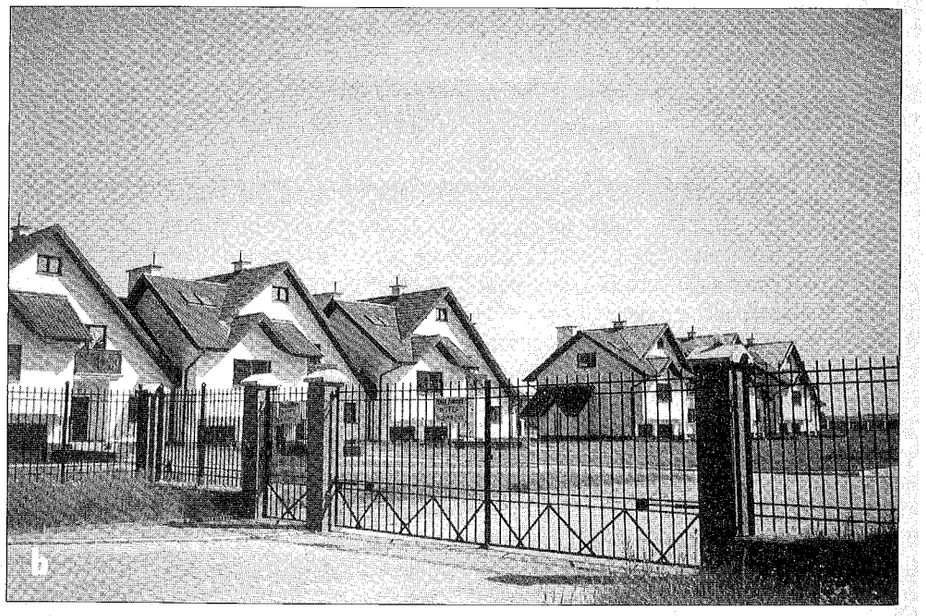
Taka zmiana charakteru jakiejś części miasta poprzedzona jest z reguły przemieszczaniem się zbiorowości, które znikają w jednym miejscu i pojawiają się w innym. Oprócz konkurencji czy walki o zajęcie lepszej przestrzeni miasta, do powstania takich jednostek terytorialnych, zwanych też obszarami naturalnymi lub zbiorowościami terytorialnymi, przyczyniają się również działania związków językowych, kulturowych lub rasowych. Wyodrębniają się w ten sposób różne **getta** czy dzielnice zamieszkałe przez ludzi o niskich lub wysokich dochodach, należących do danej narodowości bądź rasy (Walmsley i Lewis, 1997). Często zresztą zmienne społeczno-ekonomiczne korelują ze sobą, na przykład ludzie biedni są zazwyczaj przeciętnie gorzej wykształceni lub należą w danym kraju do mniejszości pod względem narodowościowym, rasowym, wyznaniowym itp. Prowadzi to do wyodrębniania się – z jednej strony – obszarów bardzo zaniedbanych, wręcz zdewastowanych, a z drugiej – zadbanych (zob. ryc. 54-2a i 54-2b oraz 54-3a i 54-3b).

Druga szkoła, rozwijana przez socjologów o orientacji ekologicznej, zajmuje się przede wszystkim kształtowaniem się **miejskiego stylu życia** i **rozwojem patologii społecznych**, charakterystycznych dla dużych miast. L. Wirth (1938), główny badacz tej szkoły, wskazuje, które czynniki związane z życiem w mieście wpływają na zmianę stylu życia. Jego zdaniem, wszystko to, co pomniejsza znaczenie więzi rodzinnych, przyjacielskich i sąsiedzkich, osłabia społeczne funkcje kontrolne tych środowisk i przyczynia się do dezorganizacji życia w mieście oraz do pojawiania

Zaniedbany fragment miasta

Detale architektoniczne (gzymsy i balustrady) ujawniają poprzedni wysoki status tej części miasta. Zdjęcie autorskie.

RYCINA 54-1



Zaniedbane (a) i zadbane (b) „getto" tego samego miasta na jego przedmieściach

Zdjęcia autorskie.

RYCINA 54-2

Zaniedbane (a) i zadbane (b) śródmiejskie części tego samego miasta

Zdjęcia autorskie.

RYCINA 54-3

się patologii społecznych. Takie czynniki, jak wielkość miasta, gęstość zaludnienia i różnorodność, wpływają często na odległe usytuowanie miejsca pracy i miejsca zamieszkania mieszkańców i pośrednio osłabiają kontrolną rolę wymienionych kręgów społecznych (Eliasz, 1993). Społeczności lokalne miast bronią się przed konsekwencjami osłabionej kontroli przez tworzenie specyficznego kodeksu postępowania. Niestety, część mieszkańców tych zasad nie zna, część zaś nie chce się do nich stosować. Powoduje to dezorganizację życia w mieście. Liczba wykroczeń przeciw prawu czy przestępstw różnego rodzaju jest nieporównanie większa w dużych miastach niż w średnich czy małych (Cassidy, 1997, s. 125).

Badania socjologów o orientacji ekologicznej były często krytykowane za przypisywanie nadmiernego znaczenia czynnikom ekonomicznym i za zbytnie przywiązanie do analogii biologicznych. Mimo to badania socjologów o orientacji ekologicznej torowały drogę psychologom zainteresowanym środowiskiem. Między innymi badania dotyczące roli zagęszczenia miast w rozwoju patologii społecznej i chorób psychicznych mają swoje korzenie w badaniach socjologów nad koncentryczną lokalizacją patologii w miastach; przypuszczano, że im bliżej centrum, tym więcej dewiacji. Jednak hipotezy tej nie udało się potwierdzić. Uznano, że ingeruje tu zbyt wiele czynników trudno poddających się kontroli, by można było uzyskać klarowne wyniki (por. Cassidy, 1997; Eliasz, 1993).

54.1.1.2 Psychologiczne źródła zainteresowania środowiskiem

Źródeł psychologii środowiskowej i ekologicznej dopatrzyć się można także w poglądach niektórych psychologów. Na rozwój psychologii ekologicznej, holistycznie ujmującej zjawiska, wpływ mieli psychologowie, którzy zanegowali znaczenie badań ograniczających się do paradygmatu S–R. Do takich badaczy należał E. C. Tolman (1948). Podkreślał on konieczność badania sekwencji złożonych zachowań molarnych i nieograniczania się do analizy zachowań molekularnych, to jest prostych reakcji na bodźce (por. Tomaszewski, 1977).

Bezpośrednimi prekursorami psychologii ekologicznej byli E. Brunswik (1956) oraz K. Lewin (1951). Brunswik postulował, by sytuacje stwarzane w laboratorium odpowiadały sytuacjom w warunkach naturalnych. Innymi słowy, domagał się, by badacze przywiązywali znaczenie do **trafności ekologicznej** badań laboratoryjnych (Brunswik, 1956; Darley i Gilbert, 1985).

Całościowe ujmowanie zjawisk w psychologii charakteryzowało psychologów postaci. Do wybitnych reprezentantów tego podejścia należał Lewin, który wpływ na zachowania człowieka przypisywał wszystkim aspektom sytuacji, w jakiej człowiek się znalazł. Zachowanie jest, według Lewina (1951), współdeterminowane z jednej strony przez właściwości osób, a z drugiej – przez cechy sytuacji. Przy czym odróżnia on sytuację obiektywną (*foreign hull*) od subiektywnej (*environment*). Przedmiotem badań psychologii ekologicznej powinna być, zdaniem Lewina, relacja między tymi dwoma rodzajami sytuacji, określanymi jako przestrzenie życiowe człowieka. Stąd być może ta zaskakująca terminologia w języku angielskim, to jest określenie sytuacji subiektywnej mianem środowiska (*environment*).

Przestrzeń życiowa człowieka jest zorganizowanym polem sił na niego oddziałujących. Na zachowanie człowieka wpływa jego subiektywna interpretacja owego pola sił. Pole sił może być jedno- lub wielowymiarowe. Szczególnym przykładem układu sił są, opisywane przez Lewina, sytuacje konfliktowe; przy dwuwymiarowej sytuacji konflikt może polegać na konieczności wyboru między dwiema wartościami pozytywnymi, dwiema wartościami negatywnymi lub między wartością pozytywną a negatywną (Tomaszewski, 1975).

Bardzo ważnym czynnikiem skłaniającym psychologów do zainteresowania się środowiskiem fizycznym były, obserwowane w latach pięćdziesiątych, konsekwencje znacznej degradacji środowiska w krajach zachodnich. Zniszczenie środowiska wpływa na fizyczną i psychiczną kondycję człowieka. Bezpośrednie konsekwencje psychiczne wiążą się z obniżeniem satysfakcji z życia w środowisku zanieczyszczonym lub zdewastowanym, czemu towarzyszy narastająca obawa, że życie w takim środowisku może być niebezpieczne dla zdrowia. Wzrastająca świadomość ekologiczna społeczeństw spowodowała, że obawy takie zaczęły poważnie rzutować na ogólną ocenę warunków życia. Skutki uboczne w zakresie psychicznego funkcjonowania ludzi mogą się też ujawnić dużo później. Okazuje się, że pewne czynniki środowiska, takie jak hałas oraz przynajmniej niektóre substancje zanieczyszczające, mogą wpływać na układ nerwowy i przez to trwale zmieniać reakcje psychiczne ludzi (Leksowski i Matysiakiewicz, 1997; Lundberg, 1998).

Wyczulenie na walory środowiska życia spowodowało większe niż poprzednio zainteresowanie funkcjonalnymi aspektami architektonicznych i urbanistycznych projektów. Wcześniej o ocenie tych projektów decydowały ich walory estetyczne. Wzrost znaczenia funkcjonalnych aspektów miast i budynków skłonił specjalistów w dziedzinie kształtowania przestrzeni do współpracy z psychologami. To oni mogą zbadać oczekiwania przyszłych użytkowników, dotyczące właściwości projektów architektonicznych. W USA psychologowie starają się bardzo dokładnie poznać styl życia i pracy oraz upodobania przyszłych użytkowników – na przykład lokatorów domu – tak by projektant mógł jak najlepiej zaspokoić ich oczekiwania. Dotyczy to przede wszystkim użytkowników, których stać na kosztowne zlecenie budowy bądź urządzenia domu, mieszkania czy biura.

W krajach wysoko rozwiniętych standardem jest już tak zwane **społeczne projektowanie** (*social design*) lub **projektowanie partycypacyjne** (*participative design*), będące elementem projektowania architektonicznego. Społeczne planowanie to określenie osobistych preferencji przyszłych użytkowników, dotyczących wykorzystania projektowanej przestrzeni (Bańka, 1997; Sanoff, 1999). Przełożenie tych idei na fizyczne, przestrzenne rozwiązania architektoniczne nie jest jednak proste. Obecnie dużym ułatwieniem w pracy zespołu psychologów i architektów w ich porozumiewaniu się ze sobą oraz z przyszłymi użytkownikami jest komputerowe symulowanie układów przestrzennych (Cassidy, 1997).

Etapem przejściowym w dostosowywaniu projektu architektonicznego jest uwzględnianie (przez architektów i bezpośrednich wykonawców) życzeń przedstawianych przez przyszłych użytkowników, bez testowania ich trafności. Niestety, wyjściowe wyobrażenia przyszłych użytkowników o rozwiązaniach estetyczno-funkcjonalnych nie zawsze dobrze oddają ich rzeczywiste potrzeby. Jednak sytuację najgorszą stwarza dominacja architektonicznych wizji bądź wymagań wykonawców, które najczęściej związane są z wygodą prowadzenia budowy lub z dostępnością materiałów, połączoną z jednoczesnym lekceważeniem potrzeb przyszłych użytkowników danych obiektów.

Podstawowe problemy badawcze psychologii środowiskowej i ekologicznej odnoszą się do (Eliasz, 1993):

(1) wzajemnych relacji między człowiekiem a przyrodą, w tym adaptacji do zagrożeń i reakcji na katastrofy;
(2) posługiwania się miejscem i przestrzenią przy ustalaniu relacji interpersonalnych;
(3) związku urządzenia wnętrz mieszkalnych i charakterystyki przestrzennej mieszkań, domów oraz ich otoczenia z zachowaniem i samopoczuciem mieszkańców;
(4) grupowych form dostosowywania się do wymagań środowiska;
(5) relacji między warunkami życia w mieście a zachowaniem i samopoczuciem mieszkańców.

W odniesieniu do wymienionych problemów bardzo wiele badań dotyczy poznawczej orientacji w przestrzeni, zwłaszcza relacji między

przestrzenną zabudową miast a ich poznawczymi reprezentacjami, czyli tak zwanymi „mapami poznawczymi".

W geografii wyodrębnił się kierunek badań – nazwany **geografią humanistyczną** – dotyczący związku przestrzeni z zachowaniem mieszkańców. Reprezentujący go badacze poza większością wcześniej wymienionych problemów analizują też zjawiska z pogranicza psychologii ekonomicznej i politycznej, które w jakiś sposób wiążą się z przestrzennym usytuowaniem danych instytucji – na przykład zachowania konsumenckie związane z układem przestrzennym sieci handlowej, lokalny wpływ społeczności na zachowania się wyborców, a także problemy migracji.

54.1.2
Terminologia

Terminy **psychologia środowiskowa** (*environmental psychology*) i **ekologiczna** (*ecological psychology*) w literaturze anglosaskiej **nie** są synonimami. W ramach psychologii ekologicznej, która rozwinęła się wcześniej niż środowiskowa, badano przede wszystkim grupowe formy adaptacji do wymagań środowiska. Podstawowe założenia tego nurtu badań sformułowali R. G. Barker i H. F. Wright (1955). Najpełniej zastosowali się oni do postulatu holistycznego ujmowania zjawisk psychologicznych oraz prowadzenia badań w warunkach naturalnych. Zabrakło tu jednak zainteresowania konkretną osobą, jej samopoczuciem i zachowaniem w środowisku. Stało się tak nieprzypadkowo, uznano bowiem, że pewne społecznie wypracowane reguły zachowań – odpowiadające danemu typowi środowiska fizycznego – mają decydujący wpływ na zachowanie człowieka w danym środowisku. Przy takim założeniu nie może dziwić, że psychologowie ekologiczni abstrahują od indywidualnych zachowań i subiektywnych doznań człowieka. E. P. Willems (1977) przyjmował główne założenia psychologii ekologicznej, akcentował jednak potrzebę badania indywidualnych zachowań człowieka, choć nadal pomijał subiektywną sferę doznań człowieka. Ten nurt badań, uwzględniający indywidualne zachowania, nazwano **ekologią behawioralną**. Odrębną nazwę przyjęto w celu podkreślenia różnic w stosunku do psychologii ekologicznej, która koncentrując się na zachowaniach grupowych, ignoruje potrzebę równoczesnego badania zachowań indywidualnych.

Założenia psychologów ekologicznych w ujęciu Barkera i Wrighta – dotyczące marginesowego znaczenia indywidualnego zróżnicowania zachowań w środowisku – są surowo krytykowane przez badaczy, którzy określają się jako ekologowie behawioralni lub psychologowie środowiskowi. Zakładają oni całościowe traktowanie środowiska i miejsca człowieka w środowisku. Założenie to wiąże się między innymi z uwzględnianiem w badaniach także środowiska fizycznego, które traktuje się jako integralną część środowiska życia człowieka. Środowisko fizyczne było długo ignorowane przez inne działy psychologii. Obecnie jednak również one coraz częściej uwzględniają je w swych badaniach (Stokols, 1998).

Psychologia ekologiczna i ekologia behawioralna to nurty badawcze, które w swej pierwotnej postaci są kierunkami w fazie schyłkowej, a przez wielu badaczy bywają traktowane jako działy psychologii środowiskowej. Natomiast psychologia środowiskowa dynamicznie się rozwija. Jednak nazwa tej subdyscypliny psychologii jest wielce myląca. Akcentowanie w niej faktu, że uwzględnia się środowisko, jest zabiegiem chybionym. Obecnie bowiem wszystkie kierunki psychologii coraz bardziej uwzględniają interakcję, czy też transakcję zmiennych indywidualnych i środowiskowych w wyznaczaniu zachowań człowieka (Stokols, 1998). Można jedynie stwierdzić, że zarówno psychologia środowiskowa, jak i ekologiczna uwzględniają środowisko w daleko większym stopniu niż inne kierunki psychologii; dotyczy to zwłaszcza środowiska fizycznego. Programowo podkreśla się tu znaczenie badań w warunkach naturalnych.

W literaturze amerykańskiej zarówno psychologowie ekologiczni, jak i środowiskowi, ujawniając duży obustronny krytycyzm, używali preferowanych przez siebie nazw kierunków w celu akcentowania wzajemnych różnic. Istnieje jednak między nimi wiele podobieństw decydujących o tym, że ich podstawowe założenia badawcze różnią się od tych, które są charakterystyczne dla pozostałych działów psychologii. Ponadto pod wpływem zarówno psychologii ekologicznej, jak i środowiskowej również w innych subdyscyplinach psychologii w większym stopniu zaczęto uwzględniać kontekst środowiskowy (Stokols, 1998). Zatem specyficzny charakter badań prowadzonych przez psychologię ekologiczną i środowiskową zdecydowanie mocniej podkreśla termin psychologia ekologiczna. Tym bardziej że obecnie podejście ekologiczne nie ma tak ścisłego związku z pierwotnym jego rozumieniem – odnoszącym się do zjawisk biologicznych – które ograniczało się do badania grupowego dostosowywania się gatunku do ekosystemu. W pojęcie ekologii wpisane są też silne skojarzenia związane z warunkami naturalnymi. Kłóci się to, zdaniem niektórych zwolenników pojęcia psychologii środowiskowej, z przedmiotem tej subdyscypliny psychologii (zob. par. 54.1.4), ponieważ w dużym stopniu dotyczy ona relacji między człowiekiem a środowiskiem miejskim. Jednak przez środowisko naturalne – zarówno w psychologii ekologicznej, jak i środowiskowej – rozumie się nie środowisko przyrodnicze, lecz to, w którym człowiek stale przebywa. W odniesieniu do opisanych nurtów badań w psychologii preferujemy zatem termin **psychologia ekologiczna**. Ujęcie Barkera i Wrighta (zob. par. 54.1.3) możemy traktować jako specyficzny dział tak szeroko rozumianej psychologii ekologicznej. Wyrażając takie preferencje terminologiczne, zdajemy sobie jednak sprawę z presji anglojęzycznej literatury przedmiotu, w której termin „psychologia środowiskowa" zdecydowanie się już przyjął.

54.1.3
Psychologia ekologiczna w ujęciu Barkera i Wrighta

Ten kierunek badań zapoczątkowany został w USA w latach sześćdziesiątych i był intensywnie rozwijany w latach siedemdziesiątych, głównie w Uniwersytecie Kansas w Lawrance. Wybitnymi jego reprezentantami byli, wspomniani wcześniej, Barker i Wright (1955) oraz V. P. Gump (Barker i Gump, 1964). Niewątpliwie ci badacze w sposób najbardziej konsekwentny analizowali środowisko całościowo. Holistyczne podejście przejęli bezpośrednio od K. Lewina – nauczyciela Barkera. Główne idee zapożyczyli od biologów – ekologów, ale w odróżnieniu od socjologów o orientacji ekologicznej koncentrowali się na analizie zjawisk społecznych w skali mikro, to jest w małych środowiskach społecznych, ograniczonych przestrzennie.

Przedmiotem ich badań było zachowanie molarne, określane przez nich mianem epizodu behawioralnego. Epizody behawioralne są naturalnymi jednostkami, czyli cząstkami złożonego zachowania molarnego. Według Barkera i Wrighta, tym, co organizuje i wyróżnia epizody behawioralne ze strumienia zachowań, są jednostki środowiska, nazwane przez nich ośrodkami aktywności. **Ośrodek aktywności** (*behavior setting*) oznacza tę część środowiska, która wyodrębnia się w nim jako integralny układ jego fizycznych i społecznych elementów wraz z przypisanym mu wzorcem zachowań. Dodatkowo ośrodek aktywności definiowany jest przez ramy czasowe, ponieważ to samo środowisko w zależności od zmiennej czasu narzuca inne wzorce zachowań, na przykład różne są wzorce zachowań na korytarzu szkolnym w czasie lekcji i w czasie przerw (Barker i Wright, 1955; Eliasz, 1993).

Najczęściej badanymi ośrodkami aktywności są cząstki środowiska szkolnego, takie jak sala lekcyjna, korytarz szkolny, gabinet dyrektora, pokój nauczycielski, boisko szkol-

ne. Wszystkie ośrodki aktywności mają swoje atrybuty fizyczne oraz pozaindywidualne wzorce zachowań, charakterystyczne dla danego miejsca w określonym czasie. Wzorce zachowań są atrybutem społecznego środowiska korzystającego z danego środowiska fizycznego. Podkreśla się tu znaczenie pozaindywidualnych wzorów zachowań, gdyż – jak wcześniej zaznaczono – psychologowie ekologiczni pomijali indywidualne właściwości osób. Przyjmowano, że istnieje odpowiedniość między atrybutami fizycznymi środowiska a owymi wzorcami zachowań. Według V. P. Gumpa (1974, 1987), istnieje podobieństwo behawioralnych i fizycznych składowych ośrodków aktywności. Niestety, często taka odpowiedniość nie występuje – bądź z powodu złego architektonicznie projektu, bądź też ze względu, na przykład, na patologię społeczną*.

Według Barkera i Wrighta (1955; Barker, 1968), na środowisko składają się ośrodki aktywności, które pozostają ze sobą w dynamicznych związkach. Jednak w swoich badaniach psychologowie ekologiczni analizują przede wszystkim procesy zachodzące wewnątrz ośrodków aktywności.

W środowisku jako całości oraz wewnątrz ośrodków aktywności zachodzi **zjawisko samoregulacji**. Najlepiej opisano takie procesy dostosowawcze w środowisku szkolnym. Okazuje się, że różnego typu środowiska, niezależnie od liczby osób w nich uczestniczących, utrzymują swe podstawowe funkcje. W środowisku szkolnym poza lekcjami prowadzone są na ogół dodatkowe zajęcia, na przykład sportowe, albo też zajęcia w różnego typu „kółkach", na przykład w kółku dramatycznym, w chórze itp. Są to różnego typu ośrodki aktywności, których liczba i różnorodność nie maleją proporcjonalnie do spadku liczby uczniów w danej szkole. Liczba osób działających w ośrodkach aktywności jest zatem różna. Ma to wpływ na aktywność osób i ich relacje społeczne w ośrodkach aktywności. W rezultacie wielkość ośrodków aktywności wpływa na rozwój osobowości, intelektu i sprawności uczniów (zob. ramka 54.1).

Badania ośrodków aktywności prowadzono nie tylko w szkołach, ale i w przedsiębiorstwach oraz w społecznościach wiernych różnych wyznań. Badania te ujawniły też odmienne relacje między dziećmi i młodzieżą a dorosłymi w zależności od wielkości ośrodków aktywności. A. W. Wicker i Sandra Kirmeyer (1977) wykazali, że relacje między dorosłymi a młodzieżą, czy nawet dziećmi zależą od liczebności wiernych w obrębie danego kościoła. W ośrodkach aktywności, w których brakowało dostatecznej liczby dorosłych, zapraszano młodzież, a niekiedy też dzieci i powierzano im zadania „normalnie" rezerwowane dla dorosłych (Barker i Schoggen, 1977). Stwierdzono także różny stopień zainteresowania osobami spoza danego ośrodka aktywności i zachęcania ich do aktywnego włączenia się w jego działalność. W kościołach przybierała ona również postać aktywności nastawionej na pozyskiwanie wiernych, szczególnie nasilonej w wypadku małej liczby wiernych należących do danej wspólnoty wyznaniowej.

Według F. J. Turnera, historyka, osobowość Amerykanów została ukształtowana przez warunki życia na terenach dziewiczych w okresie parcia Amerykanów na zachód (za: Barker, 1979). To tam, na słabo zaludnionych obszarach, formował się – zdaniem Turnera – charakter Amerykanów, który cechuje wiara w siebie, odwaga, inicjatywa i tolerancja wobec innych. Barker (1979) spostrzeżenia Turnera interpretuje w kategoriach wielkości ośrodków aktywności. Jego zdaniem, niedostatek rąk do pracy sprawił, że niezależnie od

* Przekonania o istnieniu takiej odpowiedniości pojawiały się nie tylko w ramach psychologii ekologicznej. Panestetyzm wyrażał przekonanie, że estetyczne i czyste miejsca publiczne wpłyną na zachowania użytkowników „stosowne do miejsca". Niestety wiemy, że tak nie jest. Ponadto psychologowie społeczni wykazują, że pojawienie się w jakimś wielkomiejskim środowisku zniszczonego obiektu pociąga za sobą falę jego dalszego niszczenia oraz dewastowania innych obiektów w tym rejonie miasta (por. Zimbardo i Ruch, 1996, rozdz. 14.).

RAMKA 54.1

Czynniki rozwoju w dużych i małych ośrodkach aktywności

W badaniach przeprowadzonych przez psychologów ekologicznych z Lawrance (por. Barker i Gump, 1964) analizowano zachowania uczniów w szkołach o różnej liczbie wychowanków, to jest od 35 do 2300. Tej dysproporcji w liczbie uczniów między szkołami nie odpowiadały równie duże dysproporcje w liczbie ośrodków aktywności. W najmniejszych szkołach ośrodków aktywności było osiem razy mniej niż w szkołach największych. Stwierdzono, że struktura organizacyjna ośrodków aktywności w mało licznych szkołach jest uproszczona w porównaniu ze szkołami dużymi, w których istnieje ścisły podział zadań i funkcji. W małych szkołach aktywność uczniów jest zróżnicowana, a relatywnie duża liczba uczniów pełni ważne i odpowiedzialne funkcje w ośrodkach aktywności. Uczniów zachęca się do podejmowania aktywności, przy czym szczególnie ważny jest udział ucznia w wybranym typie zajęć. Natomiast w szkołach dużych liczy się nie tylko motywacja, ale i kwalifikacje, ze względu na konkurencję między uczniami. To, oczywiście, stwarza zupełnie inne warunki rozwoju.

Duże szkoły mogą być bardzo skuteczne w wypadku rozwoju umiejętności uczniów, którzy od początku dysponują pewnymi umiejętnościami pożądanymi w szkolnych ośrodkach aktywności. Tacy uczniowie są zaangażowanymi uczestnikami różnych zajęć, czują też presję innych, którzy chcieliby zająć ich miejsce. Innym pozostaje, często niezasłużenie, rola widza. Niezasłużenie, bo gdyby dać im szansę aktywności, ujawniliby być może talent w danej dziedzinie. W dużych klasach nawet w czasie typowo szkolnej aktywności uczniowi od początku bardzo dobremu łatwiej się wybić, częściej jest on proszony do odpowiedzi i częściej niż uczniowi słabemu powierza mu się różne odpowiedzialne funkcje. Szkoły duże powiększają zatem początkowe różnice w rozwoju. Natomiast w szkołach małych wszyscy są zachęcani do aktywności i w rezultacie początkowe braki rozwojowe są niwelowane.

Różna liczebność szkół stwarza nie tylko odmienne warunki rozwoju intelektualnego, fizycznego czy artystycznego, lecz także społecznego i osobowościowego. W szkołach małych uczeń ma poczucie, że bardzo wiele zależy od jego chęci; uczestnicząc w różnych formach społecznie zorganizowanej aktywności, ma poczucie bycia docenianym przez innych. Sprzyja to u takich osób rozwojowi ich koleżeńskich kontaktów społecznych. Natomiast w dużych szkołach ci uczniowie, którzy nie ujawniają od początku atrakcyjnych dla grupy sprawności, są spychani na margines także w zakresie kontaktów towarzyskich. Chęć przebicia się do grona osób znaczących w danym środowisku prowadzi nieraz do zachowań społecznie nieakceptowanych. Takie warunki wpływają nie tylko na rozwój społeczny, ale też na poczucie własnej wartości.

W dużych ośrodkach uczniowie od razu konfrontowani są w zakresie swoich umiejętności z innymi i porównanie to staje się podstawą ich poczucia własnej wartości. Z kolei w małych ośrodkach aktywności podstawą wysokiej oceny własnej wartości uczniów jest to, czy spostrzegają oni swoje zachowanie jako odpowiednie dla danego ośrodka aktywności. Jeśli podejmują odpowiednie formy aktywności, wówczas są przez innych utwierdzani w przekonaniu, że są w zespole potrzebni, że to od ich osobistej aktywności i zaangażowania niemal wszystko zależy.

wieku, płci, stanu oraz cech intelektualnych i charakteru ludzie musieli ze sobą współpracować. Budowano wówczas nie tylko fizyczne, ale i społeczne struktury decydujące o egzystencji. Ludzie włączani byli do zadań oraz różnych funkcji społecznych niezależnie od swoich kwalifikacji, ze względu na ogromny deficyt pracowników o odpowiednich kompetencjach. Sprzyjało to rozwojowi umiejętności współpracy i współżycia z osobami często bardzo różnymi i w efekcie prowadziło do kształtowania się postaw tolerancji wobec innych.

Poczucie własnej wartości – tak jak w szkołach o małej liczebności uczniów – uzależnione było przede wszystkim od własnego zaangażowania i chęci współpracy z innymi. Budowało to wiarę we własne możliwości i sprzyjało przejawianiu inicjatywy. Inicjatywa była zresztą wymuszana przez fakt budowania wszystkiego od podstaw. Taki okres zagospodarowywania, a także podboju nowych terytoriów wymagał również stałego podejmowania się najróżniejszych zadań i uczestniczenia w najróżniejszych ośrodkach aktywności (Babska, 1961). Nic więc dziwnego, że genezy przedstawionego stereotypu Amerykanina badacze doszukują się w warunkach pionierskiego zagospodarowywania Dzikiego Zachodu.

Analiza ośrodków aktywności była najpoważniejszym dokonaniem psychologów ekologicznych. Jednak w tego typu badaniach pomijano indywidualne zróżnicowanie zachowań. Barker (1976) wręcz twierdził, że lepiej można przewidywać zachowania ludzi na podstawie informacji o tym, gdzie się znajdują, niż o tym, jacy są. Jego zdaniem, to powszechnie akceptowane wzorce zachowań – wypracowane społecznie dla danego typu miejsc – wpływają na zachowanie ludzi w różnych miejscach w nieporównanie większym stopniu niż indywidualne preferencje jednostek. Ci sami ludzie zachowują się diametralnie inaczej w różnych miejscach – na przykład, nawet bardzo gadatliwe osoby zachowują milczenie w sali koncertowej lub w świątyni.

Przyjmowanie istnienia wzorców zachowań powszechnie akceptowanych w różnych miejscach i okolicznościach nie jest niczym zaskakującym. Ta sama idea zawarta jest w koncepcji skryptów poznawczych (Schank i Abelson, 1977). Skrypty poznawcze odnoszą się do „zdarzeń społecznych", takich jak przyjęcie weselne, egzamin czy pobyt w restauracji (Trzebiński, 1985). Skrypty wpływają na zachowanie ludzi oraz pozwalają zrozumieć sens konkretnych zachowań na tle obowiązujących norm. Nie powinno zatem dziwić przyjmowanie przez psychologów ekologicznych istnienia wzorców zachowań typowych dla różnych rodzajów ośrodków aktywności. To, co wzbudza krytykę, to jedynie ignorowanie indywidualnych zachowań, odbiegających czasem od akceptowanego społecznie wzorca z powodu osobistych doświadczeń, czy nawet genetycznych uwarunkowań jednostki.

E. P. Willems (1977) krytykuje taki brak zainteresowania indywidualnymi zachowaniami i poszerza o nie obszar badań będący przedmiotem zainteresowania psychologów ekologicznych. Aby odróżnić ten nurt badań od psychologii ekologicznej, używa terminu „ekologia behawioralna". Jednak podobnie jak psychologowie ekologiczni, uważa, że badania psychologów powinny być prowadzone w warunkach naturalnych – należy opisywać przebieg zachowań w naturalnym środowisku, rejestrować charakter specyficznych relacji „środowisko – człowiek", ich intensywność i częstość. Opis założeń, jakie powinna stawiać sobie ekologia behawioralna, upodabnia tę subdyscyplinę psychologii do etologii.

W przeciwieństwie do klasycznej etologii (Pisula i Pisula, 1994), ograniczającej się do badania zachowania zwierząt w naturalnym środowisku bez ingerencji badacza w przebieg badanych zjawisk, Willems (1977) traktuje opis zachowania jako podstawę do interwencji psychologicznej. Dla psychologa niezmiernie ważny w tym ujęciu jest cały system związków między człowiekiem a środowiskiem (Eliasz, 1992). Korekcyjne oddziaływania psychologów mogą być efektywne – zdaniem Willemsa (1977) – tylko wówczas, gdy oddziałuje się na cały system zależności danej osoby, której chcemy pomóc. Na przykład, skuteczna terapia dziecka nie jest możliwa bez równoczesnego oddziaływania na jego otoczenie. Obecnie taka myśl nie jest specjalnie oryginalna, choć praktyka nie zawsze jest spójna z takimi, dosyć powszechnie przyjmowanymi, założeniami. Zazwyczaj założenia takie przyjmuje się na przykład przy terapii alkoholików i zaburzeń seksualnych. Warto jednak podkreślić, że ten sposób myślenia jest ściśle związany z podstawowym założeniem ekologów behawioralnych, odnoszącym się do środowiska jako systemu.

Biologiczne, fizyczne i społeczne elementy środowiska stanowią **system zależności transakcyjnych**. W ramach takiego układu zależności zmiana jakiejkolwiek części wpływa na zmianę całości. Poglądy Willemsa (1977), dotyczące warunków skuteczności korekcyjnych oddziaływań psychologów, należy zatem uzupełnić, gdyż model transakcyjnych zależności zakłada także oddziaływanie całości na części: zmiana danej całości pociąga za sobą zmianę stanu i aktywności jej elementów składowych (Eliasz, 1981). Według nowego rozumienia pojęcia interakcji, postulowanego przez D. Magnussona (1990), podobnie wyglądają zależności interakcyjne. We wcześniejszych ujęciach odnosiły się one do względnie izolowanych elementów, z pominięciem roli całości (Eliasz, 1981, 1992).

54.1.4 Psychologia środowiskowa

Psychologię środowiskową można określić przez wskazanie postulatów metodologicznych i zarysowanie głównego obszaru badań, ale nie przez wskazanie teorii, która stanowiłaby podstawę jej rozwoju (por. Eliasz, 1993; Stokols, 1998). Na psychologię środowiskową składają się teorie o średnim poziomie ogólności, jak teoria prywatności w ujęciu I. Altmana (1975, 1981). W psychologii środowiskowej nie można także wskazać badaczy, którzy na jej rozwój mieliby równie duży wpływ, jak Barker i Wright w odniesieniu do psychologii ekologicznej. Ponadto nie ma jednego silnego ośrodka badań, który w sposób dominujący nadawałby jej kształt.

Głównym wyróżnikiem psychologii środowiskowej są kryteria metodologiczne. W najpełniejszej formie zostały one przedstawione przez H. M. Proshansky'ego (1976), w postaci pięciu postulatów.

Po pierwsze, badania psychologiczne powinny uwzględniać pełne zespolenie osoby badanej ze środowiskiem, w tym ze środowiskiem fizycznym. Takie zespolenie nie może zostać uwzględnione w warunkach laboratoryjnych nawet wówczas, gdy dobrze imitują one środowisko naturalne, ponieważ osoba badana odbierze taką sytuację jako sztuczną. Zatem w laboratorium – zdaniem psychologów środowiskowych – nie można stworzyć warunków umożliwiających pełną integrację osoby badanej ze środowiskiem. Jest to możliwe jedynie w warunkach naturalnych*.

Niezbędna jest przy tym współpraca z osobą badaną, gdyż bez jej udziału nie można prześledzić skomplikowanych związków człowieka ze środowiskiem. Współpraca z osobami badanymi jest także niezbędna ze względów etycznych, ponieważ okłamywanie osób badanych jest niedopuszczalne. Badanie człowieka w jego naturalnym otoczeniu powinno wiązać się z całościowym ujmowaniem zarówno środowiska, jak i samej osoby badanej. Ograniczanie się do izolowanych bodźców środowiska, jak też do izolowanych właściwości człowieka uniemożliwia badanie jego pełnych związków ze środowiskiem. Przy tego typu założeniach badania wymuszają naśladowanie procedury badawczej etologów. Tylko bowiem długotrwała obserwa-

* Przeczą temu badania eksperymentalne Zimbarda nad osobami badanymi, którym przypisano role więźniów i strażników. Tam – w warunkach sztucznych, bo eksperymentalnych – doszło do wręcz niebezpiecznego utożsamienia się badanych z rolami społecznymi (Zimbardo i Ruch, 1996). Zatem formułując opinię ostrożniej niż psychologowie środowiskowi, można się z nimi jedynie zgodzić, że wywołanie takich efektów w warunkach eksperymentalnych jest bardzo trudne i rzadko obserwowane.

cja umożliwia odkrywanie pełnych związków człowieka ze środowiskiem.

Po drugie, całościowe ujmowanie człowieka i środowiska wymaga, by w badaniach nie ograniczać się do zewnętrznych zachowań człowieka – tak jak to czyni ekologia behawioralna – lecz również uwzględniać jego procesy wewnętrzne. Należy także dążyć do „odkrywania" nieuświadamianych reakcji na środowisko życia.

Po trzecie, psycholog próbujący prześledzić związki człowieka z jego naturalnym środowiskiem nie powinien ograniczać swoich zainteresowań do formalnych aspektów procesów psychicznych. Zrozumienie związków człowieka ze środowiskiem możliwe jest poprzez analizę treści zdarzeń zachodzących w jego otoczeniu. Konkretne właściwości danego miejsca oraz szczegółowa charakterystyka ludzi przebywających w danym miejscu, a także dokładny opis ujawnianych w danym miejscu zachowań pozwalają zrozumieć relacje między człowiekiem a środowiskiem naturalnym. Przewidywanie czegoś na podstawie ogólnych procesów ma małą wartość prognostyczną, gdyż przebieg większości zjawisk zależy od kontekstu. Na przykład, dane warunki mogą wzbudzać poczucie zatłoczenia, gdy osoba koncentruje się na zadaniach, ale przy innym jej nastawieniu niemal identyczne warunki mogą sprzyjać bardzo dobremu samopoczuciu. Takie spostrzeżenia nie są w psychologii czymś nowym, lecz ze względu na trudności natury metodologicznej fakt ten był i jest w badaniach bardzo często pomijany.

Po czwarte, związki człowieka ze środowiskiem mają swój początek i koniec; mają zatem swoją historię. Niezbędne jest wobec tego rejestrowanie dynamiki tych związków z uwzględnieniem zmiennej czasu.

Po piąte wreszcie, fizyczne środowiska są społecznie zdefiniowane. W ich nazwach zakodowane są bowiem ich funkcje, na przykład dworzec, restauracja, kościół. Zatem opis zachowania człowieka w danym środowisku fizycznym musi zawierać charakterystykę odnoszącą się zarówno do cech czysto fizycznych środowiska, jak i do jego funkcji społecznych. Dopiero na tle takiego opisu możemy zrozumieć znaczenie konkretnych zachowań człowieka w danym środowisku.

Jest faktem oczywistym, że przedstawione założenia nie są w psychologii środowiskowej w pełni realizowane. Jest to raczej zestaw postulatów czy wartości, do których należy dążyć, konstruując program badawczy (Proshansky i O'Hanlon, 1977). Można stwierdzić, że mimo upływu czasu nie sposób wskazać badań, które uwzględniałyby wszystkie wymienione postulaty. Paradoksalnie, opisane wcześniej badania psychologów ekologicznych nad ośrodkami aktywności (Barker i Schoggen, 1977) najbliższe były przedstawionemu ideałowi. Jednak postulat uwzględniania indywidualnych zachowań, a tym bardziej – procesów intrapsychicznych, programowo odrzucano w psychologii ekologicznej rozwijanej w Lawrance przez Barkera i jego współpracowników.

Badania dotyczące ośrodków aktywności prowadzono w dwóch małych miasteczkach w USA i Anglii przez dziesięć lat, z ogromnym nakładem pracy wielu badaczy. Tego po prostu wymaga obserwacja zachowań człowieka w warunkach naturalnych. Konieczna jest obserwacja ludzi w różnych miejscach i w różnych sytuacjach. Badania takie są bardzo czasochłonne i wymagają angażowania licznych obserwatorów, którzy mogą śledzić zachowania ludzi w określonych miejscach w różnym czasie. Podobnie bardzo czasochłonne i kosztowne są procedury badawcze stosowane przez etologów. Należy tu jeszcze dodać, że badania te przeprowadzono we względnie małych środowiskach. Ponadto nie interesowano się indywidualnymi właściwościami i zachowaniami ludzi, ponieważ skoncentrowano się na grupowych procesach dostosowawczych. Można sobie zatem wyobrazić, jak trudne byłyby badania psychologów ekologicznych (zob. par. 54.1.3), nie wahamy się nawet stwierdzić, że niemożliwe, gdyby uwzględniały pierwszy i drugi postulat z listy Proshansky'ego. Nic więc dziwnego, że psychologowie ekologiczni ze szkoły Barkera i Wrighta upraszczali badaną rzeczywistość.

Nie zaskakuje również to, że zabrakło kontynuatorów tego nurtu badań. Stosunek nakładu sił do rezultatów – jakkolwiek wysoko by oceniać dorobek tego nurtu badań – był bowiem niezadowalający. Dlatego też psychologowie środowiskowi wybiórczo traktują wymienione postulaty badawcze, jednak nie odrzucają – jak zaznaczono wcześniej – analizy indywidualnych zachowań. Nie ograniczają się przy tym jedynie do czysto zewnętrznych zachowań. Interesują się także intrapsychicznymi procesami, subiektywnym odbiorem środowiska naturalnego. Zatem badając aktywność człowieka w jego naturalnym otoczeniu, psychologowie środowiskowi pojmują tę aktywność znacznie szerzej niż psychologowie ekologiczni skupieni wokół Barkera, Wrighta i Gumpa (Stokols, 1998).

W **psychologii środowiskowej** – podobnie jak w psychologii ekologicznej w ujęciu Barkera i Wrighta – uwzględnia się w badaniach **środowisko naturalne**, a jako niezmiernie ważne traktuje się **środowisko fizyczne**, które w innych działach psychologii jest często pomijane. Pojęcie środowiska naturalnego nie jest tu synonimem ekosystemu, na który składają się jedynie elementy przyrody żywej i nieożywionej, to jest odpowiednio – czynniki biotyczne i abiotyczne. Przez środowisko naturalne rozumie się tu także środowisko stworzone przez człowieka, zwłaszcza środowisko miejskie. Zatem gdy mowa o naturalnym środowisku, to ma się tu na myśli środowisko, w którym człowiek żyje, pracuje, bawi się itd. Jest ono przeciwstawiane środowisku laboratoryjnemu, w którym stwarzane są sztuczne warunki, z jakimi człowiek zazwyczaj w życiu się nie styka.

Psychologowie środowiskowi unikają nie tylko prowadzenia badań w nienaturalnym, laboratoryjnym środowisku fizycznym, ale dużą wagę przywiązują też do badania zachowań ludzi w jak najbardziej naturalnym środowisku społecznym. W wielu działach psychologii środowisko społeczne i człowiek w nim funkcjonujący są głównym przedmiotem zainteresowania. Bardzo często jednak środowisko społeczne jest organizowane „sztucznie", jak na przykład w bardzo znanych badaniach Zimbarda, C. Haneya, W. C. Banksa i D. Jaffe'a P. G. nad symulacją roli więźniów i strażników (Zimbardo i Ruch, 1996). Psychologia, a zwłaszcza psychologia społeczna, stworzyła na swój użytek – analogicznie do psychologii uczenia się – „króliki doświadczalne", którymi są zazwyczaj studenci. Choć psychologia społeczna także koncentruje się na środowisku, w opinii psychologów środowiskowych analizuje jedynie „sztuczne" osoby badane, w sztucznych lub w quasi-naturalnych warunkach i na ogół poza kontekstem środowiska fizycznego.

Dodać tu można, że badanie w warunkach naturalnych automatycznie wyklucza analizę izolowanych bodźców i prostych reakcji. Psychologia środowiskowa, nawet jeśli koncentruje się na jakimś rodzaju bodźców, to jednak uwzględnia kontekst, w jakim one występują. Przykładem może być badanie wpływu hałasu na funkcjonowanie człowieka. Okazuje się, że skutki hałasu zależą od wielu czynników związanych z charakterem czynności oraz z samym człowiekiem, to jest od jego wrażliwości, nastawienia, poczucia kontroli itp. Wpływ hałasu zależy także od czynników środowiskowych, na przykład od tego, czy hałas występuje w tak zwanym pierwszoplanowym, czy drugoplanowym środowisku (Evans i Cohen, 1987; Guski, 1977). Tak samo można tłumaczyć poczucie zatłoczenia w reakcji na różny stopień zagęszczenia środowiska (Stokols, 1976; Walmsley i Lewis, 1997). Bardzo ważny jest również kontekst, w jakim występują bodźce przy spostrzeżeniach wzrokowych. Często wpływa on na powstawanie różnego typu złudzeń wzrokowych. Dlatego też na podstawie badań laboratoryjnych nie można bezpośrednio wnioskować o wzrokowym spostrzeganiu przestrzeni architektonicznej i urbanistycznej (Bańka, 1997).

Psychologia środowiskowa rozwija się w dużej mierze na zasadzie negacji tego paradygmatu badań, który charakteryzuje psychologię społeczną. W związku z tym założenia metodologiczne psychologów środowiskowych – oparte na negowaniu często stoso-

wanych procedur badawczych psychologii społecznej – są przez nich faktycznie przestrzegane. Są one mniej rygorystyczne niż postulaty metodologiczne deklarowane przez Proshansky'ego (1976; zob. wcześniej) czy Altmana (1973). Badacze ci formułowali jednak swoje założenia niejako na wyrost, w początkowym okresie rozwoju psychologii środowiskowej, traktuje się je więc jako pewne cele, do których warto dążyć.

54.2

Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje postaw proekologicznych

Od lat pięćdziesiątych tego stulecia wzrasta zainteresowanie ochroną środowiska, wykraczające poza sferę ludzi zawodowo związanych z ekologią. Zainteresowanie to rozwija się w dwu nurtach. Jeden to refleksja filozoficzna i rozwój dyscyplin naukowych, w których podejmowany jest problem stosunku człowieka do przyrody. Drugi nurt to protesty ludzi przeciwko konkretnym przejawom dewastacji przyrody, które z czasem przybrały charakter ruchów społecznych skierowanych przeciwko różnym formom jej niszczenia. Ruchy te, niezależnie od znacznych różnic między nimi, określa się mianem „zielonych".

54.2.1 Etyka ekologiczna

Rozważania nad stosunkiem człowieka do środowiska i jego ochrony sprawiły, że kultura judeochrześcijańska poddana została krytyce za przeciwstawianie człowieka naturze. W latach sześćdziesiątych, zwłaszcza w środowiskach uniwersyteckich w USA, krytyka ta przybrała ostre formy (Dubos, 1986). Jednak amerykańscy biskupi kościoła katolickiego już w 1953 roku jednoznacznie wypowiedzieli się przeciwko uznawaniu wyłącznie utylitarnej wartości przyrody. Przy czym powoływali się oni – podobnie jak krytycy tradycji judeochrześcijańskiej – na Biblię. Według nich, zawiera ona przesłanie solidarności człowieka ze stworzeniami oraz ideę, że wszelkie istnienie naznaczone jest wewnętrzną wartością (Łukomski, 1994, s. 25). Natomiast według L. White'a (1967), to właśnie w biblijnym przesłaniu o panowaniu człowieka nad ziemią tkwią historyczne korzenie obecnego kryzysu ekologicznego. Kulturę judeochrześcijańską przeciwstawiono kulturom dalekowschodnim, które przyrodzie ożywionej i nieożywionej nadawały symboliczne znaczenie, czyniąc ją przez to bliską człowie-

RAMKA 54.2

Dubos (1986) wskazuje, że w chrześcijaństwie można czerpać inspirację zarówno z pierwszego, jak i z drugiego rozdziału Księgi Rodzaju. W pierwszym zawarta jest myśl, że człowiek został stworzony na podobieństwo Boga i że dana jest mu władza nad naturą, natomiast w drugim rozdziale człowiek jest w raju raczej gospodarzem niż panem. Inspirację czerpali stąd benedyktyni. Pozostawali oni z przyrodą w doskonałej harmonii, mimo że nie przyjmowali wobec niej postawy pełnej pokory, charakterystycznej dla św. Franciszka z Asyżu, którego White proponował jako patrona ekologów. Zwrot antropocentryczny w kierunku postaw traktujących przyrodę czysto utylitarnie dokonał się dopiero w XVIII wieku (Łukomski, 1994, s. 24–35).

kowi. Ze stanowiskiem White'a (1967) polemizował R. Dubos (1986), wskazując, że również na Dalekim Wschodzie czy – szerzej – poza kręgami dominacji kultury judeochrześcijańskiej występują przejawy znacznego zniszczenia środowiska.

Spór na temat stosunku człowieka do przyrody miał w latach sześćdziesiątych silne zabarwienie ideologiczne i był ściśle związany z preferowanym stylem życia. Trzeba przypomnieć, że w tym czasie ogromną popularnością wśród młodzieży cieszył się hipisowski styl życia. Jest też zrozumiałe, że White (1967) miał dużo zwolenników właśnie wśród hipisów.

Rozważania na temat postaw człowieka wobec przyrody stanowią fundament etyki ekologicznej, zamiennie nazywanej ekoetyką lub etyką środowiskową (Łukomski, 1994). Dotychczasowe systemy etyczne poddają ocenie czyny człowieka przede wszystkim w odniesieniu do relacji między ludźmi. W przeciwieństwie do nich, w ramach etyki ekologicznej podkreśla się moralną odpowiedzialność człowieka za przyrodę. Każda forma życia ma swoją autonomiczną wartość, niezależnie od bezpośredniej użyteczności dla człowieka, ponieważ poprzez swoje powiązania z innymi formami życia stwarza im – w tym także człowiekowi – dogodne warunki rozwoju. Przekonanie to wynika z założeń o jedności człowieka i przyrody. Zatem etyka ekologiczna wiąże się ze zmianą postaw – z antropocentrycznych na biocentryczne (Kocur, Trendak i Bukowski, 1997). Nie jest jednak powszechnie akceptowane przekonanie, że rezygnacja z postaw antropocentrycznych stanowi podstawę rozwoju etyki ekologicznej. Można spotkać się z poglądem, że odwoływanie się do rozumu i wolnej woli człowieka, który poprzez swoje zachowanie może uchronić przyrodę przed degradacją, faktycznie utrwala perspektywę antropocentryczną (Hajduk, 1991/1992).

Etyka ekologiczna splata się z bioetyką, która człowieka ujmuje jako psychologiczno-społeczną całość w obrębie przyrody. Bioetyka rozwija się na pograniczu etyki, prawa, nauk przyrodniczych i medycznych (Kocur i in., 1997). Nauki medyczne z kolei interesują się bezpośrednimi środowiskowymi uwarunkowaniami chorób. Wyodrębniła się na przykład psychiatria ekologiczna, zajmująca się zaburzeniami psychicznymi uwarunkowanymi czynnikami środowiskowymi, na przykład działaniem substancji toksycznych, a nawet świadomością zagrożeń ekologicznych (por. Kocur i in., 1997; Leksowski i Matysiakiewicz, 1997). Etyka ekologiczna nakazuje, by specjaliści różnych dyscyplin nie ograniczali się do swoich wąskich specjalizacji, ale wykraczali poza nie i – zgodnie ze swoją profesją – zajmowali się także działaniami proekologicznymi i edukacją ekologiczną. W wypadku lekarzy dotyczy to promocji zdrowia poprzez uświadamianie zagrożeń ekologicznych oraz promocji zdrowego stylu życia (Aleksandrowicz, 1988). Specjaliści różnych dziedzin, wespół z rodzinami, szkołami na różnych poziomach, a także z kościołami, powinni włączyć się w edukację ekologiczną (Łukomski, 1994).

W ramach etyki ekologicznej przyroda jest traktowana jako wartość, a stosunek do niej podlega ocenie moralnej. Można sądzić, że łatwość przyswojenia sobie przez ludzi etyki ekologicznej w dużym stopniu zależy od tego, w jakiej kulturze żyją. S. H. Schwartz (1997, 1998) przeprowadził analizę kultur i tego, na jakich wymiarach mogą być one opisywane oraz jakie odmienne podstawowe wartości są przyjmowane w ich obszarze. Charakteryzuje on kultury na wymiarach egalitaryzmu – hierarchii, harmonii – panowania, autonomii – zależności. Ze względu na stosunek do środowiska szczególnie interesujący jest tu wymiar harmonii *versus* panowania. Kultury, w których wartością jest harmonia, akcentują znaczenie pozostawania w zgodzie ze środowiskiem społecznym i fizycznym. Akceptują one środowisko naturalne i społeczne takimi, jakie są, dążą raczej do ich zachowania w niezmienionej postaci. Pod tym względem radykalnie różnią się od kultur, w których dominuje dążenie do panowania nad środowiskiem. Te ostatnie zachęcają lu-

dzi do ujarzmiania środowiska i do zmiany zarówno społecznego, jak i naturalnego środowiska życia, do przejawiania nad nim kontroli, do jego eksploatacji zgodnie z grupowymi lub indywidualnymi potrzebami. Wśród krajów pielęgnujących harmonię z otoczeniem Schwartz (1998) wymienia między innymi Norwegię i Finlandię. Natomiast kraje, w których dominuje kultura panowania nad otoczeniem, przejawiania nad nim kontroli, to między innymi USA i Japonia. Chyba nieprzypadkowo stosunek do przyrody różni kraje skandynawskie od tych ostatnich. Trzeba jednak przyznać, że – przynajmniej w USA – świadomość ekologiczna radykalnie się zmieniła w ciągu ostatnich trzydziestu lat.

54.2.2
Ruchy „zielonych"

Od kilkudziesięciu lat na Zachodzie i od końca lat osiemdziesiątych w Polsce żywiołowo rozwijają się ruchy „zielonych", które za swój podstawowy cel stawiają sobie ochronę środowiska i w efekcie – także człowieka. Naukowe wsparcie ruchy te mogą uzyskać w sozologii, to jest nauce o ochronie przyrody (Biela, 1984; Dołęga, 1993). Termin ten został wprowadzony przez polskiego geologa Goetla. To dzięki niemu powstały parki narodowe w Tatrach, Pieninach i na Babiej Górze.

Do najbardziej znanych należy ruch Greenpeace, który zasłynął wieloma ryzykownymi akcjami w obronie natury. Niektóre z nich, jak powstrzymanie Francji przed dalszymi próbami nuklearnymi na atolu Mururoa czy rezygnacja Australii z polowań na wieloryby, zakończyły się sukcesem okupionym wieloma dramatycznymi zdarzeniami. Protestujący narażali się na poważne ryzyko. Obecnie jednak na Zachodzie powstało wiele znacznie radykalniejszych ugrupowań, których członkowie nie tylko narażają siebie, ale też nie wahają się uciekać do przemocy, by wymóc rezygnację z energii jądrowej, samochodów, futer, mięsa itd. W Polsce także obserwujemy radykalizację ruchów ekologicznych, choć protestujący na razie tylko siebie narażają na kalectwo lub śmierć. Najbardziej spektakularne akcje dotyczyły elektrowni jądrowej w Żarnowcu, zapory w Czorsztynie i autostrady w pobliżu Góry Świętej Anny. Przejawem rozwoju zainteresowań ochroną naturalnego środowiska jest powstanie wielu czasopism o ogólnopolskim zasięgu. W samym kolportażu „Ruchu" można znaleźć ofertę siedemnastu czasopism dotyczących tej problematyki.

Powstawanie ruchów proekologicznych wiąże się ze zmianą mentalności ludzi, ewolucją ich stosunku do natury. Poczynając od *Raportu rzymskiego*, który ukazał krótkowzroczność rabunkowej eksploatacji zasobów naturalnych, radykalnie zmieniło się nastawienie społeczne wobec środowiska w krajach wysoko rozwiniętych. Dotyczy to jednak głównie Europy i USA. Natomiast w krajach o niskim poziomie rozwoju gospodarczego nadal brak wyraźnych zmian w świadomości społeczeństw w zakresie ich stosunku do natury, mimo iż w tych krajach także obserwuje się degradację przyrody. Na przykład, gdy kraje europejskie i USA, ze względu na ochronę lasów tropikalnych, zrezygnowały z importu mahoniu, kraje azjatyckie niebywale zwiększyły w tym zakresie swoje obroty. Nadal w wielu społecznościach dominują doraźne potrzeby i chęć eksploatacji wszelkich możliwych zasobów naturalnych nad chęcią zachowania środowiska naturalnego dla przyszłych pokoleń w stanie niezdewastowanym. Dzieje się tak pomimo ogólnie dostępnej wiedzy o nieodnawialnym charakterze wielu zasobów.

Przekonanie o konieczności rozsądnej eksploatacji surowców, po to by następne pokolenia także mogły z nich korzystać, wspierane jest przez świadomość globalnego charakteru zjawisk dotyczących naturalnego środowiska. Nie wystarczy zatem dbać o to, co bezpośrednio dotyczy społeczności, z którą się utożsamiamy. Konieczne jest zainteresowanie wszystkim, co odnosi się do naszej planety. Na przykład, wycinanie lasów w puszczy amazońskiej może, zdaniem specjalistów, wpłynąć na klimat na całym globie. Także gwałtowne burze w danym rejonie tłumaczone są niekiedy zmianami w środowisku na drugiej półkuli, a zanieczyszczenia przemysłowe środowiska stwierdzane są nawet na Antarktydzie. Również redukcja ozonu w atmosferze ziemskiej powodowana jest przez używanie freonu, niezależnie od lokalizacji jego użytkownika.

Zmiana nastawienia wobec natury nie dotyczy tylko grupy aktywistów ruchów ekologicznych. W wielu społeczeństwach, także w Polsce, następuje stopniowe odchodzenie od traktowania środowiska w kategoriach czysto utylitarnych, jako rezerwuaru surowców, a także towarowego wykorzystywania jego zasobów. Coraz mocniej podkreśla się estetyczne walory środowiska.

Badania preferencji estetycznych dowodzą, że generalnie ludziom bardziej podobają się krajobrazy naturalne niż kształtowane przez człowieka. Znajduje to wyraz nawet w ocenie zdjęć widoków przy różnym ich etykietowaniu. Gdy las bądź jezioro nazywano plantacją drzew lub zbiornikiem wody, wówczas ich oceny istotnie się obniżyły w stosunku do oceny zdjęć opatrzonych podpisami podkreślającymi naturalność środowiska (Pitt i Zubbe, 1987). Według L. M. Andersona (1981), im bardziej nazwy dotyczące krajobrazów ujawniały wpływ ludzi na środowisko, tym mniej się ono podobało. Odnosi się to nawet do zdjęć dotyczących w pełni naturalnych środowisk, z których jedne nazywane były parkami narodowymi, a inne – puszczą. Stwierdzono także wyższe oceny odnoszące się do środowiska naturalnego, ilekroć na zdjęciach widoczny był strumień, rzeka czy jezioro. Ujawnia to „odchylenie", inklinację preferencji estetycznych w kierunku środowiska naturalnego, które nie zostało „skażone" działalnością człowieka.

Wzrost liczby ludzi w społecznościach różnych kultur, którzy nie traktują środowiska naturalnego jako swego rodzaju magazynu surowców, nie gwarantuje, że środowisko naturalne nie będzie ulegać dewastacji. Wśród tych odłamów społeczeństw, które nastawione są na podziwianie piękna przyrody i na rekreację, także spotyka się poważne konflikty interesów i diametralnie różne postawy wobec środowiska. Wystarczy porównać nastawienie dwu grup narciarzy: narciarze pasjonujący się zjazdami diametralnie różnią się w tym zakresie od narciarzy, którzy na tak zwanych biegówkach uprawiają turystykę narciarską. Ci pierwsi zainteresowani są rozwojem infrastruktury narciarskiej, to jest kolejek linowych, wyciągów narciarskich, dobrze przygotowanych stoków do zjazdów itd. Natomiast turysta narciarski wybiera przede wszystkim szlaki możliwie „dzikie", bez widocznych śladów ingerencji człowieka. To samo można powiedzieć o miłośnikach skuterów wodnych *versus* żaglówek czy – w jeszcze większym stopniu – kajaków. Ich nastawienie do przyrody jest zdecydowanie odmienne, choć obie grupy stanowczo deklarują chęć ochrony środowiska naturalnego. Ochronę tę jednak różnie pojmują.

Radykalne postawy dotyczące ochrony środowiska wyrażają się tendencją do zachowania środowiska w stanie „dzikim" lub przywrócenia go do stanu w pełni naturalnego poprzez tworzenie rezerwatów. Bardziej umiarkowane rozumienie ochrony środowiska dopuszcza zarówno eksploatację surowców, jak i wykorzystywanie środowiska w celach rekreacji z uwzględnieniem odpowiedniej infrastruktury, ale też z zachowaniem równowagi, która nie tylko nie niszczy środowiska, lecz także chroni je dla przyszłych pokoleń. Ideą, jaka przyświeca temu nurtowi ochrony środowiska, jest jego mądre użytkowanie wspomagane naukowymi zasadami korzystania ze środowiska (Pitt i Zubbe, 1987; Stapp, Wals i Stankorb, 1996).

Postawy proekologiczne dotyczą nie tylko ochrony środowiska przyrodniczego, ale też poprawy warunków życia w środowisku miejskim. Ruchy „zielonych" przeciwstawiają się niszczeniu środowiska życia człowieka w mieście. Hałas i zanieczyszczenie powietrza wskazują jako jedne z głównych źródeł zagrożenia środowiska miejskiego. Zatem naturalnym ich wrogiem jest komuni-

kacja samochodowa. To ruchom „zielonych" zawdzięczamy tworzenie tras rowerowych w mieście i nakłanianie ludzi do zmiany stylu życia, a w efekcie do oszczędniejszego korzystania z zasobów naturalnych.

U podstaw wszelkich ruchów proekologicznych leży głębokie przeświadczenie, charakterystyczne dla psychologów ekologicznych/środowiskowych, że człowiek stanowi integralną część środowiska. Niszczenie środowiska musi zatem niekorzystnie wpływać na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka, jego styl życia i ogólną sprawność funkcjonowania. Pozostaje to w zgodzie z poglądami etyków ekologicznych (zob. wcześniej).

Ruchy proekologiczne przyjmują założenie, że nie tylko człowiek zmienia się pod wpływem zmian środowiska. Zakładają też, że współczesny tryb życia również często powoduje dewastację środowiska. Stąd optymizm „zielonych" i ich apele o zmianę stylu życia, o powrót do natury, wyrażające nadzieję na korzystny wpływ takich zmian na środowisko i – zwrotnie – na człowieka. Główne osiągnięcie ruchów „zielonych" polega na stopniowej zmianie stosunku społeczeństw do środowiska.

54.3

Rola przestrzeni w regulowaniu kontaktów z otoczeniem

Ludzie wykorzystują stosunki przestrzenne do nadawania znaczenia relacjom psychologicznym. Przyjmowanie pewnego dystansu wobec innych może służyć jako pozawerbalny komunikat stopnia bliskości emocjonalnej. Badania nad używaniem przez ludzi przestrzeni do określania wzajemnych relacji poprzedzone zostały obserwacjami zachowania zwierząt.

54.3.1

Zachowania terytorialne zwierząt i utrzymywanie dystansów między nimi

Badania zachowania zwierząt prowadzone przez etologów w naturalnych warunkach ujawniły bardzo duże znaczenie relacji przestrzennych zarówno między osobnikami tego samego gatunku, jak i między zwierzętami różnych gatunków. Stwierdzono charakterystyczne dla różnych gatunków zachowania terytorialne. **Przez terytorialność rozumie się instynkt do rezerwowania jakiegoś obszaru przez danego osobnika lub grupę osobników.** Można tu wyróżnić zawładnięcie, utrzymanie oraz znakowanie danego terytorium jako „własnego". Terytorialność reguluje zagęszczenie osobników danego gatunku na określonym terenie i rozwój gatunku bez nadmiernej eksploatacji środowiska. Poza terytorialnością wyróżnia się też dystanse: osobnicze, społeczne, ucieczki i krytyczne. Dwa pierwsze dotyczą relacji między zwierzętami tego samego gatunku, natomiast pozostałe odnoszą się do kontaktów między osobnikami różnych gatunków (Hall, 1976; Lorenz, 1996).

Naruszenie terytorialności i dystansów wiąże się z zaburzeniami zachowania, a także z masowym wymieraniem gatunków. Zaburzenia zachowania, zaobserwowane u szczurów w sytuacji znacznego zagęszczenia, nazwano „bagnem behawioralnym" (Calhoun, 1976). Stwierdzono też masowe wymieranie gatunków w sytuacji takiego zagęszczenia, które uniemożliwiało utrzymywanie właściwych dystansów między osobnikami tego samego gatunku. Szok wynikający z zagęszczenia powodował zaburzenia metaboliczne kończące się padaniem zwierząt na dużą skalę. W literaturze opisywane są przypadki gwałtownego spadku pogłowia jeleni oraz lemingów na obszarach, gdzie przeszkody terenowe uniemożliwiały terytorialną ekspansję tych zwierząt. Powodowało to drastyczne ich zagęszczenie z właściwymi mu dramatycznymi konsekwencjami (Linder, 1976; także Eliasz, 1993).

54.3.2

Zachowania terytorialne ludzi

Badania nad ludźmi ujawniły znaczne podobieństwa ich zachowań do prawidłowości stwierdzonych wśród zwierząt. Zaobserwowano wśród ludzi zachowania terytorialne, mające charakter przywiązania do miejsc i traktowania ich jako własnych. Rezerwowanie miejsc służy ludziom także w utrzymywaniu wzajemnych dystansów, w zachowaniu poczucia prywatności i w unikaniu zatłoczenia.

W pewnych sytuacjach ludzie roszczą sobie niekiedy pretensje do posiadania, kontroli i dysponowania miejscem. Według Proshansky'ego, Ittelsona i Rivlina (1976), ludzie organizują sobie środowisko fizyczne po to, by zwiększać swoją swobodę wyboru działań w danej sytuacji. Swoje „prawa" do danego miejsca sygnalizują poprzez różne formy jego oznakowania; ma to charakter rezerwowania miejsca i zniechęcania innych do zajmowania miejsc pobliskich. Często w tym celu wystarczy gazeta lub książka. Jednak im więcej chętnych do danego miejsca, tym bardziej osobiste rzeczy (na przykład torebka damska) okazują się skuteczne.

Według Altmana (1975), zależnie od charakteru terytorium stosujemy inne taktyki jego zajmowania i innych doznajemy odczuć przy ich naruszaniu. Terytoria trwale zajmowane na zasadzie wyłączności, jak pokój, mieszkanie czy gabinet, mają charakter **terytoriów pierwszoplanowych**, a ich naruszenie traktowane jest często jako osobisty afront. Natomiast w miejscach publicznych niejednokrotnie rościmy sobie prawo do danego miejsca na zasadzie niejako „zasiedzenia". Są to **terytoria drugoplanowe**. Tak się dzieje na przykład w czytelniach, klubach, szpitalach, na ławkach w parku itp. W takich sytuacjach często mamy jednak do czynienia z naruszaniem danego terytorium, do którego ktoś rości sobie prawo. Osoba naruszająca terytorium – czasem nieświadomie – traktowana jest jak intruz. Z reguły jednak „właściciele" danego terytorium cierpią w milczeniu. Niezwykle rzadko dają wyraz swej niechęci do intruza, a przy obcesowym naruszeniu terytorium wycofują się i rezygnują z danego miejsca, na przykład z miejsca na parkowej ławce. Takie zachowanie jest szczególnie dotkliwie odbierane, gdy wokół nie brakuje miejsc, a także gdy „nieproszony" na danym terytorium gość natrętnie wpatruje się we „właściciela" danego miejsca.

Ludzie w czytelni, w środkach komunikacji publicznej i w parku szukają miejsc oddalonych od innych. Dobrze kulturowo utrwalone (przynajmniej w Polsce) jest poszukiwanie – o ile to możliwe – miejsc wolnych, otoczonych miejscami, które także nie są zajęte przez innych. Osoby okupujące miejsce często próbują również zniechęcić innych do zajmowania miejsc w bezpośrednim sąsiedztwie. Zachowanie to wiąże się bezpośrednio z tendencją ludzi do utrzymywania dystansów między sobą (Eliasz, 1993).

W instytucjach określone przestrzenie wykorzystywane są przez pracowników zgodnie z pewnymi regułami. Tworzy się nieformalny system zachowań terytorialnych, typowy dla wyodrębnionych przestrzeni danej instytucji. Zachowania terytorialne zależą przy tym od pozycji pracowników w strukturze przedsiębiorstwa. Niekiedy powstaje nawet specyficzna subkultura zachowań terytorialnych typowych dla danej instytucji (Bańka, 1997).

54.3.3

Dystanse przestrzenne między ludźmi

Dystanse między ludźmi w odniesieniu do pewnej kategorii Amerykanów opisał Hall (1976) w książce noszącej tytuł *Ukryty wy-*

miar. Mówi on o języku przestrzeni, gdyż według niego, ludzie, ustalając wzajemne dystanse przestrzenne, komunikują, jakie relacje psychiczne między sobą pragną zachować. Jednak znaczenia dystansów zrozumiałe są tylko wśród ludzi danej kultury; są one wytworem kulturowym, służącym porozumiewaniu się ludzi między sobą. Preferowana odległość między ludźmi zależy od ich pozycji społecznej, bliskości emocjonalnej i nastroju, od wykonywanych zadań i czynności oraz od charakteru interakcji społecznych (współpraca *versus* rywalizacja; Sinha i Mukherjee, 1996). Przy czym w obrębie różnych kultur stwierdzono wyraźne różnice między płciami w zakresie utrzymywanych dystansów. Kobiety na ogół skłonne są utrzymywać znacznie bliższe przestrzenne relacje z innymi, to jest zbliżają się do innych i pozwalają się innym zbliżać do siebie na bliższą odległość, niż czynią to mężczyźni. Również dzieci, a także młodzież skłonna jest utrzymywać bliższe dystanse niż dorośli (Cassidy, 1997). Indywidualne zróżnicowanie w zakresie utrzymywania dystansów najprawdopodobniej utrzymuje się w ciągu życia, ponieważ zachowania przestrzenne człowieka stanowią spójny system z jego osobowościowymi właściwościami, w tym z jego nadwrażliwością na bodźce społeczne, takie jak krytyka. Wyniki te zgromadzono w prowadzonych przez trzydzieści jeden lat podłużnych badaniach kobiet (Klohnen i Bera, 1998).

Wyróżnione przez Halla dystanse to dystans intymny, indywidualny, społeczny i publiczny. Pierwsze dwa dotyczą bardzo bliskich kontaktów między ludźmi. Przy dystansie społecznym kontakt między ludźmi nabiera charakteru formalnego, a dystans publiczny odnosi się do kontaktów już bardzo sformalizowanych, oficjalnych. Charakterystyczne jest przy tym to, że rodzaj relacji rzutuje na przyjmowany przez ludzi dystans. Na przykład, do ludzi zajmujących bardzo wysokie stanowiska inni podchodzą – o ile nie mają wyraźnego przyzwolenia na zbliżenie – tylko na odległość dystansu publicznego. Charakterystyczna jest też zależność odwrotna, to jest przyjęty dystans kształtuje charakter porozumiewania się ludzi. Na przykład, przy zachowaniu dystansu publicznego ludzie przyjmują bardzo oficjalny, formalny styl komunikowania się ze sobą. Barbara Bokus (1986) opisała, jak dystans – przypadkowo wyznaczony przez otoczenie – rzutuje nawet na zachowanie dzieci. Opisywano również, jak przypadkowo „skrócony" dystans wpływał w pewnych okolicznościach na poprawę nastroju. I tak, niby niezamierzone dotknięcie przez kelnerkę dłoni lub ramienia gościa zwiększało jego hojność wyrażaną w napiwkach (Crusco i Wetzel, 1984). Takie „skracanie" dystansów nie zawsze jest jednak bezpieczne. Pewne sytuacje bądź osobiste preferencje ludzi mogą powodować niechęć do osób pozwalających sobie na zachowanie interpretowane jako zbyt „poufałe", lub wręcz wrogie. Jak się okazuje, agresywni przestępcy zbliżanie się innych na zbyt małą odległość skłonni są interpretować w kategoriach wrogości. Boją się oni agresji innych osób, obawiają się też, że sami nie zapanują nad swoimi agresywnymi odczuciami wobec innych (Eliasz, 1993; Linder, 1976).

Hall (1976) opisał dystanse odnoszące się do populacji białych Amerykanów pochodzących z klasy średniej. Podał typowe dla tych dystansów odległości w centymetrach i metrach. Kulturowe uwarunkowania są jednak bardzo wyraźne nawet w odniesieniu do Amerykanów: zarówno Latynosi, jak Czarni, mieszkający w USA, utrzymują bliższe relacje przestrzenne między sobą w obrębie wyróżnionych kategorii dystansów. Podobne różnice można sobie wyobrazić między ludźmi południa i północy Europy. Bardzo wyraźne różnice stwierdzono między Anglikami i Arabami, a także między Amerykanami i Włochami. To, co dla pierwszych jest już nieledwie molestowaniem seksualnym, dla drugich może być okazywaniem życzliwości (Cassidy, 1997).

Zarówno zachowania terytorialne, jak i utrzymywanie stosownych dystansów między sobą, a zatem dążenie ludzi do organizowania sobie przestrzeni, służą zachowaniu poczucia prywatności i redukowaniu zatłoczenia.

54.3.4
Poczucie prywatności

Przez poczucie prywatności rozumie się odczucia towarzyszące efektywnej i selektywnej kontroli podmiotu nad stopniem dostępności innych osób do własnego Ja lub do Ja członków danej wspólnoty (Altman, 1975). Według Altmana, poczucie prywatności osiąga się poprzez stosowanie różnego typu barier między Ja osobistym lub grupowym a otoczeniem, przy czym bariery te czyni się „przenikalnymi" dla wybranych osób bądź dla ogółu, ale tylko w pewnych sytuacjach. Inni badacze podkreślają, że dążenie do prywatności jest tożsame z dążeniem do swobody wyboru działań i kontroli stymulacji społecznej.

Regulacja dostępu innych do własnego Ja, innymi słowy – regulacja prywatności, dokonuje się w sposób werbalny i pozawerbalny. Możemy komuś otwarcie, słownie komunikować chęć zbliżenia lub odizolowania się. Możemy też porozumiewać się z innymi, stosując zrozumiały tylko dla nich system znaczeń, lub porozumiewać się w języku obcym, jeśli jest on niezrozumiały dla osób niepowołanych. Możliwe jest też, stosowne do sytuacji, ściszanie głosu.

Pewne niewerbalne komunikaty ludzie przekazują innym również wtedy, gdy chcą uczynić bardziej lub mniej przenikalnymi istniejące między nimi bariery. Na ogół komunikaty niewerbalne mają charakter mniej bezpośredni niż komunikaty werbalne. Takim komunikatem może być przyjęcie bardziej bądź mniej przyzwalającej postawy, a także gestykulacja i mimika. Niewerbalne sposoby polegają również na takim dystansowaniu się od innych lub na zajmowaniu takich terytoriów, by inni nie mogli zakłócić naszej prywatności. Naturalnie, poczuciu prywatności może też służyć odpowiednia organizacja przestrzeni i jej wyposażenie. Dotyczy to przede wszystkim mieszkań, ale także miejsc pracy.

Często względy materialne uniemożliwiają przestrzenne odgradzanie się od innych w celu osiągnięcia poczucia prywatności. Istnieją wręcz środowiska pozbawione prywatności, co ma poważne konsekwencje dla psychicznego funkcjonowania ludzi (Rizzini i Lusk, 1995). Natomiast ze względu na czynniki społeczne znacznie ogranicza się prywatność ludzi zajmujących stanowiska publiczne. Zatem na obu końcach kontinuum statusu społecznego ludzie dotkliwie doświadczają braku poczucia prywatności (Cassidy, 1997).

Stopień symbolicznego lub realnego odgradzania się od innych jest uwarunkowany różnicami indywidualnymi, ale też kulturowymi. Niestety, kontrola dostępności do Ja poprzez kontrolę „wejść" i „wyjść" jest niekiedy przesadna. Można przy tym przesadzić zarówno w izolowaniu się od innych, jak i w odsłanianiu wobec nich swoich osobistych spraw. Na biegunach wymiaru prywatności mamy wtedy z jednej strony izolowanie się, z drugiej – ekshibicjonizm. Jednak izolacja może być przeciwieństwem poczucia zatłoczenia, gdy sytuacja zagęszczenia osób w danej przestrzeni uniemożliwia osiągnięcie pożądanego poczucia prywatności. W takim wypadku zarówno izolacja, jak i poczucie zatłoczenia wzbudzają negatywne odczucia. Na ogół pożądany jest pośredni stan między izolacją a zatłoczeniem.

54.3.5
Zatłoczenie

W literaturze przedmiotu powszechnie rozróżnia się **zagęszczenie** (*density*), pojmowane jako obiektywne nagromadzenie ludzi lub rzeczy w danej przestrzeni, od jego subiektywnego odbioru. Subiektywne odczucia towarzyszące zagęszczeniu określa się mianem poczucia zatłoczenia (*crowding*), czy też prościej – **zatłoczenia**.

Według Stokolsa (1972) oraz Choi, Mirjafari i Weaver (1976), zagęszczenie jest warunkiem koniecznym wystąpienia poczucia zatłoczenia, lecz nie jest warunkiem wystarczającym. Trudno nam jednak zrozumieć, co

znaczy w tym kontekście zagęszczenie jako warunek konieczny powstania zatłoczenia, skoro jego odbiór warunkują zarówno różnice indywidualne, jak i czynniki sytuacyjne. To, co dla jednych jest już zagęszczeniem, dla innych jeszcze nim nie jest. Na odbiór zagęszczenia poza czynnikami sytuacyjnymi mają też wpływ zmienne osobowościowe, jak introwersja – ekstrawersja (Malik i Batra, 1997). Zatem zrozumiałe może być tylko zastrzeżenie, że samo zagęszczenie nie jest czynnikiem wystarczającym do wywołania zatłoczenia. Duże zagęszczenie ludzi jest czymś, co czasem zupełnie nie przeszkadza, na przykład w dyskotece. Niektórzy czują się doskonale także w pomieszczeniach zagęszczonych różnymi rzeczami, wręcz zagraconych.

Stokols (1976), najbardziej uznany badacz zatłoczenia, pojęcie to definiuje jako formę psychicznego stresu, powstałego na skutek dostrzeżenia, że dostępna przestrzeń jest mniejsza od przestrzeni pożądanej. Zatem Stokols uwzględnia tu indywidualny odbiór zagęszczenia dostępnej przestrzeni. Takie rozumienie zatłoczenia bezpośrednio nawiązuje do „stresu" w ujęciu Lazarusa (zob. rozdz. 56.), który przyczyny stresu upatruje w rozbieżności między potrzebami a percypowanymi możliwościami. Akcentowanie tu swoistej potrzeby przestrzeni prowadzi jednak do zawężenia pojęcia zatłoczenia nawet w stosunku do tego, co sam Stokols pisze na temat przyczyn zatłoczenia. Według niego, powodowane jest ono przez: (1) stymulacyjne przeciążenie, (2) ograniczenie swobody wyboru zachowań oraz (3) niedobór różnego typu zasobów w stosunku do liczby osób pragnących z nich skorzystać (Stokols, 1976). Również Evans i Lepore (1992) wymieniają trzy przyczyny. Dwie pierwsze powtarzają za Stokolsem, ale w miejsce trzeciej jako niezależną przyczynę podają brak poczucia kontroli nad otoczeniem. W wypadku ograniczonej swobody wyboru zachowań także mamy do czynienia z ograniczoną kontrolą. Ów brak kontroli Stokols wiąże jednak z obecnością innych osób i brakiem przestrzeni. Natomiast zdaniem Evansa i Lepore (1992), może on być powodowany również innymi czynnikami niż zagęszczenie ludzi czy rzeczy. Może być efektem specyficznych relacji społecznych. Na przykład, pewne formy opieki w szpitalach czy w domach opieki społecznej pozbawiają pensjonariuszy możliwości kontrolowania czegokolwiek. W rezultacie nawet przy intersubiektywnie niezbyt dużym zagęszczeniu w takich ośrodkach budzi się poczucie zatłoczenia u sporej części pensjonariuszy lub pacjentów (Eliasz, 1993).

Stymulacyjne przeciążenie najłatwiej dostrzec w sytuacji miejskiego zagęszczenia ludzi, samochodów i domów. Jednak nie tylko ich zagęszczenie na danej przestrzeni może wywołać takie odczucie. Ważna jest tu także heteronomiczność bodźców. Zróżnicowanie ludzi, rzeczy i obiektów budowlanych czy rozwiązań urbanistycznych potęguje odczucia nadmiaru bodźców. Również hałas może wzmagać odczucie zatłoczenia. Jest ono związane nie tylko ze stymulacją sensoryczną, lecz także społeczną. Ponadto poznawcza złożoność sytuacji wzmaga odbieraną stymulację. Dlatego też relatywnie niewielka liczba osób na danej powierzchni może wzbudzać poczucie zatłoczenia. Tak się może dziać zwłaszcza wówczas, gdy osoby te są bardzo różne, podejmują różne tematy, a my skoncentrowani jesteśmy na zadaniach. Zupełnie inaczej sytuacja się przedstawia, gdy identyczna liczba osób spotyka się towarzysko. Inne nastawienie umożliwia nam dobrą tolerancję takiej samej liczby bodźców sensorycznych, które wówczas mają dla nas inne znaczenie. Z wiedzy na temat relacji między charakterem stymulacji a pobudzeniem wynika, że znaczenie bodźca może tu być kluczowe dla wywołania silnego pobudzenia przez daną stymulację (Eliasz, 1981, 1990). Przy tym pobudzenie może być w pewnych sytuacjach pożądane (na przykład podczas zabawy) lub odbierane zdecydowanie negatywnie (na przykład w sytuacji wymagającej skupienia). Zdecydowanie negatywny wpływ ma trwałe odczuwanie zatłoczenia (Torrey i Yolken, 1998).

Poczucie zatłoczenia często może wywoływać nie duża liczba osób czy rzeczy, lecz ograniczona przestrzeń utrudniająca **swobodę wyboru zachowań** przez podmiot. Tutaj także nie tylko ograniczona przestrzeń, lecz również konieczność, na przykład, koordynacji przez podmiot zachowań z innymi osobami może nasilać poczucie zatłoczenia. Często mamy tu zarazem do czynienia z naruszeniem prywatności i terytorialności. W wypadku zatłoczenia powodowanego przez zagęszczenie ludzi szczególne znaczenie ma też interpretacja przez podmiot, czy zachowania innych są **zachowaniami neutralnymi** wymuszonymi sytuacją, czy też są **intencjonalnie wymierzone w podmiot**. Duże znaczenie ma również to, czy poczucie zatłoczenia występuje w środowisku pierwszoplanowym, czy drugoplanowym. W **pierwszoplanowym**: (1) spędzamy dużo czasu, (2) kontakty z innymi mają charakter osobisty i (3) jest to teren ważnych dla podmiotu form aktywności. W **środowisku drugoplanowym**: (1) bywamy przelotnie, (2) kontakty z innymi mają na ogół charakter anonimowy i (3) aktywność w nim nie ma dla podmiotu podstawowego znaczenia (Stokols, 1976). Zależnie od interpretacji zachowań innych osób i od charakteru środowiska poczucie zatłoczenia ma różną intensywność, towarzyszą mu też inne emocje i zachowania (zob. tab. 54.1).

Przy pomiarze zatłoczenia powodowanego przez nadmiar stymulacji przyjmuje się z reguły jako stałą wartość daną powierzchnię przy zmiennej liczbie osób lub rzeczy.

TABELA 54.1

Emocje i zachowania towarzyszące zatłoczeniu neutralnemu i osobistemu w środowisku pierwszo- i drugoplanowym

ŚRODOWISKO	ZATŁOCZENIE NEUTRALNE	ZATŁOCZENIE OSOBISTE
pierwszoplanowe	**Irytacja** – dążenie do zwiększenia przestrzeni fizycznej – powiększanie przestrzeni psychologicznej lub koordynowanie zachowań z innymi – wycofywanie	**Wrogość lub alienacja** – dążenie do zwiększenia dystansu wobec innych – agresja (przy wrogości) – pasywne wycofywanie się (przy alienacji)
drugoplanowe	**Słaba irytacja** – dążenie do zwiększenia przestrzeni fizycznej – reaktancja lub poprawa koordynacji działań z innymi	**Irytacja lub lęk** – dążenie do zwiększenia dystansu wobec innych – skłonność do samoobrony lub do opuszczenia sytuacji

Uwaga. Intensywność emocji ilustrowana jest intensywnością przyciemnienia pola tabeli. → W środowisku pierwszoplanowym występuje tendencja do przechodzenia od początkowego interpretowania zatłoczenia w kategoriach neutralnych, to jest nieskierowanych przeciwko podmiotowi (by mu w jakiś sposób szkodzić), do kategorii intencji osobistego szkodzenia podmiotowi, a zatem następuje przechodzenie od zatłoczenia neutralnego do osobistego. ← W środowisku drugoplanowym występuje skłonność do stopniowego „odpersonalizowania" sytuacji i odchodzenie od dopatrywania się złych intencji w otoczeniu.

Liczba osób i rzeczy oraz ich złożoność decydują o ich odbiorze w kategoriach zatłoczenia. Natomiast przy badaniu zatłoczenia będącego efektem ograniczenia swobody zachowań podmiotu stałą wartością jest liczba osób lub rzeczy, a zmienną stanowi wielkość dostępnej przestrzeni.

Szerokie rozumienie zatłoczenia, pojmowanego również jako efekt **niedoboru zasobów w stosunku do potrzeb** osób (zob. wcześniej – pogląd Stokolsa) lub jako efekt **braku kontroli** (pogląd Evansa i Lepore), w istocie abstrahuje od przestrzeni. Przyczyny te nie są związane z przestrzenią. Zatem „zatłoczenie" będące ich efektem nie mieści się w definicji zatłoczenia powszechnie przyjętej w literaturze przedmiotu za Stokolsem.

Niedobór zasobów środowiska w stosunku do potrzeb ludzi dotyczy zjawiska ośrodków aktywności, które opisali Barker i Wright (zob. par. 54.1.3). Mamy tam do czynienia z dużą liczbą osób chętnych do podejmowania danych form aktywności. Jednak istotny jest tu stosunek tej liczby osób nie do wielkości przestrzeni, lecz do zadań i ról społecznych, które mogą być podejmowane przez członków danego ośrodka aktywności.

Kontrola poznawcza i behawioralna, akcentowana z kolei przez Evansa i Lepore (1992), może być utrudniona w sytuacji zagęszczenia. Jednak – jak wcześniej wskazano – kontrola lub jej brak są bardzo często związane z zasadami funkcjonowania danej społeczności, z relacjami interpersonalnymi, z pozycją danej osoby w grupie i z podobnymi czynnikami natury psychologicznej, a przestrzeń nie jest tu najważniejsza.

Badacze zatłoczenia wyróżniają **zatłoczenie fizyczne i społeczne**, które często ze sobą współwystępują. Jednak różne czynniki specyficzne nasilają odczucia zatłoczenia w obu typach środowiska (Eliasz, 1993).

TABELA 54.2

Czynniki specyficzne mające wpływ na wielkość zatłoczenia

PRZY ZATŁOCZENIU FIZYCZNYM	PRZY ZATŁOCZENIU SPOŁECZNYM
1. Percepcyjne aspekty środowiska ■ zamknięte przestrzenie, zabudowane w sposób mało czytelny, chaotyczny, z krętymi drogami 2. Konfiguracja środowiska na zewnątrz domów lub mieszkań ■ narażająca na częste kontakty z innymi lub pozwalająca na względną izolację 3. Wewnątrz pomieszczeń ■ liczba drzwi i okien ■ kolor ścian ■ kształt pomieszczeń i wysokość sufitu ■ umeblowanie i oświetlenie ■ temperatura, wilgotność powietrza, hałas	1. Typ społecznej interakcji ■ rywalizacja (uwrażliwia) *versus* współpraca grupowa 2. Rodzaj aktywności ■ aktywność indywidualna (uwrażliwia) *versus* grupowa 3. Normy społeczne obowiązujące w danej sytuacji 4. Zróżnicowanie ludzi 5. Kategoryzacja członków grupy 6. Liczba społecznych interakcji 7. Bliskość fizyczna osób

Niespecyficznymi czynnikami nasilającymi doznawane poczucie zatłoczenia, to jest takimi, które nie są związane z charakterem zagęszczenia, są stan i właściwości podmiotu. Można tu wymienić stan fizyczny i emocjonalny podmiotu. Zarówno zmęczenie, jak i znudzenie mogą zwiększać podatność na odczuwanie zatłoczenia. Także cechy temperamentu i osobowości mogą temu sprzyjać, na przykład impulsywność, lęk, agresywność czy introwersja – ekstrawersja (Choi i in., 1976; Malik i Batra, 1997). **Czynnikami specyficznymi** nasilającymi poczucie zatłoczenia są takie czynniki, które mają związek z charakterem zatłoczenia (zob. tab. 54.2).

54.3.6
Organizacja przestrzeni sprzyjająca interakcjom społecznym

Organizacja przestrzeni może bardzo sprzyjać wzbudzaniu takich stanów psychicznych, które uwrażliwiają na zatłoczenie i skłaniają do ograniczania interakcji społecznych. W pewnych warunkach przestrzennych ludzie odczuwają nadmiar przypadkowych kontaktów społecznych i w efekcie próbują je zredukować. Typowym przykładem przestrzennych rozwiązań, które wymuszają takie kontakty, są szpitale o źle zaprojektowanej przestrzeni (Bańka, 1997). Inny charakter kontaktów, także wymuszonych, charakteryzuje domy mieszkalne z długimi korytarzami (tak zwane korytarzowce), z licznymi mieszkaniami przylegającymi do nich jak w typowym hotelu. Jego przeciwieństwem są domy z klatką schodową, wokół której na jednym piętrze zlokalizowanych jest od dwóch do czterech mieszkań. Pierwszy rodzaj budynków naraża na liczne kontakty z ludźmi bardzo słabo znanymi. W efekcie nie wykazują oni chęci wzajemnego poznania, poruszają się zatem wśród licznych znajomych jedynie z widzenia – są to „znajomi obcy", według terminologii Milgrama (1976). Zupełnie inaczej relacje interpersonalne kształtują się wówczas, gdy na klatce schodowej na danym piętrze znajduje się zaledwie kilka mieszkań i na dodatek dom nie jest wielopiętrowy. Kontakty mają tam bardziej osobisty charakter, chociaż we współczesnych miastach o relacjach interpersonalnych prawdopodobnie w coraz mniejszym stopniu decyduje bliskość przestrzenna osób (Eliasz, 1993).

Badania nad studentami żyjącymi w akademikach z długimi korytarzami wyraźnie potwierdziły niechęć do nawiązywania kontaktów z kolegami. Zupełnie inaczej sytuacja przedstawiała się w akademikach o innym układzie przestrzennym lub w korytarzowcach pomniejszonych funkcjonalnie, to jest z pomieszczeniami socjalnymi pośrodku i na końcu korytarza. Układ pomieszczeń sprawił, że wyodrębniły się dwie mniejsze grupy studentów spotykających się we wspólnych pomieszczeniach. Okazało się, że poczucie zatłoczenia i nasilone dążenie do izolowania się od innych w takiej sytuacji zmalało (Baum i Paulus, 1987; Baum i Valins, 1977). Również badania dotyczące wpływu bardzo dużych, wielopiętrowych akademików wykazały ich negatywny wpływ na chęć współpracy, postawy odpowiedzialności społecznej i trwałość więzi przyjacielskich (Bańka, 1997). W wypadku ludzi niedołężnych łatwość poruszania się w labiryncie dużych domów dzięki ułatwieniom w poruszaniu się i czytelnemu oznakowaniu zwiększa chęć nawiązywania kontaktów społecznych (Ortega-Andeane i Urbina-Soria, 1988).

Poza architekturą domów również wykorzystanie wnętrz ma wpływ na chęć nawiązywania interakcji społecznych. Wcześniej przedstawiono przykład funkcjonalnego podziału dużego korytarza w akademiku. Okazuje się, że także wyposażenie wnętrz i rozstawienie mebli ma wpływ na charakter kontaktów interpersonalnych. Ustawienie krzeseł w rzędzie, jak w poczekalni, wyraźnie takim kontaktom nie sprzyja, lecz jeśli już do interakcji dochodzi, to na ogół przebiega ona w parach między ludźmi siedzącymi obok siebie. Natomiast ustawienie krzeseł w kręgu lub

przy małych stołach pomaga w nawiązaniu rozmowy, w której na ogół uczestniczą wszyscy zajmujący miejsce przy danym stole. Także ludzie siedzący przy długich stołach wybierają sobie rozmówcę nieprzypadkowo. Zazwyczaj zwracają się do osób siedzących naprzeciwko. Szczególnie korzystny dla kontaktów jest układ narożny, to jest gdy rozmówcy siedzą przy rogu stołu, pod kątem prostym (Eliasz, 1993).

Przedstawione dane przekonują, że zasadne jest – jak to czyni Osmond (za: Hall, 1976) – wyróżnianie przestrzeni „dospołecznych" i „odspołecznych". W tych pierwszych, jak w kawiarniach, ludzie chętnie się spotykają i prowadzą z innymi rozmowy. W tych drugich, na przykład na dworcach, ludzie raczej unikają kontaktów z innymi. Dzieje się tak z reguły nieprzypadkowo. Miejsca te czemu innemu mają służyć i ich przestrzenna organizacja powinna być tym celom podporządkowana. Zaskakuje nas dopiero sytuacja, kiedy z założenia „dospołeczne" przestrzenie utrudniają kontakty. Coraz rzadziej wprawdzie, ale jeszcze można zobaczyć kawiarnie z „minionego" okresu: wyglądają jak wielkie hale pozbawione intymności niezbędnej, by czuć się w nich dobrze. W takich przestrzeniach mamy raczej ochotę – jak na dworcu – szybko załatwić swoje sprawy i opuścić nieprzytulne wnętrze. Takie przypuszczenia potwierdzają badania nad zachowaniem studentów w stołówce. W wielkiej sali studenci szybko spożywali potrawy, nie prowadząc rozmów. Natomiast w stołówce z małymi, wydzielonymi pomieszczeniami studenci prowadzili ożywione rozmowy (Holahan i Wandersman, 1987).

54.4
Środowisko miejskie

Środowisko miejskie, a zwłaszcza wielkomiejskie, przyciąga jak magnes coraz to nowych przybyszów, mimo powszechnej idealizacji życia wśród natury. Na świecie obserwuje się też tendencję do życia poza miastem, lecz jednak w jego pobliżu (Cassidy, 1997). Umożliwia to czerpanie korzyści z miasta, a zarazem unikanie niedogodności mieszkania w nim. Korzyści to zwiększony dostęp do wielu dóbr – do rynku pracy, instytucji edukacyjnych, medycznych i kulturalnych. J. M. Ramirez (1984) opisuje możliwe konsekwencje nasilania się w miastach tendencji odśrodkowych i intensywny rozwój rejonów podmiejskich. Odwołuje się do poglądów Lewisa Mumforda, który roztacza wizję rozwoju **„niewidzialnych miast"**, to jest względnie małych miejscowości, bez ich nadmiernej koncentracji, z bardzo dobrymi połączeniami komunikacyjnymi między nimi. Rozwój rejonów z równomiernym rozkładem przestrzennym „niewidzialnych miast" pozwoli na łączenie pozytywnych aspektów wielkich miast bez ich negatywnych oddziaływań na mieszkańców. Według Ramireza, proces tworzenia takich „niewidzialnych miast" będzie spontaniczny i stopniowo w takie rejony przenosić się będzie coraz więcej ludzi, skupionych obecnie w wielkich aglomeracjach. Mimo rozwoju terenów podmiejskich nadal w wielu krajach notuje się dużą koncentrację ludzi na małej przestrzeni – na przykład w USA około 70% ludności mieszka na obszarze, który odpowiada 2% powierzchni kraju (za: Cassidy, 1997).

54.4.1
Stres wielkomiejski

U ludzi zamieszkujących duże miasta od dawna obserwuje się wiele objawów świadczących o negatywnych konsekwencjach życia w mieście (Freeman i Stansfeld, 1998). Jest to zrozumiałe, bo w takim środowisku oddziałuje na nich wielka liczba różnorodnych bodźców fizycznych i społecznych. Mają one często znaczną siłę fizyczną, a część bodźców odznacza się także dużą złożonością poznawczą oraz niejasnością, ponadto ludzie mają

nad nimi na ogół niewielką kontrolę poznawczą i behawioralną. Dodatkowym czynnikiem obciążającym jest lęk odczuwany na skutek częstego przekraczania w mieście preferowanych dystansów społecznych, właściwych dla różnych sytuacji (Freeman i Stansfeld, 1998). Te aspekty bodźców decydują o ich sile wywieranej na podmiot i wyrażanej stopniem pobudzenia (Eliasz, 1995; Strelau, 1998). Sprawia to, że można mówić o przeciążeniu stymulacją w wielkich miastach i o stresie miejskim, jakiemu ulega znaczna część mieszkańców, a nawet przybysze.

Główne konsekwencje stresu miejskiego uwidaczniają się w zakresie:

(1) psychowegetatywnych reakcji (na przykład ogólne pobudzenie, bóle głowy, zaburzenia snu);
(2) zakłóceń w przebiegu czynności (na przykład komunikacji z innymi);
(3) zachowań społecznych (na przykład malejąca skłonność do pomagania innym);
(4) ogólnego niezadowolenia z warunków życia.

Powyższe negatywne objawy wymieniane są jako „koszty" oddziaływania przede wszystkim hałasu (Eliasz, 1993), ponieważ dane dotyczące wpływu hałasu na mieszkańców miast są najbogatsze. Jednakże podobne „koszty psychologiczne" są również efektem innych bodźców, typowych dla oddziaływań wielkich miast. Wymienia się tu przede wszystkim takie bodźce fizyczne, na których koncentruje się psychologia ekologiczna/ /środowiskowa, jak gęstość zaludnienia, zanieczyszczenie atmosfery i hałas. Bodźce te, poza różnymi reakcjami specyficznymi, to jest odpowiadającymi charakterowi bodźca, wywołują także reakcje niespecyficzne, jak zmęczenie, bóle głowy i ogólne pogorszenie kondycji psychofizycznej. Często wymienianą reakcją tego typu jest podwyższone pobudzenie i agresja. Relacja między zachowaniami agresywnymi a tego typu bodźcami ma charakter krzywoliniowy, na przykład przy przeciętnym zatłoczeniu obserwuje się niekiedy zachowania agresywne, ale przy bardzo dużym – chęć wycofywania się, która może być nawet połączona z objawami lęku.

„Koszty psychologiczne", związane z przebywaniem w wielkim mieście, wiążą się też z charakterem zabudowy oraz urbanistycznymi i architektonicznymi rozwiązaniami, wpływającymi między innymi na „czytelność" miast. Oddzielną analizę wpływu wymienionych zmiennych przedstawiono gdzie indziej (Eliasz, 1993). Cassidy (1997) wymienia dodatkowo getta, w których współwystępują takie zmienne społeczne, jak bezrobocie, ubóstwo i przestępstwa.

Zanieczyszczenie środowiska w mieście może powodować nawet poważne zaburzenia psychiczne. Mają one bardzo zróżnicowany charakter (Arnetz, 1998; Leksowski i Matysiakiewicz, 1997). Do najczęstszych należą zaburzenia będące konsekwencją podwyższonego poziomu ołowiu w organizmie mieszkańców. Wysoki poziom ołowiu w atmosferze powodowany był dotychczas przez emisję spalin samochodowych.

Tu ograniczymy się do przedstawienia danych ilustrujących jedynie typowe odczucia ludzi w wielkich miastach oraz zmiany w ich zachowaniu w porównaniu z zachowaniem ludzi z małych miejscowości.

54.4.1.1
Poczucie zagubienia i pośpiechu

Poczucie zagubienia często występuje u osób przybywających do wielkich miast. Nieraz też nawet stali mieszkańcy mają kłopoty z odszyfrowaniem układu przestrzennego miasta. Zagubienie może być wypadkową nie tylko wielkości miast, ale także ich układu przestrzennego. Przy czytelnej zabudowie przybysz względnie łatwo nabiera orientacji przestrzennej. Decyduje o tym układ głównych połączeń komunikacyjnych i zróżnicowanie terenu, jak też charakterystyczne obiekty oraz tak zwane punkty zakotwiczenia, jak dom czy miejsce pracy (Lynch, 1960; Milgram i Jodelet, 1976).

Wyobrażenia danych fragmentów przestrzeni zwane są – za Tolmanem (1948) –

mapami poznawczymi. Często zresztą prosi się badanych o odtworzenie na rysunku owych wyobrażeń, co rzeczywiście może przypominać mapy. Tolman jednak pisał o mapach poznawczych także w odniesieniu do zwierząt. Wyobrażenie mentalne miasta podlega przestrzennej hierarchizacji, może powstać nawet wielostopniowa hierarchia punktów zakotwiczenia w indywidualnej mapie poznawczej u mieszkańca danego miasta. O pozycji punktów zakotwiczenia w hierarchii przestrzennej decyduje ukryty wymiar ich ważności dla podmiotu oraz zasięg przestrzennej penetracji podmiotu (Bańka, 1997).

Czytelności miasta nie należy jednak mylić z jego monotonią. Wykazały to badania prowadzone w Polsce, pod kierunkiem Tomaszewskiego, przez Eliasza, Marię Sawicką, Krystynę Skarżyńską, Marię Susułowską i Teresę Szustrową w ramach międzynarodowego programu UNESCO (Lynch, 1977). W badaniach tych porównano między innymi **mapy poznawcze** śródmiejskich dzielnic Krakowa i Warszawy z „mapami" odnoszącymi się do nowych osiedli mieszkaniowych. Mapy poznawcze miasta bardzo wyraźnie zależą od zróżnicowania danej części miasta i charakterystycznych obiektów. Jeśli osiedla mieszkaniowe są monotonne, wówczas nie są wiernie odtwarzane, jak można by oczekiwać, lecz w umyśle powstaje obraz niezwykle uproszczony, ubogi, pozbawiony wielu szczegółów. Mnogość szczegółów i nawet znaczne zróżnicowanie układu przestrzennego danej części miasta, jeśli tylko pozwala na wyróżnianie w nim „całości", pozostawia w umyśle nie chaos, lecz bogaty obraz miasta (Eliasz, 1993). Miasta „czytelne" – w tym sensie, że pozwalają na szybką orientację przestrzenną – ułatwiają poruszanie się w nich zarówno rezydentom, jak i przybyszom. Dzięki temu zwłaszcza ci ostatni mogą uniknąć poczucia zagubienia i przytłoczenia wielkim miastem.

Osoby przybywające z rejonów wiejskich do metropolii doznają „gorączki" wielkiego miasta, gdy widzą, że ludzie poruszają się w nim jak na przyśpieszonym filmie. Znajduje to potwierdzenie w badaniach. Stwierdzono istotną dodatnią korelację między wielkością miasta a szybkością poruszania się w nim mieszkańców (Milgram, 1976). Najprawdopodobniej wrażenie pośpiesznego zachowania ludzi w dużych miastach pogłębiane jest tym, że piesi muszą często zmieniać kierunek poruszania się, by nie wpadać na siebie. Może to potęgować wrażenie podobieństwa rytmu życia w mieście do wielkiego mrowiska.

54.4.1.2 Zmiany w standardach zachowania

S. Milgram (1976) przedstawia zmiany w standardach zachowania ludzi z wielkich miast, które są przejawem przeciążenia stymulacją i których funkcją jest redukcja liczby i intensywności bodźców. Ochrona przed nadmiarem bodźców prowadzi do zmian zachowania w zakresie:

(1) rozwoju funkcjonalnych relacji międzyludzkich, to jest wycinkowych, ograniczonych do ról społecznych, w jakich przejawiają się kontakty między ludźmi;
(2) ewolucji norm, takich jak nieingerowanie w sprawy innych i zachowywanie wobec innych dużego dystansu;
(3) pomijania wielu bodźców, lub wręcz ich niedostrzegania;
(4) nasilenia rywalizacji o dostęp do różnych dóbr użyteczności publicznej.

Relacje funkcjonalne. Według A. Tofflera (1975, 1997), we współczesnym, zurbanizowanym świecie kontakty między ludźmi mają charakter **relacji funkcjonalnych**, zwanych przez niego **modularnymi**. Dla ludzi żyjących w miastach inni ludzie, zależnie od swojej roli społecznej, stanowią na ogół w subiektywnej reprezentacji świata swoiste, wymienne moduły. Przy tego typu relacjach inni nie mają znaczenia dla podmiotu jako całość. Znaczenie mają jedynie te fragmenty ich sprawności i osobowości, które wiążą się z pełnioną przez nich rolą społeczną. W przeciwieństwie do dużych miast ludzie w małych miejscowościach kontaktują się „całościowo",

wiele o sobie wiedzą i na ogół nie ograniczają się do załatwienia określonej formalności, lecz wymieniają uwagi daleko wykraczające poza pełnione w danym momencie role społeczne, na przykład klienta i ekspedientki. M. Czerwiński (1972, 1974), również dostrzegając spłycenie kontaktów ludzi w dużym mieście, wyjaśnia je koniecznością spragmatyzowania i podporządkowania celom, jakim służą. Kontaktów społecznych jest za dużo, by można było sobie pozwolić na taką podzielność uwagi, jak w małych miejscowościach.

Nieingerowanie w sprawy innych. Wielkie miasta zaskakują przybyszy niewielką życzliwością, a także małą skłonnością mieszkańców do pomagania innym, wykazując za to dużą częstość zachowań antyspołecznych. Rezydenci wielkich miast utrzymują także większy dystans wobec innych, wyrażający się unikaniem kontaktu wzrokowego z innymi i niereagowaniem na przyjazne gesty nieznajomych (Veitch i Arrkelin, 1995). Klasyczne badania nad związkiem miejsca z zachowaniem altruistycznym przeprowadzili B. Latané i J. M. Darley (1970). Osoba współpracująca z badaczami miała nogę w gipsie i upadała tuż przed osobą przechodzącą w pobliżu. Dbano przy tym, by takie „nieme wołanie" o pomoc było adresowane do konkretnej osoby, by nie ingerowała tu zmienna rozproszonej odpowiedzialności. Badania przeprowadzono na dworcach lotniska i metra. Okazało się, że jedynym czynnikiem różnicującym altruistów od nieudzielających pomocy była znajomość danego miejsca. Nie miały tu znaczenia zmienne psychospołeczne. Interpretacja tego wyniku sprowadza się do stwierdzenia, że istotna jest tu znajomość standardów zachowania obowiązujących w danym miejscu. Ludzie wykazują niechęć do zachowań, które mogą narazić ich na śmieszność w rezultacie zachowania się w sposób niespotykany w danym miejscu.

Bardzo podobne dane zgromadzono w licznych badaniach nad zachowaniami altruistycznymi przy różnym natężeniu hałasu (Eliasz, 1987, 1993). Taką niechęć do udzielania pomocy w warunkach miejskich można tłumaczyć w kategoriach nadmiaru stymulacji. Sytuacje nowe, nieznane, a także obfitujące w różnorodne bodźce, z których część charakteryzuje się dużą intensywnością fizyczną, mogą powodować przeciążenie stymulacyjne i niechęć do angażowania się w dodatkowe czynności, zwłaszcza jeśli nie wiadomo, jak mogą być odebrane. Niejasność dotycząca stosowności zachowań altruistycznych w danym miejscu może także stanowić dodatkową stymulację i podwyższać pobudzenie podmiotu oraz wzbudzać tendencję do wycofywania się.

Przy silnych bodźcach następuje zwężanie się pola uwagi (Eysenck, 1997; Klonowicz, 1992). Tym między innymi tłumaczy się zmniejszającą się skłonność do pomagania innym w sytuacji hałasu. Przy słabych i średnich bodźcach ludzie różnicują swoje zachowania stosownie do różnych elementów sytuacji. I tak, na chęć udzielania pomocy innym ma wpływ ich stan – osoby niepełnosprawne, na przykład mające rękę w gipsie, znacznie częściej uzyskują pomoc. Jednak przy silnych bodźcach nie ma to już znaczenia. Przy intensywnym hałasie nie mają również znaczenia dodatkowe bodźce, które w innych sytuacjach wzmagają skłonność do pomagania (Moser, 1988). W takich warunkach następuje zawężenie pola uwagi do bodźców centralnych dla aktywności podmiotu. Ręka w gipsie jest w takim wypadku niezauważanym bodźcem peryferyjnym. Tak tłumaczą obserwowane zjawisko spadku częstości zachowań altruistycznych w hałasie zarówno badacze interpretujący je w kategoriach przeciążenia stymulacyjnego i wysokiego pobudzenia, jak też interpretujący je w kategoriach przeciążenia poznawczego. Przeciążeniem poznawczym tłumaczy się „filtrowanie" bodźców mających drugorzędne znaczenie dla podmiotu. Zjawiska przeciążenia stymulacyjnego i poznawczego współwystępują ze sobą; pierwotne przeciążenie poznawcze prowadzi wtórnie do przeciążenia stymulacyjnego i wzrostu pobudzenia. Stymulacja wiąże

się też ze złożonością i nowością bodźców (Eliasz, 1981). Mimo to niektórzy badacze wyraźnie odróżniają efekty przeciążenia poznawczego od stymulacyjnego (por. Cohen i Weinstein, 1981; Evans i Cohen, 1987).

Zatem ludzie, którzy nie udzielają pomocy, mogą to czynić powodowani albo chęcią redukcji stymulacji poprzez unikanie angażowania się w dodatkowe czynności, albo nadmiernym pobudzeniem, w którego wyniku mogą po prostu nie zauważać pewnych bodźców. Zawężanie pola uwagi przy silnym pobudzeniu jest również przejawem procesu redukcji stymulacji, lecz na poziomie fizjologicznym (Eliasz, 1981; Klonowicz, 1992). Także przeciążenie poznawcze, jeśli jest procesem odrębnym od przeciążenia stymulacyjnego, prowadzi do spadku gotowości ludzi do udzielania innym pomocy. Dodatkowym czynnikiem, komplementarnym wobec wymienionych, może być – wskazywana przez Milgrama (zob. wcześniej) – zmiana standardów zachowania, sprowadzająca się między innymi do zmiany norm w zakresie interesowania się innymi. Na przykład, w dużych miastach dosyć powszechna jest norma niewtrącania się w sprawy innych; wymaga ona niezwracania uwagi na zachowanie i sposób ubierania się przechodniów, co może w końcu powodować ignorowanie wielu bodźców dotyczących innych osób; niestety, wśród nich mogą być pośrednio, lub nawet bezpośrednio wyrażane prośby o pomoc.

Powyższe uwagi o zachowaniach altruistycznych w warunkach silnej stymulacji nie powinny sugerować, że w miastach powszechnie ludzie mniej pomagają innym. Po pierwsze, badania, na które tu się powoływaliśmy, dotyczą tego typu zachowania tylko w warunkach oddziaływania bodźców o średniej bądź dużej sile. Nie wiemy, czy podleganie takim bodźcom przynosi trwały efekt ograniczający nasze zachowanie wobec innych. Po wtóre, badania dotyczyły zachowania wobec nieznajomych. Być może w mieście altruizm pojawia się równie często jak na wsi i w małych miasteczkach, lecz w warunkach tylko słabego lub co najwyżej umiarkowanego nasilenia bodźców, i dotyczy on znajomych osób. Wypada tu dodać, że w małych miejscowościach ludzie na ogół znają tych, którym trzeba pomóc. Jeżeli zaś pomocy potrzebują nieznajomi przybysze, to mieszkańcy mają nad nimi przewagę, znając dobrze miejsce i zwyczaje panujące w danym środowisku. W swoich badaniach zwracali na to uwagę Latané i Darley (1970).

Rywalizacja. Wśród wymienionych przez Milgrama zmian w zachowaniu mieszkańców dużych miast nie poruszono kwestii rywalizacji o dostęp do różnych dóbr użyteczności publicznej. Zjawisko to w mikroskali opisano wcześniej przy omawianiu badań Barkera i Wrighta, odnoszących się do funkcjonowania ośrodków aktywności w zależności od liczby osób pragnących w nich działać (zob. par. 54.1.3). Według L. Powella, poczucie braku dostępu do różnego typu dóbr częściej prowadzi do bierności i wyuczonej bezradności niż do agresji (za: Cassidy, 1997). W makroskali miejskiej dochodzi tu problem rywalizacji przejawianej w kryminalnej formie i wandalizmie (Cassidy, 1997; Walmsley i Lewis, 1997). Zatłoczenie – zwłaszcza połączone z brakiem poczucia kontroli społecznej – prowadzi do nasilenia aktów niszczenia obiektów użyteczności publicznej (Ruback i Patnaik, 1989).

54.4.2
Wizje nowych miast

Opisane zmiany w zachowaniu mieszkańców dużych aglomeracji miejskich, traktowane jako „koszty psychologiczne", skłaniają urbanistów do tworzenia wizji nowych miast. Ramirez (1984) uważał, że przemieszczanie się ludzi w bardziej przyjazne im miejsca wpłynie na stopniowe, spontaniczne zmiany charakteru miast. Są jednak wizjonerzy, którzy swoje pomysły próbują ucieleśniać w realizacji idealnych miast. Okazuje się, że takie idealne plany miast, a nawet tylko budynków czy mieszkań, rzadko są akceptowane przez przyszłych użytkowników. Budzi to zdumienie

wizjonerskich twórców przestrzeni, ponieważ z ich racjonalnego punktu widzenia wydaje się, że mają rację. Ten konflikt szlachetnych idei z reakcjami użytkowników doskonale uwidocznił w swoich badaniach, uchodzących już za klasyczne, K. Lynch (1960). Przedstawił on między innymi wyniki badań nad korzystaniem przez dzieci z terenów zabaw. Okazało się, że „wypieszczone" przez projektantów tereny zabaw, na kształt znanych w Polsce ogródków jordanowskich, nie były lubiane. Większość czasu dzieci spędzały w ich pobliżu, niekiedy w miejscach zaniedbanych. Szczegółowa analiza ich zachowania niekiedy wykazywała, że tym, co decydowało o atrakcyjności preferowanych miejsc, była możliwość ich używania do bardzo zróżnicowanej aktywności i ujawniania w rozmaity sposób dziecięcej pomysłowości w wykorzystywaniu drzew, bali drewna czy zakamarków terenu. Tymczasem na zaprojektowanym przez architektów terenie zabaw na wyasfaltowanej powierzchni zainstalowano różnego typu, lecz jednofunkcyjne urządzenia – zjeżdżalnie, huśtawki itp. Od czasu badań Lyncha (1960) wiele się w tym zakresie zmieniło. Tereny zabaw są teraz wypełnione przedmiotami z naturalnych materiałów, bardzo zróżnicowane, z wieloma kryjówkami, co umożliwia ich wykorzystywanie zgodnie z dziecięcą fantazją i potrzebą ruchu.

Obecnie jest rzeczą oczywistą, że propozycje architektoniczne powinny być dostosowane do potrzeb ich użytkowników. Niestety, nadal bywają wizjonerzy, którzy próbują narzucać swoje pomysły użytkownikom; osiedla – a nawet całe miasta – buduje się według ich wyobrażeń, a wbrew tradycji czy przyzwyczajeniom, na przykład burząc istniejące więzi społeczne lub „na siłę" różnicując środowisko mieszkańców poprzez wprowadzanie osób młodych do rejonów zamieszkiwanych przez ludzi starszych (Aitken, 1992; Higgs, 1987). Także w Polsce, ze względów ideologicznych, wybudowano huty w Warszawie i Krakowie, by zmienić skład socjalny miast. Spowodowało to wiele trudności przystosowawczych wśród wcześniejszych i nowych mieszkańców. W USA w latach sześćdziesiątych budowano miasta, w których postanowiono wbrew tradycji zmusić mieszkańców do korzystania z osiedlowych sklepów i rezygnacji z wypraw do supermarketów rozlokowanych na obrzeżach miast. Urządzono wiele ścieżek rowerowych i spacerowych z nadzieją, że mieszkańcy będą z nich korzystać, przy okazji robiąc zakupy w pobliskich sklepach. W zamierzeniu miało to integrować mieszkańców, a tymczasem zakończyło się ich niezadowoleniem, bankructwem sklepów i wycofaniem innych pomysłów mających ułatwiać życie i integrować społeczność (Eliasz, 1993).

Świadomość, że rozwiązania urbanistyczne i architektoniczne mają w pełnym tego słowa znaczeniu służyć mieszkańcom i nie pozostawać w konflikcie z ich potrzebami i przyzwyczajeniami, jest już powszechna. Problem w tym, że liczni projektanci wciąż mają poczucie, że lepiej znają potrzeby ludzi niż oni sami. Jednak rutynowa praktyka dużych zespołów architektów – przynajmniej w krajach zachodnich – zakłada obecnie współpracę z psychologami. Można nawet mówić o behawioralnych teoriach projektowania architektonicznego. Co więcej, tak zwane **projektowanie partycypacyjne**, uwzględniające określanie osobistych preferencji przyszłych użytkowników, powinno zredukować niebezpieczeństwo rozmijania się wizji architektonicznych z oczekiwaniami użytkowników (Bańka, 1997). Stwarza to nadzieję, że architekci zrezygnują z chęci kreowania nowych nawyków ludzi i nakłaniania ich do zachowań zgodnych z wyobrażeniami projektantów, a wymuszanych przez organizację przestrzeni.

54.5
Podsumowanie

W rozdziale przedstawiono źródła zainteresowania środowiskiem wśród psychologów. Zainteresowanie środowiskiem wzbudzone zo-

stało przez czynniki zewnętrzne wobec psychologii, takie jak degradacja środowiska przyrodniczego oraz środowiska kształtowanego przez człowieka, na przykład środowiska miejskiego. Poważnym czynnikiem prowokującym do zainteresowania środowiskiem była także dominacja estetycznych walorów obiektów architektonicznych nad ich właściwościami funkcjonalnymi.

Na kształt ujmowania przez psychologów związków środowiska z człowiekiem mieli wpływ biologowie – ekologowie i ich sposób rozumienia ekosystemu oraz powołujący się na nich socjologowie, prowadzący badania nad ekologią miasta oraz miejskiego stylu życia i rozwojem patologii społecznych. Na rozwój psychologii ekologicznej wpłynęły także pewne przemyślenia psychologów, dotyczące natury zjawisk psychologicznych i związków człowieka z otoczeniem. Główne zasługi należy tu przypisać psychologom holistycznie ujmującym zjawiska, to jest Tolmanowi, Brunswikowi i Lewinowi.

Prawie wszystkie subdyscypliny psychologii uwzględniają w swych badaniach środowisko. Jednak tylko psychologia ekologiczna traktuje środowisko naturalne jako podstawowy przedmiot swoich badań. Przez środowisko naturalne rozumie się zarówno środowisko przyrodnicze, jak i środowisko życia człowieka, na przykład środowisko wielkomiejskie. Jest ono przeciwstawiane środowisku sztucznemu – laboratoryjnemu, które często wykorzystuje się w badaniach z zakresu innych subdyscyplin psychologicznych. Psychologowie ekologiczni uwzględniają też fizyczne aspekty środowiska, zazwyczaj pomijane w innych subdyscyplinach psychologii. Założenia teoretyczne psychologii ekologicznej mocno akcentują potrzebę całościowego ujmowania zjawisk, jednak w praktyce nie są one w pełni realizowane ze względu na trudności metodologiczne.

Prekursorami badań psychologii zorientowanej na środowisko byli w istocie badacze, którzy ukuli nazwę „psychologia ekologiczna". Niestety, lekceważyli oni indywidualne właściwości osób i ich subiektywne doznania. W reakcji na takie ograniczenie przedmiotu badań rozwinęła się psychologia środowiskowa. Termin „środowiskowa" uznać można za niefortunny, ponieważ wszystkie subdyscypliny psychologii w większym lub mniejszym stopniu uwzględniają środowisko. Pomija on zatem to, co w tym dziale psychologii najważniejsze, to znaczy koncentrację na badaniu człowieka w jego naturalnym środowisku, w jego niszy ekologicznej. Niestety, nazwa ta stopniowo wypiera termin „psychologia ekologiczna", który kojarzony jest tylko z jednym spośród nurtów psychologii środowiskowej.

Znaczne zniszczenie środowiska wywołało zainteresowanie jego ochroną wśród szerokich kręgów społeczeństwa. Ochrona środowiska jest przedmiotem zainteresowania nie tylko ludzi zawodowo się nią zajmujących. Przyjmuje się obecnie, że wszyscy jesteśmy moralnie odpowiedzialni za stan środowiska i za przetrwanie różnych gatunków flory i fauny. Jest to podstawowe założenie etyki ekologicznej. Specjaliści różnych dziedzin powinni zajmować się działaniami proekologicznymi i edukacją ekologiczną. Z jednej strony są to działania wykraczające poza poprzednie, wąsko pojmowane, zadania profesjonalne, z drugiej strony zaś są one tym skuteczniejsze, im bardziej wykorzystuje się w nich wiedzę specjalistyczną. Etyka ekologiczna traktuje tego typu działania specjalistów jako nakaz moralny.

Postawy proekologiczne skłaniają wielu ludzi do działań zbiorowych w ramach tak zwanego ruchu „zielonych". Początkowo były to ruchy głównie radykalnie usposobionej młodzieży, która nie chciała ograniczać się wyłącznie do apeli o zmianę stosunku ludzi do przyrody. Stopniowo ruchy te okrzepły i podjęły skuteczne nieraz batalie o zmianę planów zagospodarowywania niektórych terenów. Ich wpływ uwidacznia się nie tylko w spektakularnych akcjach w celu ochrony jakichś zagrożonych miejsc czy gatunków zwierząt, lecz przede wszystkim w stopniowym przyjmowaniu przez całe społeczeństwa świadomości i postaw proekologicznych.

Ludzie wykorzystują stosunki przestrzenne do nadawania znaczenia relacjom psychologicznym. Przyjmowanie pewnego dystansu wobec innych może służyć jako pozawerbalny komunikat stopnia bliskości emocjonalnej. Przedstawiono zachowania terytorialne ludzi i przyjmowane dystanse przestrzenne między ludźmi w różnych sytuacjach. Przestrzeń ludzie wykorzystują także do regulowania poczucia prywatności, które rozumie się jako odczucia towarzyszące efektywnej i selektywnej kontroli podmiotu nad stopniem dostępności innych osób do własnego Ja lub do Ja członków danej wspólnoty. Ludzie wykorzystują w tym celu różnego typu bariery, które dla niepożądanych osób mają być nieprzenikalne. Poczucie prywatności zajmuje centralne miejsce na kontinuum: izolacja – zatłoczenie. Nadmierna kontrola swojej sfery prywatności może prowadzić do dotkliwej izolacji społecznej. Jej przeciwieństwem jest zatłoczenie. Bardzo często zatłoczenie jest spowodowane zagęszczeniem ludzi lub rzeczy. Odróżnia się przy tym zagęszczenie od zatłoczenia.

Zagęszczenie jest stanem obiektywnym, natomiast zatłoczenie – stanem subiektywnym. Wyrażany jest pogląd, że zagęszczenie jest warunkiem koniecznym wystąpienia zatłoczenia. Jest to pogląd wątpliwy, zważywszy, że ludzie różnią się indywidualną tolerancją na zagęszczenie, powodowaną zarówno przez osobowościowe właściwości, jak i przez sytuacyjnie wzbudzane postawy. Niewątpliwie można stwierdzić, że samo zagęszczenie nie jest warunkiem wystarczającym do wystąpienia zatłoczenia. W zależności od warunków zewnętrznych może zostać wzbudzone zatłoczenie społeczne lub fizyczne. Przy zatłoczeniu społecznym odczucia emocjonalne oraz zachowanie podmiotu w dużej mierze zależą od interpretacji zachowania innych osób. Przy odczuwanym zatłoczeniu, jeśli zachowania innych traktowane są jako intencjonalnie wymierzone w podmiot, powstają silne reakcje emocjonalne. Jeśli jednak zachowania innych ujmowane są w kategoriach neutralnych, to jest wymuszonych przez sytuację, wówczas reakcje emocjonalne są umiarkowane. Reakcje ludzi zróżnicowane są również w zależności od tego, czy zatłoczenie odczuwane jest w miejscu bardzo ważnym dla podmiotu, to jest pierwszoplanowym, czy też drugoplanowym. Zatem – poza sytuacjami wyjątkowymi – ludzie nie lubią doznań zatłoczenia, ale ich siła zależy od wielu zmiennych podmiotowych i sytuacyjnych.

Organizacja przestrzeni może bardzo ułatwiać efektywną regulację prywatności i unikanie zatłoczenia. Takie rozwiązania architektoniczne, które temu służą, wzbudzają chęć podejmowania interakcji społecznych. Natomiast gdy organizacja przestrzeni naraża ludzi na wymuszone, częste i przypadkowe kontakty z innymi, wtedy wykazują oni skłonność do ograniczania swoich kontaktów społecznych.

Życie w mieście powoduje pewne zmiany w zachowaniu jego mieszkańców, takie jak poczucie zagubienia i pośpiechu, oraz zmianę standardów zachowania. Dominujące w miastach kontakty między ludźmi mają charakter funkcjonalny. Ograniczają się one do relacji wynikających z pełnionych wobec siebie ról społecznych. Kontakty „całościowe", gdy inny interesuje nas jako człowiek, typowe są dla małych miejscowości, gdzie kontakty między ludźmi wykraczają poza pełnione przez nich role społeczne. Zmiana standardów zachowania w miastach odnosi się także do normy nieingerowania w sprawy innych i pomijania wielu bodźców społecznych. Obserwuje się też w miastach brutalizację życia i wiele aktów wandalizmu.

Negatywne doznania mieszkańców wielkich miast skłaniają ich do przenoszenia się w rejony podmiejskie, by w mniej uciążliwym otoczeniu dalej czerpać korzyści z miasta. Przewidywany jest rozwój rejonów ze względnie równym ich zagęszczeniem, ze względnie małymi miejscowościami i z bardzo dobrze rozwiniętą komunikacją. Takie rejony nazwano „niewidzialnymi miastami". Urbaniści i architekci coraz częściej współpracują z psychologami i takie planowanie można nazwać projektowaniem behawioralnym. Coraz częściej przyszli użytkownicy, formułując swoje

oczekiwania, mają wpływ na realizowane projekty organizacji przestrzeni. Takie projektowanie nazywa się partycypacyjnym. Tam gdzie nie uwzględnia się preferencji i stylu życia przyszłych użytkowników, zrealizowane wizje architektów – uznawane przez nich nieraz za wręcz modelowe – są przez użytkowników często nieakceptowane.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Jakie są różnice między psychologią ekologiczną w ujęciu Barkera i Wrighta a psychologią środowiskową?
2. Które z założeń metodologicznych psychologii środowiskowej są powszechnie nieuwzględniane przez psychologów tej subdyscypliny w ich badaniach?
3. Jakie postawy wobec środowiska szerokie kręgi społeczeństwa stopniowo przejmują od aktywistów ruchu „zielonych"?
4. Na czym polega regulacja poczucia prywatności?
5. Czym może być uwarunkowane natężenie poczucia zatłoczenia i jakie są jego psychologiczne następstwa?
6. Jakie, typowe dla wielkiego miasta, bodźce mogą spowodować przeciążenie stymulacją?
7. Jakie zmiany w zakresie standardów zachowań obserwuje się u ludzi żyjących w dużych aglomeracjach miejskich?
8. Na czym polega projektowanie partycypacyjne?

LITERATURA ZALECANA

Aleksandrowicz, J. (1988). *Sumienie ekologiczne*. Warszawa: Wiedza Powszechna.

Bańka, A. (1997). *Architektura psychologicznej przestrzeni życia. Behawioralne podstawy projektowania*. Poznań: Gemini.

Biela, A. (red.). (1984). *Stres psychiczny w sytuacji kryzysu ekologicznego. Badania z zakresu sozopsychologii*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Eliasz, A. (1992). Czynniki warunkujące rozwój młodzieży w ujęciu psychologii ekologicznej. W: A. Eliasz, M. Marszał-Wiśniewska (red.), *Temperament a rozwój młodzieży* (s. 229–240). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Eliasz, A. (1993). *Psychologia ekologiczna* (rozdz. 1. i 2.). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Hall, E. T. (1976). *Ukryty wymiar*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Sanoff, H. (1999). *Integrowanie programowania, ewaluacji i partycypacji w projektowaniu architektonicznym. Podstawy teorii Z*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Stokols, D. (1998). Paradoks psychologii środowiskowej. *Czasopismo Psychologiczne, 4*, 163–185.

XI

ZDROWIE I CHOROBA

Irena Heszen-Niejodek, Danuta Kądzielawa i Małgorzata Toeplitz-Winiewska (redakcja)

55

Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego

Irena Heszen-Niejodek i Kazimierz Wrześniewski

Zainteresowanie powiązaniami między sferą psychiczną i somatyczną człowieka sięga czasów starożytnych, jednak przez długie lata głównym terenem zastosowań psychologii w medycynie pozostawała psychiatria. Dopiero w ostatnich dziesięcioleciach obserwujemy dynamiczny wzrost zatrudnienia psychologów w szpitalach i przychodniach medycyny pozapsychiatrycznej, w ośrodkach kształcących lekarzy i średni personel medyczny, a także rozwój badań psychologicznych. Warto zaznaczyć, że badania te obejmują nie tylko problematykę choroby, ale i zdrowia, jego psychologicznych uwarunkowań i zasad jego promocji. Poniżej przedstawiamy główne uwarunkowania kształtujące tę dziedzinę zastosowań psychologii, jej tendencje rozwojowe oraz kolejno wyodrębniające się kierunki.

55.1

Problematyka zdrowia i choroby w badaniach psychologicznych

Irena Heszen-Niejodek

Jeśli pominąć odległą historię i wziąć pod uwagę czasy nowożytne, pierwsze wzmianki o udziale psychologii w problematyce zdrowia i choroby znajdujemy na samym początku XX wieku. W 1911 roku odbyło się sympozjum sponsorowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, poświęcone znaczeniu psychologii w medycynie

(Adler i Stone, 1986). Dynamiczny rozwój badań dotyczących psychospołecznych aspektów choroby, a później także zdrowia, datuje się od lat czterdziestych. Z jednej strony przyczyniły się do tego przemiany zachodzące we współczesnej medycynie, z drugiej – dorobek empiryczny psychologii i innych nauk społecznych, dowodzący znaczenia czynników psychospołecznych dla stanu zdrowia jednostek i społeczeństw. Ważną rolę odegrały tu również zmiany kontekstu społeczno-ekonomicznego, w jakim funkcjonuje system ochrony zdrowia.

55.1.1 Czynniki stymulujące rozwój badań psychologicznych nad problematyką zdrowia i choroby

55.1.1.1 Zmiany charakteru chorób i struktury przyczyn zgonów

Jeszcze na początku XX wieku w krajach uprzemysłowionych najbardziej rozpowszechnione były choroby zakaźne o ostrym i często epidemicznym przebiegu, jak tyfus, infekcje przewodu pokarmowego, ciężkie postacie grypy, a także gruźlica. Choroby te stanowiły również najczęstszą przyczynę zgonów. Jednakże w ciągu kilku dziesięcioleci śmiertelność przez nie powodowana spadła do bardzo niskiego poziomu. W połowie XX stulecia na plan pierwszy jako przyczyny zgonów wysunęły się przewlekłe choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, udary mózgu, a także wypadki (Sokołowska, 1986).

Zmiany te implikują wzrost roli psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, ponieważ w chorobach chronicznych w porównaniu z zakaźnymi czynniki psychospołeczne mają znacznie poważniejszy udział (zob. rozdz. 59.). Należy przy tym dodać, że styl życia może zarówno zagrażać zdrowiu, jak i sprzyjać jego utrzymaniu.

55.1.1.2 Dowody znaczenia czynników psychologicznych dla stanu zdrowia

Znaczenie tak zwanego Wzoru zachowania A (zob. rozdz. 57.) jako czynnika ryzyka chorób somatycznych jest już powszechnie uświadamiane. Na drugim biegunie umieścić można konstelacje właściwości psychicznych sprzyjających zachowaniu dobrego zdrowia mimo niekorzystnych okoliczności, jak odporność psychiczna (*hardiness*) czy poczucie koherencji (*sense of coherence*). Te złożone konstrukty omówione zostaną w ostatnim podrozdziale. W porównaniu z nimi bardziej wyraziste i jednoznaczne związki ze wskaźnikami zdrowotnymi wykazują jednak proste formy zachowania. Zgromadzono już sporo dowodów zarówno szkodliwego, jak i korzystnego wpływu na zdrowie określonych nawyków. Stwierdzono na przykład, że 30% wszystkich zgonów z powodu nowotworów należy przypisać paleniu papierosów (za: Rodin i Salovey, 1997). Z kolei jako przykład prozdrowotnych form zachowania posłużyć mogą, trwające już ponad dwadzieścia pięć lat, kalifornijskie badania podłużne, prowadzone w okręgu Alameda (Schoenborn, 1993; zob. ramka 55.1).

55.1.1.3 Współczesna medycyna jako źródło stresu pacjentów

Osiągnięcia współczesnej medycyny są powszechnie znane, a jedno z nich – postępy w leczeniu chorób zakaźnych – już zostało przedstawione. W tym wypadku można jednak mówić również o przysłowiowej drugiej stronie medalu. Rozwój inwazyjnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, wymagających zastosowania skomplikowanej aparatury, postępująca biurokratyzacja i specjalizacja kształtują współczesne oblicze medycyny, określane jako jej technicyzacja, czy wręcz dehumanizacja. Obecność aparatury medycznej, której przeznaczenia pacjent nie zna i której działania nie rozumie, jest dla niego źródłem lęku. Niektóre nowe metody leczenia

wywołują u pacjentów poczucie zagrożenia lub inne nieprzyjemne odczucia – wymagają zatem dostosowania w dziedzinie psychospołecznej. Przykładem jest hemodializa, uzależniająca życie chorego od sprawnego działania aparatury, czy też stomia (zastosowanie sztucznego odbytu) ze swymi wieloma kłopotliwymi – zwłaszcza w sferze kontaktów z innymi ludźmi – następstwami.

55.1.1.4 Rosnące koszty opieki zdrowotnej

Wzrost kosztów opieki zdrowotnej jest konsekwencją trendów rozwojowych współczesnej medycyny, a konkretnie dwóch przedstawionych wcześniej okoliczności: wzrostu proporcji ludzi chronicznie chorych oraz rozwoju techniki medycznej. W przeciwieństwie do ostrych chorób zakaźnych, leczenie i rehabilitacja w chorobach przewlekłych to długotrwałe, często „dożywotnie" procesy, trwające niekiedy kilkadziesiąt lat, na przykład w cukrzycy czy pierwotnym nadciśnieniu tętniczym. Tak długi okres leczenia wymaga odpowiednio wysokich nakładów finansowych. Rosnące koszty wynikają też z coraz szerszego wykorzystania aparatury medycznej w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji.

Oczywiście, trudno się spodziewać, aby badania psychologiczne mogły rozwiązać problemy finansowe stające przed współczesną medycyną. Problemy te kierują jednak uwagę specjalistów na profilaktykę i promocję zdrowia, które w dalszej perspektywie czasowej mogą obniżyć zapadalność na choroby przewlekłe, a tym samym przyczynić się do poprawy efektów ekonomicznych. Innymi słowy, należy zachęcić osoby jeszcze zdrowe do podejmowania aktywności prozdrowotnej. Tutaj wiedza psychologiczna okazuje się wprost niezbędna, o ile bowiem ludzie chorzy w sposób niejako naturalny skłonni są angażować się w działania na rzecz poprawy zdrowia, to osoby zdrowe często potrzebują do tego specjalnej zachęty.

55.1.1.5 Wzrost wymagań etycznych stawianych badaniom psychologicznym

O ile jeszcze kilkadziesiąt lat temu jedynie pomysłowość badacza i środki techniczne, jakimi dysponował, ograniczały zakres eksperymentów laboratoryjnych w dziedzinie psychologii, o tyle obecnie poważną barierę stanowią standardy etyczne, przyjęte i przestrzegane przez profesjonalne organizacje (Brze-

RAMKA 55.1

Rozległy program badawczy *Alameda Study* obejmował między innymi siedem prostych form zachowania, określonych jako dobre nawyki zdrowotne. Były to: regularne spożywanie śniadań, powstrzymanie się od jedzenia między posiłkami, 7–8 godzin snu na dobę, utrzymywanie prawidłowej wagi ciała, powstrzymanie się od papierosów, umiarkowane spożywanie alkoholu oraz systematyczna aktywność fizyczna. Badania rozpoczęły się w 1965 roku i objęto nimi blisko 7000 osób. Po upływie pięciu i pół roku stwierdzono niższą śmiertelność w grupach praktykujących wymienione nawyki w porównaniu z równoważnymi grupami zachowującymi się odmiennie. Na przykład, okazało się, że 45-letni mężczyźni przestrzegający sześciu lub siedmiu wymienionych form zachowania mają szansę na życie dłuższe o 11 lat w porównaniu z rówieśnikami przestrzegającymi co najwyżej trzech form (odpowiednio 78 i 67 lat). Dane uzyskane w późniejszych latach potwierdziły zdrowotne znaczenie wymienionych form zachowania, choć okazały się one niejednakowo ważne. Na plan pierwszy jako czynniki obniżające śmiertelność wysunęły się: powstrzymanie się od papierosów w ciągu całego życia oraz aktywność fizyczna (Schoenborn, 1993).

ziński, 1997; Heszen-Niejodek, 1993; zob. rozdz. 13.). Aby uniknąć naruszenia tych standardów, do celów badawczych wykorzystuje się takie sytuacje, w których wskutek działania czynników naturalnych ludzie narażeni są na zagrożenie cenionych wartości, cierpienie i obciążenia psychiczne. Sytuacja choroby często wykorzystywana jest do badań ukierunkowanych na cele ogólne. Ich niezamierzonym efektem jest wzrost wiedzy na temat psychologicznych aspektów choroby (a także zdrowia).

55.1.1.6 Wzrost aspiracji ludzi do podmiotowego udziału w rozwiązywaniu własnych problemów zdrowotnych

Współcześnie obserwujemy rosnące dążenie ludzi do podmiotowego uczestnictwa w rozmaitych systemach społecznych. Przykładem dążenia ludzi do zajmowania samodzielnej i aktywnej postawy wobec własnych spraw zdrowotnych jest preferowanie partnerskiego układu z lekarzem, samoleczenie, rezygnacja z medycyny oficjalnej na rzecz medycyny alternatywnej czy zrzeszanie się osób połączonych wspólnym problemem zdrowotnym w grupy wzajemnej pomocy, broniące własnych interesów.

Jaką rolę wobec usamodzielniania się ludzi w rozwiązywaniu własnych problemów zdrowotnych odgrywają badania psychologiczne? W porównaniu z lekarzem psycholog – z racji specyficznego charakteru swego zawodu i swoistej „filozofii zawodowej" – utrzymuje z pacjentem bardziej partnerskie kontakty, jest też bardziej otwarty na jego inicjatywy, może więc być pomocny w kształtowaniu się nowych form udziału w leczeniu. Choć badania empiryczne dostarczają argumentów przemawiających za korzyściami płynącymi z podmiotowego uczestnictwa pacjentów w leczeniu, jednak w środowisku medycznym jest to wciąż sprawa kontrowersyjna (Heszen-Niejodek, 1992). Ocena efektywności partnerskich form udziału pacjenta wymaga zatem badań ewaluacyjnych. Psycholog jest na ogół lepiej niż lekarz przygotowany warsztatowo do prowadzenia takich badań, łatwiej mu też przyjąć pozycję bezstronnego obserwatora.

55.1.2 Ewolucja podejścia teoretycznego i metodologicznego

We wcześniejszych publikacjach (Heszen-Niejodek, 1997a; Heszen-Niejodek i Broome, 1991) wyróżniono trzy podejścia w badaniach psychologicznych nad problematyką zdrowia i choroby. Pojawiały się one w określonym porządku chronologicznym, ale wszystkie trzy wykorzystywane są współcześnie.

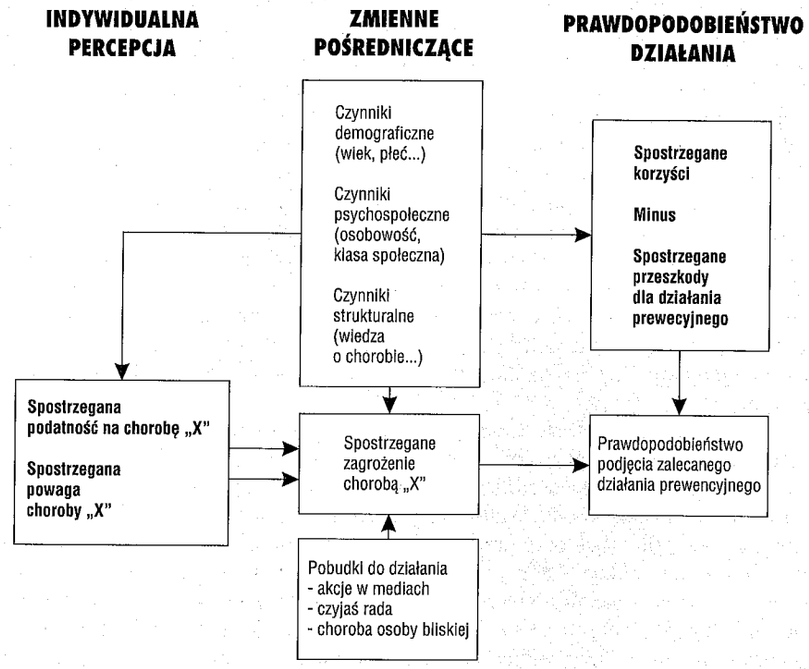
Pierwsze z nich charakteryzowało się przyjęciem punktu widzenia wyznaczonego głównie potrzebami praktyki medycznej. Prace badawcze psychologów reprezentujących to podejście znajdowały się w kręgu wpływów paradygmatu medycznego. Następstwem tego było oderwanie się od teorii psychologicznej, w tym paradygmacie mało przydatnej. Teren badań stanowiła wyłącznie medycyna; ograniczały się one zresztą tylko do jednej specjalności medycznej, czy nawet do wybranej jednostki chorobowej. Pod względem tematycznym dominowały dwa nurty. Pierwszy obejmował klasyczne studia psychosomatyczne, szerzej omówione w następnym podrozdziale. Celem prowadzonych w ich zakresie badań było wykrycie czynników psychologicznych, mających udział w powstawaniu zaburzeń somatycznych. Drugi nurt stanowiły badania mające ocenić skuteczność technik stosowanych przez psychologów do leczenia objawów somatycznych (Mellibruda, 1984).

Przedstawiony sposób uprawiania badań ma ponadpięćdziesięcioletnią historię. Okres ten cechuje się wyraźnym postępem metodologicznym. Jednak słaby związek tego podejścia z teorią psychologiczną sprawia, że w dalszym ciągu dostarcza ono głównie danych opisowych. Tymczasem nawet najbardziej

szczegółowy opis pozbawiony teoretycznego zakorzenienia nie daje wystarczających podstaw do identyfikacji mechanizmów kierujących badanym wycinkiem rzeczywistości, nie pozwalając tym samym na wyjaśnianie i przewidywanie.

Krytyka tego kierunku badań (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980; Marteau i Johnston, 1987) prowadziła do coraz pełniejszego wykorzystywania teorii psychologicznej. Dla kolejnego podejścia charakterystyczne jest konstruowanie modeli wyjaśniających, opartych na tej teorii. Ich zakres zastosowania jest szerszy i nie ogranicza się jedynie do konkretnych problemów, wyłaniających się w praktyce medycznej. Celem badań, wykraczających często poza teren medycyny, ma być nie tylko psychologiczny opis wybranego faktu z zakresu zdrowia i choroby, ale i wyjaśnienie go poprzez określenie leżących u jego podstaw ogólnych mechanizmów psychologicznych. Modele wyjaśniające stanowią rodzaj przekładu ogólnej teorii czy koncepcji (narzucanej zazwyczaj przez paradygmat dominujący w psychologii akademickiej) na język opisujący zjawiska z obszaru zdrowia i choroby.

W pierwszym okresie inspiracją do tworzenia tych modeli była psychologia poznawcza, a w jej ramach – psychologiczna teoria podejmowania decyzji. Najwcześniejszym przykładem jest model przekonań zdrowotnych (zob. ryc. 55-1), którego pierwsze wersje pojawiły się już w latach pięćdziesiątych



Model przekonań zdrowotnych

RYCINA 55-1

(Becker i Maiman, 1975; Rosenstock, Derryberry i Carriger, 1959).

W konfrontacji z gromadzonym materiałem empirycznym możliwości eksplanacyjne modeli uwzględniających wyłącznie czynniki poznawcze okazały się jednak niewystarczające. Obecnie wykorzystuje się raczej podejście społeczno-poznawcze. Przykłady współczesnych modeli wyjaśniających zachowania zdrowotne przedstawiono w rozdziale 59.

Podejście polegające na konstruowaniu psychologicznych modeli wyjaśniających jest kontynuacją podejścia opisowego w tym sensie, że punktem wyjścia w badaniach psychologicznych nadal pozostają problemy praktyki medycznej. Bardziej radykalne jest ostatnie podejście, polegające na całkowitym uniezależnieniu się od teorii i praktyki medycznej. W zamian za to postuluje się konsekwentne stosowanie psychologicznego układu odniesienia do strukturalizacji, opisu i wyjaśniania problematyki zdrowia i choroby (Marteau i Johnston, 1987). Wydaje się jednak wątpliwe, czy psychologiczne

RAMKA 55.2

Model przedstawiony na rycinie 55-1 obejmuje czynniki decydujące o podjęciu zachowania prewencyjnego. Na rysunku pogrubiono elementy zaczerpnięte z teorii podejmowania decyzji, stanowiącej inspirację modelu; jego składnik „spostrzegana podatność na chorobę" rozumiany jest jako subiektywne prawdopodobieństwo zachorowania, natomiast „spostrzegane korzyści – spostrzegane przeszkody" odpowiadają użyteczności wyniku. Również „spostrzegana powaga choroby" jest czynnikiem mającym wyraźne pokrewieństwo z tą teorią. Spośród elementów znajdujących się na rysunku pierwotna wersja modelu obejmowała jeszcze pobudki do działania (*cue*).

W przedstawionej tu wersji model zawiera więcej składowych. Historia jego rozwoju jest przykładem próby dopasowania wyjściowej, teoretycznie spójnej koncepcji do materiału empirycznego, pochodzącego z badań w warunkach naturalnych. W takich wypadkach ramy teoretyczne, uwzględniające czynniki tylko jednego rodzaju, okazują się często zbyt wąskie. Próby ratowania konstrukcji wyjściowej polegają na włączaniu dodatkowych zmiennych, często o innym rodowodzie. „Obrośnięty" takimi zmiennymi model traci na spójności teoretycznej, ale jest w stanie pomieścić więcej danych empirycznych. Przy pomocy takich zabiegów model przekonań zdrowotnych został rozbudowany i obejmuje trzy bloki zmiennych, pomiędzy którymi zachodzą dość złożone zależności.

W pierwszym bloku ujęto czynniki percepcyjno-poznawcze: wspomnianą już, spostrzeganą podatność na określoną chorobę oraz ocenę jej „powagi". Kształtują się one przy udziale zmiennych pośredniczących o charakterze psychologiczno-społeczno-demograficznym, a także wiedzy o chorobie, ujętych w środkowym bloku. Zmienne określone jako pośredniczące oraz przedstawione poprzednio czynniki percepcyjne decydują – przy współudziale *cue* – o spostrzeganym zagrożeniu określoną chorobą. Zagrożenie to jest kluczowym elementem modelu – skupia w sobie oddziaływanie szeregu innych jego elementów oraz bezpośrednio kształtuje jego składnik „na wyjściu", czyli prawdopodobieństwo podjęcia zalecanego działania prewencyjnego, umieszczone w trzecim bloku. Drugim elementem określającym to prawdopodobieństwo jest bilans spostrzeganych korzyści i przeszkód.

badania nad tą problematyką, prowadzone w oderwaniu od medycyny, a zwłaszcza od potrzeb praktyki medycznej, mogą rozwijać się pomyślnie.

Z drugiej strony warto zauważyć zgodność ostatniego z przedstawionych tutaj podejść ze stanowiskiem nakazującym, by zachować jedność psychologii i nie rozdrabniać jej na poszczególne działy psychologii stosowanej, a zamiast tego mówić raczej o jej zastosowaniach w praktyce społecznej. Stanowisko to reprezentują zarówno specjaliści w zakresie metodologii, na przykład Jerzy Brzeziński (1997), jak i reprezentanci zastosowań psychologii, w tym czołowy przedstawiciel psychologii zdrowia – Joseph Matarazzo (1987b). Wiąże się z tym troska o poziom metodologiczny badań prowadzonych przez psychologów w warunkach naturalnych. Problemom tym zostanie poświęcony następny paragraf.

55.1.3
Problemy metodologiczne w badaniach psychologicznych nad zdrowiem i chorobą

Przytoczony przed chwilą pogląd, dotyczący niecelowości wyodrębniania „psychologii stosowanych", jest przedmiotem kontrowersji, natomiast istnieje powszechna zgoda co do celowości prowadzenia badań w warunkach naturalnych, zwłaszcza jeśli wyniki mają mieć zastosowanie praktyczne. Psychologiczne badania podstawowe, prowadzone metodą eksperymentu laboratoryjnego, nie są bowiem wystarczającym źródłem wiedzy, która nadawałaby się do bezpośredniego wykorzystania w obszarze zdrowia i choroby. Stoimy tutaj na stanowisku, że psychologiczne aspekty zdrowia i choroby należy badać przede wszystkim w warunkach naturalnych (*field studies*), w sytuacjach klinicznych i w innych sytuacjach życiowych – ważnych ze zdrowotnego punktu widzenia. Badania takie powinny być jednak zakorzenione w teorii psychologicznej, w miarę możliwości powinny też respektować ogólne zasady metodologii badań psychologicznych.

Prowadzenie badań terenowych w dziedzinie zdrowia i choroby napotyka jednak poważne trudności metodologiczne. Problematyka ta wymaga podejścia interdyscyplinarnego, którego realizacja nie jest łatwa, ponieważ nauka współczesna funkcjonuje w ramach sztucznie wyodrębnionych dyscyplin (Bruhn, 1995). Innym trudnym do spełnienia warunkiem poprawności metodologicznej badań jest randomizacja, czyli losowy dobór osób badanych z populacji. Często już plan badawczy zakłada dobór celowy, na przykład osób obciążonych ryzykiem zdrowotnym czy cierpiących na chorobę określonego rodzaju. W innych wypadkach nie jest dostępny tak zwany operat losowania, na przykład spis osób dotkniętych określoną chorobą, z których tylko część korzysta z oficjalnego systemu opieki zdrowotnej.

Jak przedstawia się praktyka w zakresie metodologii badań nad psychologicznymi aspektami zdrowia i choroby? Najwcześniejszym źródłem wiedzy na ten temat były mniej lub bardziej systematycznie prowadzone obserwacje kliniczne. Obserwacja kliniczna może być wartościowa jako inspiracja i punkt wyjścia do zastosowania procedur bardziej zaawansowanych metodologicznie. Jeśli zastosowanie procedury eksperymentalnej jest niemożliwe lub niecelowe, jej pożyteczną alternatywą są badania podłużne. Ich zasadniczym walorem jest to, że w porównaniu z badaniami przekrojowymi lub z procedurą *ex post facto* dostarczają znacznie mocniejszych podstaw do wnioskowania w kategoriach przyczynowo-skutkowych, będącego podstawą wyjaśniania. Warunkiem jest zastosowanie planu badawczego, w którym ustalenie hipotetycznej przyczyny następuje wcześniej niż stwierdzenie postulowanych przez badacza skutków.

Ilustracją tych możliwości są badania prospektywne (podłużne) nad zależnościami psychosomatycznymi, w porównaniu z badaniami retrospektywnymi. W pierwszym wy-

padku badanie rozpoczyna się od diagnozy psychologicznej, obejmującej dużą grupę osób jeszcze zdrowych. Po upływie kilku lat wyodrębnia się podgrupę, która w tym okresie zachorowała. Następnie porównuje się wyniki tych osób w pierwszym badaniu z wynikami badanych, którzy pozostali w dobrym zdrowiu. Ewentualne różnice między grupami, polegające na przykład na wyższym poziomie lęku czy tendencji agresywnych u osób, które zachorowały, mogą być traktowane jako psychologiczne czynniki ryzyka określonej choroby.

Natomiast w badaniach retrospektywnych (przypominających procedurę *ex post facto*) diagnozę psychologiczną przeprowadza się u osób już chorych, a jej wyniki porównuje się z wynikami uzyskanymi w równoważnej grupie zdrowej. Stwierdzone różnice traktuje się podobnie jak w badaniach prospektywnych. Postępowanie takie opiera się na zawodnym założeniu, że różnice te istniały w okresie poprzedzającym zachorowanie. Równie dobrze bowiem można przypuszczać, że to choroba spowodowała określone zmiany psychiczne – kierunek zależności jest wówczas odwrotny.

55.2

Medycyna psychosomatyczna i behawioralna

Kazimierz Wrześniewski

Psychologiczne problemy zdrowia i choroby uwzględniane są w kilku współczesnych nurtach, które mają już swoje osiągnięcia naukowe, oraz w zakresie działalności praktycznej. Każdy z nich dąży do zachowania tożsamości poprzez własne towarzystwa naukowe, czasopisma i monografie. Do najbardziej znanych, obok psychologii zdrowia (zob. rozdz. 55.3), należą: medycyna psychosomatyczna i medycyna behawioralna. Poniżej przedstawiona zostanie pokrótce historia dwóch ostatnich kierunków, ich podstawowe założenia oraz aktualny status. Omówione też zostaną ich wzajemne podobieństwa i różnice.

55.2.1

Psychoanalityczne tradycje medycyny psychosomatycznej

Spośród wszystkich współczesnych kierunków podejmujących psychologiczne aspekty zdrowia i choroby najstarsza jest **medycyna psychosomatyczna** (*psychosomatic medicine*). Termin „psychosomatyka" po raz pierwszy pojawił się w literaturze medycznej w roku 1818. Został użyty przez niemieckiego psychiatrę, J. Ch. Heinrotha, przy opisie przyczyn bezsenności (Lipowski, 1984). Przez następnych sto lat określenie to jednak rzadko bywało używane. Stało się popularne dopiero w latach dwudziestych i trzydziestych XX wieku, wraz z powstaniem medycyny psychosomatycznej. Rozwój medycyny psychosomatycznej można prześledzić dzięki fundamentalnej pracy Flanders Dunbar: *Emotions and bodily changes*. Jej kolejne trzy wydania (1935, 1938 i 1949) zawierają dokumentację publikacji z tej dziedziny, obejmującą okres od 1910 roku. Z dokumentacji tej wynika, że medycyna psychosomatyczna ma swój psychoanalityczny rodowód, a jej twórcami byli psychiatrzy.

W pierwszych koncepcjach nawiązywano do teorii, jaką posługiwał się Freud przy próbie tłumaczenia przyczyny histerii konwersyjnej. Histeria konwersyjna jest rodzajem nerwicy, która manifestuje się zaburzeniami funkcjonowania określonych narządów, przy czym zaburzenia te nie mają podłoża organicznego. Freud uważał, że są one symboliczną manifestacją nieświadomych konfliktów wewnętrznych. Uniemożliwienie zaspokojenia libido sprawia, że energia przepływa do

różnych narządów, zostaje tam zatrzymana i wyraża się w formie objawów somatycznych (Alexander i French, 1948).

Tezę Freuda, dotyczącą nieświadomych konfliktów wewnętrznych, pierwsi przedstawiciele medycyny psychosomatycznej wykorzystywali do wyjaśniania niektórych chorób organicznych (Alexander i French, 1948; Dunbar, 1949). Uważano, że określone traumatyczne doświadczenia, przeżyte we wczesnym dzieciństwie, prowadzą do powstania wewnętrznych konfliktów, a te są przyczyną określonych chorób. I tak, zaburzenie fazy oralnej – niewłaściwy trening w zakresie karmienia niemowlęcia – miałoby prowadzić w przyszłości do wrzodów żołądka. Powstanie wrzodów dwunastnicy wiązano ze zbyt rygorystycznym wychowaniem i silnie dominującymi rodzicami (Łazowski, 1978). Wystąpienie astmy kojarzono z wczesną separacją dziecka od matki (Hamilton, 1955). Wczesną śmierć ojca lub matki, rozwód rodziców, niepowodzenia w nauce szkolnej, podjęcie pracy zarobkowej w okresie dorastania wiązano z powstawaniem choroby wieńcowej w wieku dojrzałym (Bastiaans, 1968).

Nieco inne wyjaśnienie przyczyn chorób podawała Dunbar (1943), należąca do czołowych twórców medycyny psychosomatycznej. Przyczyny te kojarzyła ona ze specyficznym dla danej choroby profilem osobowości. Dunbar wraz z zespołem przeprowadziła wiele wywiadów z pacjentami, reprezentującymi różne jednostki chorobowe. W wywiadach uwzględniano: strukturę popędów, stosowane mechanizmy obronne, rodzaj doświadczeń emocjonalnych. Opierając się na tych danych, określono profile osobowości, które miały charakteryzować osoby predysponowane do poszczególnych chorób. W ten sposób powstały opisy „osobowości wieńcowej", „osobowości wrzodowca", „osobowości astmatyka" itp.

Psychiatra i psychoanalityk amerykański, Franz Alexander, zaproponował bardziej rozbudowaną koncepcję powstawania chorób. Obejmuje ona trzy czynniki, stanowiące podłoże choroby:

(1) specyficzną konstelację cech osobowości, które związane są z nieświadomymi konfliktami, powstałymi w okresie dzieciństwa;
(2) sytuację, która wystąpiła bezpośrednio przed zachorowaniem, a która reaktywuje stary konflikt;
(3) konstytucjonalną słabość określonego narządu (Alexander i French, 1948).

Poglądy klasyków medycyny psychosomatycznej są obecnie bardzo rzadko akceptowane. Składa się na to kilka przyczyn. Po pierwsze, proponowane koncepcje opierały się na obserwacjach klinicznych i wywiadach prowadzonych z chorymi, a nie na badaniach, które uwzględniałyby elementarne standardy metodologiczne. Po drugie, w tym tradycyjnym ujęciu procesy psychiczne i biochemiczne traktowane były jako dwa różne zjawiska, powiązane ze sobą w bliżej nieokreślony sposób. Po trzecie, zainteresowania klasyków medycyny psychosomatycznej koncentrowały się wokół przyczyn tylko niektórych jednostek chorobowych, określanych jako psychosomatyczne ze względu na udział, jaki w ich powstawaniu przypisywano czynnikom psychicznym. Pomijano znaczenie tych czynników w wypadku chorób powstających na drodze organicznej, w niewielkim też stopniu zajmowano się psychologicznymi konsekwencjami chorób somatycznych. Po czwarte, proponowane koncepcje opisywane są hermetycznym językiem psychoanalizy.

55.2.2

Psychofizjologiczne tradycje medycyny psychosomatycznej

Drugi nurt, który przyczynił się do rozwoju medycyny psychosomatycznej, wiąże się z badaniami fizjologicznymi i psychofizjologicznymi. Dunbar – podobnie jak inni przedstawiciele klasycznej medycyny psychosoma-

tycznej – początkowo nie dostrzegała ogromnego znaczenia wczesnych prac eksperymentalnych, prowadzonych przez Iwana Pawłowa i Waltera Cannona, dla rozwoju dziedziny, którą reprezentowała. Jej stosunek do wyników badań prowadzonych na zwierzętach zmienił się dopiero później.

Pierwsze psychofizjologiczne badania, które Dunbar uznała za znaczące dla medycyny psychosomatycznej, dotyczyły mechanizmu tłumienia i wyparcia. Przykładem takich badań może być – opublikowany w roku 1923 – eksperyment przeprowadzony przez F. Deutscha, jednego ze znaczących twórców medycyny psychosomatycznej (Dunbar, 1949; zob. ramka 55.3).

Badania z zakresu psychofizjologii dotyczące ludzi i zwierząt zostały w pełni docenione przez przedstawicieli medycyny psychosomatycznej dopiero pod koniec lat trzydziestych. Znalazło to swój wyraz między innymi w trzecim wydaniu wspomnianej książki Dunbar (1949). Autorka wprowadziła do niej obszerny rozdział poświęcony technikom stosowanym w badaniach psychofizjologicznych oraz dokonała przeglądu publikacji, w których omawiane są wyniki badań eksperymentalnych, dotyczących różnych układów fizjologicznych. Było to wyraźne przejście od klasycznej do nowoczesnej medycyny psychosomatycznej.

55.2.3 Współczesne tendencje w medycynie psychosomatycznej

Mimo swej długiej historii pojęcie „psychosomatyka" nie jest określeniem jednoznacznym. Używa się go w różnych kontekstach. Po pierwsze, stosowane jest przy opisie psychogenezy zaburzeń somatycznych, przy czym niektórzy lekarze nadal używają przymiotnika „psychosomatyczne" w odniesieniu do wydzielonej grupy chorób (Czubalski, 1984; Łazowski, 1978). Po drugie, wykorzystywane jest przy wyjaśnianiu relacji umysł – ciało (*mind – body*). W rozważaniach tych odróżnia się zależność psychosomatyczną od somatopsychicznej. Pierwsza oznacza wpływ czynników psychicznych na funkcje somatyczne. Druga zależność wskazuje na wpływ stanów somatycznych na procesy psychiczne (por. Heszen-Klemens, 1983; Lipowski, 1986a). Po trzecie, pojęcie „psychosomatyka" służy do opisu określonego podejścia do chorego. W podejściu tym wskazuje się na konieczność uwzględniania problemów psychospołecznych pacjenta (Lipowski, 1986b; Luban-Plozza, Pöldinger, Kröger i Wasilewski, 1995).

Początek nowoczesnej medycyny psychosomatycznej wiąże się z ukazaniem się w roku 1939 pierwszego numeru amerykańskiego czasopisma *Psychosomatic Medicine*. Podtytuł: *Experimental and Clinical Studies*, wskazywał, że zamieszczane są w nim artykuły wykraczające poza ujęcie tradycyjne, oparte na koncepcji psychoanalitycznej, a także nawiązujące do różnych orientacji teoretycznych i metodologicznych.

W artykule wstępnym redaktorzy czasopisma w następujący sposób określili zadania stojące przed medycyną psychosomatyczną: „Badanie psychologicznych i fizjologicznych aspektów wszystkich normalnych i nienormalnych funkcji cielesnych w ich wzajemnych powiązaniach, celem zintegrowania terapii somatycznej i psychoterapii" (Lipowski, 1984, s. 156). Autorzy tego artykułu zastrzegali się jednocześnie, że medycyna psychosomatyczna nie jest tożsama z psychiatrią, nie ogranicza się do jakiegoś wybranego obszaru patologii, nie jest wyspecjalizowaną gałęzią medycyny i nie zajmuje się „metafizyką" problemu *psyche – soma*. Przeciwnie, stwierdzali, że medycyna psychosomatyczna proponuje podejście psychologiczne w całej medycynie, zajmuje się wzajemnymi zależnościami między funkcjonowaniem emocjonalnym a cielesnym, podejmuje badania nad korelacją procesów psychologicznych i fizjologicznych u człowieka, a przy tym jest nie tylko specyficzną dziedziną, ale i integralną częścią wszystkich specjalności medycznych (Lipowski, 1984).

Dla współczesnej medycyny psychosomatycznej reprezentatywne są poglądy dwóch znaczących przedstawicieli tego kierunku: Johannesa Groena i Zbigniewa Lipowskiego.

Według Groena (1982), **medycyna psychosomatyczna bazuje na holistycznym ujmowaniu człowieka (*holistic approach*) – zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. Podejście takie zajmuje się jednostką od strony biologicznej, psychologicznej i społecznej.** W zależności od zastosowanej metody ta lub inna strona jest bardziej eksponowana u tej samej osoby. W takim ujęciu *psyche* i *soma* nie są oddzielnymi układami, lecz jedynie różnymi aspektami lub drogami poznawania ludzkiej egzystencji. *Psyche* jest tutaj rozumiana jako kompleks określonych funkcji organizmu ludzkiego, takich jak myślenie, odczuwanie, doświadczanie. Funkcje te nazywane są procesami psychicznymi. Przez obiektywnego obserwatora te subiektywnie przeżywane procesy spostrzegane są jako funkcje somatyczne (mózgowe), które manifestują się w formie określonych wskaźników. Tak więc w istocie swej są one jednocześnie zarówno psychiczne, jak i biologiczne.

Konsekwencją tego całościowego traktowania istoty ludzkiej powinno być wielodyscyplinarne badanie i leczenie człowieka chorego. Podejście psychosomatyczne nie zakłada zasadniczej różnicy w etiologii chorób, nazywanych psychicznymi, funkcjonalnymi bądź somatycznymi. Różnią się one w swej symptomatologii, ale podłożem ich wszystkich jest wieloczynnikowa konstelacja uwarunkowań biologicznych i psychospołecznych (Groen, 1982; Wrześniewski i Gebert, 1986).

Podobne poglądy reprezentuje Lipowski (1968, 1986a). Wysuwa on następujące postulaty pod adresem medycyny psychosomatycznej:

(1) Człowiek jest organizmem biopsychospołecznym, odbierającym, przechowu-

RAMKA 55.3

Celem eksperymentu Deutscha było sprawdzenie hipotezy na temat powstawania zaburzeń somatycznych w związku z nieświadomymi, nieodreagowanymi doświadczeniami traumatycznymi. W trakcie hipnozy kilku osobom podano sugestię dotyczącą przeżywania przez nie sytuacji zagrażających. Dokonano pomiaru tętna i ciśnienia krwi. Obydwa wskaźniki wzrosły w znacznym stopniu w stosunku do poziomu określonego przed podaniem sugestii. Następnie zasugerowano, że po przebudzeniu osoba badana o wszystkim zapomni, ale na widok chusteczki do nosa ponownie zareaguje lękiem. Tak też się stało. Wyciągnięciu przez eksperymentatora chusteczki towarzyszył wzrost tętna i ciśnienia krwi, które osiągnęły podobny poziom, jak w czasie sugestii dotyczącej sytuacji zagrażającej.

W drugiej części eksperymentu w trakcie hipnozy podano dodatkową sugestię, że po opuszczeniu przez eksperymentatora chusteczki osoba badana przypomni sobie całe zdarzenie. Po przebudzeniu osoby poddanej hipnozie prowadzący wykonał zapowiedzianą czynność. Odpowiednio do sugestii osoba badana przypomniała sobie zdarzenie, które poprzednio wywoływało lęk. Pomiar tętna i ciśnienia krwi nie wykazał wzrostu tych wskaźników w stosunku do wartości wyjściowych, przed rozpoczęciem eksperymentu. Otrzymane wyniki Deutsch interpretuje w następujący sposób: nieuświadomiony problem może wywołać zmiany w funkcjach organizmu, natomiast uświadomienie problemu takich zmian nie wywołuje (Dunbar, 1949).

jącym, przetwarzającym, tworzącym i przekazującym informacje oraz przypisującym im znaczenie, co z kolei wywołuje reakcje emocjonalne. Te ostatnie, dzięki swym behawioralnym korelatom, mogą wpływać na wszelkie funkcje społeczne, zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie.

(2) Zdrowie i choroba to mniej lub bardziej arbitralnie zdefiniowane stany organizmu, współdeterminowane przez czynniki psychologiczne, społeczne i biologiczne, i zawsze mające aspekty biopsychospołeczne.

(3) Badanie, zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie chorób winno brać pod uwagę wkład wszystkich trzech klas czynników z uwzględnieniem ich dynamiki.

(4) Etiologia jest z zasady wieloczynnikowa, jednakże względny udział każdej klasy czynników przyczynowych zmienia się w zależności od rodzaju choroby i od właściwości osoby; niektóre z nich są konieczne, inne zaś odgrywają tylko rolę wspierającą.

(5) Optymalna opieka nad pacjentem wymaga uwzględnienia w praktyce klinicznej wszystkich powyższych postulatów (Lipowski, 1984; Wrześniewski i Gebert, 1986).

Przedstawione założenia współczesnej medycyny psychosomatycznej, jak również jej obszary badań i zastosowań zbliżają ją do medycyny behawioralnej – kierunku omówionego poniżej.

55.2.4
Medycyna behawioralna

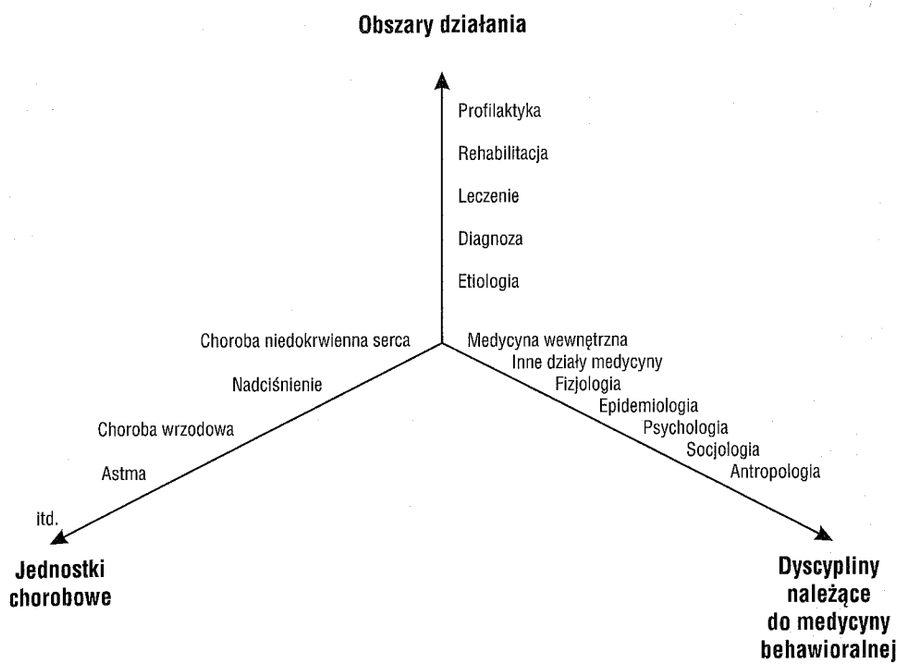
Medycyna behawioralna (*behavioral medicine*) jest dziedziną stosunkowo młodą. Pojawiła się w Stanach Zjednoczonych na początku lat siedemdziesiątych XX wieku. Powstała w związku z rozczarowaniem niektórych badaczy klasyczną medycyną psychosomatyczną.

W 1977 roku grono specjalistów reprezentujących różne dyscypliny związane z medycyną, a także przedstawiciele innych nauk (na przykład ekonomii, prawa) zorganizowali konferencję naukową, w której ważną rolę odegrali psychologowie: Gary Schwartz, Stephen Weiss i David Jenkins. Podjęto na niej pierwszą próbę definicji medycyny behawioralnej i nakreślono obszary działania (Schwartz i Weiss, 1978).

W rok później, na innym spotkaniu, opracowano definicję drugiej generacji, wedle której **medycyna behawioralna jest dziedziną interdyscyplinarną, zajmującą się rozwojem i integracją wiedzy i technik z zakresu nauk behawioralnych i biomedycznych, pozwalających na zrozumienie zdrowia i choroby, oraz zastosowaniem tej wiedzy i technik w prewencji, diagnozie, leczeniu i rehabilitacji** (Weiss, 1987). W pełni odzwierciedliło się tu twierdzenie, że zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie człowiek jest jednostką biopsychospołeczną. Następstwem tego założenia ma być kompleksowe, interdyscyplinarne realizowanie badań naukowych oraz prowadzenie pacjentów (Orth-Gomér, 1994; Weiss, 1987).

W powyższym określeniu należy zwrócić szczególną uwagę na interdyscyplinarny charakter medycyny behawioralnej, co ilustruje rycina 55-2.

Jeden z twórców tego kierunku, S. Weiss (1987), wręcz stwierdza, że medycyna behawioralna nigdy nie stanie się samodzielną dyscypliną. Postulat ten pociąga za sobą kilka ważnych konsekwencji teoretycznych, metodologicznych i aplikacyjnych. Po pierwsze, teoretyczne koncepcje psychologiczne nie wystarczają do wyjaśnienia wszystkich zjawisk dotyczących zdrowia, choroby, leczenia i profilaktyki. Po drugie, badanie wymienionych zjawisk wymaga stosowania metod wypracowanych przez poszczególne dyscypliny, mające udział w medycynie behawioralnej. Po trzecie, do prowadzenia badań naukowych w tym obszarze konieczna jest ścisła współpraca przedstawicieli różnych dyscyplin. Po czwarte, aby wymieniona współpraca



Medycyna behawioralna – interdyscyplinarność, obszary działania

RYCINA 55-2

była efektywna, każdy przedstawiciel danej dyscypliny powinien dysponować podstawową wiedzą z zakresu innych dyscyplin. Po piąte, diagnoza, leczenie, rehabilitacja chorego oraz działania profilaktyczne powinny być prowadzone w zespołach interdyscyplinarnych. Po szóste, zarówno opisy badań, jak i diagnozy oraz zaleceń powinny być formułowane w języku zrozumiałym dla wszystkich specjalistów związanych z medycyną behawioralną.

Podstawowe założenie o interdyscyplinarnym charakterze spełniane jest głównie w odniesieniu do badań naukowych. W obszarze aplikacyjnym postulat ten realizowany jest w mniejszym stopniu. Prowadzenie wszystkich chorych przez zespoły, w których skład wchodziliby przedstawiciele różnych dyscyplin, byłoby niezwykle kosztowne. Warto jednak zauważyć, że w pewnych okolicznościach powoływano zespoły interdyscyplinarne nawet w okresie poprzedzającym powstanie medycyny behawioralnej. Przykładem takich działań jest prowadzenie rehabilitacji związanej z różnymi schorzeniami. Polska ma znaczne osiągnięcia w zakresie rehabilitacji pacjentów z uszkodzeniami narządu ruchu, a także pacjentów kardiologicznych.

W tabeli 55.1 przedstawiamy syntetyczną charakterystykę medycyny psychosomatycznej i medycyny behawioralnej, podsumowującą dotychczasowe rozważania.

TABELA 55.1

Medycyna psychosomatyczna a medycyna behawioralna

CHARAKTERYSTYKA	MEDYCYNA PSYCHOSOMATYCZNA		MEDYCYNA BEHAWIORALNA
	KLASYCZNA*	WSPÓŁCZESNA	
Podstawy teoretyczne	Psychoanaliza	Różne koncepcje psychologiczne i biomedyczne	Różne koncepcje z zakresu nauk behawioralnych i biomedycznych
Relacja: *psyche – soma*	Dualizm	Ujęcie holistyczne	
Udział czynników psychologicznych w etiologii chorób	Tylko w tak zwanych chorobach psychosomatycznych	Czynniki psychologiczne mogą odgrywać rolę w powstaniu każdej choroby somatycznej	
Główne problemy badawcze i aplikacyjne	Etiologia chorób	Etiologia i leczenie	Etiologia, leczenie, rehabilitacja i profilaktyka
Dominujący przedstawiciele kierunku	Psychiatrzy	Psychiatrzy, psychologowie, lekarze interniści	Psychologowie, socjologowie medycyny, lekarze różnych specjalności (postulat zespołów interdyscyplinarnych)

Uwaga. *Obejmuje okres do 1939 roku.

55.3

Psychologia zdrowia

Irena Heszen-Niejodek

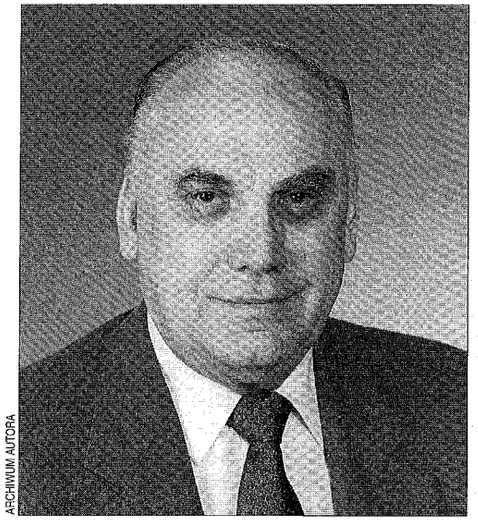
W pierwszym podrozdziale była mowa o sprzeciwie niektórych psychologów wobec wyodrębniania poszczególnych dziedzin psychologii stosowanej. Dyskusja nad tym stanowiskiem wykracza poza ramy niniejszego podręcznika, dotyczy jednak procesu, którego nie odwróci nawet ewentualne porozumienie autorytetów akademickich. Psychologia zdrowia jest właśnie przykładem potężnego i dynamicznie rozwijającego się działu psychologii stosowanej.

55.3.1 Geneza psychologii zdrowia

Psychologia zdrowia (*health psychology*) wyłoniła się jako kolejna dziedzina zastosowań psychologii w zakresie zdrowia i choroby, stanowiąc kontynuację i rozwinięcie omówionych wcześniej kierunków: medycyny psychosomatycznej i medycyny behawioralnej. W porównaniu z tymi kierunkami psychologia zdrowia ma najkrótszą historię, ale chyba największą i wciąż rosnącą popularność. Określenie to pojawiło się przy końcu lat siedemdziesiątych i od razu spotkało się z powszechną akceptacją, a nawet entuzjazmem.

Za ojca psychologii zdrowia uważany jest wybitny psycholog amerykański Joseph Matarazzo, a za jej ojczyznę – Stany Zjednoczone. Matarazzo wraz ze współpracownikami sformułowali powszechnie przyjętą i szeroko cytowaną definicję psychologii zdrowia:

> **Psychologia zdrowia to całokształt specyficznego oświatowego, naukowego i profesjonalnego wkładu psychologii jako dyscypliny do promocji i utrzymywania zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób, rozpoznawania etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych dysfunkcji, a także do analizy i optymalizacji systemu opieki zdrowotnej i kształtowania polityki zdrowotnej** (Sheridan i in., 1988, s. 5).



ARCHIWUM AUTORA

Joseph D. Matarazzo

Znacznie prościej ujęła to Shelley Taylor (1986, s. 5) w jednym z pierwszych podręczników psychologii zdrowia: „Psychologia zdrowia jest działem psychologii, zajmującym się poznaniem wpływu czynników psychologicznych na to, że ludzie pozostają zdrowi, określeniem ich znaczenia w powstawaniu chorób oraz ich roli w kształtowaniu zachowania ludzi, kiedy zachorują".

Warto zaznaczyć, że psychologia zdrowia nie ogranicza się w swych badaniach i zastosowaniach do obszaru medycyny, ale swym zasięgiem obejmuje wszystkie najważniejsze sfery życia i działalności człowieka (Marteau i Johnston, 1987). Odróżnia ją to od poprzednio omówionych kierunków: medycyny psychosomatycznej i medycyny behawioralnej. Natomiast ich wzajemne podobieństwo polega na tym, że wszystkie trzy kierunki – mimo akceptacji założenia o jedności psychosomatycznej człowieka – koncentrują się w zasadzie na problematyce zdrowia fizycznego i choroby somatycznej.

U podstaw psychologii zdrowia leżą psychologiczne koncepcje zdrowia. Koncepcje te traktują zdrowie i chorobę raczej jako krańce tego samego kontinuum niż jako pojęcia wzajemnie się wykluczające. Towarzyszy temu zmiana akcentów – położenie nacisku na zdrowie oraz umieszczenie jego ochrony i promocji w centrum zainteresowania (Sęk, 1987). Stanowisko takie koresponduje z tendencjami we współczesnej medycynie, przedstawionymi w pierwszym podrozdziale. Odzwierciedla też ono bardziej ogólne tendencje rozwojowe w psychologii, zapoczątkowane przez psychologię humanistyczną, a polegające na przekraczaniu obszaru patologii oraz na zwróceniu uwagi w kierunku zasobów człowieka i jego możliwości rozwojowych. Ta zmiana orientacji odpowiada potrzebom i oczekiwaniom społecznym, kierowanym pod adresem psychologii.

W dalszej części rozdziału przedstawimy główne kierunki badań w dziedzinie psychologii zdrowia, rozpoczynając od podstaw, czyli od próby konceptualizacji zdrowia z uwzględnieniem aspektu psychospołecznego.

55.3.2 Koncepcje zdrowia w naukach społecznych

Potocznie zdrowie ujmowane jest zazwyczaj negatywnie – jako **stan braku choroby**, jednak specjaliści uznali tę formułę za niewystar-

czającą. W 1948 roku, a więc już pół wieku temu, w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) zaproponowano jego definicję niejako oficjalną. Jest ona dziś powszechnie znana i wciąż jeszcze cytowana. Ujęcie to jest znacznie szersze, przy czym w dalszym ciągu pojęcie **stanu** odgrywa w nim rolę kategorii nadrzędnej. Zdrowie utożsamiane jest **z pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym**, a nie wyłącznie z brakiem problemów medycznych.

Przedstawiciele nauk społecznych krytykują klasyczne już ujęcie WHO. Akceptując leżące u jego podstaw całościowe i pozytywne podejście do zdrowia, zarzuca mu się idealizm – tak rozumiane zdrowie jest praktycznie nie do osiągnięcia. Kwestionuje się ponadto pojęcie „dobrostanu" jako niejednoznaczne (Słońska, 1994). Nowe propozycje nawiązują do ujęcia WHO, ale sformułowane są bardziej konkretnie i dynamicznie. Propozycje te zmierzają w dwóch kierunkach.

W pierwszym zdrowie traktowane jest jako **dyspozycja,** co oddaje przykładowa definicja, wedle której jest to: „poddająca się zmianom zdolność człowieka zarówno do osiągania pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska" (Słońska i Misiuna, 1993, s. 68). Zdrowie jawi się tu jako zasób, ogólna zdolność organizmu do wszechstronnego rozwoju i do stawiania czoła aktualnym wymaganiom.

Drugie ujęcie określa zdrowie jako **proces** poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu obciążeń, z którymi nieustannie ma do czynienia organizm. Jest to podejście dynamiczne i interakcyjne. Zdrowie jako proces ma określoną dynamikę w czasie i zmienia się w zależności od zaistniałych wymagań – zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych. Choroba traktowana jest jako następstwo niewydolności tego procesu, załamanie zdrowia. Dochodzi do niej wtedy, kiedy brakuje energii i/lub umiejętności, aby sprostać wymaganiom i obciążeniom, zachowując poczucie równowagi i harmonii (Antonovsky, 1979).

Wspólne dla obu współczesnych ujęć zdrowia w naukach społecznych jest traktowanie jako jego podstawy złożonego i różnorodnego zespołu czynników, na który składają się zarówno genetyczne, jak i psychospołeczne zasoby odpornościowe, między innymi wsparcie społeczne (Pommersbach, 1988), strategie radzenia sobie, poziom tożsamości i inne zasoby. Oba też charakteryzuje relatywizacja zdrowia w stosunku do określonego czasu i kontekstu (Antonovsky, 1979; Thoresen i Engleston, 1985). Podstawowego znaczenia nabiera więc w tych koncepcjach **relacja między jednostką a otoczeniem**, ujmowana w całej swej złożoności. Widzimy tu ich wyraźny związek z wątkami dominującymi we współczesnej teorii psychologicznej. Integralną częścią psychologicznej konceptualizacji zdrowia jest pojęcie **zdrowego pola życiowego**, na które składają się biologiczne, techniczne, społeczne i kulturowe czynniki otoczenia, stanowiące warunki zdrowia indywidualnego.

W przedstawionych ujęciach zdrowie traktowane było jako stan, dyspozycja albo proces. Jednak bez względu na te różnice było ono zawsze zdrowiem czyimś, czymś przynależnym konkretnemu człowiekowi. Należy jeszcze dodać, że w teorii czynności, opracowanej na gruncie psychologii ogólnej, pojęcie zdrowia występuje w znaczeniu abstrakcyjnym, jako jedna z **wartości**. Następuje tu niejako obiektywizacja zdrowia w tym sensie, że lokowane jest ono jakby na zewnątrz działającego na jego rzecz człowieka, stając się celem jego aktywności. Ponadto zdrowie i choroba nie są umieszczane na wspólnym kontinuum, ale traktuje się je odrębnie: zdrowie jako wartość pozytywną, a jego przeciwieństwo – chorobę – jako wartość negatywną (Tomaszewski, 1975). Rozumienie zdrowia jako wartości jest szczególnie przydatne w promocji zdrowia, ponieważ pozwala na wyjaśnienie mechanizmu podejmowania działań na jego rzecz przez ludzi jeszcze zdrowych.

Specyficzny wkład psychologii w nurt psychospołecznych rozważań nad zdrowiem polega na badaniu subiektywnych koncepcji zdrowia, czyli konceptualizacji zdrowia u osób niemających wykształcenia medycznego. Wyniki tych badań wskazują, że w potocznej świadomości rozumienie zdrowia jest indywidualnie zróżnicowane i obejmuje wszystkie warianty przedstawione wcześniej. Zdrowie bywa więc ujmowane jako stan braku choroby, jako zasób, jako proces równowagi, a także jako wartość, która sama w sobie zasługuje na starania (Sęk, 1997a).

55.3.3
Problematyka badawcza psychologii zdrowia

Psychologowie z dużą i wciąż rosnącą intensywnością prowadzą prace badawcze nad problematyką zdrowia i choroby, podkreślając w swoich publikacjach osiągnięcia naukowe psychologii zdrowia (np. Taylor, 1992). Spróbujmy zatem scharakteryzować psychologię zdrowia jako dziedzinę badań, określić zakres i strukturę jej problematyki oraz podstawy teoretyczne. Najogólniej w psychologii zdrowia wyróżnić można dwie szerokie dziedziny, omówione dokładniej w następnych rozdziałach. Pierwsza z nich to **psychologia medyczna** (*medical psychology*) – specjalność psychologiczna, mająca już ustabilizowaną pozycję w medycynie pozapsychiatrycznej i zajmująca się psychologicznymi aspektami chorób. Centrum praktycznych działań psychologów stanowi tu człowiek chory. Druga dziedzina określana jest jako **zdrowie behawioralne** (*behavioral health*) i koncentruje się na psychologicznych korelatach zdrowia oraz na oddziaływaniach ukierunkowanych na ludzi zdrowych.

55.3.3.1
Psychologiczna teoria stresu i radzenia sobie jako ramy teoretyczne psychologii medycznej

W pierwszym okresie zainteresowania psychologów problemami związanymi z chorobą i zdrowiem somatycznym skupiały się na psychologicznych aspektach choroby – domenie psychologii medycznej. We wcześniejszej publikacji, nawiązując do tendencji dominujących w literaturze, określiliśmy przedmiot **psychologii medycznej jako: „psychologiczne aspekty powstawania, przebiegu i leczenia chorób somatycznych, to znaczy zarówno uwarunkowania, jak i następstwa stanu somatycznego, mieszczące się w sferze procesów psychicznych, osobowości i zachowania człowieka"** (Heszen-Klemens, 1983, s. 29). Zgromadzono dotychczas sporo danych na temat udziału czynników psychicznych w powstawaniu chorób i dysfunkcji somatycznych; najważniejsze wyniki tych badań przedstawione zostały w rozdziale 57. Drugi nurt badań, któremu poświęcono rozdział 58., dotyczy psychologicznych następstw choroby – reakcji emocjonalnych wobec niej, tworzenia się jej poznawczej reprezentacji, jak również organizacji zachowania ukierunkowanego na jej pokonanie. Istniejący materiał empiryczny jest jednak rozdrobniony i nie tworzy zintegrowanego systemu wiedzy.

Wydaje się, że przedstawiona w następnym rozdziale teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie stanowi odpowiedni model teoretyczny do opisu i wyjaśniania faktów empirycznych z dziedziny psychologii medycznej. Od dawna znane są i doceniane wzajemne związki pomiędzy wydarzeniami stresowymi a chorobą. Jak wiadomo, z jednej strony wydarzenia takie mogą być rozpatrywane jako współprzyczyny chorób, z drugiej zaś choroba i jej konsekwencje stanowią źródło stresu psychologicznego. Rozważając możliwości zastosowania współczesnej teorii stresu psychologicznego do problematyki psychologicznych aspektów choroby somatycznej, należy również uwzględnić szeroki zakres tej teorii. Chociaż akcentuje ona znaczenie czynników percepcyjnych, to obejmuje także procesy emocjonalne oraz zachowanie podmiotu ukierunkowane na przezwyciężenie stresu, nazywane radzeniem sobie.

Odniesienia teorii stresu psychologicznego i radzenia sobie do problematyki psycho-

logicznej związanej z chorobą są na tyle oczywiste, że teorii tej zawsze sporo miejsca poświęca się w podręcznikach psychologii zdrowia. Jednakże – jak dotąd – wskazać można tylko pojedyncze próby konsekwentnego jej wykorzystania jako teoretycznego modelu do strukturalizacji, opisu i wyjaśniania materiału empirycznego, dotyczącego psychologicznych korelatów choroby (np. Maes, Leventhal i de Ridder, 1996). Zazwyczaj służy ona raczej do omówienia przykładów, zamiast stanowić ramy porządkujące strukturę całej problematyki.

Nasuwa się pytanie, czy paradygmat stresu i radzenia sobie z równym powodzeniem pełnić może funkcję podstaw teoretycznych w drugim nurcie psychologii zdrowia, określanym jako zdrowie behawioralne. **Zdrowie behawioralne** definiowane jest jako:

> **[...] dziedzina interdyscyplinarna poświęcona promowaniu filozofii zdrowia podkreślającej indywidualną odpowiedzialność w stosowaniu wiedzy i technik behawioralnych oraz biomedycznych dla zachowania zdrowia oraz zapobieganiu chorobie i dysfunkcjom za pomocą różnorodnych aktywności indywidualnych i zespołowych, podejmowanych z własnej inicjatywy** (Matarazzo, 1980, s. 813).

Zainteresowanie skupione jest tu więc na działaniach ludzi nieobciążonych problemami związanymi ze zdrowiem, a jedynie dążących do jego ochrony lub poprawy. W tym wypadku teoria stresu i radzenia sobie nie wydaje się wystarczająca do wyjaśnienia motywów i przebiegu zachowania. Poszukuje się zatem innych modeli, z których najbardziej ogólny to – cieszący się dużą popularnością – tak zwany paradygmat salutogenetyczny.

55.3.3.2 Paradygmat salutogenetyczny w badaniach nad zdrowiem behawioralnym

Paradygmat salutogenetyczny zaproponowany został przez Arona Antonovsky'ego (1997) jako uzupełnienie **paradygmatu patogenetycznego**, funkcjonującego w badaniach psychosomatycznych. Ten ostatni ukierunkowany jest na poszukiwanie psychologicznych uwarunkowań chorób i dysfunkcji somatycznych (zob. rozdz. 57.). W świetle współczesnych koncepcji, łączących pojęcia zdrowia i choroby na jednym kontinuum, zgromadzona w ramach tego paradygmatu wiedza ma charakter połowiczny. Istota paradygmatu salutogenetycznego polega na poszukiwaniu psychospołecznych uwarunkowań zdrowia. Innymi słowy, zamiast pytania o przyczyny chorób postawione zostają pytania o to, jakie czynniki sprzyjają zdrowiu oraz dzięki czemu ludzie zachowują dobre zdrowie mimo działania czynników szkodliwych.

Jakie ważne dla zdrowia czynniki należałoby uwzględnić w modelu salutogenetycznym? Wstępnie można odpowiedzieć na to pytanie, wykorzystując istniejący już, choć rozproszony, materiał empiryczny. Materiał ten dotyczy procesów i mechanizmów regulacji psychicznej, zachowania, osobowości oraz czynników zewnętrznych działających na drodze psychologicznej. Jego strukturę można porównać do lustrzanego odbicia danych wywodzących się z modelu patogenetycznego, co przedstawia tabela 55.2.

I tak, przeciwwagę dawno już stwierdzonego faktu, że negatywne i długo utrzymujące się stany emocjonalne są szkodliwe dla zdrowia, stanowią nowsze dane na temat korzystnych skutków zdrowotnych emocji pozytywnych, związanych z nastawieniem optymistycznym i nadzieją (Gottschalk i Fronczek, 1993; Scheier i Carver, 1992). Na poziomie regulacji poznawczej szkodliwym efektom zdrowotnym przekonania o własnej bezradności przeciwstawić można udokumentowany pozytywny wpływ na zdrowie wewnętrznego poczucia kontroli. Materiał empiryczny wskazuje też na znaczenie przekonania o własnej skuteczności dla podejmowania działań sprzyjających zdrowiu (Schwarzer, 1992). Ponadto oczywisty jest wpływ posiadanej wiedzy medycznej i własnych przekonań zdrowotnych na zachowanie w obszarze zdrowia, w tym na podejmowanie czynności sprzyjających zdrowiu.

TABELA 55.2

Przykłady czynników istotnych dla zdrowia w modelu patogenetycznym i salutogenetycznym

RODZAJ CZYNNIKA	MODEL	
	PATOGENETYCZNY (czynniki szkodliwe dla zdrowia)	SALUTOGENETYCZNY (czynniki sprzyjające zdrowiu)
Emocje	Negatywne, zalegające	Pozytywne, związane z postawą optymizmu i nadziei
Motyw zdrowotny	Brak zainteresowania lub nadmierna koncentracja na własnym zdrowiu	Umiarkowane zainteresowanie własnym zdrowiem
Zachowanie	Ryzykowne dla zdrowia, np. palenie tytoniu	Zdrowy styl życia
Osobowość	Wzór zachowania A	Osobowość odporna, poczucie koherencji
Czynniki sytuacyjne	Pole życiowe ryzykowne dla zdrowia	Zdrowe pole życiowe

Uwaga. W tym zestawieniu uzasadnione wydaje się potraktowanie syndromu określonego mianem Wzór zachowania A raczej jako czynnik osobowościowy niż jako zachowanie. Syndrom ten oprócz obserwowalnego zachowania (również w złożonej, wysoko zorganizowanej formie) obejmuje także dyspozycje behawioralne i właściwości emocjonalne (zob. rozdz. 57.).

W zakresie pozytywnego wpływu niektórych form zachowania na stan zdrowia jak dotąd najwięcej danych dostarczył znany kalifornijski program Alameda, którego niektóre wyniki przedstawiono wcześniej (zob. ramka 55.1). W ramach podejścia salutogenetycznego uzasadnione byłoby również prowadzenie badań nad rozwojowymi aspektami zachowań ważnych dla zdrowia (nad ich kształtowaniem się w rozwoju człowieka). Na podjęcie systematycznych studiów oczekuje też, mieszczący się w omawianym tu obszarze zachowania, **zdrowy styl życia** – modne ostatnio pojęcie.

Poszukiwania czynników sprzyjających zdrowiu dotyczą również osobowości – najbardziej złożonej instancji regulującej zachowanie człowieka. Jako przykłady wymienić można badania nad tak zwaną **osobowością odporną** (*hardy personality*), którą charakteryzować ma przekonanie o własnej kontroli, zaangażowanie i spostrzeganie wydarzeń stresujących jako wyzwań (Kobasa, 1982),

oraz nad **poczuciem koherencji** – złożoną strukturą poznawczą, której składnikiem osiowym jest przekonanie o zrozumiałości i sensowności świata, a także o własnych możliwościach sprostania jego wymaganiom (Antonovsky, 1997). Teza o korzystniejszych wskaźnikach zdrowia u osób charakteryzujących się osobowością odporną i u osób z wysokim poczuciem koherencji jest dość dobrze udokumentowana empirycznie.

Wreszcie wspomnieć należy o korzystnych dla zdrowia czynnikach zewnętrznych, oddziałujących na drodze psychologicznej. Do określenia środowiska sprzyjającego zdrowiu, wolnego od czynników szkodliwych i bogatego w różnorodne, ważne dla zdrowia zasoby, stosowany jest termin „zdrowe pole życiowe" (Sęk, 1987). Szczegółowa charakterystyka tych zasobów wykracza poza ramy podręcznika. Ogólnie można stwierdzić, że zdrowe pole życiowe i jego przeciwieństwo – pole życiowe ryzykowne dla zdrowia – mają wiele elementów wspólnych, ale o przeciwnych wartościach.

Powyżej przedstawiono trzy główne nurty, w których ramach rozwijana jest współcześnie psychologiczna problematyka zdrowia i choroby: medycynę psychosomatyczną, medycynę behawioralną i psychologię zdrowia. Na zakończenie spróbujemy ustosunkować się do kontrowersji, jakie pojawiły się w związku z powstaniem tych nurtów i z dążeniami ich przedstawicieli do zachowania tożsamości i odrębności. Kontrowersje te formułowane są w postaci pytań o wzajemne relacje pomiędzy wymienionymi kierunkami oraz o status psychologicznych badań nad problematyką zdrowia i choroby. Ustosunkowując się do tych zagadnień, Wrześniewski (1998) wskazuje na wzajemne związki tych kierunków i na trudności w nakreśleniu granic między nimi. Zasadniczym argumentem przesądzającym o tych związkach jest wspólne podstawowe założenie o człowieku jako jedności biopsychospołecznej – zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. Założenie to decyduje o współudziale w rozwiązywaniu problemów zdrowia i choroby różnych dyscyplin naukowych, wśród których ważne miejsce zajmuje psychologia.

RAMKA 55.4

Związek pomiędzy osobowością odporną, w rozumieniu Kobasy, a lepszym stanem zdrowia został wykazany między innymi w prospektywnych badaniach z udziałem ponad 250 członków kadry kierowniczej zakładu użyteczności publicznej. W grupie tej uzyskano dane na temat stanu zdrowia, obciążenia wydarzeniami stresowymi i osobowości. Po upływie roku powtórzono pomiar stanu zdrowia i obciążenia stresem. W badaniach stosowano metody kwestionariuszowe spełniające kryteria psychometryczne. Odporność osobowości oceniano na podstawie baterii skal: alienacji, lokalizacji poczucia kontroli, bezsilności i bezpieczeństwa, których przydatność do tego celu potwierdziła analiza czynnikowa.

Dokonano dwukrotnego podziału osób badanych na podstawie mediany w odpowiednich kwestionariuszach: na osoby bardziej i mniej obciążone stresem, a następnie na osoby z bardziej i mniej odporną osobowością. Okazało się, że w warunkach większego obciążenia stresem badani z mniej odporną osobowością podawali średnio ponaddwukrotnie więcej objawów chorobowych w porównaniu z osobami mającymi wyższe wskaźniki odporności osobowości. W warunkach mniejszego stresu podobna różnica średniej liczby podawanych objawów była bardzo niewielka. Wynik ten dowodzi, że istotnie osobowość odporna chroni przed szkodliwym dla zdrowia działaniem stresu (Kobasa, 1982).

Psychologia zajmująca się problematyką zdrowia i choroby ma własny przedmiot badań oraz obszar zastosowań praktycznych i to odróżnia ją od innych działów psychologii stosowanej. Omawiany tu dział psychologii nie wykazuje odrębności teoretycznej ani metodologicznej – jego podstawą jest ogólna teoria i metodologia badań psychologicznych. Wyniki badań psychologicznych nad zdrowiem i chorobą mogą być jednak wykorzystane do rozwijania teorii, podobnie jak rozwiązania specyficznych trudności metodologicznych mogą wzbogacić metodologię badań psychologicznych.

55.4

Podsumowanie

Badania psychologiczne nad problematyką zdrowia i choroby, jak również praktyczne zastosowania psychologii w tej dziedzinie rozwijały się w ramach kolejno pojawiających się kierunków: medycyny psychosomatycznej, medycyny behawioralnej i psychologii zdrowia. Wszystkie te trzy nurty są nadal aktywne i próbują zachować tożsamość poprzez własne towarzystwa naukowe, czasopisma i monografie.

Medycyna psychosomatyczna jest najstarszym z tych kierunków. W początkowym okresie rozwoju, datującym się od lat dwudziestych XX wieku, nurt ten rozwijany był przez psychiatrów i koncentrował się na zastosowaniu psychoanalizy do wyjaśniania etiologii wybranej grupy chorób (choroby psychosomatyczne). Współczesna medycyna psychosomatyczna skupia obok psychiatrów także lekarzy innych specjalności oraz psychologów. Wykracza poza psychoanalizę i wykorzystuje różne kierunki teoretyczne, włączając do swojego zakresu – oprócz etiologii – także leczenie. W miejsce koncentracji na wybranych jednostkach chorobowych proponowane jest zastosowanie podejścia psychosomatycznego w całej medycynie. Oznacza to przyjęcie założenia o udziale czynników psychicznych w etiologii, przebiegu i leczeniu wszystkich chorób. Medycyna psychosomatyczna we współczesnym ujęciu zbliża się do następnego w porządku chronologicznym kierunku – medycyny behawioralnej.

Medycyna behawioralna rozwija się od początku lat siedemdziesiątych i już w momencie wyodrębnienia została określona przez swych twórców jako dziedzina interdyscyplinarna, przy czym postulat interdyscyplinarności realizowany jest raczej w badaniach naukowych, a w daleko mniejszym stopniu w zastosowaniach praktycznych. Domeną medycyny behawioralnej jest rozwój oraz integracja wiedzy i technik z zakresu nauk behawioralnych i biomedycznych, pozwalających na zrozumienie zdrowia i choroby, oraz zastosowanie tej wiedzy i technik w prewencji, diagnozie, leczeniu i rehabilitacji. Ważnym elementem, odróżniającym medycynę behawioralną od medycyny psychosomatycznej, jest włączenie problematyki zdrowia.

Najmłodszym kierunkiem jest psychologia zdrowia. Termin ten pojawił się w końcu lat siedemdziesiątych dla określenia dynamicznie rozwijającego się działu zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby. W ramach psychologii zdrowia kontynuowane są badania nad psychologicznymi aspektami chorób somatycznych, ale w centrum zainteresowania znajduje się tu problematyka zdrowia. Oznacza to przekroczenie obszaru medycyny i objęcie wszystkich najważniejszych dziedzin życia i działalności człowieka. Charakterystyczne dla psychologii zdrowia jest podejście salutogenetyczne, polegające na poszukiwaniu czynników sprzyjających zdrowiu, zachowywanemu nawet mimo niekorzystnych okoliczności.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Jakie są najważniejsze przyczyny rozwoju badań psychologicznych nad problematyką zdrowia i choroby?
2. Jakie czynniki ograniczają rygoryzm metodologiczny w badaniach psychologicznych nad problematyką zdrowia i choroby?
3. Jak przebiegała ewolucja medycyny psychosomatycznej od momentu powstania do czasów współczesnych?
4. Czym różni się medycyna behawioralna od medycyny psychosomatycznej?
5. Czy psychologia zdrowia jest odrębnym działem psychologii stosowanej? Odpowiedź proszę uzasadnić.
6. Na czym polega podejście patogenetyczne i salutogenetyczne w badaniach z zakresu psychologii zdrowia?

LITERATURA ZALECANA

Heszen-Klemens, I. (1986). Psychologia medyczna jako dział psychologii stosowanej. *Przegląd Psychologiczny, 29,* 163–180.

Heszen-Niejodek, I., Sęk, H. (red.). (1997). *Psychologia zdrowia.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sheridan, C. L., Radmacher, S. A. (1998). *Psychologia zdrowia.* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.

Weiss, S. M. (1987). Udział psychologii w medycynie behawioralnej. *Przegląd Psychologiczny, 30,* 431–439.

Wrześniewski, K., Gebert, K. (1986). Czym jest, a czym nie jest medycyna psychosomatyczna – prezentacja aktualnych poglądów Z. J. Lipowskiego i J. J. Groena. *Przegląd Psychologiczny, 29,* 155–162.

56

Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*

Irena Heszen-Niejodek

Pochodzące z języka angielskiego określenie „stres" od dawna przestało być terminem wyłącznie naukowym, stając się wyrazem używanym potocznie. Posługujemy się nim często, aby nazwać niektóre nasze doświadczenia życiowe i własne przeżycia, skarżąc się innym lub tłumacząc własne zachowanie. Warto zatem poznać jego naukowy rodowód i zastosowanie.

Problematyka stresu łączy przedstawicieli różnych dyscyplin zajmujących się człowiekiem, a przede wszystkim: medycyny, socjologii i psychologii. W samej psychologii problematyka ta stanowi płaszczyznę spotkania psychologów akademickich, budujących naukowe podstawy pomocy psychologicznej, oraz psychologów praktyków, pomagających ludziom w różnych trudnych sytuacjach. W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną ogólne zagadnienia teorii stresu i radzenia sobie, a w dwóch następnych rozdziałach – odniesienia tej teorii do problematyki psychologicznej w chorobach somatycznych.

Początki badań nad stresem w naukach medycznych wiążą się z osobą kanadyjskiego fizjologa, Hansa Selye'ego. Termin „stres" użyty został przez tego autora w celu określenia niespecyficznej reakcji organizmu, powstającej w odpowiedzi na działanie bodźców szkodliwych (stresorów), zwanej Ogólnym Zespołem Adaptacyjnym (*General Adaptation Syndrom,* GAS). Zespół ten przebiega w trzech kolejnych stadiach: stadium reakcji alarmowej, podczas której zostają zmobilizowane siły obronne, stadium odporności, czyli pełnego przystosowania do stresora, i stadium wyczerpania. Do ostatniego stadium

* Przygotowanie tego rozdziału zostało częściowo sfinansowane z grantu KBN 1 H01F 014 14.

dochodzi w wyniku wyczerpania się energii przystosowania, jeśli stresor jest odpowiednio nasilony i działa przez odpowiednio długi czas (Selye, 1960).

Selye'emu przypisuje się najbardziej doniosły wkład w badania nad stresem biologicznym, ale od początku zarówno upowszechnione przez niego pojęcie stresu, jak i poglądy na jego naturę spotkały się z krytyką. Przede wszystkim przedstawiano dowody specyficzności reakcji organizmu w odpowiedzi na konkretne czynniki szkodliwe. Po drugie, nawet pamiętając o tym, że koncepcja dotyczy stresu biologicznego, zarzucano jej niedostateczne uwzględnianie czynników psychologicznych. Dla przebiegu zespołu stresu biologicznego ważna jest bowiem psychologiczna ocena jego przyczyn. Będzie o niej mowa dalej (Lazarus i Folkman, 1984).

Należy jednak uznać, że prace Selye'ego wzbudziły zainteresowanie problematyką stresu, i to nie tylko w naukach biologicznych. Już w 1945 roku ukazała się pierwsza monografia dotycząca stresu psychologicznego – *Men under stress* R. Grinkera i J. Spiegla. Była ona owocem zaangażowania psychologów w problemy przystosowania ludzi do dramatycznych okoliczności II wojny światowej, z tym że wkrótce ukazały się prace dotyczące „pokojowych" form stresu. Przedstawiono w nich wyniki badań na temat jego powszechnych źródeł: choroby i leczenia, a konkretnie – operacji chirurgicznej (Janis, 1958), oraz egzaminu (Mechanic, 1962).

Zainteresowanie problematyką stresu psychologicznego w Polsce datuje się od pierwszej połowy lat sześćdziesiątych. Inicjatorem badań i autorytetem w tej dziedzinie był Janusz Reykowski z Uniwersytetu Warszawskiego. Oprócz ośrodka warszawskiego badania nad stresem psychologicznym prowadził również zespół kierowany przez Tomasza Kocowskiego na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Od kilkunastu lat obserwujemy w Polsce drugą falę zainteresowania problematyką stresu, przy czym obecnie aktywne w tej dziedzinie są raczej osoby związane z psychologią stosowaną. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie, ze względu na swój ogólny charakter, stanowi dla psychologii stosowanej dogodne ramy teoretyczne.

56.1

Psychologiczne koncepcje stresu

Już w początkowym okresie badań nad **stresem psychologicznym** potrzebne okazało się określenie jego specyficzności w stosunku do stresu biologicznego czy fizjologicznego. Nie można się było przy tym odwołać do, zdawałoby się, najbardziej oczywistego kryterium, to jest do obecności zmian neuroendokrynologicznych lub ich braku, ponieważ reakcje takie – o czym będzie mowa dalej – uczestniczą również w zjawisku określanym jako „stres psychologiczny", stanowiąc nieodłączny atrybut emocji (Strelau, 1996). Konceptualizując to zjawisko, odwoływano się często do psychologicznych czynników pośredniczących o charakterze poznawczym. Już pierwsi autorzy opracowań z dziedziny stresu psychologicznego dużą rolę w przebiegu reakcji stresowej przypisywali osobistemu znaczeniu, nadawanemu przez podmiot czynnikowi szkodliwemu (np. Grinker i Spiegel, 1945; Janis, 1958). Subiektywny charakter oceny poznawczej budził jednak opory przed zastosowaniem tego terminu w definicjach stresu psychologicznego.

56.1.1

Pojęcie stresu psychologicznego

Pojęcie stresu, tak jak wiele innych terminów używanych w psychologii, nie doczekało się powszechnie akceptowanej definicji. Przystając na pewne uproszczenia, wyróżnić można trzy nurty w określaniu stresu psychologicznego:

(1) jako bodźca, sytuacji lub wydarzenia zewnętrznego o określonych właściwościach;
(2) jako reakcji wewnętrznych człowieka, zwłaszcza reakcji emocjonalnych, doświadczanych wewnętrznie w postaci określonego przeżycia;
(3) jako relacji między czynnikami zewnętrznymi a właściwościami człowieka.

Początkowo dążono do zdefiniowania stresu psychologicznego w kategoriach czynników albo zewnętrznych, albo wewnętrznych, najlepiej takich, które podlegałyby obiektywnemu pomiarowi. Pierwsze, „bodźcowe" podejście do definiowania stresu pokrewne jest jego potocznemu traktowaniu jako sytuacji trudnej. Jednym z pierwszych przykładów w literaturze jest charakterystyka podana przez I. L. Janisa (1958). Zgodnie z nią, stresem psychologicznym jest taka zmiana w otoczeniu, która typowo, to jest u przeciętnego człowieka, wywołuje wysoki stopień napięcia emocjonalnego i przeszkadza w normalnym toku reagowania. Nawiązaniem do tego ujęcia jest znana koncepcja zmian życiowych (Holmes i Rahe, 1967), w której wymienionych jest kilkadziesiąt zmian mogących nastąpić w życiu człowieka i wymagających wysiłków przystosowawczych, takich jak: śmierć współmałżonka, rozwód, pojawienie się nowego członka rodziny, choroba, zmiana pracy, drobne wykroczenia przeciwko prawu, wakacje.

Podstawowym argumentem wysuwanym przeciwko temu ujęciu jest jego niejednoznaczność. Różnice indywidualne pomiędzy ludźmi powodują, że to samo wydarzenie dla jednej osoby może być stresujące, a dla innej – nie. Przykładem jest występ publiczny czy spotkanie z ważną osobistością. Niezadowolenie z owej niejednoznaczności przyczyniło się do podjęcia kolejnych prób definiowania stresu, które reprezentują drugi nurt, czyli odwołują się do określonej reakcji człowieka. Mimo to zewnętrzne okoliczności – traktowane już nie jako stres, ale jako przyczyny stresu (stresory) – pozostają ważnym wątkiem w teorii stresu psychologicznego, o którym będzie jeszcze mowa.

Rozumienie stresu jako reakcji wywodzi się z nauk medycznych i nadal jest w tych naukach powszechnie akceptowane. Wspomnieć tu należy przede wszystkim o stanowisku Selye'ego (1960), którego główne tezy zostały już przedstawione. O ile jednak Selye definiował stres w kategoriach reakcji organizmu, to w koncepcjach psychologicznych pojęcie to rozumiane było jako przykra reakcja emocjonalna, najczęściej o treści lękowej. Wczesnym przykładem jest ujęcie D. Mechanica (1962), określające stres jako reakcje dyskomfortu, przy czym autor zaznacza, że występują one u osoby znajdującej się w określonej sytuacji. We współczesnych pracach psychologów nadal można spotkać się z takim ujęciem; występuje też ono w potocznym rozumieniu stresu jako stanu napięcia, poczucia zagrożenia czy lęku. Jednak większość autorów uważa je za jednostronne i niewystarczające. Wewnętrzne reakcje – podobne do tych, które określane są jako stres psychologiczny – mogą bowiem powstać w odpowiedzi na działanie szkodliwych bodźców biologicznych, takich jak zbyt wysoka czy zbyt niska temperatura.

Widać więc, że próby obiektywizacji zjawiska stresu psychologicznego i nadania mu jednoznaczności przez odwołanie się do jednej klasy czynników (zewnętrznych albo wewnętrznych) zakończyły się niepowodzeniem. Jak zauważa Reykowski (1966), już w pierwszych definicjach stresu psychologicznego uwzględniany był fakt, że jest on w istocie zjawiskiem dwuczłonowym, na które składają się zarówno czynniki zewnętrzne, jak i procesy wewnętrzne. Różnice między autorami dotyczyły tego, który z tych członów uznawali oni za stres. Obecnie powszechnie akceptowany jest pogląd, że w definiowaniu stresu psychologicznego należy uwzględnić obydwa człony, a także – jako czynnik pośredniczący – spostrzeganie sytuacji przez podmiot. We współczesnej psycho-

logii stres nie jest więc lokalizowany ani w jednostce, ani w otoczeniu, ale dotyczy określonego rodzaju relacji (interakcji, transakcji) między nimi. Zwykle ujmowana jest ona jako zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi pomiędzy zasobami bądź możliwościami jednostki z jednej strony a wymaganiami otoczenia z drugiej.

56.1.2
Relacyjne ujęcia stresu w pracach psychologów polskich

W polskiej literaturze psychologicznej dość wcześnie pojawiły się propozycje ujęcia relacyjnego. Przed upowszechnieniem się terminu „stres" podobny zakres zjawisk określany był mianem „sytuacja trudna". Tadeusz Tomaszewski (1963, 1966) sytuację trudną charakteryzuje w ramach ogólnej, opracowanej przez siebie, psychologicznej teorii człowieka w sytuacji. Sytuacje trudne to takie, w których naruszona została równowaga podstawowych elementów konstytuujących każdą sytuację, czyli: zadań, czynności, warunków i cech podmiotu. W tym ujęciu na plan pierwszy wysuwa się więc moment zakłócenia równowagi, a elementy, pomiędzy którymi owo zakłócenie następuje, lokowane są zarówno w człowieku wykonującym czynność, jak i w otoczeniu. Warto dodać, że autor docenia znaczenie cech indywidualnych, stwierdzając, że sytuacja dla jednego człowieka normalna, dla innego może taka nie być. Sytuacja przestaje być normalna i staje się trudna, gdy dochodzi do naruszenia równowagi między możliwościami jednostki a zadaniami, czynnościami i warunkami ich wykonywania.

Rozwiniętą koncepcję stresu przedstawił Reykowski (1966), autor pierwszej polskiej monografii na ten temat. Publikacja ta, zatytułowana *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stressu psychologicznego*, odznacza się na tle ówczesnych ujęć zakorzenieniem w ogólnej teorii psychologicznej, wnikliwością analiz oraz konsekwencją i dążeniem do precyzji. Nawiązując do podstawowych tez teorii Tomaszewskiego, autor przyjmuje za punkt wyjścia ogólną koncepcję człowieka jako istoty zaangażowanej w zorganizowaną i ukierunkowaną, celową aktywność. Podobnie jak Tomaszewski, dąży do konceptualizacji stresu w kategoriach obiektywnych, bez odwoływania się do stanów wewnętrznych (Reykowski, 1966, s. 195). Akceptuje przy tym pogląd, że pojęcie stresu odnosi się do relacji między podmiotem a otoczeniem.

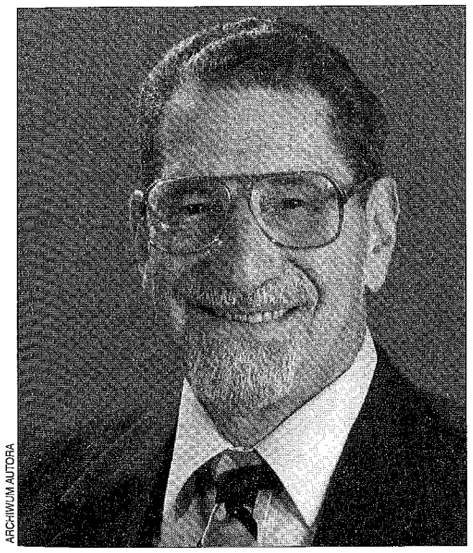
Stres psychologiczny zostaje więc określony jako: „[...] obiektywny stosunek czynników zewnętrznych do cech człowieka, tak że ustalenie, czy stress wystąpił, czy nie – nie wymaga badania reakcji człowieka na dany czynnik" (Reykowski, 1966, s. 208). Dokładniej: „przez stress psychologiczny rozumieć się będzie przede wszystkim czynniki stanowiące zagrożenie i zakłócenie", które „ingerują w istniejący tok aktywności, zmuszając osobnika do nowej koordynacji" (s. 204–205). Oprócz tych czynników autor włącza do pojęcia stresu także czynniki powodujące deprywację potrzeb.

Stres nie jest więc immanentną cechą bodźca, istniejącą poza jego stosunkiem do „aktualnych dążeń i oczekiwań człowieka oraz do stałych jego cech, takich jak potrzeby, schematy poznawcze, cechy fizyczne, wartości" (Reykowski, 1966, s. 210). Zatem aby ustalić, czy dany czynnik jest stresem, trzeba znać kierunek dążeń człowieka i jego stałe właściwości. Jak już wspominaliśmy, Reykowski docenia rolę spostrzegania czynników stresowych przez człowieka, ponieważ: „to, jak są postrzegane, będzie miało wpływ na faktyczne zachowanie się człowieka [...]" (s. 13). Jednakże – w odróżnieniu od późniejszych ujęć stresu psychologicznego – autor nie włącza sposobu percepcji czynnika do definicji stresu, konsekwentnie dążąc do jej sformułowania w kategoriach obiektywnych.

Problem konceptualizacji stresu został podjęty trzydzieści lat później przez innego wybitnego polskiego psychologa, Jana Strelaua. Samo pojęcie **stresu** autor odnosi do **„stanu, który charakteryzowany jest przez silne emocje negatywne, takie jak strach, lęk, złość, wrogość, a także inne stany emocjonalne wywołujące dystres oraz sprzężone z nimi zmiany fizjologiczne i biochemiczne, ewidentnie przekraczające bazalny poziom aktywacji"** (Strelau, 1996, s. 92). Powodem tego stanu jest brak równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami ich spełnienia przez jednostkę, do stresu jednak dochodzi pod warunkiem, że istnieje motywacja do stawienia czoła owym wymaganiom. Ujęcie to stanowi zatem przykład podejścia relacyjnego w definiowaniu stresu; sam autor określa je jako interakcyjne, traktując stan stresu jako wynik interakcji między wymaganiami a możliwościami (zarówno rzeczywistymi, jak spostrzeganymi).

Problem roli oceny poznawczej w definiowaniu zjawiska stresu wystąpił już w koncepcji Reykowskiego i jest wciąż obecny we współczesnych ujęciach. Strelau (1996) zajmuje tu jasne i konsekwentne stanowisko, rozróżniając obiektywne i subiektywne wymagania oraz obiektywne i subiektywne możliwości. Rozróżnienie to jest następstwem udziału oceny poznawczej w zjawisku stresu. I tak, źródłem stresu mogą być zarówno czynniki uważane za uniwersalne stresory ze względu na swoje obiektywne właściwości (które oddziałują niezależnie od indywidualnej percepcji), jak i te wymagania, które są rezultatem indywidualnie zróżnicowanej oceny. Z kolei możliwości występują w formie obiektywnej – i mogą być wtedy przedmiotem pomiaru – a także w formie doświadczenia subiektywnego – stanowią wówczas rezultat indywidualnie zróżnicowanej oceny.

Podmiotowa percepcja sytuacji stresowej, jej poznawcza reprezentacja i ocena to podstawowe zagadnienie we współczesnej teorii stresu psychologicznego, czego przykładem jest najbardziej znana koncepcja – Lazarusa.



ARCHIWUM AUTORA

Richard S. Lazarus

56.1.3
Fenomenologiczno-poznawcze ujęcie stresu według Lazarusa

Richard Lazarus z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley jest niewątpliwie najwybitniejszym i najczęściej cytowanym światowym autorytetem w dziedzinie stresu psychologicznego. Wspólnie z zespołem prowadził badania od lat pięćdziesiątych, początkowo w formie eksperymentów laboratoryjnych. W latach osiemdziesiątych, po przeprowadzeniu zdecydowanej krytyki podejścia eksperymentalnego w badaniach nad stresem (Lazarus, 1980), autor zwrócił się do jego naturalnych form. Pierwszą obszerną monografię, *Psychological stress and the coping process*, opublikował w 1966 roku i od tego czasu rozwijał, uściślał, a częściowo i zmieniał swoją koncepcję stresu i radzenia sobie. W tym miejscu przedstawiona zostanie jej wersja z pierwszej połowy lat osiemdziesiątych (Lazarus i Folkman, 1984). Autor dokonał później kolejnego przeformułowania swojej koncepcji, proponując zastąpienie terminu „stres" słowem „emocje", któremu nadaje

szersze, ogólniejsze znaczenie (Lazarus, 1990, 1993b). Ta ostatnia propozycja nie zyskała jednak szerszej akceptacji i nie wywarła większego wpływu na badania w dziedzinie stresu.

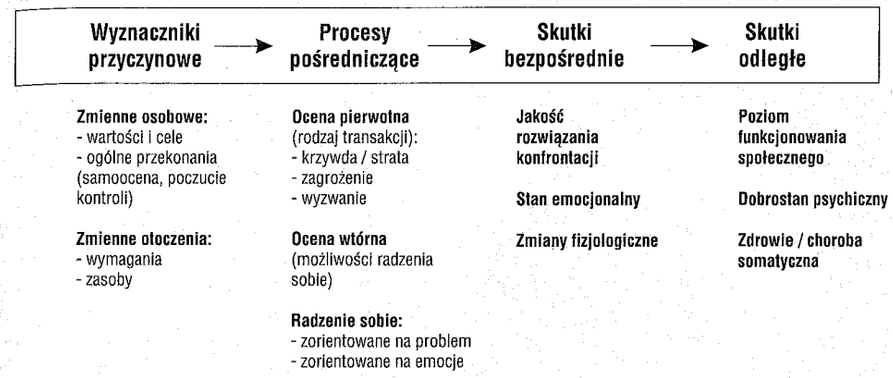
Podstawowym wątkiem rozważań Lazarusa jest znaczenie kontekstu sytuacyjnego oraz znaczenie relacji jednostka – otoczenie dla wszelkich form aktywności człowieka, nie tylko tej, która pojawia się w sytuacji stresowej. Autor podkreśla znaczenie wzajemnych oddziaływań w tym układzie, wprowadzając termin „transakcja", aby podkreślić, że jednostka wraz z aktualnym kontekstem sytuacyjnym stanowią całość o właściwościach niesprowadzalnych do sumy elementów składowych.

Według Lazarusa, transakcja z otoczeniem podlega ocenie poznawczej podmiotu, mającej charakter ciągłego procesu (ocena pierwotna). Proces oceniania dotyczy przede wszystkim tych elementów relacji z otoczeniem, które są ważne dla dobrostanu (*well-being*) jednostki. Z tej perspektywy relacja może być oceniana jako: niemająca znaczenia, sprzyjająco-pozytywna albo stresująca. Wedle definicji Lazarusa i Suzan Folkman, najczęściej chyba cytowanej w literaturze, **stresem jest „określona relacja (*relationship*) między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi"** (1984, s. 19). Warto zwrócić uwagę, że o uznaniu relacji za stresową rozstrzygać ma tu subiektywna ocena jej znaczenia przez osobę w niej uczestniczącą (podejście fenomenologiczno-poznawcze), a nie właściwości obiektywne. Postępując konsekwentnie, należałoby zatem uznać, że nawet czynnik obiektywnie groźny dla człowieka i wpływający na jego losy nie powoduje stresu, jeśli zostanie nietrafnie oceniony.

Transakcja stresowa może być ujmowana w **ocenie pierwotnej** jako: 1) **krzywda/ /strata** (*harm/loss*), 2) **zagrożenie** (*threat*) lub 3) **wyzwanie** (*challenge*). Pierwsza ocena dotyczy już zaistniałej szkody w postaci utraty wartościowych obiektów, takich jak samoocena, ocena społeczna, bliska osoba. Zagrożenie odnosi się do takich samych szkód, które jednak dopiero mogą zaistnieć, aktualnie natomiast są antycypowane. Wyzwanie ma również charakter antycypacyjny, ale dotyczy sytuacji, w których możliwe są zarówno szkody i straty, jak i korzyści. Z każdą z tych ocen związane są charakterystyczne dla niej emocje. W wypadku krzywdy/straty są to: złość, żal, smutek; zagrożeniu towarzyszą: strach, lęk, martwienie się. Obraz emocjonalny wyzwania jest najbardziej złożony i obejmuje zarówno emocje negatywne, podobne do towarzyszących zagrożeniu, jak i pozytywne – nadzieję, zapał, podniecenie, rozweselenie.

Jeśli w wyniku oceny pierwotnej relacja zostanie uznana za stresową, zapoczątkowuje to następny proces poznawczy – **ocenę wtórną**. Ocena ta dotyczy możliwości podjęcia działania usuwającego przyczyny stresu, lub przynajmniej łagodzącego jego skutki, a w wypadku wyzwania – prowadzącego do osiągnięcia dostępnych korzyści. Ocena wtórna odnosi się więc zarówno do źródeł stresu, jak i do własnych zasobów. Oba procesy poznawcze – ocena pierwotna i wtórna – przebiegają równocześnie i są ze sobą sprzężone. Na przykład, optymistyczna ocena możliwości własnego działania może zmienić pierwotną ocenę sytuacji stresowej z „zagrożenia" na „wyzwanie", a ocena pesymistyczna – na odwrót. Znaczenie oceny wtórnej w koncepcji Lazarusa polega na tym, że jest ona punktem wyjścia aktywności ukierunkowanej na zmianę transakcji stresowej, określanej jako radzenie sobie, o której będzie mowa dalej.

Lazarus proponuje respektowanie w badaniach nad stresem trzech poziomów analizy, ustosunkowując się do kontrowersyjnej kwestii relacji między nimi. Wspomniane poziomy to: społeczny – odnoszący się do transakcji między jednostką a otoczeniem; psychologiczny – obejmujący jednostkową ocenę sytuacji, reakcje emocjonalne i organizację zachowania; oraz fizjologiczny – polegający na mobilizacji do działania, a także przy-



Transakcja stresowa i radzenie sobie w procesualnym ujęciu Lazarusa

RYCINA 56-1

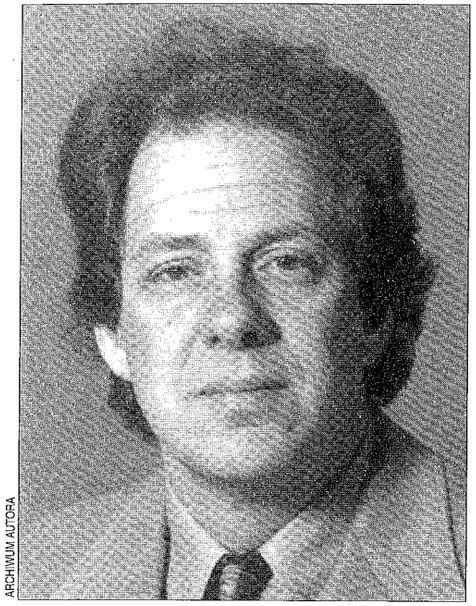
czyniający się za pośrednictwem mechanizmów psychosomatycznych do „chorób z przystosowania". Współzależności między tymi poziomami są dobrze znane; nowością w koncepcji Lazarusa jest wykazanie, że są one do pewnego stopnia niezależne. Niedocenianie w badaniach zarówno wzajemnego oddziaływania tych poziomów, jak i ich względnej niezależności grozi błędną interpretacją wyników.

Rycina 56-1 przedstawia uproszczoną wersję ujęcia transakcji stresowej przez Lazarusa (opracowanie na podstawie: Lazarus, 1990; Lazarus i Folkman, 1984). Dla zachowania przejrzystości pominięto tutaj wzajemne oddziaływania między zmiennymi, niektóre kategorie szczegółowe oraz powtarzalność przedstawionego cyklu. Uwzględnione w pierwszym bloku wartości i cele osoby decydują o tym, czy dana transakcja zostanie uznana za ważną. W takim wypadku następuje uruchomienie procesu oceny pierwotnej, ujmującego relację między ogólnymi przekonaniami na temat własnych możliwości i wymaganiami otoczenia. Uznanie relacji za stresową inicjuje procesy oceny wtórnej i radzenia sobie. Następstwa transakcji ujęte są w dwóch perspektywach czasowych: bezpośredniej i odległej, uwzględniających trzy poziomy analizy.

56.1.4 Teoria zachowania zasobów Hobfolla

Przedstawione koncepcje stresu psychologicznego rozwijane były w kontekście ogólnych założeń dotyczących człowieka i jego funkcjonowania. Stevan Hobfoll (1989; Hobfoll, Freedy, Green i Solomon, 1996) w swojej teorii zachowania zasobów (*conservation of resources theory,* COR) przyjmuje zasadę, że ogólnym celem ludzkiej aktywności jest uzyskiwanie, utrzymywanie i ochrona cenionych obiektów, określonych jako zasoby. Autor wyróżnia cztery rodzaje zasobów:

(1) przedmioty, na przykład mieszkanie, środki transportu;
(2) warunki, na przykład stała praca, dobre małżeństwo;
(3) zasoby osobiste, na przykład umiejętności interpersonalne, poczucie skuteczności osobistej;
(4) zasoby energetyczne, na przykład pieniądze lub wiedza.



ARCHIWUM AUTORA

Stevan E Hobfoll

Model zachowania zasobów służy do określenia **stresu psychologicznego, który „definiuje się jako reakcję wobec otoczenia, w którym istnieje (a) zagrożenie utratą zasobów netto, (b) utrata zasobów netto, (c) brak wzrostu zasobów następujący po ich zainwestowaniu"** (Hobfoll, 1989, s. 516). Spośród wymienionych okoliczności najbardziej dotkliwym źródłem stresu jest utrata zasobów; podobnie zresztą Lazarus i Folkman (1984) uważali transakcję, ocenianą jako krzywda/ /strata, za najbardziej obciążającą dla podmiotu. Autor docenia znaczenie subiektywnej oceny zasobów, przyjmując, że zarówno spostrzegana, jak i faktyczna ich utrata lub brak wzrostu są wystarczające do powstania stresu (Hobfoll, 1989), ale – w odróżnieniu od Lazarusa – nie uważa określonego sposobu percepcji za konieczny i wystarczający warunek uznania czynnika za źródło stresu (Hobfoll i in., 1996).

Chociaż nie ma tu *explicite* mowy o relacji, stanowisko Hobfolla zaliczymy do nurtu „relacyjnego", ponieważ definiując stres, autor przyjmuje, że jego źródłem jest zagrażające lub zaistniałe zakłócenie równowagi w wymianie zasobów pomiędzy jednostką a otoczeniem. W porównaniu z Lazarusem akcent położony jest tutaj na zasoby jednostki, a nie na ocenianie przez nią własnej relacji z otoczeniem. Nadanie odpowiedniej rangi pojęciu zasobów wzbogaca teorię stresu psychologicznego. Pojęcie oceny poznawczej, kluczowe w teorii Lazarusa, jest ważne dla rozumienia i wyjaśniania przebiegu procesu radzenia sobie oraz psychologicznych mechanizmów leżących u podstaw strategii radzenia sobie. Natomiast pojęcie zasobów i ich wyczerpywania może być pomocne, gdy przedmiotem zainteresowania stają się negatywne skutki stresu i radzenia sobie, na przykład choroba jako skutek wyczerpania zasobów odpornościowych organizmu czy koszty radzenia sobie w postaci uszczerbku zasobów, o czym będzie mowa w ostatnim podrozdziale.

Koncepcja Hobfolla zasługuje na uwagę także i z tego powodu, że towarzyszy jej narzędzie do pomiaru gospodarowania zasobami – Ocena COR (*The Conservation of Resources Evaluation,* COR-*Evaluation*). Obejmuje ono listę 74 zasobów i może być stosowane jako miara obciążenia czynnikami stresowymi. Osoby badane, posługując się pięciopunktową skalą typu Likerta, dokonują oceny znaczenia (ważności) poszczególnych zasobów. Następnie czterokrotnie wypełniają listę, opisując straty oraz zyski, jakich doznały w posiadanych zasobach w okresie ostatnich tygodni oraz w minionym roku. Zdaniem autora, Ocena COR jest wartościowym instrumentem pomiarowym, spełniającym przyjęte kryteria rzetelności i trafności. Obszerny fragment listy zasobów prezentuje tabela 56.1.

56.1.5
Przyczyny stresu

Czynniki powodujące stres nazywane są stresorami. Są one bardzo różnorodne i mogą być charakteryzowane z różnych punktów

TABELA 56.1

Wybrane pozycje z narzędzia do pomiaru gospodarowania zasobami – Ocena COR

ZASOBY	WAŻNOŚĆ	ROZMIARY STRATY
Własny środek transportu (samochód, ciężarówka itp.)		
Poczucie odniesienia sukcesu		
Wystarczający czas na spanie		
Dobre małżeństwo		
Wystarczająca odzież		
Poczucie, że jest się wartością dla innych		
Stabilizacja rodzinna		
Wolny czas		
Więcej odzieży, niż potrzebuję		
Poczucie dumy z siebie		
Intymność z przynajmniej jednym członkiem rodziny		
Czas na pracę		
Poczucie osiągania własnych celów		
Dobre stosunki z dziećmi		
Czas spędzany z kochanymi osobami		
Niezbędne narzędzia do pracy		
Nadzieja		
Zdrowie dzieci		
Wigor / wytrzymałość		
Niezbędne urządzenia domowe		
Poczucie, że przyszłe sukcesy zależą ode mnie		
Stymulujący porządek dnia		
Własne zdrowie		
Warunki mieszkaniowe odpowiadające potrzebom		
Poczucie optymizmu		
Pozycja / starszeństwo w pracy		
Wystarczające odżywianie		
Większy dom, niż potrzebuję		
Poczucie humoru		
Stałe zatrudnienie		
Intymność ze współmałżonkiem lub partnerem		
Wystarczające umeblowanie domu		
Poczucie sprawowania kontroli nad własnym życiem		
Rola przywódcy (kierownika)		
Umiejętność skutecznego porozumiewania się		
Dostarczenie dzieciom niezbędnego wyposażenia		
Poczucie życia w pokoju		
Uznanie dla własnych dokonań		
Umiejętność organizowania zadań		

Uwaga. W adaptacji według: Hobfoll (1992).

widzenia, z uwzględnieniem różnych właściwości bądź wymiarów. Przede wszystkim bierze się pod uwagę ich siłę oraz zakres oddziaływania (czy dotyczą wielu ludzi, czy pojedynczych osób). Stanowi to podstawę rozróżnienia:

(1) dramatycznych wydarzeń o rozmiarach katastrof, obejmujących całe grupy;
(2) poważnych wyzwań i zagrożeń, dotyczących jednostek lub kilku osób;
(3) drobnych, codziennych utrapień (Lazarus i Folkman, 1984).

Przykładami pierwszych są wojny, klęski żywiołowe, katastrofy komunikacyjne o większej skali. Sytuacje takie określane są jako stres ekstremalny lub traumatyczny, a ich skutki zdrowotne przedstawione zostaną w następnym rozdziale. Oprócz niezwykłej siły oddziaływania charakteryzują się one tym, że osoby nimi dotknięte nie mogą ich nie zauważyć lub pozostać wobec nich obojętne, są to więc stresory uniwersalne.

Ich dokładniejsza psychologiczna charakterystyka przedstawia się następująco:

(1) atakują najbardziej podstawowe wartości człowieka, jak życie, schronienie;
(2) stawiają niezwykle wysokie wymagania, którym nie można sprostać, posługując się już istniejącymi strategiami wykorzystywania posiadanych zasobów;
(3) często przychodzą bez ostrzeżenia;
(4) pozostawiają po sobie potężny ślad, który jest reaktywowany, ilekroć pojawią się bodźce skojarzone z danym wydarzeniem (Hobfoll, 1991).

Najbardziej znanym ujęciem drugiej grupy stresorów (o średniej sile) jest, wcześniej już wspomniana, koncepcja zmian życiowych, mająca postać skali (Holmes i Rahe, 1967; zob. par. 57.1.2; por. też Sobolewski, Strelau i Zawadzki, 1999). Na czele, jako najpoważniejsze źródło stresu, Holmes i Rahe umieścili śmierć współmałżonka, dalej rozwód, separację, karę więzienia, śmierć kogoś z rodziny, zawarcie związku małżeńskiego i utratę pracy. Co ciekawe, autorzy uwzględnili także takie wydarzenia, które powszechnie uważane są za pożądane, jak zawarcie małżeństwa, wybitne osiągnięcia, a nawet wyjazd na wakacje czy urządzenie świąt Bożego Narodzenia. Uzasadnieniem jest to, że także i one – stanowiąc wyzwanie – pociągają za sobą konieczność dostosowania się, a tym samym stawiają wymagania.

Do trzeciej grupy – najsłabszych stresorów – zaliczane są drobne codzienne utrapienia, określane też jako uciążliwości dnia codziennego. Ich przykłady to: niemożność znalezienia potrzebnej rzeczy, drobne nieporozumienia w rodzinie, trudność zdążenia na czas. Niektórzy autorzy, na przykład Lazarus (1980), tym właśnie wydarzeniom stresowym przypisują szczególne znaczenie ze względu na ich częstość i powszechność.

Podstawą innego ważnego rozróżnienia jest **charakterystyka stresora w wymiarze czasowym**. Można tu wymienić:

(1) wydarzenia stresowe jednorazowe, zajmujące określony odcinek czasowy, na przykład nieprzyjemne spotkanie;
(2) wydarzenia periodyczne lub cykliczne, powtarzające się z pewną regularnością, na przykład obowiązkowe wizyty u nielubianych krewnych, powtarzające się z okazji świąt;
(3) stresory chroniczne, działające permanentnie, czego przykładem jest nieudany związek małżeński, będący źródłem ciągłych napięć;
(4) sekwencję, ciąg wydarzeń stresowych, w których stresor inicjujący pociąga za sobą następne, na przykład rozwód – podjęcie pracy przez kobietę – problemy z zapewnieniem opieki dzieciom itd.

Bardzo istotną właściwością charakteryzującą stresory jest ich **kontrolowalność**, czyli to, w jakim stopniu ich wystąpienie, przebieg i następstwa zależą od celowego działania osób zaangażowanych. Na jednym biegunie mamy tu wydarzenia stresowe niekontrolowalne, na przykład śmierć bliskiej osoby, na drugim – kontrolowalne, na przykład choroby, którym można skutecznie zapobiegać, a w razie ich wystąpienia podjąć odpowiednie leczenie i nie dopuścić do niepożądanych skutków. Kontrola większości wydarzeń stresowych ma charakter ograniczony, są one kontrolowalne częściowo, pod jakimś względem, w pewnych warunkach lub w pewnym okresie. Kontrolowalność jest bardzo ważna dla przebiegu i wyników aktywności podejmowanej w sytuacji stresowej. Aktywność ta, określana terminem „radzenie sobie", zostanie omówiona w następnym podrozdziale.

56.2

Radzenie sobie ze stresem jako proces i jego organizacja

Istotą sytuacji stresowej jest obecność wymagań zewnętrznych lub wewnętrznych, będących na granicy możliwości przystosowawczych człowieka lub przekraczających te możliwości, czemu towarzyszy odpowiednia ocena poznawcza oraz przeżycia emocjonalne, niekiedy bardzo przykre i burzliwe. Jeśli uzmysłowimy sobie te właściwości, łatwo zrozumiemy, że sytuacja stresowa pobudza do aktywności ukierunkowanej na odzyskanie równowagi pomiędzy wymaganiami i możliwościami oraz na poprawę stanu emocjonalnego. Ten nurt aktywności określany jest jako „radzenie sobie ze stresem" (*coping*).

We współczesnych koncepcjach psychologicznych pojęcia stresu i radzenia sobie traktowane są jako nierozłączne, przy czym w końcu lat siedemdziesiątych nastąpiło charakterystyczne przesunięcie akcentów. Mniej uwagi poświęca się czynnikom wywołującym stres, więcej natomiast – aktywności podejmowanej w ich obliczu przez jednostkę. Argumentem przemawiającym za taką zmianą perspektywy jest między innymi teza, że o skutkach konfrontacji stresowej bardziej decyduje radzenie sobie ze stresem niż obiektywne działanie stresora.

Określenie „radzenie sobie" ma trzy odniesienia znaczeniowe, które raczej się uzupełniają, niż wykluczają: radzenie sobie może być rozpatrywane jako **proces**, jako **strategia** i jako **styl**. Pierwsze ujęcie odnosi się do całości aktywności podejmowanej przez człowieka w danej sytuacji stresowej. Tak rozumiane radzenie sobie jest złożone i dynamiczne, zajmuje – niekiedy długi – czas i zmienia się w wymiarze czasowym, przy czym ważnym czynnikiem decydującym o przebiegu tych zmian jest rozwój sytuacji stresowej. Procesualny charakter radzenia sobie i jego zależność od przebiegu sytuacji podkreślają w swoich pracach Lazarus i współpracownicy.

Proces radzenia sobie ma zwykle złożoną strukturę. W przebiegu czasowym można w nim wyodrębnić mniejsze jednostki aktywności, stanowiące jakby jego ogniwa. Porównanie to jest jednak o tyle nieścisłe, że jednostki te niekiedy bardzo się różnią w obrębie tego samego procesu. Określane są one jako strategie lub sposoby radzenia sobie.

Kategoria stylu radzenia sobie odnoszona jest do indywidualnego zróżnicowania dyspozycji determinujących zachowanie się w warunkach stresowych (np. Carver i Scheier, 1994; Miller, 1990). Przyjmuje się, że ludzie różnią się ze względu na nawykowy sposób zachowania się w sytuacjach stresowych, czy też w sytuacjach stresowych określonego rodzaju. Pojęcie stylu radzenia sobie jest konstruktem ujmującym indywidualne tendencje do radzenia sobie w określony sposób.

56.2.1

Pojęcie procesu radzenia sobie

Określenie „radzenie sobie" (*coping*) oficjalnie pojawiło się w literaturze w latach sześćdziesiątych, a w roku 1967 zostało włączone

do haseł uwzględnianych w *Psychological Abstracts*. Zainteresowanie aktywnością podejmowaną przez człowieka w obliczu sytuacji stresujących czy wywołujących napięcie emocjonalne ma znacznie dłuższą historię i wywodzi się z psychoanalizy. Myślenie psychoanalityczne ogniskowało się na obronnych formach tej aktywności, określanych jako mechanizmy obronne osobowości. Jak wiadomo, mechanizmy te uruchamiane są nieświadomie, a ich istotą jest zniekształcenie percepcji rzeczywistości, tak aby w niepomyślnej dla podmiotu sytuacji możliwe było uniknięcie przykrych emocji i uchronienie samooceny przed uszczerbkiem.

Współcześnie **proces radzenia sobie ze stresem** rozumiany jest szerzej i, wedle najczęściej cytowanej definicji Lazarusa i Folkman (1984, s. 141), **obejmuje „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki (*efforts*), mające na celu opanowanie (*to manage*) określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby"**. W tym ujęciu radzenie sobie jest serią celowych wysiłków podejmowanych w wyniku określonej oceny sytuacji (odpowiadającej definicji stresu tych autorów). Zmienność charakteryzująca owe wysiłki decyduje o tym, że radzenie sobie jest procesem. Uwzględniony w definicji warunek obecności określonej oceny poznawczej sprawia, że formy aktywności pojawiające się w obliczu stresu automatycznie, bez pośrednictwa poznawczych procesów oceniających, nie są traktowane jako radzenie sobie. Wyłączone więc zostają mechanizmy adaptacyjne działające na poziomie biologicznym, a także zachowania odruchowe. Warto w tym miejscu postawić pytanie, jaką rolę we współczesnej teorii psychologicznej radzenia sobie ze stresem przypisuje się mechanizmom obronnym osobowości.

Oficjalne pojawienie się terminu „radzenie sobie" poprzedzone zostało długim, bo zapoczątkowanym jeszcze w XIX wieku, okresem studiów psychoanalitycznych nad mechanizmami obrony psychologicznej. Nowy termin początkowo służyć miał wyartykułowaniu różnicy między adaptacyjnym a nieadaptacyjnym zachowaniem w obliczu stresu.

> Radzenie sobie jako forma zachowania jest odróżniane od zachowania obronnego, ponieważ to ostatnie z definicji jest sztywne, przymusowe, zniekształcające rzeczywistość i niezróżnicowane, podczas gdy to pierwsze jest elastyczne, celowe, zorientowane na rzeczywistość i zróżnicowane (Hann, 1965, s. 374).

Według Lazarusa i Folkman (1984), ocena sytuacji nie musi być realistyczna, a cel aktywności nie musi być uświadomiony, aby można było ją uznać za radzenie sobie. Pozwala to na uznanie mechanizmów obronnych, u których podłoża tkwi nieświadome zniekształcenie rzeczywistości, za formę radzenia sobie. Autorzy przypisują zresztą mechanizmom obronnym ważną funkcję adaptacyjną, zwłaszcza w sytuacjach stresowych określonego rodzaju i w określonych fazach działania stresora. W ostatnich latach coraz więcej autorów akceptuje pozytywne znaczenie mechanizmów obronnych dla przystosowania, rozwijane są nawet całe koncepcje oparte na tej tezie (Taylor, 1984; zob. Kofta i Szustrowa, 1991). Warto zwrócić uwagę, że podobnie jak realistyczność, również adaptacyjność nie jest uważana za warunek traktowania aktywności jako formy radzenia sobie. Adaptacyjność dotyczy oceny efektów radzenia sobie, która powinna być przeprowadzana niezależnie od badania przebiegu procesu (Lazarus, 1993a).

56.2.2
Dwie funkcje radzenia sobie

Lazarus i Folkman (1984) przypisują procesowi radzenia sobie dwie funkcje: instrumentalną, inaczej zadaniową, zorientowaną na problem, czyli na poprawę relacji podmiotu z otoczeniem, oraz funkcję samoregulacji emocji. Ta druga polega zwykle na obniżaniu przykrego napięcia i łagodzeniu innych negatywnych stanów emocjonalnych. Mimo że autorzy nie zgadzają się z przeciwstawieniem obrony przed stresem i radzenia sobie z nim jako dwóch form aktywności o różnej wartości adaptacyjnej, wyróżnione przez nich funkcje są w jakimś stopniu analogiczne do tego podziału.

Warto jednak zwrócić uwagę, że rozróżnienie wprowadzone przez Lazarusa dotyczy **funkcji** radzenia sobie, co nie jest jednoznaczne z wyodrębnianiem przez innych autorów dwóch kategorii **sposobów** lub **mechanizmów** radzenia sobie. Lazarus podkreśla fakt – znany dobrze z potocznej obserwacji – że ten sam sposób czy forma radzenia sobie służyć może każdej z obu funkcji, w zależności od kontekstu. Na przykład, poszukiwanie informacji o zagrożeniu doprowadzić może do redukcji lęku, jeśli zagrożenie okazuje się mniejsze niż w ocenie pierwotnej (funkcja redukcji emocji), a może też zainicjować działania zabezpieczające (funkcja instrumentalna).

Przy okazji rozróżnienia dwóch funkcji radzenia sobie należy również ustosunkować się do roli emocji w procesie radzenia sobie. Określenie jednej z tych funkcji jako ukierunkowanej na emocje może sugerować, że traktowane są one jako reakcja jednoznacznie niepożądana i czym prędzej należy je opanować, inaczej bowiem wymkną się spod kontroli i doprowadzą do dezorganizacji zachowania. Chociaż rzeczywiście może to nastąpić, tak sformułowana ocena emocji jest jednostron-

RAMKA 56.1

Obie funkcje czy nurty radzenia sobie: ukierunkowany na zadanie i na regulację emocji, nie są całkowicie rozłączne i niezależne. W konkretnej sytuacji stresowej przeplatają się i wzajemnie na siebie oddziałują. Najczęstsze warianty relacji między nimi są następujące:

(1) Jedna i ta sama forma radzenia sobie spełnia równocześnie obie funkcje. Na przykład, uczenie się przed egzaminem służy wykonaniu zadania, a jednocześnie może powodować zmniejszenie lęku.
(2) Określona forma radzenia sobie spełnia jedną funkcję, ale jest antagonistyczna w stosunku do drugiej, utrudniając lub uniemożliwiając jej realizację. Na przykład, alkohol w obliczu stresu obniża napięcie, ale utrudnia wykonywanie zadań lub powoduje zaniechanie aktywności zadaniowej w ogóle.
(3) Określona forma radzenia sobie skutecznie spełnia jedną funkcję, nie powodując żadnych skutków dla drugiej: ani dodatnich, ani ujemnych. Przykładem jest stosowanie mechanizmów obronnych w sytuacjach, w których pozwalają one na poprawę stanu emocjonalnego, nie zmieniając obiektywnego położenia podmiotu, jak w wypadku nieuleczalnie chorych zaprzeczających diagnozie.
(4) Wreszcie możliwa jest naprzemienna realizacja obu funkcji. Koncentracja na jednej doraźnie pogarsza możliwości realizacji drugiej, ale umożliwia powrót do niej w przyszłości. Z perspektywy czasowej jest to więc układ wzajemnego wspomagania. Na przykład, obserwowano, że u osób zarażonych wirusem HIV wykonywanie okresowych badań kontrolnych wywoływało niepokój, co niekiedy prowadziło do czasowej rezygnacji z kontroli medycznej. Dostarczenie takim osobom wsparcia społecznego łagodziło napięcie i po jakimś czasie kontakt ze służbą zdrowia był podejmowany (Heszen-Niejodek, 1991).

na. Emocje doświadczane w sytuacji stresu pełnią również ważną funkcję adaptacyjną, sygnalizując, że dzieje się coś istotnego dla podmiotu, a także energetyzując proces radzenia sobie i kształtując jego przebieg. Samoregulacja emocji, mająca najczęściej formę zmniejszania przykrego napięcia, może też zmierzać do zwiększenia pobudzenia, ponieważ to mobilizuje do działania (Lazarus, 1991; Lazarus i Folkman, 1984). Takie rozumienie emocji – nie tylko jako reakcji, ale również jako procesu odzwierciedlającego nasz stosunek do rzeczywistości oraz regulującego zachowanie – jest zakorzenione w polskiej tradycji psychologicznej (Obuchowski, 1982; Reykowski, 1974).

W wymiarze czasowym proces radzenia sobie charakteryzuje się dynamiką – w miarę rozwoju sytuacji stresowej jedne formy zachowania zastępowane są przez inne. Przebieg radzenia sobie zostanie dokładniej omówiony w kolejnym paragrafie.

56.2.3
Przebieg radzenia sobie

Jak już wspomniano, proces radzenia sobie obejmuje całość aktywności podejmowanej przez człowieka w danej sytuacji stresowej. Proces ten jest inicjowany przez poznawczą ocenę sytuacji jako stresowej (ocena pierwotna) i kontynuowany przez cały – niekiedy długi – czas trwania tej sytuacji (na przykład radzenie sobie z chorobą przewlekłą może trwać nawet kilkadziesiąt lat). O ile stres nie ma charakteru chronicznego, proces radzenia sobie kończy się rozwiązaniem sytuacji stresowej.

Jest oczywiste, że aktywność trwająca przez pewien – niekiedy długi – czas charakteryzuje się dynamiką; zmienność została też wpisana w definicję radzenia sobie. Od początku badań nad funkcjonowaniem człowieka w sytuacjach stresowych poszukiwano prawidłowości przebiegu radzenia sobie. Pytanie dotyczyło tego, czy ogniwa tego procesu – strategie radzenia sobie – pojawiają się w określonej kolejności, a jeśli tak, to w jakiej? Pierwsze próby odpowiedzi związane były z przedstawionym wcześniej rozróżnieniem pomiędzy mechanizmami adaptacyjnymi – ukierunkowanymi na cel i racjonalnymi – a mechanizmami obronnymi, nieracjonalnymi – ukierunkowanymi na emocje i uważanymi za nieadaptacyjne. Oczekiwano, że w typowym przebiegu zachowania w obliczu stresu mechanizmy te będą się pojawiać w określonej kolejności. W pierwszej fazie konfrontacji stosowane będą mechanizmy pierwszego rodzaju, które mogą doprowadzić do przezwyciężenia bądź opanowania stresu. Dopiero gdy one zawiodą, pojawią się mechanizmy drugiego rodzaju. Posługiwanie się nimi jest już jednak dowodem niepowodzenia, mechanizmy te bowiem nie dają szans na opanowanie stresu, mogą jedynie zmniejszyć jego skutki (np. Reykowski, 1966).

Proces radzenia sobie z poważną sytuacją stresową ujmowano również w postaci pewnej liczby stadiów, następujących w określonej kolejności czasowej. Przykładem jest proces adaptacji do zbliżającej się śmierci, składający się, według Elizabeth Kübler-Ross (1969), z pięciu stadiów, czy cztery stadia radzenia sobie z kryzysem, opisane przez S. F. Shnotza (1975). Jednak mimo że oboje autorzy nawiązywali w swoich koncepcjach do własnych obserwacji klinicznych, to materiał empiryczny uzyskany w późniejszych badaniach nie potwierdził powszechnego występowania wyodrębnionych przez nich stadiów. W dodatku popularność koncepcji Kübler-Ross w Stanach Zjednoczonych doprowadziła do tego, że pacjenci ze świadomością swego stanu, u których nie występowały w określonej kolejności opisane przez nią stadia, budzili niepokój personelu medycznego jako umierający nieprawidłowo! (za: Silver i Wortman, 1984).

Stanowisko Lazarusa i Folkman (1984) pozwala na wyjaśnienie niejednoznaczności wyników badań dotyczących stadiów radzenia sobie. Zdaniem tych autorów, proces radzenia sobie stanowi odpowiedź na określoną sytuację. Zmiany tego procesu w wymiarze

czasowym odzwierciedlają rozwój sytuacji stresowej. Jeśli w tej sytuacji można wyodrębnić fazy pojawiające się w określonej kolejności, odpowiada temu fazowość procesu radzenia sobie. Dobrym przykładem jest proces radzenia sobie z sytuacją egzaminu, w którym można wyróżnić: okres przygotowań, zdawanie egzaminu, oczekiwanie na wyniki i aktywność po ich ogłoszeniu.

Oddziaływanie sytuacji na proces radzenia sobie odbywa się za pośrednictwem oceny poznawczej. Odgrywa tu rolę zarówno

RAMKA 56.2

W badaniach Folkman i Lazarusa (1985) nad procesem radzenia sobie uczestniczyli studenci wstępnego kursu psychologii na temat stresu, radzenia sobie i przystosowania. Spośród ogólnej liczby 261 studentów w pierwszej fazie badań wzięło udział 189 osób, a w drugiej i trzeciej – odpowiednio 140 i 136 osób. Kolejne fazy przeprowadzano: dwa dni przed egzaminem (faza I), pięć dni po egzaminie i dwa dni przed ogłoszeniem wyników (faza II) oraz pięć dni po ogłoszeniu wyników (faza III).

W każdej fazie mierzono ocenę poznawczą, stan emocjonalny i radzenie sobie przy pomocy specjalnie skonstruowanego kwestionariusza stresu. Objęte pomiarem emocje odpowiadały czterem rodzajom oceny poznawczej: (1) zagrożenie – martwienie się, obawa, niepokój; (2) wyzwanie – ufność, nadzieja, gotowość; (3) strata – złość, smutek, rozczarowanie, poczucie winy, rozgoryczenie; (4) korzyść – ożywienie, zadowolenie, szczęście, ulga. Radzenie sobie mierzone było przy pomocy znanego kwestionariusza Lista Sposobów Radzenia Sobie, w wersji obejmującej 42 stwierdzenia tworzące osiem skal. Jedna skala ujmuje radzenie sobie zorientowane na problem, sześć – radzenie sobie zorientowane na emocje (myślenie życzeniowe, dystansowanie się, podkreślanie pozytywnych stron, samoobwinianie i izolowanie się), natomiast ostatnia dotyczy poszukiwania wsparcia społecznego.

Stwierdzono, że zarówno emocje, jak i radzenie sobie przejawiają dynamikę odzwierciedlającą charakter kolejnych faz sytuacji stresowej. Emocje zagrożenia i wyzwania nie zmieniły się pomiędzy fazą I (antycypacyjną) – poprzedzającą egzamin – a fazą II – oczekiwania na wyniki – ale istotnie zmniejszyły się w III fazie – po ogłoszeniu wyników. Odwrotny był przebieg zmian emocji straty i korzyści, które znacznie wzrosły pomiędzy fazą I a II (w której badani mogli już mieć pogląd na temat poziomu swego wykonania), a następnie nie zmieniły się już między fazą II a III. W fazie I powszechne było współwystępowanie emocji zagrożenia i wyzwania, co stwierdzono u 94% badanych, przy czym emocje te w żadnej z faz nie korelowały ze sobą. Natomiast emocje straty i korzyści w fazach II i III wykazywały rosnącą ujemną korelację.

Interesujące były dane dotyczące radzenia sobie. Przede wszystkim powszechne było współwystępowanie różnych sposobów. W kolejnych fazach zarówno radzenie sobie zorientowane na problem, jak i na emocje stosowało odpowiednio: w I – 99% badanych, w II – 95%, a w III – 94%. Przeciętnie każda osoba używała w każdej fazie 6–7 różnych form radzenia sobie (spośród 8 możliwych). Pomiędzy fazą I a II odnotowano istotny spadek następujących form: radzenia sobie zorientowanego na problem, poszukiwania wsparcia społecznego, podkreślania pozytywnych stron i izolowania się; jednocześnie nastąpił wzrost dystansowania się. Pomiędzy fazą II a III nastąpił spadek myślenia życzeniowego i dystansowania się, podczas gdy żadna forma radzenia sobie nie uległa nasileniu.

ocena znaczenia sytuacji (ocena pierwotna), jak i możliwych wariantów radzenia sobie (ocena wtórna). Poznawcze monitorowanie sytuacji i własnych możliwości odbywa się nieprzerwanie, wyznaczając przebieg radzenia sobie, a zatem zarówno ocena poznawcza, jak i radzenie sobie mają charakter procesualny. Przedstawiony tu opis procesu radzenia sobie ilustrują wyniki słynnych badań Folkman i Lazarusa (1985) nad radzeniem sobie ze stresem egzaminacyjnym.

Na podstawie tych i podobnych badań nad różnymi naturalnymi formami stresu Lazarus (1993a, 1993b) przedstawia następujące wnioski, które dotyczą przebiegu procesu radzenia sobie:

(1) W każdej konfrontacji stresowej ludzie używają różnorodnych strategii radzenia sobie, stosując większość spośród głównych rodzajów tych strategii.
(2) Jeśli jednak porównać zachowanie tych samych osób w różnych konfrontacjach stresowych, to okazuje się, że niektóre ze strategii wykazują większą stałość niż inne. Przykładem takiej względnie stałej strategii jest pozytywne przewartościowanie, podczas gdy poszukiwanie wsparcia społecznego zmienia się w różnych sytuacjach stresowych.
(3) Także w obrębie tej samej sytuacji radzenie sobie zmienia się w miarę jej trwania i ma odmienną charakterystykę w różnych jej fazach.
(4) Radzenie sobie zależy od oceny, czy można coś zrobić, aby zmienić sytuację (ocena wtórna). Jeżeli przyczyny stresu oceniane są przez osobę jako niepodatne na zmiany, przeważa radzenie sobie zorientowane na emocje; jeśli natomiast uważa ona, że te przyczyny można kontrolować poprzez odpowiednie działanie, przeważa radzenie sobie zorientowane na problem.
(5) Wbrew potocznym poglądom na temat różnic płci, w sytuacji stresowej określonego typu kobiety i mężczyźni przejawiają bardzo podobny wzór radzenia sobie.

56.3

Strategie i styl radzenia sobie: problemy klasyfikacji i pomiaru

Empiryczne badania nad radzeniem sobie jako procesem odbywającym się w kontekście transakcji stresowej, czyli dynamicznego układu jednostka – otoczenie, działającego na zasadzie sprzężeń zwrotnych, napotykają poważne trudności metodologiczne (Wrześniewski, 1996b). Już samo badanie przebiegu procesu z uwzględnieniem jego istoty, polegającej na ciągłych zmianach w czasie, wymagałoby **rejestracji ciągłej**, a ta warunkach naturalnych nie jest możliwa. Ponadto należałoby uwzględnić zmiany kontekstu sytuacyjnego i wzajemne oddziaływania człowiek – sytuacja.

Przybliżoną charakterystykę procesu można uzyskać, stosując **procedurę badań podłużnych**, polegającą na kilkakrotnym pomiarze w wybranych momentach czasowych, jak w przedstawionych badaniach Folkman i Lazarusa nad radzeniem sobie ze stresem egzaminacyjnym. Alternatywne podejście do opisu radzenia sobie ma **charakter przekrojowy**. Rezygnuje się wówczas z charakterystyki przebiegu czasowego, poprzestając na opisie struktury. W tym celu wyodrębnia się jakościowo różne sposoby radzenia sobie i uzyskuje samoopisowe dane o częstości ich stosowania. Otrzymuje się w ten sposób ilościową charakterystykę stosowanych strategii radzenia sobie.

56.3.1

Radzenie sobie jako strategia

Odwołując się do konkretnych sytuacji stresowych, można niemal w nieskończoność wymieniać różne formy zachowania, stosowane przez ludzi w celu zmiany sytuacji lub złagodzenia jej skutków – niektóre przykłady zostały podane już wcześniej. Do systematycznego opisu strategii radzenia sobie, pozwalającego na ich porównywanie i ustalenie kierujących nimi prawidłowości, poszukuje się ogólniejszych kategorii. Dotychczas opublikowano wiele propozycji klasyfikacji strategii radzenia sobie. Tutaj uwzględnione zostaną przede wszystkim te, których autorzy opracowali również narzędzia do ich pomiaru. Najbardziej znanym przykładem jest kwestionariusz opracowany przez Folkman i Lazarusa, stosowany w przedstawionych już badaniach stresu egzaminacyjnego (zob. ramka 56.2). Obecnie omówimy sposób jego opracowania i wersję o ogólniejszym przeznaczeniu.

Na podstawie literatury i istniejących metod pomiaru autorzy opracowali listę różnych form zachowania, stosowanych przez ludzi w warunkach stresowych. Po weryfikacji w badaniach wstępnych, w których uczestnicy zaznaczali własne zachowania w sytuacjach trudnych w ostatnim miesiącu, pozostało 68 pozycji, tworzących Listę Sposobów Radzenia Sobie (*The Ways of Coping Checklist*, WCC; Folkman i Lazarus, 1980). Lista była następnie wykorzystywana w różnych badaniach, po czym skale radzenia sobie uzyskiwano na podstawie analizy czynnikowej. Na przykład, w badaniach nad stresem egzaminacyjnym uzyskano 8 czynników, do których weszły 42 stwierdzenia. Jednak najbardziej znanym narzędziem, opracowanym przez

RAMKA 56.3

Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie (WCQ) składa się z 50 pozycji. Przed wypełnieniem kwestionariusza osoby badane proszone są o przypomnienie sobie i dokładny opis niedawno przeżytej sytuacji stresowej. Następnie na czteropunktowej skali typu Likerta opisują własne zachowanie w tej sytuacji, używając pozycji kwestionariusza. Analizy czynnikowe wyników różnych badań prowadziły do wyodrębnienia podobnych jak w WCC, ale nie identycznych skal. Oto skale uzyskane na podstawie pięciokrotnego badania grupy 75 par małżeńskich, czyli w wyniku analizy czynnikowej 750 kwestionariuszy (Folkman i in., 1986):

(1) Konfrontacja: 6 stwierdzeń (na przykład: „Stałem mocno na ziemi i walczyłem o to, czego chciałem").
(2) Dystansowanie się: 6 stwierdzeń (na przykład: „Starałem się zapomnieć o całej sprawie").
(3) Samokontrola: 7 stwierdzeń (na przykład: „ Starałem się zachować swoje uczucia dla siebie").
(4) Poszukiwanie wsparcia społecznego: 6 stwierdzeń (na przykład: „Przyjmowałem współczucie i zrozumienie ze strony innych osób").
(5) Przyjmowanie odpowiedzialności: 4 stwierdzenia (na przykład: „Krytykowałem i pouczałem siebie").
(6) Ucieczka – unikanie: 8 stwierdzeń (na przykład: „Miałem nadzieję, że zdarzy się cud").
(7) Planowe rozwiązywanie problemu: 6 stwierdzeń (na przykład: „Zrobiłem plan działania i zgodnie z nim postępowałem").
(8) Pozytywne przewartościowanie: 7 stwierdzeń (na przykład: „Odkryłem na nowo, co w życiu jest ważne").

TABELA 56.2

Klasyfikacja radzenia sobie według Moosa

UKIERUNKOWANIE RADZENIA SOBIE	MODALNOŚĆ RADZENIA SOBIE	
	POZNAWCZE	BEHAWIORALNE
Problem	Poznawcze zbliżanie się, np. myślenie o różnych sposobach rozwiązania problemu	Behawioralne zbliżanie się, np. sporządzenie planu działania i postępowanie według niego
Emocje	Poznawcze unikanie, np. próba zapomnienia o całej sprawie	Behawioralne unikanie, np. zaangażowanie się w nowe przedsięwzięcie

Folkman i Lazarusa do pomiaru radzenia sobie, jest Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie (*The Ways of Coping Questionnaire,* WCQ – Folkman, Lazarus, Dunkiel-Schetter, De Longins i Gruben, 1986).

Kwestionariusz WCQ wzbudził duże zainteresowanie w Polsce. Świadczą o tym trzy kolejne adaptacje: wykonana pod kierunkiem Kazimierza Wrześniewskiego, przez Władysława Łosiaka oraz w zespole kierowanym przez Irenę Heszen-Niejodek. Wrześniewski (1996b) zwraca jednak uwagę, że mimo wcześniejszego opracowania przez autorów własnego teoretycznego modelu stresu i radzenia sobie nie został on wykorzystany jako podstawa do opracowania narzędzia pomiaru. W tym celu zastosowano niezależne postępowanie empiryczne.

Teoretyczne ujęcie radzenia sobie ze stresem przez Lazarusa i Folkman zawiera przynajmniej dwa główne kryteria, mogące stać się podstawą klasyfikacji strategii radzenia sobie: modalność radzenia sobie („poznawcze i behawioralne wysiłki") oraz kryterium funkcjonalne, to jest ukierunkowanie strategii bądź na rozwiązanie problemu, bądź na regulację emocji. R. H. Moos zastosował kombinację obu tych kryteriów przy konstrukcji własnego Inwentarza Reakcji Radzenia Sobie (*Coping Responses Inventory*). Uzyskano w ten sposób cztery różne rodzaje strategii radzenia sobie, przedstawione w tabeli 56.2 (Holahan, Moos i Schaefer, 1996).

Carver, Scheier i Weintraub (1989) – w przeciwieństwie do empirycznego postępowania zastosowanego przez Folkman i Lazarusa – deklarują oparcie się na podstawach teoretycznych w ocenie radzenia sobie. Przytoczona tu praca jest przy tym jedną z pierwszych, gdzie docenione zostało rozróżnienie pomiędzy radzeniem sobie jako stylem i jako strategią. Autorzy proponują też zgrabne określenia: pierwsze to dyspozycyjne, drugie zaś – sytuacyjne radzenie sobie.

Odwołują się oni do dwóch źródeł inspiracji – do teorii stresu Lazarusa i do modelu samoregulacji zachowania. Przedstawiona propozycja zawiera aż 13 skal obejmujących różne formy aktywności. Część z nich została wyodrębniona jako „koncepcyjnie różne" na podstawie analizy procesu radzenia sobie, pozostałe ujmowały sposoby radzenia sobie opisane we wcześniejszych badaniach empirycznych. Skale te stały się podstawą opracowania twierdzeń kwestionariusza Kierunki Radzenia Sobie z Aktualnymi Problemami (*Coping Orientations to Problems Experienced,* COPE – Carver, Scheier i Weintraub, 1989). Przy formułowaniu twierdzeń kierowano się zasadą, że powinny one dać się zastosować do opisu zarówno sytuacyjnego, jak i dyspozycyjnego radzenia sobie.

Ponieważ przy konstrukcji kwestionariusza COPE proszono badanych o opis typowego dla nich zachowania w sytuacji stresowej, uzyskane skale dotyczą właściwie stylu, a nie strategii radzenia sobie. Do oceny strategii stosowanych w konkretnej sytuacji stresowej służy równoległa wersja narzędzia, różniąca się jedynie instrukcją. Podobnie jak w kwestionariuszu Folkman i Lazarusa, badani proszeni są o przedstawienie niedawnego wydarzenia stresowego, a następnie, posługując się kwestionariuszem*, opisują własne zachowanie.

RAMKA 56.4

Carver, Scheier i Weintraub (1989) rozpoczęli konstrukcję kwestionariusza do badania radzenia sobie od określenia jakościowo różnych form radzenia sobie, ujętych w 13 skalach, i sformułowania zestawu twierdzeń opisujących konkretne zachowania zaradcze. Następnie grupa studentów, licząca 978 osób, opisywała przy pomocy tych twierdzeń typowe dla siebie zachowanie w sytuacjach trudnych lub stresowych. Przy pomocy analizy czynnikowej uzyskano strukturę niemal identyczną ze skalami opracowanymi *a priori.* Uzyskano w ten sposób kwestionariusz COPE, obejmujący 13 skal, z których każda zbudowana jest z 4 twierdzeń:

(1) Aktywne radzenie sobie (na przykład „Robię krok po kroku to, co jest do zrobienia").
(2) Planowanie (na przykład „Sporządzam plan działania").
(3) Zahamowanie aktywności konkurującej z radzeniem sobie (na przykład „Odkładam na bok inne sprawy, aby skoncentrować się na tej").
(4) Radzenie sobie przez powstrzymanie aktywności (na przykład „Zmuszam się do czekania na odpowiedni moment, żeby coś zrobić").
(5) Stosowanie instrumentalnego wsparcia społecznego (na przykład „Rozmawiam z kimś, aby dowiedzieć się czegoś więcej o tej sytuacji").
(6) Stosowanie emocjonalnego wsparcia społecznego (na przykład „Mówię komuś, jak się czuję").
(7) Pozytywne przewartościowanie i rozwój (na przykład „Wyciągam nauki z tego doświadczenia").
(8) Akceptacja (na przykład „Uczę się z tym żyć").
(9) Zwrot w kierunku religii (na przykład „Pokładam ufność w Bogu").
(10) Koncentracja na emocjach i ich rozładowanie (na przykład „Daję upust uczuciom").
(11) Zaprzeczanie (na przykład „Udaję, że to nie zdarzyło się naprawdę").
(12) Spadek zaangażowania behawioralnego (na przykład „Po prostu zaprzestaję prób osiągnięcia celu").
(13) Spadek zaangażowania umysłowego (na przykład „Marzę na jawie o innych rzeczach").

56.3.2 Radzenie sobie jako styl

W początkowym okresie badań nad stresem psychologicznym dominowały eksperymenty laboratoryjne, w których poszukiwano ogólnych prawidłowości kierujących zachowaniem człowieka w warunkach stresowych, pomijając różnice indywidualne. Wkrótce jednak pojawiły się trudności, ponieważ okazało się, że w tej samej sytuacji stresowej różne osoby różnie reagują. U niektórych bada-

* Więcej informacji na temat kwestionariusza COPE znajdzie Czytelnik w artykule Wrześniewskiego (1996a), pod którego kierunkiem została wykonana polska adaptacja tego narzędzia.

nych stwierdzano pogorszenie funkcjonowania po zadziałaniu czynnika stresowego, u innych poprawę, wreszcie były i takie osoby, których funkcjonowanie się nie zmieniło. Takie dane empiryczne zwróciły uwagę badaczy na znaczenie różnic indywidualnych dla zachowania ludzi w obliczu stresu. Wyrazem tego zainteresowania jest pojęcie stylu, wprowadzone uprzednio jako jedno z komplementarnych ujęć radzenia sobie. Zagadnienia stylu radzenia sobie zostały obszerniej przedstawione w pracy Ireny Heszen-Niejodek (1997b), której fragmenty zostaną wykorzystane niżej. Rozpoczniemy od dokładnej charakterystyki pojęcia.

56.3.2.1 Propozycja konceptualizacji pojęcia stylu radzenia sobie ze stresem

Pomimo rosnącego znaczenia stylu radzenia sobie w badaniach nad stresem trudno znaleźć w literaturze konceptualizację tego konstruktu, czy choćby jego definicję. Pojęcie „stylu radzenia sobie" jest jednak używane przez różnych autorów na ogół w podobnym znaczeniu i te dominujące tendencje zostały odzwierciedlone w poniższej propozycji. Styl radzenia sobie rozpatrywany jest tutaj w ramach ogólnych założeń psychologii interakcyjnej. Przyjmuje się, że proces radzenia sobie – tak samo jak inne formy zachowania człowieka – zależy od czynników sytuacyjnych, od czynników osobowych i od interakcji między tymi dwiema grupami czynników. Wśród czynników osobowych styl radzenia sobie uważany jest za szczególnie ważny jako dyspozycja indywidualna bezpośrednio aktualizująca się w procesie radzenia sobie. Pomiędzy radzeniem sobie w rozumieniu stylu i w rozumieniu aktualnego zachowania zachodzi zależność typu cecha – stan.

Istota stylu radzenia sobie. Pojęcie to odnoszone jest do względnie stałej, specyficznej dla jednostki tendencji, wyznaczającej przebieg radzenia sobie ze stresem, ma więc status zmiennej osobowościowej (por. Krohne, 1996; Wrześniewski, 1996b). Odwołując się do jego zastosowań w literaturze, można zaproponować następującą definicję: **styl radzenia sobie to posiadany przez jednostkę, charakterystyczny dla niej repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi.** Ujęcie to można łatwo operacjonalizować i – jak zobaczymy dalej – rzeczywiście pełni ono funkcję założenia, które legło u podstaw technik mierzących styl radzenia sobie.

Przykłady różnych strategii radzenia sobie i sposobów ich klasyfikacji można znaleźć w poprzednim fragmencie. Ludzie różnią się pomiędzy sobą zarówno co do liczby, jak i co do rodzajów strategii radzenia sobie, posiadanych we własnym repertuarze.

Rozwój stylu radzenia sobie. O ile ogólne tendencje jednostki do unikania źródła stresu lub do konfrontacji z nim zależą zapewne od czynników wrodzonych, to konkretne strategie radzenia sobie stanowią formy zachowania nabytego. Zatem do opisu powstawania i rozwoju repertuaru strategii radzenia sobie znajdują zastosowanie ogólne zasady uczenia się. W trakcie procesu radzenia sobie możliwe jest pojawienie się nowych form aktywności – przez przypadek lub wskutek zamierzonych wysiłków człowieka celowo kształtującego własne zachowanie. Niektóre z tych form mogą się utrwalić jako nowe strategie radzenia sobie, zwłaszcza jeśli okazały się skuteczne w przezwyciężaniu stresu.

Styl radzenia sobie a proces radzenia sobie. Styl radzenia sobie traktowany jest jako dyspozycja. W procesie radzenia sobie uczestniczy tylko część spośród strategii zawartych w repertuarze jednostki. O tym, jakie strategie zostaną wykorzystane, decydują z jednej strony wymagania sytuacji stresowej, z drugiej zaś – możliwości wynikające ze stylu radzenia sobie. Można przyjąć, że ludzie nawykowo stosują te same, stałe wzorce radzenia sobie z sytuacjami stresowymi o podobnych właściwościach. Innymi słowy, wpływ stylu radzenia sobie na zachowanie podejmowane w obliczu stresu prowadzi do **względnej stałości** tego zachowania. Jest to stałość wzorców osoba x sytuacja, ale nie intraindywidualna stałość w różnych sytuacjach.

Jeśli styl radzenia sobie charakteryzuje się obfitością strategii określonego rodzaju, wiąże się z tym tendencja do ich częstszego stosowania. Z drugiej strony, jeśli w repertuarze jednostki brakuje strategii jakiegoś typu, to nie może być ona wykorzystana w obliczu stresu, chyba że pojawi się jako nowa forma zachowania (por. wyżej).

Elastyczność jako właściwość stylu radzenia sobie. We wcześniejszych pracach Lazarus i jego współpracownicy odrzucali przydatność pojęcia stylu radzenia sobie. Wynikało to jednak z przypisywania stylowi (w rozumieniu dyspozycyjnym) statusu tradycyjnie rozumianej cechy. Takie rozumienie stylu oznaczało traktowanie go jako stałej właściwości, określającej zachowanie się jednostki w sposób sztywny, jednakowy, bez względu na wymagania konkretnej sytuacji. Nie jest to zgodne ze współczesnym ujęciem cechy (zob. rozdz. 37.). Elastyczność zachowania, jego dostosowanie do wymagań sytuacji, jest warunkiem skuteczności radzenia sobie. Jak już była o tym mowa, w przebiegu czasowym sytuacyjny kontekst procesu radzenia sobie podlega nieustannym zmianom. Wymaga to odpowiednich zmian w procesie radzenia sobie. Ludzie różnią się nie tylko liczbą strategii i różnorodnością repertuaru zaradczego, ale także elastycznością procesu radzenia sobie, łatwością jego dostosowania do aktualnych wymagań konkretnej sytuacji stresowej.

56.3.2.2 Rodzaje stylów radzenia sobie

Biorąc pod uwagę, że styl radzenia sobie rozumiany jest jako zbiór strategii, nasuwa się spostrzeżenie, iż w obu wypadkach można by wykorzystać te same zasady klasyfikacji. W rzeczywistości zagadnienie rodzajów stylu radzenia sobie rozwijane było odrębnie. Pytanie o rodzaje indywidualnych stylów radzenia sobie skłania do poszukiwania ich całościowej charakterystyki, jako że w istocie dotyczy ono rozróżnienia typów ludzkich.

Najwcześniejsze i nadal najczęściej stosowane podejście do klasyfikacji stylów radzenia sobie wykorzystuje jako podstawy teoretyczne wywodzący się z psychoanalizy konstrukt **represji–sensytyzacji**. Style radzenia sobie rozróżnia się tutaj ze względu na postawę wobec sygnałów dotyczących stresora i własnych reakcji. W porównaniu z podejściem psychoanalitycznym, traktującym zarówno represję, jak i sensytyzację jako aktywność obronną o charakterze poznawczym, współcześnie nastąpiło poszerzenie zakresu aktywności uwzględnianej przy charakterystyce stylów.

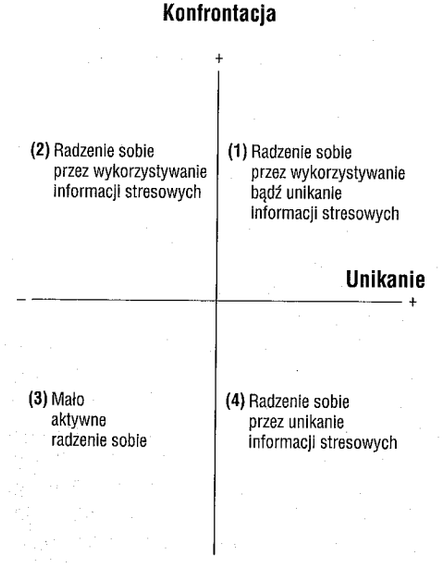
Przykładem jest opracowana przez Suzanne Miller (1987) koncepcja dwóch stylów radzenia sobie, która zainspirowała wiele badań empirycznych. Pierwszy z nich polega na koncentrowaniu uwagi na stresorze i/lub własnej reakcji, czyli na poszukiwaniu, gromadzeniu, przetwarzaniu i wykorzystywaniu informacji dotyczących wydarzenia stresowego. Osoba dąży wówczas do konfrontacji z sytuacją stresową. Drugi może być określony jako „unikowy" i polega na odwracaniu uwagi od stresora i od własnych reakcji, czyli na pomijaniu, odrzucaniu, wypieraniu i zaprzeczaniu informacjom o wydarzeniu stresowym, a także na chronieniu się przed takimi informacjami przez angażowanie się w „bezstresowe" formy aktywności.

Warto zwrócić uwagę, że opisane style nie są jednorodne i że każdy z nich obejmuje różnorodne strategie. W obrębie każdego można wyróżnić przynajmniej dwa główne rodzaje strategii: a mianowicie strategie **poznawcze** i **behawioralne**. Poszukiwanie informacji jest innym rodzajem aktywności zaradczej niż ich wykorzystywanie w działaniu; informacje są wstępnym warunkiem aktywności instrumentalnej, ale niekoniecznie do niej prowadzą. Z kolei w ramach stylu unikowego można wyodrębnić: ignorowanie i zniekształcanie informacji o zagrożeniu poprzez różne zabiegi na poziomie poznawczym oraz unikanie przez dystrakcje, które polega na podjęciu dodatkowych czynności angażujących uwagę i odwracających ją od stresora.

W kilku badaniach mierzono związek pomiędzy wskaźnikami obu stylów, konsekwentnie otrzymując współczynniki korelacji bliskie zeru, co dowodzi niezależności dyspozycji do poszukiwania i do unikania informacji (Krohne, 1989; Miller, 1990). Wskazywałoby to, że mamy do czynienia nie z dwoma przeciwstawnymi stylami, lecz z dwoma niezależnymi wymiarami, jak to przedstawia rycina 56-2.

Opierając się na nich, należałoby rozróżnić cztery style, które można opisać następująco:

(1) Styl charakteryzujący się wysokimi wartościami na obu wymiarach. Osoby takie mają w swoim repertuarze dużą liczbę różnorodnych strategii, zarówno ukierunkowanych na poszukiwanie i wykorzystywanie informacji o wydarzeniu stresowym, jak i ograniczających dopływ takich informacji.



Style radzenia sobie ze stresem

RYCINA 56-2

(2) Styl z wysoką wartością na wymiarze konfrontacji i niską wartością na wymiarze unikania. Osoby z tym stylem charakteryzuje nierównowaga zasobów zaradczych. Są one dobrze przygotowane do poszukiwania i wykorzystywania informacji, ale słabo wyposażone w strategie unikania informacji.

(3) Styl charakteryzujący się niskimi wartościami na obu wymiarach. Repertuar zaradczy tych osób jest ogólnie ubogi, są one słabo wyposażone w oba rodzaje strategii. Można oczekiwać, że nie mając wystarczających zasobów zaradczych, osoby te będą mało aktywne w sytuacjach stresowych.

(4) Styl przeciwstawny w stosunku do (2), charakteryzujący się niską wartością na wymiarze konfrontacji i wysoką wartością na wymiarze unikania. Osoby takie charakteryzuje deficyt strategii umożliwiających uzyskiwanie i wykorzystywanie informacji, ale są one dobrze wyposażone w strategie chroniące przed sygnałami stresowymi.

Endler i Parker (1990), autorzy drugiej zasługującej na szersze omówienie klasyfikacji stylów radzenia sobie, posługują się kryteriami częściowo nawiązującymi do funkcji, które – według Lazarusa – ma ono pełnić, i wyróżniają: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz trzeci styl – skoncentrowany na unikaniu. W badaniach empirycznych uzyskano niskie, przeważnie nieistotne, współczynniki korelacji między wskaźnikami tych trzech stylów. Podobnie jak w wypadku stylów poprzednio opisanych, wskaźniki te reprezentują zatem raczej niezależne wymiary stylów radzenia sobie niż style charakteryzujące odrębne grupy osób.

Dwie inne propozycje oceny stylów radzenia sobie wiążą się z przedstawionymi wcześniej klasyfikacjami strategii. Folkman i Lazarus przewidują możliwość diagnozy stylu przy pomocy opracowanego przez siebie kwestionariusza WCQ, na podstawie przynajmniej pięciokrotnego powtórzenia pomiaru u tej samej osoby. Z kolei Carver ze współpracownikami opracowali od razu dwie równoległe wersje własnego kwestionariusza COPE: jedną do badania sytuacyjnego radzenia sobie (strategii), drugą do badania dyspozycji (stylu). Ani WCQ, ani COPE nie dają jednak podstaw do diagnozy **typu** indywidualnego stylu radzenia sobie. Styl ten można przedstawić jedynie w postaci **profilu** ujmującego wyniki badanego w poszczególnych czynnikach bądź skalach.

Również Endler i Parker oraz Miller opracowali narzędzia do pomiaru stylu radzenia sobie. Metoda Endlera i Parkera, Inwentarz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (*The Coping Inventory for Stressful Situations*, CISS), ma typową formę kwestionariuszową i zawiera 48 stwierdzeń opisujących różne zachowania, do których badani ustosunkowują się na skali typu Likerta. Dostępna jest polska adaptacja tego kwestionariusza (Szczepaniak, Strelau i Wrześniewski, 1996).

Skala Stylu Behawioralnego Miller (*Miller Behavioral Style Scale,* MBSS – Miller, 1987) oparta jest na oryginalnym założeniu. Badani opisują swoje przypuszczalne zachowanie w przedstawionych im czterech fikcyjnych sytuacjach stresowych, mając za każdym razem do wykorzystania osiem możliwych czynności. Cztery spośród nich proponują zachowanie polegające na dążeniu do uzyskania informacji, a cztery – na unikaniu informacji. Metoda ta była wykorzystywana w wielu badaniach, z których jedno przedstawione zostanie w następnym podrozdziale.

56.4 Efektywność radzenia sobie

Znaczenie określenia „efektywność radzenia sobie" (*coping effectiveness*) wydaje się na tyle oczywiste, że trudno znaleźć w literaturze definicję tego terminu. Określeniami bliskoznacznymi są: wyniki radzenia sobie (*coping outcomes*) i adaptacyjność radzenia sobie (*coping adaptiveness*). Przy ocenie efektywności radzenia sobie ważne jest – z metodologicznego punktu widzenia – oddzielenie i odróżnienie wyniku od przebiegu procesu. Zmienne opisujące efektywność oraz jej wskaźniki powinny być odrębne od zmiennych opisujących radzenie sobie. Efektywność procesu radzenia sobie może być również przedmiotem oceny bez względu na wynik. Ocena dotyczy wtedy tak zwanej dobroci dopasowania (*goodness of fit* – Folkman, 1992). Poniżej skoncentrujemy się na zagadnieniu oceny efektywności w odniesieniu do wyników radzenia sobie.

Jednoznaczne określenie, czego konkretnie dotyczy ocena efektywności radzenia sobie, jest trudne. Po pierwsze, ocenie tej podlegać może każdy z wyróżnionych wcześniej zakresów znaczeniowych radzenia sobie, to jest proces, strategie i style. Po drugie, ocena może być dokonywana z różnych punktów widzenia, z zastosowaniem różnych kryteriów oraz w różnej perspektywie czasowej. Jeśli dodać, że różne perspektywy i kryteria mogą być stosowane w odniesieniu do tej samej sytuacji stresowej i prowadzić do wzajemnie niezgodnych wniosków, problem oceny efektywności radzenia sobie okazuje się niezwykle skomplikowany. Zasygnalizowane tu zagadnienia zostaną kolejno przedstawione.

56.4.1 Efektywność procesu, strategii i stylu

56.4.1.1 Proces radzenia sobie

Ocena efektywności procesu obejmuje całą transakcję stresową, w trakcie której człowiek stosuje zwykle wiele różnorodnych strategii. Folkman (1992) proponuje zastosowanie – wspomnianego wcześniej – modelu dobroci dopasowania do oceny efektywności

procesu. Wedle tego modelu, warunkiem efektywności jest odpowiedniość pomiędzy (1) rzeczywistością a jej oceną oraz (2) oceną a radzeniem sobie. Adekwatność oceny dotyczy obu jej rodzajów, to jest oceny pierwotnej i wtórnej.

Chociaż z założenia nie bierze się tu pod uwagę wyniku, związek między takim podwójnym dopasowaniem a rezultatami radzenia sobie wydaje się oczywisty. Adekwatna ocena rzeczywistości i dobór strategii radzenia sobie odpowiednio do tej oceny zapewniają bowiem, że proces radzenia sobie dostosowany jest do wymagań sytuacji. Autorka zaznacza jednak, że bywają sytuacje stresowe niedające się rozwiązać i stany dystresu zbyt intensywne, aby móc poddać je kontroli. W ten sposób podkreślona zostaje odrębność modelu dobroci dopasowania od modelu odnoszącego się do wyników.

W tym drugim modelu proces radzenia sobie może zostać oceniony jako efektywny, jeśli osiągnięto trwałe rozwiązanie problemu, które nie pociąga za sobą dodatkowego konfliktu, ani też nie pozostawia nierozstrzygniętych spraw, przy jednoczesnym zachowaniu pozytywnego stanu emocjonalnego (Lazarus i Folkman, 1984).

56.4.1.2 Strategie radzenia sobie

Ocena efektywności strategii opiera się na założeniu, że pewne sposoby radzenia sobie są lepsze od innych. Przykładem takiego stanowiska było przedstawione wcześniej – dzisiaj już nieaktualne – przypisywanie mechanizmom racjonalnym, jako jedynym skutecznym sposobom pokonywania stresu, większej wartości w porównaniu z mechanizmami obronnymi. Podobne porównania przeprowadza się nadal, z zastosowaniem współczesnych klasyfikacji strategii radzenia sobie.

I tak, Holahan i inni (1996), nawiązując do zaprezentowanej wcześniej klasyfikacji Moosa, porównują w przeglądowym artykule skuteczność strategii radzenia sobie, różniących się ze względu na kryterium zbliżanie – unikanie. Porównania te prowadzą do wniosku, że generalnie bardziej adaptacyjne jest radzenie sobie konfrontacyjne (przez zbliżanie). Podobny wniosek wyciągnąć można z badań nad radzeniem sobie z różnymi problemami klinicznymi, choć tu wyniki nie są takie jednoznaczne. Na przykład, w pierwszym stadium choroby somatycznej radzenie sobie przez unikanie okazywało się bardziej skuteczne.

Bardziej ostrożni w formułowaniu wniosków okazują się Zeidner i Saklofske (1996). Zastosowali oni omówiony podział Endlera i Parkera (1990), wyróżniając: radzenie sobie zorientowane na problem, zorientowane na emocje i radzenie sobie przez unikanie. Odwołując się do badań nad konkretnymi problemami klinicznymi, autorzy podają, że w odniesieniu do każdego rodzaju strategii można znaleźć dowody przemawiające za jej skutecznością i dowody przeciwne. Można więc stwierdzić jedynie, że strategie radzenia sobie są skuteczne w umiarkowanym stopniu, nie zawsze i tylko u niektórych osób.

Należy zatem zgodzić się ze stanowiskiem – wyrażanym w wielu pracach Lazarusa i współpracowników – że ocena skuteczności strategii w oderwaniu od kontekstu nie ma większego sensu. Za każdym razem bowiem trzeba brać pod uwagę zarówno kontekst sytuacyjny (rodzaj sytuacji stresowej), jak i osobowy (właściwości osoby), a także kryterium, ze względu na które oceniana jest efektywność. Tęsknota do jednoznacznej oceny skuteczności strategii jest jednak silna także u tego autora. Stwierdza on bowiem, że przynajmniej jedna strategia okazuje się w dotychczasowych badaniach jednoznacznie zła. Jest nią myślenie życzeniowe (Lazarus, 1993a).

56.4.1.3 Styl radzenia sobie

Wedle potocznej wiedzy psychologicznej, niektóre osoby lepiej, a inne gorzej radzą sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Pytanie o efektywność stylu radzenia sobie – w przyjętym tu rozumieniu – dotyczy właśnie psychologicznego wyjaśnienia tych różnic.

Uwzględniamy przy tym różnego rodzaju sytuacje stresowe, w których jednostka uczestniczy. Innymi słowy, ocena obejmuje nie jeden epizod stresowy, ale radzenie sobie w jakimś okresie życia.

Jeśli weźmie się pod uwagę, że pojęcie stylu radzenia sobie może być traktowane jako nadrzędne w stosunku do pojęcia strategii, to należy się spodziewać podobnych trudności w ocenie jego efektywności. I rzeczywiście – brakuje jednoznacznych danych na temat przewagi określonego stylu radzenia sobie nad innymi (zob. Heszen-Niejodek, 1996a). W obszernych badaniach Heszen-Niejodek (1996b) nie udało się udowodnić pozornie oczywistej hipotezy, że lepiej radzą sobie osoby dysponujące bogatym repertuarem różnorodnych strategii. Podobnie jak w wypadku strategii, należy wyciągnąć wniosek o zależności efektywności stylu od kontekstu, zwłaszcza sytuacyjnego. Jednocześnie warto wziąć pod uwagę tendencję do wybierania przez ludzi sytuacji odpowiadających ich indywidualnym możliwościom radzenia sobie.

Zdarzają się jednak sytuacje przymusowe, w których stosowanie strategii radzenia sobie wynikających z indywidualnych preferencji jest utrudnione, lub wręcz niemożliwe, odwrotnie – okoliczności skłaniają do zachowania niezgodnego z tymi preferencjami. Można postawić pytanie o znaczenie takich okoliczności dla efektywności radzenia sobie. Zagadnienie to ma wielorakie odniesienia do szerokiej dziedziny pomocy psychologicznej w zakresie radzenia sobie ze stresem. Często stosowanym sposobem postępowania jest doradzanie określonego rodzaju strategii, co ogranicza ich swobodny wybór, zgodny z indywidualnym stylem radzenia sobie. Można też się obawiać, że w takim wypadku wykonanie zalecanego zachowania okaże się trudne lub niemożliwe z powodu braku odpowiedniej strategii w repertuarze radzenia sobie. Dopasowanie zaleceń do indywidualnego stylu radzenia byłoby prawdopodobnie bardziej skuteczne. Dowodzą tego wyniki eksperymentu Miller i Magnana (1983).

56.4.2 Efektywność według różnych kryteriów

Ocena efektywności radzenia sobie może być przeprowadzana z różnych perspektyw. Nawiązując do kategorii użytych wcześniej do charakterystyki radzenia sobie, weźmiemy tu pod uwagę poziom analizy, funkcję oraz moment czasowy. Dla uproszczenia przyjmijmy, że ocena dotyczy wyniku jednej, określonej transakcji stresowej.

RAMKA 56.5

Eksperyment Miller i Magnana (1983) miał na celu zbadanie znaczenia zgodności pomiędzy indywidualnym stylem radzenia sobie a trybem informowania pacjentek dla adaptacji do stresującej procedury diagnostycznej. Uczestniczyło w nim 40 pacjentek ginekologicznych, oczekujących na kolposkopię (metoda ta polega na oglądaniu w powiększeniu części pochwowej macicy). Osoby te podzielono – na podstawie mediany wyników w kwestionariuszu MBSS – na dwie grupy: skłonną raczej do poszukiwania i wykorzystywania informacji (grupa I) oraz skłonną raczej do ich unikania (grupa U). Następnie w każdej z tych grup połowie pacjentek dostarczono dokładnych informacji o oczekującej je nieprzyjemnej procedurze diagnostycznej, a wobec pozostałej połowy zastosowano rutynowe postępowanie, polegające na udzieleniu skąpych informacji. Tak więc połowa osób w tym badaniu została potraktowana zgodnie z indywidualnymi dyspozycjami do radze-

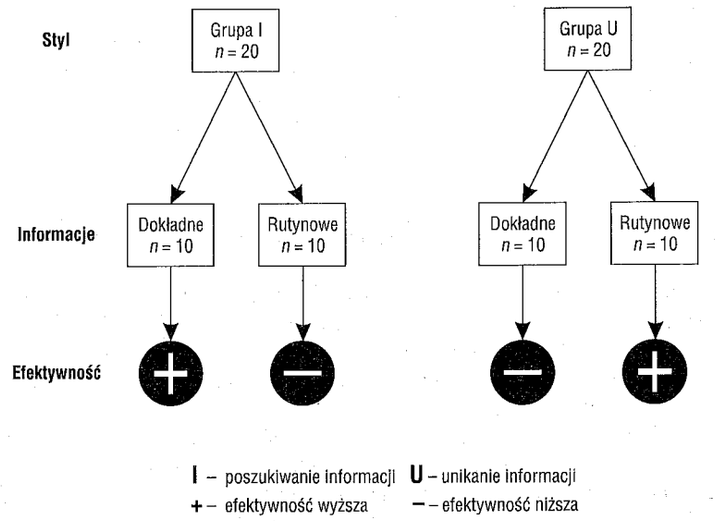
ciąg dalszy na następnej stronie

RAMKA 56.5 c. d.

nia sobie, natomiast postępowanie w stosunku do drugiej połowy było odwrotne. W celu oceny skuteczności radzenia sobie uzyskiwano u wszystkich pacjentek różne wskaźniki pobudzenia emocjonalnego przed wykonaniem badania ginekologicznego, w trakcie badania i po jego zakończeniu.

Okazało się, że dostarczenie dokładnych informacji miało różny skutek – w zależności od indywidualnego stylu radzenia sobie. W grupie charakteryzującej się ukierunkowaniem na informacje (grupa I) podgrupa, której takich informacji udzielono, przejawiała mniejsze pobudzenie emocjonalne w porównaniu z podgrupą potraktowaną rutynowo. Odwrotnie w grupie charakteryzującej się tendencją do unikania informacji (grupa U) – podgrupa potraktowana rutynowo wykazywała mniejsze pobudzenie emocjonalne w porównaniu z podgrupą dokładnie poinformowaną.

Schemat eksperymentu i jego wyniki przedstawia rycina 56-3. Na szczególną uwagę zasługują wyniki w grupie I. Zauważmy, że sytuacja stresowa, w której przeprowadzono eksperyment, miała charakter niekontrolowalny, zatem można było oczekiwać, że bardziej sprzyjający przystosowaniu będzie brak szczegółowych informacji o czynniku zagrażającym. Informacje takie bowiem nie mogły zostać wykorzystane do zmiany sytuacji, a jedynie obciążały emocjonalnie. Jednak osoby skłonne do poszukiwania informacji nawet w tej sytuacji radziły sobie lepiej, jeśli takich informacji im dostarczono. Można więc sformułować ogólny wniosek, że – przynajmniej w pewnych okolicznościach – ważniejszym warunkiem skutecznego radzenia sobie jest zgodność stosowanych strategii z indywidualnym stylem niż ich dopasowanie do wymagań sytuacji.



Styl radzenia sobie, dostarczone informacje a efektywność radzenia sobie

RYCINA 56-3

W podrozdziale 56.1 wyróżniliśmy za Lazarusem (1980) trzy **poziomy analizy** w badaniach nad stresem: fizjologiczny, psychologiczny i społeczny. Nie ma dokładnej odpowiedniości między tymi poziomami, a jedynie pewna korelacja. Oznacza to, że rozwiązanie transakcji stresowej korzystne, przykładowo, na poziomie społecznym (ze względu na relacje z innymi ludźmi) może być niezadowalające na poziomie psychologicznym (na przykład powodując obniżenie samooceny) i na poziomie fizjologicznym (pociągając za sobą duże koszty ze strony organizmu).

Wcześniej była mowa o dwóch **funkcjach** radzenia sobie i o złożonych relacjach między nimi. W sytuacjach, gdy jest to relacja antagonistyczna, skuteczna regulacja przykrych emocji pociąga za sobą obniżenie funkcjonowania zadaniowego. Odwrotnie – pomyślna realizacja zadań wiąże się z napięciem emocjonalnym, czego przykładem jest radzenie sobie według Wzoru zachowania A (zob. rozdz. 57.). Niezgodne, choć niekoniecznie przeciwne oceny efektywności radzenia sobie uzyskujemy, gdy brak jest związków między obiema funkcjami. I tak, osoba nieuleczalnie chora nie jest w stanie zmienić własnej sytuacji medycznej i wynikających stąd konsekwencji (niepowodzenia w realizacji funkcji instrumentalnej), ale może skutecznie kontrolować emocje.

Wreszcie – możemy oceniać wynik z perspektywy **czasowej** – bezpośrednio po zakończeniu transakcji stresowej i po upływie jakiegoś czasu. Rozwiązanie uzyskane niezwłocznie i ocenione jako zadowalające może nie wytrzymać próby czasu i na odwrót – zaniechanie prób natychmiastowej zmiany sytuacji stresowej może z perspektywy czasu okazać się strategią efektywniejszą. Niektóre ujemne następstwa radzenia sobie, na przykład jego skutki zdrowotne, występują dopiero po upływie jakiegoś czasu. Należy tu jednak pamiętać, że im większa odległość czasowa, tym więcej wątpliwości budzi zasadność traktowania aktualnego stanu rzeczy jako następstwa radzenia sobie z minionym zdarzeniem stresowym.

56.5

Podsumowanie

Problematyka stresu łączy przedstawicieli różnych dyscyplin zajmujących się człowiekiem, a przede wszystkim: medycyny, socjologii i psychologii. W psychologii badania nad stresem i radzeniem sobie z sytuacją stresową są w ostatnich latach jedną z najbardziej aktywnych dziedzin. Problematyka ta stanowi płaszczyznę spotkania psychologów akademickich, budujących naukowe podstawy pomocy psychologicznej, oraz psychologów praktyków, pomagających ludziom w różnych trudnych sytuacjach. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie ze względu na swój ogólny charakter stanowi dogodne ramy teoretyczne dla wielu zagadnień psychologii stosowanej.

We współczesnej psychologii stres nie jest lokalizowany ani w jednostce, ani w otoczeniu, ale dotyczy określonego rodzaju relacji (interakcji, transakcji) między nimi. Zwykle ujmowana jest ona jako zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi pomiędzy zasobami lub możliwościami jednostki z jednej strony a wymaganiami otoczenia z drugiej. Wedle najczęściej cytowanej definicji – w ujęciu Lazarusa i Folkman – stresem jest „określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi". Immanentnym składnikiem relacji stresowej są reakcje emocjonalne podmiotu, niekiedy bardzo przykre i burzliwe.

Sytuacja stresowa pobudza do aktywności ukierunkowanej na poprawę relacji, to jest na odzyskanie równowagi pomiędzy wymaganiami otoczenia a możliwościami jednostki, oraz na poprawę stanu emocjonalnego. Ten nurt aktywności określany jest jako „radzenie sobie ze stresem". Radzenie sobie rozpatrywane jest jako proces, jako strategia i jako

styl. Radzenie sobie jako proces obejmuje całość aktywności człowieka w danej sytuacji stresowej, ma charakter złożony i dynamiczny, niekiedy zajmuje długi czas. W przebiegu czasowym dają się w nim wyodrębnić mniejsze, jakościowo zróżnicowane jednostki aktywności, stanowiące jakby jego ogniwa. Określane są one jako strategie lub sposoby radzenia sobie. Kategoria stylu odnoszona jest do indywidualnego zróżnicowania dyspozycji determinujących zachowanie się w warunkach stresowych.

W badaniach nad stresem poszukuje się odpowiedzi na pytanie o ogromnym znaczeniu praktycznym: w jaki sposób radzić sobie skutecznie w warunkach stresowych. Trudno na to pytanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Ocena efektywności radzenia sobie może dotyczyć procesu, strategii lub stylu. W wypadku procesu ocena dotyczy rozwiązania konkretnej sytuacji stresowej i bywa niejednoznaczna, ponieważ radzenie sobie prowadzące do poprawy sytuacji może pociągać za sobą koszty emocjonalne. Ocena efektywności strategii okazuje się względna, zależna od kontekstu. Nie udało się wykazać, że istnieją strategie lepsze lub gorsze. Nie dowiedziono też dotąd przewagi jakiegoś stylu radzenia sobie nad innymi – mimo potocznego przekonania, że istnieją ludzie ogólnie lepiej bądź gorzej radzący sobie w sytuacjach trudnych. Ważnym z praktycznego punktu widzenia wynikiem dotychczasowych badań nad efektywnością radzenia sobie jest wniosek o roli zgodności zachowania z indywidualnym stylem radzenia sobie. Okazuje się, że przynajmniej w pewnych okolicznościach takie dopasowanie jest ważniejszym warunkiem skutecznego radzenia sobie niż dostosowanie zachowania do rodzaju sytuacji.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Na czym polega zjawisko stresu psychologicznego?
2. Proszę omówić znaczenie oceny poznawczej dla zachowania się w sytuacji stresowej.
3. Jakie są funkcje radzenia sobie?
4. Czy można sformułować uniwersalne zalecenia, jak skutecznie radzić sobie w sytuacji stresowej? Odpowiedź proszę uzasadnić.
5. Dlaczego radzenie sobie może być nieopłacalne?

LITERATURA ZALECANA

Heszen-Niejodek, I., Ratajczak, Z. (red.). (1996). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Lazarus, R. S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne, 3–4*, 2–39.

Selye, H. (1977). *Stres okiełznany*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Terelak, J. F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Branta.

57

Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych

Kazimierz Wrześniewski

Badania epidemiologiczne, które określają częstość zachorowań oraz przyczyny zgonów w krajach uprzemysłowionych, dostarczają bardzo spójnych wyników. Wskazują one, że w ostatnim półwieczu nastąpiła zasadnicza zmiana w strukturze najczęstszych chorób i przyczyn zgonów. Jak już wspomniano w rozdziale 55., w miejsce chorób zakaźnych naczelnym problemem stały się choroby przewlekłe: układu krążenia i nowotworowe. Zważywszy, że choroby układu krążenia najczęściej atakują mężczyzn w wieku produkcyjnym, łatwo przewidzieć poważne konsekwencje nie tylko indywidualne, ale także społeczne i ekonomiczne. Fakty te skłoniły wiele ośrodków na całym świecie do podjęcia wszechstronnych badań nad ustaleniem przyczyn tych chorób.

Wykazano, że wśród czynników sprzyjających zachorowaniu istotną rolę mogą odgrywać uwarunkowania psychologiczne. Zgromadzono ogromną liczbę szczegółowych danych empirycznych przemawiających za tą tezą. Badania, które dostarczyły tych argumentów, związane są z trzema grupami uwarunkowań: z uwarunkowaniami sytuacyjnymi, osobowościowymi i dotyczącymi tak zwanego Wzoru zachowania A. Każdy z tych nurtów badań zostanie omówiony poniżej. Podjęta też będzie próba integracji wyników badań empirycznych, a ponadto przedstawione zostaną hipotezy wyjaśniające mechanizmy udziału czynników psychologicznych w powstawaniu chorób somatycznych.

RAMKA 57.1

Interesujących danych potwierdzających tezę, która dotyczy związku pomiędzy czynnikami sytuacyjnymi a powstaniem zmian chorobowych, dostarczają badania Holsta, Fuchsa i Stöhra (1983).

Autorzy zbadali 192 wiewiórki z południowej Azji, które żyjąc na wolności, bardzo silnie strzegą swego terytorium przed osobnikami tej samej płci. Zwierzęta te podobnie zachowują się w warunkach laboratoryjnych. Jeżeli do klatki wpuści się drugie zwierzę, wówczas „gospodarz" atakuje intruza i zwykle po kilku minutach pokonuje go. Pokonane zwierzę zajmuje miejsce w rogu klatki i nie rusza się, utrzymując taką pozycję przez 90% aktywności dziennej. Zwycięzca nie zwraca większej uwagi na pokonanego. W następnych dniach potyczki pomiędzy zwierzętami są bardzo rzadkie albo wcale nie występują. Mimo to pokonane zwierzę ginie w okresie od 2 do 20 dni, przy czym śmierć nie jest związana z obrażeniami fizycznymi. Zwierzę pokonane ginie również wtedy, gdy zostaje oddzielone od zwycięzcy siatką. Jeżeli po walce zwierzęta rozdziela się nieprzezroczystą przegrodą, pokonane zwierzę pozostaje przy życiu. Zdolne jest do dalszej, codziennej walki, a po przeniesieniu do swego pomieszczenia bardzo szybko wraca do sił.

Autorzy stwierdzili, że zwierzęta, które ginęły, najpierw bardzo szybko traciły na wadze, następował u nich dramatyczny wzrost aktywności adrenokortykalnej, obniżenie poziomu hormonów wydzielanych przez tarczycę, wzrost poziomu cholesterolu.

57.1

Uwarunkowania sytuacyjne

Wśród poszukiwań psychologicznych uwarunkowań powstawania chorób somatycznych najliczniejszą grupę stanowią badania nad czynnikami sytuacyjnymi. Do tego nurtu należą: badania nad stresem eksperymentalnym, prowadzone z udziałem zwierząt i ludzi, badania w warunkach stresu naturalnego oraz badania socjodemograficzne.

57.1.1

Badania nad stresem eksperymentalnym, prowadzone z udziałem zwierząt i ludzi

Schemat badań nad stresem eksperymentalnym jest prosty: dokonuje się pomiaru wskaźników wegetatywno-somatycznych w sytuacji neutralnej, a następnie, manipulując sytuacją, stwarza się zagrożenie i ponownie mierzy wskaźniki fizjologiczne. Współczesne laboratoria psychofizjologiczne wyposażone są w bardzo precyzyjne urządzenia, pozwalające na jednoczesną rejestrację bardzo licznych wskaźników. Tradycje tej grupy badań wiążą się z klasycznymi eksperymentami na zwierzętach, które prowadził Walter Cannon. W badaniach koncentrował się on na zmianach, jakie zachodziły w czynnościach nadnerczy i układu sympatycznego zwierząt znajdujących się w sytuacjach zagrożenia. Zmiany te polegały głównie na zwiększeniu wydzielania adrenaliny i na pobudzeniu układu sympatycznego, co w konsekwencji prowadziło do szeregu przeobrażeń w całym organizmie, między innymi do przyspieszenia akcji serca i wzrostu ciśnienia krwi, wzrostu poziomu cukru we krwi, przyspieszenia krzepnięcia krwi, hamowania procesów trawienia.

Na podstawie wielu eksperymentów Cannon sformułował bardzo ważne twierdzenie, dotyczące funkcji zaobserwowanych zmian: w sytuacji zagrożenia następuje mobilizacja organizmu do ataku lub ucieczki (za: Dohrenwend i Dohrenwend, 1974; Reykowski, 1968). U zwierząt żyjących na wolności zmiany te pełnią funkcję ochronną. W sytuacji zagrożenia zwierzę ratuje swoje życie poprzez walkę lub ucieczkę.

Bardzo bogata jest literatura, w której prezentowane są badania nad zmianą wskaźników wegetatywno-somatycznych u ludzi poddanych stresowi laboratoryjnemu. Liczne przykłady Czytelnik może znaleźć w pracy Reykowskiego (1968). Tutaj ograniczymy się do podania konkluzji, jakie z tych badań wynikają dla rozważanego problemu:

(1) w sytuacjach stresu laboratoryjnego następują istotne zmiany w poziomie wskaźników wegetatywno-somatycznych;
(2) zmiany te są podobne w sytuacjach zagrożeń fizycznych i psychospołecznych;
(3) istnieją różnice indywidualne pomiędzy ludźmi zarówno co do wielkości, jak i zakresu zmian wegetatywno-somatycznych w sytuacjach stresu laboratoryjnego.

57.1.2

Badania w warunkach stresu naturalnego

Obok badań eksperymentalnych również dane z badań przeprowadzonych w warunkach naturalnych wskazują, że sytuacje stresowe prowadzą do istotnych zmian wegetatywno-somatycznych. Na przykład, porównywano wskaźniki fizjologiczne: studentów znajdujących się w sytuacji neutralnej oraz tuż przed ważnym egzaminem; żołnierzy w obozie z dala od działań wojennych oraz przed wyruszeniem do akcji bojowej; sportowców przebywających na obozie kondycyjnym oraz bezpośrednio przed ważnymi zawodami. Wszystkie te i podobne badania, przeprowadzone w warunkach naturalnych, potwierdzają podane wcześniej wnioski, stanowiące podsumowanie wyników badań laboratoryjnych.

Osobną grupę poszukiwań związku pomiędzy uwarunkowaniami sytuacyjnymi a zachorowaniem stanowią badania dotyczące wydarzeń życiowych. Większość tych badań przeprowadzono, korzystając ze Skali Ponownego Przystosowania Społecznego (*The Social Readjustment Rating Scale*, SRRS) T. H. Holmesa i R. H. Rahe'a (1967) lub jego kilku modyfikacji.

Kwestionariusz SRRS wykorzystano w wielu badaniach retrospektywnych. Stwierdzono w nich, że pacjenci uzyskali statystycznie istotnie więcej punktów przypisanych zdarzeniom z okresu poprzedzającego chorobę w porównaniu z grupami kontrolnymi osób zdrowych, u których wzięto pod uwagę wydarzenia z równie długiego okresu (Holmes i Holmes, 1974; Petrich i Holmes, 1977).

W roku 1967 Rahe wraz z zespołem przeprowadzili pierwsze badania prospektywne, w których wykorzystano kwestionariusz SRRS. Kwestionariusz ten wypełniło ponad 4000 marynarzy marynarki wojennej USA przed trzyletnią służbą, którą w większej części spędzili na morzu. Przez cały okres pełnionej służby marynarze ci byli pod opieką lekarzy. W badaniach tych stwierdzono dwa fakty. Po pierwsze, osoby, które na początku badań uzyskały wyższą liczbę punktów na skali SRRS, częściej zgłaszały się do lekarzy z różnymi dolegliwościami. Po drugie, 85% osób z wysokimi wynikami zgłosiło się do lekarzy z pierwszymi dolegliwościami w okresie pierwszych trzech miesięcy (Petrich i Holmes, 1977).

Kolejne badania, w tym również prospektywne, wykazały, że największa wartość predyktywna SRRS dotyczy okresu do dwóch lat od chwili wystąpienia zdarzeń (Amundson i in., 1981; Petrich i Holmes, 1977). Autorzy kwestionariusza podają, że osoby, które uzy-

skują na skali poniżej 150 punktów, są w 30% zagrożone wystąpieniem poważnej choroby w ciągu najbliższych dwóch lat. Przy wartościach 150–300 punktów prawdopodobieństwo to wzrasta do 50%, a przy wyniku ponad 300 punktów – do 80%.

Kwestionariusz Holmesa i Rahe'a jest stosowany nie tylko w USA, ale i w Europie (por. m. in. Falger, 1983; Theorell, 1982). Jedno z ciekawszych badań z tego zakresu przeprowadzono w Szwecji (Faire i Theorell, 1976). Dotyczyło ono 27 par bliźniaków, z których jeden w każdej parze zmarł na zawał serca. Z pozostałymi przy życiu braćmi przeprowadzono wywiady, opierając się na szwedzkiej adaptacji SRRS. Pytano o sytuacje, jakie przeżywał nieżyjący bliźniak w ciągu ostatnich lat przed zawałem. Ten sam kwestionariusz w odniesieniu do tego okresu wypełniał pozostały przy życiu brat. Okazało się, że więcej zdarzeń, o które pytano w kwestionariuszu, wystąpiło w badanym okresie w życiu zmarłych braci.

Mimo pewnych kontrowersji wokół sposobu obliczania wyników kwestionariusza SRRS (por. m. in. Dohrenwend i Dohrenwend, 1974; Sobolewski, Strelau i Zawadzki, 1999) większość uzyskanych danych jednoznacznie wskazuje, że osoby, u których występuje więcej wydarzeń życiowych (wymagających wysiłku adaptacyjnego) w porównaniu z ludźmi o mniejszej liczbie takich zdarzeń, w większym stopniu narażone są na zachorowanie.

W ostatnich latach podejmowane są badania nad skutkami zdrowotnymi szczególnej grupy wydarzeń życiowych, zwanych przeżyciami traumatycznymi. Badania te obejmują skutki pobytu w obozach koncentracyjnych, udziału w walkach, przeżycia powodzi, trzęsienia ziemi, pożaru itp. Zaburzenia wywołane przez takie przeżycia określone są jako **zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*). Zespół ten charakteryzują zaburzenia snu i nawracające wspomnienia traumy, obniżona wrażliwość w stosunku do otoczenia, stany lęku i depresji, trudności w koncentracji uwagi, drażliwość oraz wybuchy złości** (Lis-Turlejska, 1998; Rosenhan i Seligman, 1994, t. 1).

RAMKA 57.2

Na podstawie analizy ponad 5000 historii chorób Holmes i Rahe wytypowali 43 sytuacje życiowe, które najczęściej występowały przed pojawieniem się choroby. Listę z tymi zdarzeniami życiowymi wysłano do licznej grupy dorosłych obywateli amerykańskich obojga płci, o różnym wieku i zawodzie. Każdego respondenta proszono, aby podane sytuacje ułożył w kolejności, zależnie od stopnia, w jakim – jego zdaniem – dana sytuacja wpłynęłaby na jego życie. Chciano w ten sposób odpowiedzieć na pytanie, które z sytuacji wymagają większego wysiłku przystosowawczego, a które mniejszego. Następnie poproszono kolejną grupę, 394 osób, o punktową ocenę każdego zdarzenia, w zależności od stopnia obciążenia, przyjmując umownie 50 punktów dla pozycji „małżeństwo". Po dokonaniu analiz statystycznych każdemu zdarzeniu przypisano określone wagi. W ten sposób powstał Kwestionariusz SRRS (Amundson, Hart i Holmes, 1981; Holmes i Rahe, 1967). Zawiera on 43 pozycje, które reprezentują sytuacje wywołujące różny stopień obciążenia. Zdarzeniami wymagającymi największego wysiłku w procesie adaptacji są: śmierć współmałżonka, separacja, uwięzienie. Obok sytuacji negatywnych, których jest zdecydowana większość, autorzy zamieścili także zdarzenia pozytywne, jak ślub, znaczna poprawa sytuacji majątkowej, poważny awans w pracy.

Polskiej adaptacji kwestionariusza SRRS dokonali Sobolewski, Strelau i Zawadzki (1999), którzy do naszych warunków zaadaptowali także kwestionariusz Rahe'a, *Recent Life Changes Questionnaire*, znany jako Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZŻ). Zawiera on 55 pozycji, które dotyczą pięciu grup zmian życiowych: zdrowia, pracy, domu i rodziny, spraw osobistych i społecznych, finansów. Osoby badane podają wydarzenia, które miały miejsce w ciągu ostatnich dwóch lat.

Istnieją dane empiryczne wskazujące, że przeżycia traumatyczne obok skutków psychopatologicznych pociągają za sobą także konsekwencje somatyczne. W badaniach australijskich, dotyczących żołnierzy biorących udział w II wojnie światowej, wykazano, że weterani więzieni w japońskich obozach jenieckich w porównaniu z byłymi żołnierzami, którzy nie mieli takich przeżyć, o wiele częściej cierpieli na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy (Rosenhan i Seligman, 1994, t. 1). Stosunkowo liczne są polskie doniesienia dotyczące stanu zdrowia byłych więźniów obozów koncentracyjnych. Problemom tym poświęcone zostały osobne zeszyty *Przeglądu Lekarskiego*. Kempisty i Szemraj-Lachyńska (1982) wskazują, że w latach 1945–1980 wskaźniki umieralności byłych więźniów hitlerowskich obozów koncentracyjnych przekraczały kilkakrotnie analogiczne wskaźniki w podobnych grupach wiekowych osób, które nie miały za sobą takich przeżyć. Najczęstszą przyczyną zgonów byłych więźniów obozów były choroby układu krążenia. Zbliżone wyniki uzyskano również w odniesieniu do byłych więźniów w innych krajach będących pod okupacją hitlerowską (Ryn, 1977).

Odmienna grupa danych, dotycząca sytuacyjnych uwarunkowań chorób somatycznych, pochodzi z badań, które omówione są poniżej.

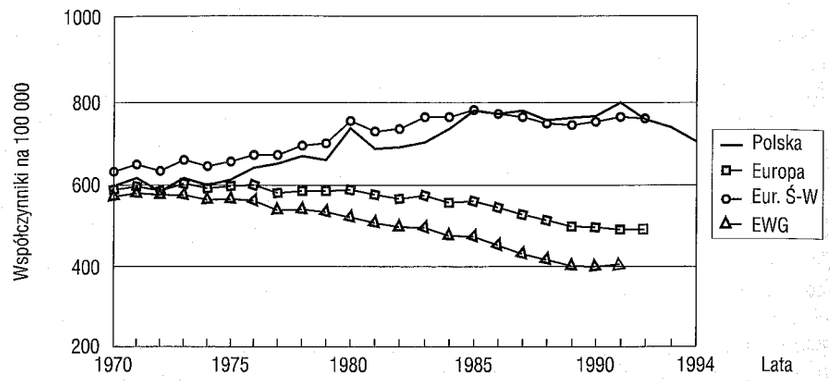
57.1.3 Badania socjodemograficzne

Światowa Organizacja Zdrowia oraz rządowe instytucje, które określają stan zdrowia społeczeństwa, powołują się na wyniki badań epidemiologicznych. W badaniach tych określa się wskaźniki zachorowań lub przyczyn zgonów w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców danego kraju lub regionu. Dla rozważanych w tym podrozdziale zagadnień ważne są wskaźniki uwzględniające: stopień urbanizacji i uprzemysłowienia danego terenu, gęstość zaludnienia, przynależność do określonych grup społecznych i zawodowych. Stwierdzono, że częstość zachorowań i śmiertelność związana z chorobami układu krążenia i chorobami nowotworowymi wysoko pozytywnie korelują ze stopniem urbanizacji, uprzemysłowienia i z gęstością zaludnienia (por. m. in. Jenkins, 1976; Sokołowska, 1980).

Prawidłowość ta, w odniesieniu do chorób układu krążenia, utrzymywała się do lat siedemdziesiątych XX wieku. (Wyjątek stanowiła Finlandia, w której notuje się jeden z najwyższych wskaźników, i Japonia – z bardzo niskimi wskaźnikami. Wyjaśnienie tego fenomenu podane zostanie w podrozdziale 57.4). W okresie późniejszym wymienione tendencje uległy zasadniczej zmianie. W krajach Europy Zachodniej (wysokie wskaźniki urbanizacji, uprzemysłowienia, gęstości zaludnienia) częstość zachorowań na choroby układu krążenia oraz związanej z nimi śmiertelności wyraźnie się obniża. Natomiast w dawnych krajach socjalistycznych obserwuje się znaczny jej wzrost (Narodowy Program Zdrowia 1996–2005, 1996). Dynamikę tych zależności, oddzielnie dla mężczyzn i dla kobiet, ilustrują ryciny 57-1 i 57-2.

Występujące od wielu lat w krajach Europy Zachodniej tendencje do obniżania się wskaźników zachorowań i śmiertelności spowodowanej chorobami układu krążenia związane są ze skutecznością programów profilaktycznych i promujących zdrowie (por. rozdz. 63.1).

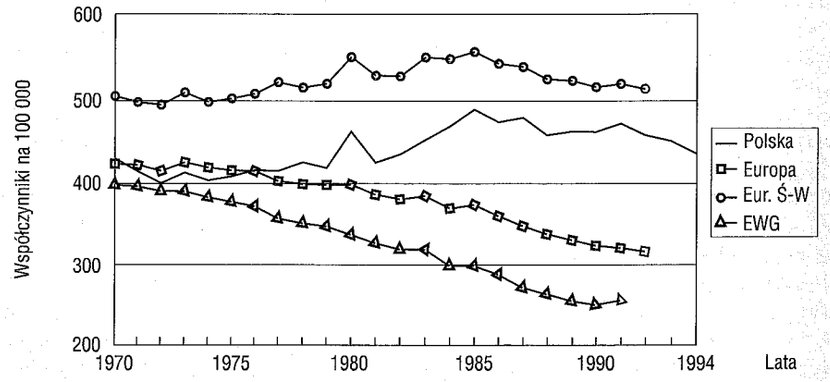
W Polsce utrzymuje się bardzo silna korelacja pomiędzy częstością chorób układu krążenia a stopniem urbanizacji, uprzemysłowienia i gęstością zaludnienia regionu. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety o wiele częściej zapa-



Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia wśród mężczyzn w Polsce i w Europie w latach 1970–1994

Według: Narodowy Program Zdrowia 1996–2005 (1996, s. 24), za zgodą wydawcy, *copyright* Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

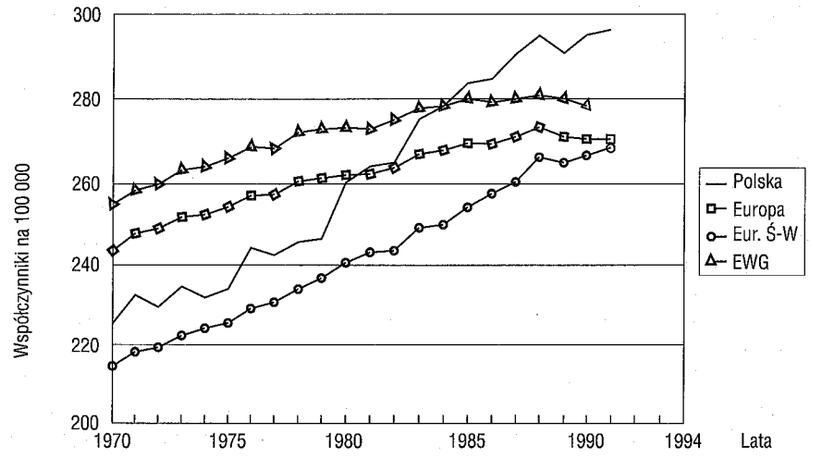
RYCINA 57-1



Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia wśród kobiet w Polsce i w Europie w latach 1970–1994

Według: Narodowy Program Zdrowia 1996–2005 (1996, s. 24), za zgodą wydawcy, *copyright* Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

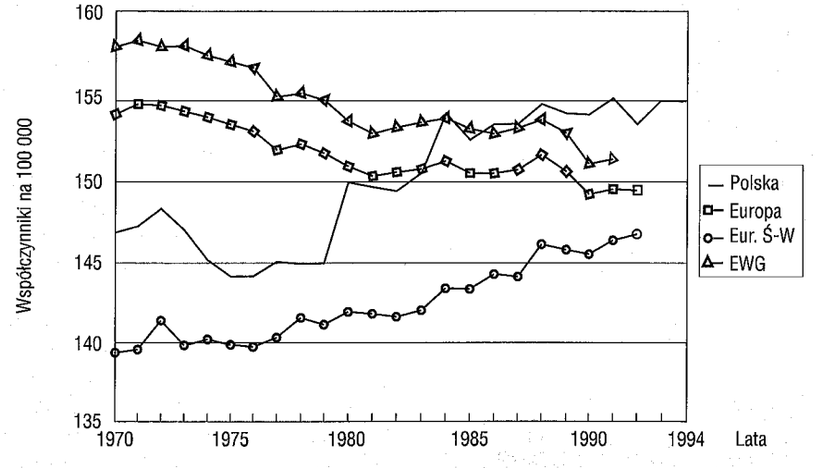
RYCINA 57-2



Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród mężczyzn w Polsce i w Europie w latach 1970–1994

Według: Narodowy Program Zdrowia 1996–2005 (1996, s. 26), za zgodą wydawcy, *copyright* Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

RYCINA 57-3



Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet w Polsce i w Europie w latach 1970–1994

Według: Narodowy Program Zdrowia 1996–2005 (1996, s. 26), za zgodą wydawcy, *copyright* Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

RYCINA 57-4

dają na choroby układu krążenia w miastach w porównaniu z mieszkańcami wsi (Rywik, Kupść, Kuriata i Ziegman, 1987).

Istnieją również dane wskazujące na zależność pomiędzy częstością występowania choroby niedokrwiennej serca (choroba wieńcowa lub zawał serca) a przynależnością do grup społecznych i zawodowych. Pracownicy umysłowi, szczególnie zajmujący kierownicze stanowiska, w porównaniu z pracownikami fizycznymi o wiele częściej zapadają na tę chorobę (por. m. in. Jenkins, 1976; Sokołowska, 1980).

Podobna jest dynamika chorób nowotworowych, które w krajach rozwiniętych, w tym również i w Polsce, znajdują się na drugim miejscu w tabelach określających przyczyny zgonów. Prawidłowości występujące w tym zakresie u mężczyzn i u kobiet ilustrują ryciny 57-3 i 57-4.

W badaniach socjodemograficznych mniej lub bardziej otwarcie przyjmuje się założenie, że cywilizacja przemysłowa w porównaniu z agrarną dostarcza człowiekowi o wiele więcej sytuacji stresowych. Dotyczy to także niektórych grup społecznych i zawodowych. Reakcje człowieka nie są jednak efektem wyłącznie cech sytuacji. Jak wiadomo, zależą również od właściwości podmiotu. Problem ten omówiony zostanie poniżej, w kontekście czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia choroby.

57.2

Uwarunkowania osobowościowe

Badania nad osobowościowymi uwarunkowaniami chorób somatycznych nawiązują do twierdzeń klasyków medycyny psychosomatycznej. Czołową reprezentantką takich poglądów była Flanders Dunbar. W latach 1934–1938 autorka wraz z zespołem prowadziła szeroko zakrojone badania, których celem było określenie profilów osobowości, charakterystycznych dla osób z różnymi schorzeniami somatycznymi. W związku z tym przeprowadzono szczegółowe wywiady z liczną grupą chorych. W wywiadach uwzględniono strukturę popędów, stosowane mechanizmy obronne oraz rodzaj doświadczeń emocjonalnych (Dunbar, 1943). Na podstawie tych badań podano między innymi opis „osobowości wieńcowej", który ma charakteryzować osoby predysponowane do choroby wieńcowej. Według Dunbar, osoby takie cechuje wysoka potrzeba dominacji i osiągnięć, wysoka samodyscyplina, cechy kompulsywne, tendencja do represjonowania ognisk konfliktowych, szczególnie tych, które dotyczą autorytetu. Tendencja do zachowań agresywnych rzadko prowadziła u tych osób do nagłych wybuchów. Kiedy miały kłopoty życiowe, wolały borykać się z nimi samotnie. Informacje uzyskane z wywiadów posłużyły także do przedstawienia profilów osobowości chorych z nadciśnieniem, chorobą wrzodową itp.

Koncepcja profilów osobowości była krytykowana jeszcze za życia Dunbar. Badaniom tej autorki zarzucano brak poprawności metodologicznej. Wyciąganie wniosków na podstawie badania grup pacjentów bez równoważnych grup osób zdrowych jest nieprawidłowe. Diagnoza osobowości oparta tylko na wywiadzie jest w odniesieniu do celów naukowych niezadowalająca. Początkowo tezę Dunbar weryfikowano w badaniach przekrojowych – badano cechy osobowości osób z określoną chorobą i porównywano z grupami kontrolnymi. Wyniki tych badań nie potwierdzały wniosków Dunbar (Miles, Waldfogel, Bazaeber i Cobb, 1954; Weiss i English, 1957). Silnych argumentów przeciwko istnieniu profilów osobowości, które miałyby predysponować do określonych chorób somatycznych, dostarczają badania prospektywne, których zasady prowadzenia przedstawiono w podrozdziale 55.1.3.

Wyniki otrzymane w różnych badaniach i za pomocą różnych technik pozwalają na wyciągnięcie pewnych ogólnych wniosków. Po pierwsze, istniejące dane skłaniają do odrzucenia twierdzenia o istnieniu profilów osobowości (rozumianych w sposób klasyczny), decydujących o powstaniu i rozwoju chorób. Po drugie, mogą istnieć pewne cechy osobowości (nastawienia, predyspozycje), które przy współwystępowaniu innych czynników ryzyka zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia choroby. Po trzecie, bardzo wątpliwa jest teza, że poszczególne cechy osobowości miałyby wywierać wpływ specyficzny – predysponować do zachorowania na określone jednostki chorobowe. Zwiększają one raczej niebezpieczeństwo zachorowania na różne choroby. Za tą ostatnią możliwością przemawiałaby analiza, jakiej dokonał Hamilton (1955). Autor ten twierdzi, że przy rozważaniu osobowościowych uwarunkowań różnych schorzeń somatycznych najczęściej powtarzane są następujące cechy osobowości: tłumienie emocji (zwłaszcza gniewu i wrogości), wysoka potrzeba osiągnięć, poczucie odpowiedzialności, cechy kompulsywne, tendencje do depresji. Cechy te występują u osób z różnymi schorzeniami somatycznymi.

Nowoczesne metody statystyczne pozwalają z większą precyzją odpowiedzieć na pytanie, czy jedna grupa cech osobowości wiąże się z określoną chorobą, czy też z wieloma chorobami. Zespół z Kalifornii podjął się odpowiedzi na to pytanie, dokonując metaanalizy danych uzyskanych w niezależnych badaniach (Booth-Kewley i Friedman, 1987). Do analizy wybrano 101 spośród 229 artykułów, opublikowanych w latach 1945–1984 w czołowych czasopismach poświęconych schorzeniom somatycznym. Przyjęto następujące kryteria kwalifikacji prac do analizy:

(1) badania powinny dotyczyć jednej z pięciu wybranych jednostek chorobowych – choroba wieńcowa, choroba wrzodowa, astma oskrzelowa, choroba reumatyczna, bóle głowy;
(2) stosowane narzędzie do pomiaru osobowości powinno być wiarygodne;
(3) otrzymane dane muszą być przedstawione w formie wartości liczbowych.

Po dokonaniu analizy wyników badań dotyczących tych chorób autorzy stwierdzają, że podawane zespoły cech osobowości przyjmują formę niespecyficzną, a więc występują u pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi.

Omówione dotychczas badania dotyczące osobowościowych i sytuacyjnych uwarunkowań chorób somatycznych mają charakter komplementarny. Poszczególni badacze, mimo że eksponują znaczenie tylko jednej grupy zmiennych, mniej lub bardziej otwarcie nawiązują do drugiej klasy. Z psychologicznego punktu widzenia obydwa rodzaje uwarunkowań uwzględniane są w badaniach poszukujących związków pomiędzy określonym zachowaniem a zachorowaniem. Badania takie omówione zostały poniżej.

57.3

Wzór zachowania A

Zachowanie jest efektem interakcji pomiędzy zmiennymi osobowościowymi i sytuacyjnymi. Jednostka o określonej osobowości, będąc w określonej sytuacji, spostrzega ją i ocenia w określony sposób. Rodzaj percepcji i klasyfikacja danej sytuacji rzutuje z kolei na zachowanie się. Osobowość warunkuje również wybór określonej drogi życiowej lub stylu życia, który może być niekorzystny ze względów zdrowotnych. Osobowość może także sprzyjać powstaniu wewnętrznych i zewnętrznych konfliktów oraz determinować określone zachowanie w sytuacjach konfliktowych. Koncepcja i badania, które przedsta-

wiamy poniżej, dotyczą behawioralnych uwarunkowań choroby wieńcowej i zawału serca. Istnieją jednak przesłanki teoretyczne i empiryczne wskazujące, że czynnik ten może również stanowić zagrożenie powstania innych chorób.

Koncepcja **Wzoru zachowania A** (WZA; *Type A behavior pattern*) została sformułowana pod koniec lat pięćdziesiątych przez dwóch kardiologów kalifornijskich: Mayera Friedmana i Roya Rosenmana (1959; Rosenman, 1986).

Opierając się na swej wieloletniej praktyce klinicznej, związanej z leczeniem osób z zawałem serca, oraz na danych, zebranych wcześniej przez badaczy psychosomatycznych, kardiolodzy ci doszli do wniosku, że ludzie zapadający na zawał serca wyróżniają się w okresie przedchorobowym określonym modelem zachowania. **Zachowanie to polega na zaangażowaniu jednostki w permanentną walkę o zdobycie jak największej liczby celów (często niejasno sprecyzowanych) w jak najkrótszym czasie.** Jeżeli zachodzi potrzeba, to osoby te potrafią pokonać opór stawiany przez innych ludzi, przez rzeczy lub okoliczności. Jednostki takie mają silną skłonność do współzawodnictwa, odznaczają się pragnieniem uznania i awansu (Friedman i Rosenman, 1959). Przegląd bardzo obszernej literatury dotyczącej problematyki WZA upoważnia do wyodrębnienia określonych treści i określonych cech formalnych tego zachowania. Do tych pierwszych należą: silna potrzeba osiągnięć (ambitne cele, tendencja do współzawodniczenia, rywalizacji), tendencja do dominacji (wykazywanie inicjatywy w grupie, sprawowanie kontroli nad otoczeniem), agresywność (często o charakterze instrumentalnym, związana z pokonywaniem przeszkody). Cechy formalne WZA to: wysoka dynamika zachowań, energia przejawiana w działaniu, pośpiech i niecierpliwość.

W jednej z nowszych koncepcji Wzór zachowania A traktowany jest jako określony sposób regulacji stosunków jednostki z otoczeniem (Wrześniewski, 1993). W ujęciu tym znaczącą rolę przypisuje się dużej potrzebie osiągnięć, która przejawia się głównie na polu zawodowym. Pracownicy charakteryzujący się tym wzorem zachowania są bardzo ambitni, obowiązkowi, z powierzonych zadań wywiązują się rzetelnie, często kosztem godzin przeznaczonych na wypoczynek i sen. Problemom zawodowym podporządkowują inne sprawy życiowe. Podejmując się określonych zadań, nie biorą pod uwagę wielu przeszkód, które wiążą się z ich realizacją. Napotykając je, starają się za wszelką cenę je pokonać i osiągnąć cel. W sytuacjach frustracyjnych rzadko uwzględniają inne możliwości zachowań, takie jak ominięcie przeszkody, wyznaczenie celu zastępczego czy wycofanie się. Kiedy pojawia się u nich zmęczenie, a zadanie nie zostało jeszcze wykonane, mobilizują się, stosują używki oraz inne sztuczne środki zwiększające aktywność i działają nadal. Trudno im zdobyć się na przerwanie wykonywanej czynności, aby przeznaczyć czas na racjonalny wypoczynek. Często nie wykorzystują w terminie należnego im urlopu oraz pracują w dni wolne od pracy.

Ich silne zaangażowanie w sprawy zawodowe oraz terminowe i fachowe wywiązywanie się z powierzonych obowiązków sprawiają, że zwierzchnicy powierzają im coraz więcej i coraz trudniejszych zadań. Powstaje spirala zdarzeń, która rzutuje na inne aspekty WZA. Potrzeba osiągnięć motywuje te osoby do zdobywania ważnych pozycji zawodowych. Działania te wiążą się ze współzawodnictwem z innymi. Osoby o WZA chętnie podejmują rywalizację i często wychodzą z niej zwycięsko. Jeżeli przegrywają, to podejmują jeszcze większy wysiłek, aby w kolejnej próbie odnieść sukces. Ten sposób funkcjonowania zawodowego przenoszą na inne dziedziny życia. Jeżeli mają hobby, to także traktują je na zasadzie kolejnych osiągnięć i rywalizacji, a nie wypoczynku czy relaksu. Nawet wtedy, gdy ulegają zawałowi serca i w związku z tym poddawane są rehabilitacji, często starają się wyprzedzać w aktywności fizycznej innych pacjentów, nie zważając na obiektywne możliwości, uwarunkowane aktualnym stanem zdrowia.

Opisana treść WZA, wynikająca z dużej potrzeby osiągnięć, wiąże się z tendencją do dominacji. Działania zmierzające do dominacji przyczyniają się bowiem bezpośrednio do wzrostu pozycji społecznej i zawodowej jednostki. Osoby o WZA, chcąc osiągnąć coraz więcej ambitnych celów, dążą do kontroli nad sytuacjami i środowiskiem, które je otacza. W sprawach zawodowych nie dowierzają swoim podwładnym, często sprawdzają szczegóły realizacji wydanych poleceń, ograniczają samodzielność podległych im pracowników. Przejawiają autokratyczny sposób kierowania zespołem, jest im trudno zaakceptować argumenty innych. Jednocześnie osoby o WZA bardzo źle tolerują podobne postępowanie własnych przełożonych. Ten sposób regulowania stosunków ze środowiskiem zawodowym przenoszą na inne sfery życia, przede wszystkim na życie rodzinne. W małżeństwie starają się być dominujący, w stosunku do dzieci preferują autokratyczny model wychowania.

Duża potrzeba osiągnięć osób o WZA, przejawiana w zdobywaniu wielu ambitnych celów oraz w rywalizacji z innymi, wraz z tendencją do dominacji nad otoczeniem, wiąże się z agresywnością. Aktywność agresywna jest bowiem jednym ze sposobów potwierdzania lub powiększania poczucia kontroli. Jeśli działania agresywne są skuteczne, wówczas dostarczają szybkich i wyrazistych sygnałów wskazujących na moc i kompetencję podejmującej takie działania osoby. Są one także dogodnym sposobem odbudowy, umacniania lub podwyższania własnej pozycji.

Z drugiej strony osoby o WZA, dążąc do realizacji wielu ambitnych celów, często napotykają przeszkody, opór innych ludzi, przedmiotów czy okoliczności. Agresywność pomaga im w pokonywaniu tych barier i w osiąganiu wyznaczonych celów. Innymi słowy, może mieć ona charakter instrumentalny.

Przedstawione formy regulacji stosunków z otoczeniem, charakterystyczne dla osób o WZA, mają swoje uwarunkowania osobowościowe. Ujawniają się one w określonych sytuacjach, które jednostka spostrzega jako wyzwanie lub zagrożenie.

Od strony formalnej opisany proces regulacji stosunków z otoczeniem charakteryzuje się dużą dynamiką zachowań, energią (przejawianą w działaniu), pośpiechem i niecierpliwością. Na poziomie behawioralnym te cechy formalne są wyrażane przez określony sposób mówienia, poruszania się, gestykulacji, napięte mięśnie, zaciskanie pięści, szybkie tempo wykonywania czynności. Wymienione cechy formalne związane są z temperamentem jednostki (Eliasz i Wrześniewski, 1988; Wrześniewski, 1993).

W Stanach Zjednoczonych, a także w Europie Zachodniej przeprowadzono wiele badań prospektywnych, sprawdzających związek pomiędzy WZA a chorobą niedokrwienną serca. Sprawdzono również relację WZA ze stopniem zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych. Wszystkich tych badań nie będziemy omawiali. Obszerny ich przegląd można znaleźć w innej polskiej publikacji (Wrześniewski, 1993).

Mimo pewnych kontrowersji wokół niektórych wyników ogólny wniosek wynikający z licznych danych potwierdza hipotezę wskazującą, że WZA lub niektóre jego elementy zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia choroby niedokrwiennej serca. Wniosek ten skłania jednak do pytań: Czy WZA jest czynnikiem ryzyka tylko dla chorób serca? Czy ten syndrom zachowania może zwiększać zagrożenie zachorowania także na inne choroby somatyczne?

W latach 1981–1983 przeprowadzono w Polsce badania prospektywne, które dostarczyły danych pozwalających na odpowiedź twierdzącą. W badaniach tych brała udział duża grupa pilotów wojskowych samolotów odrzutowych. Otrzymane wyniki wykazały, że Wzór zachowania A zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia nie tylko choroby niedokrwiennej serca, ale także innych chorób układu krążenia oraz różnych dolegliwości ze strony układu trawiennego (Wrześniewski, 1993).

Związek Wzoru zachowania A z zachorowaniem na różne jednostki chorobowe stwierdzono też przy okazji zakrojonego na szeroką skalę, międzynarodowego programu badawczego MONICA. Program ten, koordynowany przez Światową Organizację Zdrowia, dotyczył chorób układu krążenia. W Polsce prowadzony był między innymi w województwie tarnobrzeskim. W badaniach wzięło udział 1211 mężczyzn i 1437 kobiet w wieku od 35 do 64 lat, dobranych losowo. Wśród wielu zmiennych uwzględniono WZA i kwestionariusz, który zawierał pytanie o wystąpienie w ostatnim roku jakiejkolwiek choroby, która wymagała hospitalizacji lub co najmniej tygodniowego pozostania w łóżku. Osoby o WZA w porównaniu do osób o Wzorze zachowania B (WZB – określenie to wprowadzono w celu nazwania zachowania będącego odwrotnością WZA) – zarówno mężczyźni, jak i kobiety, we wszystkich grupach wiekowych – częściej odpowiadały na to pytanie twierdząco (różnice statystycznie istotne) (Materiały POL–MONICA, 1989; za: Wrześniewski, 1993).

Hipoteza dotycząca związku Wzoru zachowania A z różnymi dolegliwościami somatycznymi potwierdzona została również w badaniach zagranicznych. W Stanach Zjednoczonych Wood i Burns (1984) wykazali, że studentki charakteryzujące się WZA w porównaniu ze swoimi koleżankami o WZB wykazywały większą ogólną skłonność do zachorowań. W Hiszpanii Valdes i de Flores (1987) zbadali 963 pracowników banków. Osoby te wypełniały kwestionariusze służące do oceny stanu zdrowia oraz określające wzór zachowania. Mężczyźni charakteryzujący się WZA w porównaniu do mężczyzn o WZB częściej byli hospitalizowani z różnych powodów i częściej zapadali na choroby dróg oddechowych. U kobiet zależności takich nie stwierdzono.

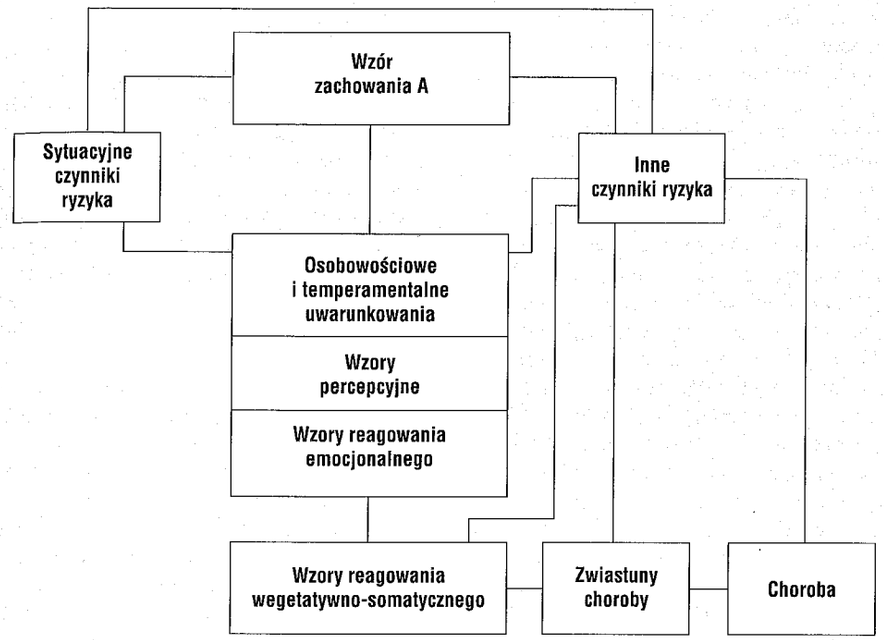
Przytoczone badania nasuwają istotne pytanie: jakie mechanizmy pośredniczą pomiędzy WZA a powstaniem i rozwojem choroby somatycznej? Na pytanie to spróbujemy odpowiedzieć poniżej.

57.4

Integracja danych empirycznych – modele wyjaśniające

Pierwsze próby wskazania mechanizmów, wskutek których czynniki psychospołeczne mogą prowadzić do powstania chorób somatycznych, związane są z koncepcją psychoanalityczną, do której odwoływali się klasycy medycyny psychosomatycznej (por. rozdz. 55.2; a także Motyka, 1984). Wyjaśnienie to ma jednak charakter spekulatywny, dotyczy tylko kilku chorób, pomija dane psychofizjologiczne oraz mechanizmy biochemiczne.

W okresie późniejszym, interpretując dane empiryczne, sięgano do twierdzenia Cannona, który wskazywał na mobilizującą funkcję zmian somatycznych w sytuacjach zagrożenia (por. rozdz. 57.1.1). Korzystając z twierdzenia Cannona, przeprowadzono następujące rozumowanie. W sytuacji zagrożenia (fizycznego) zwierzę ratuje życie poprzez atak lub ucieczkę. Mobilizacja organizmu pełni więc funkcję adaptacyjną. Dotyczyło to prawdopodobnie również naszych praprzodków. W obecnych warunkach cywilizacyjnych człowiek napotyka przede wszystkim zagrożenia psychospołeczne, które wywołują podobne zmiany wegetatywno-somatyczne, jak zagrożenia fizyczne. Taka atawistyczna reakcja uwarunkowana jest ewolucyjnym rozwojem człowieka. Jednak w dzisiejszych czasach atak fizyczny lub ucieczka byłyby adekwatne tylko w bardzo nielicznych wypadkach. Najczęściej prowadziłyby do pogłębienia stresu. Tak więc pełna mobilizacja biologiczna nie zostaje spożytkowana. Częste powtarzanie się sytuacji stresowych i towarzyszące im zmiany fizjologiczne, które nie zostają wykorzystane, mogą mieć działanie autodestrukcyjne.



Model służący do opisu związku pomiędzy czynnikami psychologicznymi a powstaniem choroby somatycznej

Według: Wrześniewski (1993, s. 101), za zgodą wydawcy, *copyright* Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

RYCINA 57-5

Taka interpretacja okazuje się niewystarczająca. Nie odpowiada na pytania: Dlaczego tylko niektórzy ludzie w dużych aglomeracjach przedwcześnie umierają? Dlaczego jedni chorują na zawał serca, a inni, na przykład, na chorobę wrzodową? Przytoczone rozumowanie nie wyjaśnia także innych faktów empirycznych, takich jak cytowane poprzednio fenomeny bardzo wysokich wskaźników choroby niedokrwiennej serca w północno-wschodniej części Finlandii i bardzo niskich w Japonii.

Przedstawiony tutaj model (zob. ryc. 57-5) dostarcza odpowiedzi na przytoczone pytania. Propozycja ta jest jednocześnie próbą integracji danych empirycznych, omówionych w poprzednich podrozdziałach, obejmuje uwarunkowania sytuacyjne, osobowościowe i Wzór zachowania A. Schemat ten wywodzi się z rozważań nad psychospołecznymi uwarunkowaniami zawału serca. Szczegółowa analiza wykazuje, że ma on szerszy zakres zastosowania (Wrześniewski, 1993).

Czynniki sytuacyjne i osobowościowe oraz Wzór zachowania A omówiono w pierwszej części tego rozdziału, dlatego teraz opisane zostaną pozostałe składniki modelu. Do czynników osobowościowych dołączono temperamentalne. Przemawiają za tym co naj-

mniej dwa argumenty. Po pierwsze, z teoretycznych założeń temperamentu, jak również z pewnych danych empirycznych wynika związek pomiędzy określonymi cechami temperamentu, stresem a zdrowiem człowieka (Eliasz i Wrześniewski, 1988; Strelau, 1996). Po drugie, temperament jest związany z Wzorem zachowania A.

Z osobowościowo-temperamentalnych uwarunkowań wyodrębniono wzory percepcyjne i wzory reagowania emocjonalnego. Istnieją przesłanki, aby przypuszczać, że właśnie im przypada szczególna rola w prezentowanych mechanizmach.

Człowiek w każdej chwili swojego życia znajduje się w sytuacjach, które spostrzega i interpretuje w określony sposób. Sposób spostrzegania i interpretowania sytuacji w znacznym stopniu decyduje o przeżywanych emocjach i zachowaniu jednostki. Ze względu na rozważany problem interesuje nas spostrzeganie i interpretowanie sytuacji w kategoriach zagrożenia. Ten sposób widzenia i oceny sytuacji zależy nie tylko od jej cech obiektywnych, ale także – niekiedy przede wszystkim – od osobowości jednostki. Istnieją bowiem indywidualne różnice między ludźmi w zakresie tendencji do widzenia i oceniania otaczającego świata jako niebezpiecznego, zagrażającego. Można mówić o istnieniu wzorów percepcyjnych w tym zakresie. **Przez wzór percepcyjny rozumiemy względnie stały, charakterystyczny dla danej jednostki sposób, w jaki interpretuje ona i wartościuje sytuacje, a także antycypuje ich konsekwencje.** Jak wykazały badania Lemańskiej (1984), chorzy z zawałem serca różnią się od chorych z chorobą wrzodową i od osób zdrowych wzorem percepcyjnym sytuacji stresowych. Ci pierwsi wykazują tendencję do minimalizowania cech zagrożenia, mimo zaistniałych przeszkód nastawieni są na realizację celów, nie obawiają się konsekwencji wynikających ze spostrzeganej sytuacji. Pacjenci z chorobą wrzodową w porównaniu z dwiema pozostałymi grupami wykazują większą tendencję do spostrzegania tych samych sytuacji stresowych w kategoriach zagrożenia, które wywołuje u nich lęk, skłaniając do obrony ego lub do wycofania. Lemańska ustaliła jednocześnie, że trzy badane grupy różnią się między sobą wskaźnikami fizjologicznymi emocji w sytuacji stresu rzeczywistego.

Ten ostatni wynik, jak i dane innych autorów (Łazowski, 1978) nasunęły przypuszczenie, że wzorom percepcyjnym mogą odpowiadać określone wzory reagowania emocjonalnego. **Wzór reagowania emocjonalnego rozumiany jest jako charakterystyczna dla jednostki, w miarę niezależna od rodzaju sytuacji stresowej tendencja do określonego reagowania emocjonalnego.** Tendencja ta dotyczy trzech komponentów emocji: subiektywnych odczuć jednostki, zmian fizjologicznych i otwartego zachowania. Lepczyński sprawdzał hipotezę wzorów reagowania emocjonalnego w podobnych grupach co Lemańska, z uwzględnieniem dwóch pierwszych komponentów emocji. Badania te są szczegółowo opisane w innym miejscu (Wrześniewski i Lepczyński, 1985), dlatego tutaj przypomniane zostaną tylko konkluzje. Pacjenci z chorobą wrzodową w sytuacji stresowej mają zbliżoną do chorych z zawałem serca dynamikę subiektywnie odczuwanego lęku, natomiast nieco wyższy poziom gniewu. Zasadnicze różnice występują w odniesieniu do fizjologicznych komponentów emocji. Obydwie grupy chorych w sposób istotny różniły się między sobą kierunkiem zmian fizjologicznych, które pojawiły się w sytuacji stresowej. Jednocześnie stwierdzono, że u chorych z zawałem serca i u pacjentów z chorobą wrzodową w porównaniu z kontrolną grupą osób zdrowych występuje dłuższe „zaleganie" zmian fizjologicznych po ustąpieniu sytuacji stresowej.

Dane uzyskane przez Lepczyńskiego zbieżne są z opiniami niektórych psychofizjologów. Lacey, Batemen i Lehn (1953) sądzą, że ludzie różnią się między sobą tendencją do reagowania określonym zespołem zmian fizjologicznych, w miarę niezależnym od rodzaju sytuacji stresowej. Bywają na przykład

osoby, u których występuje przewaga reakcji charakterystycznych dla układu sympatycznego, i takie, u których przeważają reakcje układu parasympatycznego. Oddzielenie tych wzorów od zmiennych osobowościowo-temperamentalnych wynika z faktu, że mogą one mieć także inne uwarunkowania, na przykład genetyczne, organiczne.

„Zwiastuny choroby" to pewne zaburzenia w organizmie, które nie są jeszcze patologiczne, ale osiągają „górną granicę normy". Na przykład, tendencja do podwyższonego ciśnienia krwi, która jeszcze nie jest określana jako nadciśnienie, podwyższony poziom cukru we krwi, który nie stanowi podstawy do rozpoznania cukrzycy itd.

W prezentowanym modelu wyodrębniono osobną grupę, którą nazwano „inne czynniki ryzyka". Do nich zwykle ograniczają się lekarze o orientacji biologicznej. Rozpatrzymy tę grupę zagrożeń na przykładzie choroby niedokrwiennej serca. Kardiolodzy najczęściej wymieniają następujące czynniki zagrożenia tą chorobą: uwarunkowania genetyczne, zwiększona krzepliwość krwi, zaburzenia w gospodarce tłuszczowej, podwyższone ciśnienie krwi, palenie papierosów, niewłaściwy sposób odżywiania się, brak aktywności fizycznej i nadwaga.

W wypadku „innych czynników ryzyka" warto zwrócić uwagę na trzy fakty. Po pierwsze, niektóre z wymienionych czynników są ze sobą związane, na przykład podwyższone ciśnienie krwi czy zaburzenia w gospodarce tłuszczowej mogą być efektem palenia papierosów i niewłaściwego odżywiania. Po drugie, niektóre z wymienionych czynników mają charakter nieswoisty, zwiększają niebezpieczeństwo zachorowania na różne schorzenia. Klasycznym tego przykładem może być palenie papierosów, które w sposób istotny zwiększa ryzyko zachorowania nie tylko na choroby układu krążenia, ale także na różne rodzaje nowotworów, chorobę wrzodową czy choroby dróg oddechowych. Po trzecie, należy wskazać na powiązania między „innymi czynnikami ryzyka" a czynnikami psychospołecznymi. Wiadomo na przykład, że w sytuacjach stresowych palacze zwykle palą więcej papierosów, a niektóre osoby więcej jedzą. W sytuacjach takich zmienia się także skład chemiczny krwi. Między niektórymi składnikami prezentowanego schematu mogą istnieć związki dwukierunkowe, problem ten wymaga jednak szczegółowej weryfikacji empirycznej, dlatego nie zamieszczono strzałek określających kierunki relacji.

W związku z przedstawionym modelem pojawiają się dwa zasadnicze pytania: Kiedy dochodzi do powstania choroby somatycznej? Jaka jest rola czynników psychologicznych? Zgodnie z przyjętymi założeniami, dotyczącymi polietiologicznej koncepcji chorób i probabilistycznych uwarunkowań, można powiedzieć, że im więcej czynników obciąża daną osobę, tym większe jest niebezpieczeństwo pojawienia się choroby. Epidemiolodzy wyliczają nawet określone wskaźniki niebezpieczeństwa związanego ze wzrostem liczby czynników zagrożenia. Nie oznacza to jednak, że w wypadku konkretnej osoby i określonej choroby musi pojawić się więcej niż jeden czynnik zagrożenia. Przykładem może tu być zawał serca w związku ze zbyt dużą krzepliwością krwi. W różnych jednostkach chorobowych i u określonych osób waga poszczególnych czynników i ich konfiguracja mogą być różne.

Niekiedy wystarczą wyłącznie czynniki biologiczne, aby wystąpiła choroba. Tak było w wypadku Północnej Karelii. Bardzo wysokie wskaźniki śmiertelności związanej z chorobą niedokrwienną serca łączyły się tam przede wszystkim z wysokim poziomem cholesterolu i często występującym nadciśnieniem u mieszkańców tego regionu Finlandii, a również prawdopodobnie z uwarunkowaniami genetycznymi (Puska, Nissinen i Tuomilehto, 1985). Niekiedy chorobę mogą wywołać tylko czynniki psychologiczne, na przykład tak zwany zawał pozanaczyniowy spowodowany jest gwałtownym wyrzutem adrenaliny i skurczem naczyń wieńcowych, wywołanym silną sytuacją stresową. Najczęściej jednak do choroby dochodzi wskutek interakcji pomię-

dzy czynnikami psychospołecznymi i biologicznymi.

W związku z przedstawionym modelem pojawia się istotne pytanie: w jaki sposób czynniki psychologiczne zwiększają niebezpieczeństwo zachorowania? Na podstawie obecnego stanu wiedzy można stwierdzić, że czynniki te na drodze nerwowej i hormonalnej mogą zmniejszyć ogólną odporność organizmu. Czy zatem psychologiczne uwarunkowania powstawania chorób somatycznych mają charakter nieswoisty? W świetle tego, co uprzednio powiedziano na temat wzorów percepcyjnych, emocjonalnych oraz wzorów wegetatywno-somatycznych, można sądzić, że działanie czynników psychologicznych jest także specyficzne. Obydwie drogi mają charakter komplementarny.

Konieczne są jednak dalsze badania, które weryfikowałyby wzajemne zależności pomiędzy składnikami przedstawionego modelu. O niektórych z nich piszemy poniżej.

RAMKA 57.3

Dobrą ilustracją tezy dotyczącej roli interakcji czynników psychospołecznych z biologicznymi są badania Bruhna i Wolfa (1979), przeprowadzone w Roseto, małym miasteczku w Pensylwanii w USA. Do roku 1963 w miejscowości tej zawały należały do rzadkości. Jeżeli się zdarzały, to u ludzi starych. Liczba zgonów związanych z tym schorzeniem była w Roseto 3,5 razy niższa od średniej w Stanach Zjednoczonych oraz różniła się w sposób statystycznie istotny od danych z dwóch pobliskich – kontrolnych – miejscowości: Bangor i Nazareth. Dane te były o tyle zaskakujące, że badane społeczności tych trzech miejscowości nie różniły się czynnikami ryzyka, takimi jak: nadciśnienie, cukrzyca, stężenie cholesterolu, otyłość, palenie papierosów. Tym, co do roku 1963 wyróżniało społeczność Roseto, był jej styl życia. Była to grupa homogeniczna pod względem etnicznym – stanowili ją potomkowie emigrantów z południowych Włoch, którzy troskliwie kultywowali tradycje i zwyczaje swoich rodzinnych stron. Przez wiele lat liczba mieszkańców nie uległa większym wahaniom. Rodziny były z reguły trzypokoleniowe, wielodzietne, silnie zintegrowane. Wszystkie poważniejsze problemy życiowe rozwiązywano wspólnie. Mieszkańców cechowała wzajemna życzliwość, chęć niesienia pomocy innym. Życie toczyło się spokojnie, bez pośpiechu. Sytuacja taka trwała do początku lat sześćdziesiątych, kiedy to również mieszkańcy Roseto zaczęli ulegać „amerykańskiemu stylowi życia". Młodzież wyjeżdżała na dalsze kształcenie i nie wracała do rodzinnego miasta. Zmniejszył się przyrost naturalny. Dotychczasowe wartości zostały wyparte przez postawy konsumpcyjne. Mieszkańcy zaczęli konkurować między sobą w zakresie posiadanych rzeczy. Upodobnili się zarówno do swych sąsiadów z Bangor i Nazareth, jak i do innych Amerykanów. Wraz ze zmianami stylu życia ujawniły się zmiany w sytuacji zdrowotnej. W latach 1971–1975 zarejestrowano wzrost liczby zgonów wśród mężczyzn poniżej pięćdziesiątego roku życia. Wskaźniki wkrótce były wyższe niż te, które zarejestrowano w Bangor i Nazareth.

Zaobserwowane w Roseto fakty można interpretować w kategoriach kumulacji elementów sprzyjających powstawaniu zawału serca. Mieszkańcy tego miasta byli poprzednio obciążeni niektórymi czynnikami ryzyka, ale dopiero dołączenie czynników psychospołecznych doprowadziło do gwałtownego wzrostu przypadków zachorowań (Bruhn i Wolf, 1979).

57.5

Nowe kierunki badań – psychoneuroimmunologia

Przedstawione w poprzednich podrozdziałach dane empiryczne tylko w niewielkim stopniu dają wgląd w mechanizmy biochemiczne, które pośredniczą pomiędzy czynnikami psychospołecznymi a powstaniem i rozwojem choroby somatycznej. W ostatnich latach, w związku ze znacznym postępem technik badawczych w biochemii, mikrobiologii, endokrynologii i neurofizjologii, wiedza o tych mechanizmach się poszerzyła. Było to możliwe dzięki ścisłej współpracy psychologów ze specjalistami wymienionych dyscyplin.

W latach osiemdziesiątych powstał nowy interdyscyplinarny kierunek badań – **psychoneuroimmunologia.**

Aby lepiej można było zrozumieć znaczenie tych badań, przedstawimy najpierw podstawowe informacje dotyczące budowy i funkcjonowania układu immunologicznego. Następnie, na poziomie ogólnym, omówione zostaną jego powiązania z układami nerwowym i hormonalnym. Na zakończenie przedstawimy przykłady badań z zakresu psychoneuroimmunologii oraz wypływające z nich wnioski.

57.5.1

Podstawowe informacje o układzie immunologicznym i jego funkcjach

Układ immunologiczny jest podstawowym systemem chroniącym organizm przed zaburzeniem równowagi. Obrona ta jest możliwa dzięki rozpoznawaniu przez komórki układu ciał obcych, zwanych antygenami (na przykład wirusy, bakterie), oraz ich niszczeniu. W procesach tych kluczowa rola przypada limfocytom (komórkom) T i B. Limfocyty T powstają w szpiku kostnym, a następnie przemieszczają się do grasicy, gdzie dojrzewają. Po osiągnięciu dojrzałości przenoszone są wraz z krwią i limfą do śledziony i węzłów chłonnych. Komórki B dojrzewają w szpiku kostnym i również rozprowadzane są wewnątrz organizmu przez krew i limfę. Każdy z limfocytów ma na swojej powierzchni receptory, które rozpoznają tylko ograniczoną liczbę antygenów. Z tego względu duża liczba limfocytów krąży nieustannie w organizmie, poszukując odpowiadających im antygenów. Po rozpoznaniu antygenu limfocyty przystępują do jego niszczenia. Może się to dokonywać na kilka sposobów. Po pierwsze, komórki B, które są specyficzne dla danego antygenu, rozmnażają się i produkują przeciwciała. Przeciwciała wiążą się z antygenami, tworząc z nimi kompleks, który jest nieaktywny i przestaje być szkodliwy. Po drugie, niektóre komórki T po rozpoznaniu właściwego dla nich antygenu uaktywniają się, gwałtownie rozmnażają i atakują antygen, niszcząc jego błonę komórkową. Po trzecie, jeżeli antygenem jest komórka nowotworowa, to może ona zostać zniszczona przez komórki zwane naturalnymi zabójcami.

Jeżeli antygen dostanie się do organizmu powtórnie, wówczas jest niszczony przez system immunologiczny szybciej i skuteczniej niż za pierwszym razem. Dzieje się tak dzięki tak zwanej pamięci immunologicznej (Kuratowska, Lutyński i Dwilewicz-Trojan, 1982; Rosenhan i Seligman, 1994, t. 1).

57.5.2

Powiązanie układu immunologicznego z układem nerwowym i dokrewnym

Przez wiele lat sądzono, że układ immunologiczny działa w sposób autonomiczny, jest zamknięty. Dane uzyskane w ciągu ostatnich piętnastu lat dowiodły, że układ ten ma ścisłe powiązania z układem nerwowym i dokrewnym (por. m. in. Ader, 1990).

Wykazano, że układ współczulny unerwia nie tylko takie narządy, jak żołądek i serce, ale także grasicę, śledzionę czy węzły chłonne, a więc składniki układu immunologicznego. Zakończenia nerwów współczulnych uwalniają adrenalinę i noradrenalinę, a narządy i komórki układu immunologicznego zawierają odpowiednie receptory tych hormonów. Istnieje także droga hormonalna, wiążąca ośrodkowy układ nerwowy z układem immunologicznym. W tym wypadku bodźce zewnętrzne docierają do podwzgórza, powodując uwolnienie w przysadce hormonu adrenokortykotropowego (ACTH), który z kolei wzmaga aktywność nadnerczy. Nadnercza wydzielają do krwi między innymi glukokortykoidy. Komórki T i B wyposażone są w receptory tych hormonów i w ten sposób odbierają informacje płynące z podwzgórza (Hankała, 1993; Maier, Watkins i Fleshner, 1997).

Wykazano, że uszkodzenie podwzgórza i innych okolic ośrodkowego układu nerwowego zmienia przebieg wielu procesów immunologicznych (Maier i in., 1997; Sheridan i Radmacher, 1998). Funkcje immunologiczne ulegają także zmianie w wyniku elektrycznej stymulacji podwzgórza oraz wskutek zablokowania receptorów hormonów na powierzchni limfocytów (Maier i in., 1997).

Podsumowując, współczesne dane empiryczne wskazują, że układ immunologiczny jest ściśle powiązany z układem nerwowym i hormonalnym, w związku z czym te dwa ostatnie mogą wpływać na procesy odpornościowe organizmu. Poniżej przedstawiamy przykłady badań, wskazujące na zmianę odporności organizmu pod wpływem czynników psychologicznych.

57.5.3
Stres, funkcje układu immunologicznego, choroba

Eksperymenty przeprowadzone na zwierzętach oraz z udziałem ludzi dostarczają danych dowodzących, że sytuacje stresowe prowadzą do obniżenia odporności organizmu. Wykazano na przykład, że zwierzęta, którym ograniczono swobodę ruchów, zagęszczono nadmiernie w klatkach, zmuszono do ruchów obrotowych albo uderzano prądem, miały zmniejszoną odporność (za: Ader, 1990; Maier i in., 1997). Szczególnie znamienne skutki przynoszą te sytuacje stresowe, które nie podlegają kontroli.

Badania z udziałem ludzi dostarczają danych świadczących o gorszym funkcjonowaniu systemu immunologicznego w sytuacjach stresowych. Badania studentów w sytuacji neutralnej i przed ważnym egzaminem wykazały, że sytuacja stresowa powodowała spadek aktywności komórek T i komórek zwanych naturalnymi zabójcami (Sheridan i Radmacher, 1998).

U mężczyzn, których żony zmarły z powodu raka piersi, stwierdzono – w porównaniu z okresem przed owdowieniem oraz w porównaniu do równoważnej, kontrolnej grupy mężczyzn żonatych – mniejsze wytwarzanie limfocytów i zmniejszoną ich aktywność. Ponadto stwierdzono, że funkcjonowanie układu odpornościowego wdowców wracało do normy w okresie od 4 do 14 miesięcy po śmierci żony (za: Hankała, 1993). Odporność ulega także osłabieniu po separacji lub rozwodzie (Maier i in., 1997).

Wszystkie przytoczone przykłady wskazują jednoznacznie, że sytuacje stresowe mogą powodować zmniejszoną odporność organizmu. Dokonuje się to na skutek ścisłego powiązania między układem nerwowym, dokrewnym i immunologicznym. Należy jednak pamiętać, że samo obniżenie odporności nie jest równoznaczne z zachorowaniem. Do choroby dochodzi przy współudziale jeszcze innych czynników, o których była mowa w poprzednich podrozdziałach.

W związku z dotychczasowym wywodem nasuwa się istotne pytanie: czy określone oddziaływanie psychologiczne może poprawić funkcjonowanie układu immunologicznego? Obserwacje kliniczne oraz pierwsze dane empiryczne wskazują na taką możliwość (Hankała, 1993; Sheridan i Radmacher, 1998).

RAMKA 57.4

Wpływ braku kontroli na obniżenie odporności organizmu ilustruje następujący eksperyment. Szczurom wszczepiono komórki nowotworowe, a następnie podzielono je na trzy grupy. Pierwsza poddawana była szokom elektrycznym, którym można było zapobiec przez naciśnięcie dźwigni. Druga grupa poddana została takim samym uderzeniom prądem bez względu na zachowanie się szczurów. Szczury należące do trzeciej grupy, kontrolnej, pozostawiono w spokoju, nie poddawano ich szokom elektrycznym. W grupie kontrolnej w 65%, a w grupie, która mogła uniknąć uderzenia prądem, w 55% przypadków układ immunologiczny zniszczył komórki nowotworowe. Natomiast w grupie, która nie miała możliwości zapobiegania szokowi elektrycznemu, tylko u 27% osobników komórki rakowe zostały unieszkodliwione (za: Rosenhan i Seligman, 1994, t. 1).

57.6
Podsumowanie

W ciągu ostatniego półwiecza zgromadzono bardzo wiele szczegółowych danych empirycznych wskazujących na związek czynników psychologicznych z powstawaniem i rozwojem chorób somatycznych. Dane te wiążą się z trzema kierunkami badań: nad czynnikami sytuacyjnymi, osobowościowymi i tak zwanym Wzorem zachowania A.

Badania dotyczące uwarunkowań sytuacyjnych prowadzone są na zwierzętach oraz z udziałem ludzi. Mają one charakter eksperymentalny, a w ostatnich latach coraz częściej prowadzone są w warunkach naturalnych. Wyniki tych badań wskazują, że organizm człowieka reaguje mobilizacją zarówno na zagrożenie fizyczne, jak i psychospołeczne. Mobilizacja organizmu wyraża się istotnymi zmianami we wszystkich układach fizjologicznych. Zmiany te w wypadku zwierząt żyjących na wolności mogą pełnić funkcję adaptacyjną. U współczesnych ludzi taka mobilizacja organizmu zwykle nie jest wykorzystywana i może przynosić niepożądane skutki zdrowotne.

W zakresie uwarunkowań osobowościowych zgromadzone dane wskazują, że niektóre cechy osobowości w powiązaniu z innymi czynnikami mogą zwiększać prawdopodobieństwo zachorowania na różne choroby somatyczne. Do najczęściej wymienianych niekorzystnych ze względów zdrowotnych cech osobowości należą: agresywność, silna potrzeba osiągnięć, dominacji, niezależności, a także neurotyczność, pesymizm i tendencje do depresji.

Trzeci kierunek badań, dotyczący Wzoru zachowania A, wyłonił się z poszukiwań psychospołecznych uwarunkowań choroby niedokrwiennej serca. Wzór zachowania A określany jest jako syndrom lub styl życia, który angażuje jednostkę w stałą walkę o zdobywanie jak największej liczby celów w jak najkrótszym czasie. U podłoża tego zachowania tkwi silna potrzeba osiągnięć, dominacji i agresywność. Osoby charakteryzujące się takim zachowaniem wykazują dużą dynamikę działania, energię, pośpiech i niecierpliwość.

Wyniki badań prowadzonych w ostatnich latach ujawniły, że Wzór zachowania A zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania nie tylko na chorobę niedokrwienną serca, ale także na inne choroby.

Czynniki psychologiczne wchodzą w interakcję z czynnikami biologicznymi i na tej

drodze najczęściej dochodzi do powstania choroby. Bardzo ważnych informacji z tego zakresu dostarczają interdyscyplinarne badania psychoneuroimmunologiczne. Wykazano dzięki nim istnienie ścisłych powiązań pomiędzy układem nerwowym, dokrewnym i immunologicznym. Bodźce stresowe poprzez pobudzenie układu nerwowego wzmagają jednocześnie aktywność gruczołów dokrewnych. Wydzielane przez nie określone hormony wpływają bezpośrednio na funkcje komórek układu immunologicznego, zmniejszając w ten sposób odporność organizmu.

Obserwacje kliniczne i pierwsze badania naukowe wskazują, że oddziaływanie psychologiczne może poprawiać odporność organizmu. Jednak przed sformułowaniem jednoznacznych wniosków w tym zakresie konieczne są dalsze, dobrze udokumentowane dane empiryczne.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Proszę podać przykłady badań dotyczących sytuacyjnych uwarunkowań powstawania chorób somatycznych.
2. Jakie wnioski wypływają ze współczesnych badań dotyczących zależności pomiędzy osobowością a powstaniem choroby somatycznej?
3. Proszę opisać osobę charakteryzującą się Wzorem zachowania A.
4. W jaki sposób czynniki psychologiczne mogą prowadzić do powstania chorób somatycznych?
5. Co to jest psychoneuroimmunologia?

LITERATURA ZALECANA

Eliasz, A., Wrześniewski, K. (1988). *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a Wzór zachowania „A"*. Wrocław: Ossolineum.

Hankała, A. (1993). Rola układu immunologicznego w przezwyciężeniu stresu. *Zdrowie Psychiczne, 34*, 64–68.

Maier, S. F., Watkins, L. R., Fleshner, M. (1997). Psychoneuroimmunologia – współzależności pomiędzy zachowaniem, mózgiem i odpornością. *Nowiny Psychologiczne, 1*, 5–35.

Sheridan, C. L., Radmacher, S. A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.

Wrześniewski, K. (1986). *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*. Warszawa: PZWL.

58

Psychologiczne problemy chorych somatycznie*

Irena Heszen-Niejodek

W rozdziale 55. przedstawiliśmy propozycję wykorzystania teorii stresu psychologicznego i radzenia sobie jako ram służących do opisu i wyjaśniania problemów psychologicznych związanych z chorobą somatyczną. Z kolei rozdział 56. prezentował w ogólnym zarysie samą teorię. Obecnie z perspektywy tej teorii ukażemy sytuację człowieka chorego oraz jego aktywność związaną z chorobą. Traktując teorię stresu i radzenia sobie jako zasadniczy układ odniesienia, wykorzystamy też dodatkowe wątki teoretyczne: teorię organizacji zachowania autorstwa Tadeusza Tomaszewskiego i koncepcję adaptacji poznawczej sformułowaną przez Shelley Taylor.

Wszyscy wiemy o ogromnym zróżnicowaniu chorób ze względu na objawy, przebieg, sposób leczenia, prognozę i inne właściwości mające konsekwencje psychologiczne. Wskutek tego zróżnicowania trudno jest przedstawić prawidłowości psychologiczne odnoszące się do wszystkich chorych. Godząc się na konieczne uproszczenia, skoncentrujemy się tutaj na chorobach przewlekłych, które nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia i nie pociągają za sobą bezpośrednich zmian psychicznych (do takich zmian dochodzi, kiedy proces chorobowy atakuje układ nerwowy lub hormonalny). Przykładami takich chorób są cukrzyca, nadciśnienie tętnicze samoistne czy choroba reumatyczna; ze względu na swe rozpowszechnienie stanowią one poważny problem społeczny (w samej Polsce cierpi na nie wiele milionów osób). Przedstawimy problemy ogólne, występujące bez względu na rodzaj schorzenia. W języku polskim dostępne są prace na temat specyficznych problemów związanych z określonymi chorobami i procedurami medycznymi: z chorobą wrzodową (Łazowski, 1978), z rakiem (Wirsching, 1994), z zawałem serca (Wrześniewski, 1986), z mastektomią (Adamczak, 1988), z leczeniem chirurgicznym (Łosiak, 1994) i z opieką nad pacjentem terminalnym (Pearson, 1973).

* Przygotowanie tego rozdziału zostało częściowo sfinansowane z grantu KBN nr 1 H01F 014 14.

58.1

Choroba jako źródło stresu

Każdy z nas wie, jeśli nie z własnego doświadczenia, to z obserwacji bliskich osób, że choroba somatyczna pociąga za sobą dolegliwości, z których najbardziej dokuczliwą jest ból. Objawy choroby, prócz tego, że powodują cierpienie, odbierane są jako sygnały niepokojących zmian w organizmie i jako zapowiedź niekorzystnych następstw. Następstwa te wynikają głównie z przyjętej roli chorego, co oznacza konieczność podporządkowania się systemowi oficjalnej medycyny (Parsons, 1969). Wiążą się z tym dodatkowe obciążenia psychiczne, o których wspominaliśmy w rozdziale 55. Ograniczenia związane z chorobą, a także powinności łączące się z rolą chorego upośledzają możliwości pełnienia innych ważnych ról społecznych – rodzinnej i zawodowej. Ogólnie można więc stwierdzić, że choroba oznacza zasadniczą i niepomyślną zmianę w sytuacji człowieka.

Choroby, których dotyczą te rozważania, charakteryzują się długim okresem trwania, sięgającym niekiedy kilkudziesięciu lat. W wymiarze czasowym obserwujemy zmiany sytuacji chorego. Zwykle przy prawidłowym leczeniu proces chorobowy zostaje do pewnego stopnia opanowany, ale zdarzają się epizody pogorszenia, pociągające za sobą konieczność zmiany terapii, włącznie z wprowadzaniem takich drastycznych form, jak dializa czy operacja. Choroba powoduje zakłócenie w realizacji różnych dążeń i konieczność rezygnacji z niektórych celów życiowych bądź ich modyfikacji. Choć nie jest to reguła, choroba upośledza na ogół możliwości realizacji celów zawodowych, utrudniając rozwój zawodowy i awanse, a niekiedy powodując przejście na rentę lub wcześniejszą emeryturę. Zwykle też pociąga za sobą dodatkowe wydatki i pogorszenie sytuacji materialnej rodziny. I chociaż często opieka nad chorym staje się czynnikiem integrującym, choroba bywa też przyczyną rozpadu więzi rodzinnych.

Przedstawiona tu skrótowo sytuacja człowieka chorego somatycznie oraz dopływające z różnych źródeł informacje na temat samej choroby znajdują swoje odzwierciedlenie w przebiegu procesów poznawczych i utrwalają się w postaci struktury zwanej **koncepcją choroby** (Kulczycki, 1971), **obrazem własnej choroby** (Heszen-Klemens, 1979) lub **teorią choroby** (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980). Wykonano dotąd wiele prac empirycznych, potwierdzających powszechną obecność u ludzi chorych poznawczej reprezentacji własnej choroby.

Ta struktura poznawcza zawiera zwykle następujące elementy treściowe: obraz przyczyn choroby, jej istoty lub natury, obraz własnego aktualnego stanu, poglądy na temat leczenia oraz przewidywania dotyczące dalszego przebiegu choroby i jej skutków. Chociaż poznawcza reprezentacja choroby oceniana w świetle wiedzy medycznej często okazuje się niepełna i częściowo nietrafna, pełni ona ważne funkcje regulacyjne. Przede wszystkim jest podstawą **pierwotnej i wtórnej oceny** sytuacji stresowej, zaistniałej w związku z chorobą (por. rozdz. 56.). Wydaje się dość oczywiste, że ocena pierwotna może przybierać każdą z trzech swoich form.

I tak, aktualna sytuacja spowodowana przez chorobę może być oceniana **jako krzywda/strata**, co znajduje wyraz w wypowiedziach typu: „Dlaczego ja?", „Za co mnie to spotkało?" W odniesieniu do przyszłości choroba może być traktowana zarówno jako **zagrożenie** dla cenionych wartości, jak i w kategoriach **wyzwania**. Zagrożone wartości to przede wszystkim życie (nawet przy braku obiektywnych podstaw do takiej oceny), sprawność, samoocena, relacje z innymi ludźmi itp. Z kolei ze świadomością możliwości leczenia choroby i własnego w tym udziału wiąże się jej ocena jako wyzwania; w ten sposób mogą też być oceniane perspektywy realizacji celów życiowych mimo ograniczeń spo-

RAMKA 58.1

Jednym z pierwszych przykładów badań poznawczej reprezentacji choroby było studium wykonane w naszym zespole w latach 1973–1975, przedstawione dokładnie we wcześniejszej publikacji (Heszen-Klemens, 1979). Celem badań było między innymi sprawdzenie, czy osoby chorujące przewlekle konstruują obraz własnej choroby. W badaniach typu kwestionariuszowego uczestniczyła licząca 350 osób grupa chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie, stanowiąca statystyczną reprezentację populacji chorych z terenu Warszawy i województwa warszawskiego.

Aby uniknąć artefaktów, obraz własnej choroby badano przy pomocy wywiadu półustrukturalizowanego w wylosowanej mniejszej grupie, liczącej 54 osoby. Wywiad prowadzony był w sposób spełniający wymogi kliniczne. Duży nacisk kładziono na nawiązanie i utrzymanie kontaktu z chorym, który był zachęcany do swobodnych i pełnych wypowiedzi. Jednocześnie powstrzymywano się od zachęcania go do mówienia, jeśli zachowanie chorego nasuwało przypuszczenia, że nie ma on poglądu na jakąś sprawę. Poniższa tabela przedstawia obecność elementów treściowych, wyodrębnionych z wypowiedzi chorych.

Widzimy, że niemal wszystkie badane osoby miały jakiś obraz przyczyn choroby, jej wpływu na samopoczucie i wygląd, żywiły poglądy na temat znaczenia różnych czynników w leczeniu oraz przypuszczenia dotyczące wyniku leczenia i skutków choroby dla życia rodzinnego i pracy zawodowej. Mniej jasne były dla badanych: obraz aktywności procesu patologicznego w płucach, przypuszczalny czas trwania leczenia i następstwa choroby dla stanu zdrowia po zakończeniu leczenia.

TABELA 58.1

Obecność poszczególnych elementów treściowych w obrazie własnej choroby

TEMAT	PODTEMAT	LICZBA OSÓB	% OSÓB
Przyczyny choroby		45	98
Istota choroby		37	80
Własny stan aktualny	wygląd płuc	40	87
	aktywność zmian	28	61
	wpływ stanu płuc na organizm	39	85
	wpływ choroby na samopoczucie	45	98
	wpływ choroby na wygląd	43	93
Leczenie i dalszy przebieg choroby	znaczenie różnych czynników w leczeniu	42	91
	wynik leczenia	34	92
	czas trwania leczenia	8	53
Skutki choroby	zdrowotne	33	72
	rodzinne	43	94
	zawodowe	45	98

Uwaga. $N = 46$. Pominięto wyniki uzyskane od ośmiu pacjentów z powodu dużej liczby błędów w prowadzeniu wywiadu; pytanie o wynik leczenia kierowano do pacjentów przyjmujących aktualnie leki przeciwprątkowe ($n = 37$); pytanie o czas trwania leczenia kierowano do pacjentów przyjmujących aktualnie leki przeciwprątkowe, którzy spodziewali się, że zostaną wyleczeni ($n = 15$).

wodowanych chorobą. Obecność wszystkich trzech kategorii oceny poznawczej u chorych na cukrzycę została potwierdzona w badaniach naszego zespołu (Lenartowska-Hałoń, 1993). Okazało się jednak, że oceny te są trudno uchwytne, ponieważ nawet w określonym momencie nie są stabilne i jednoznaczne, zazwyczaj charakteryzują się dynamiką i współwystępowaniem różnych elementów (na przykład zagrożenia i wyzwania). Jeszcze bardziej wyraziste zmiany oceny poznawczej obserwujemy w wymiarze czasowym; stanowią one odzwierciedlenie zmian obiektywnej sytuacji chorego.

Niejednoznaczność poznawczej oceny choroby i jej konsekwencji wiąże się z opisanym po raz pierwszy już przez Freuda **zjawiskiem wtórnych zysków, co oznacza poprawę pod jakimś względem sytuacji po zachorowaniu.** Wtórne zyski przybierają dwie formy: **korzyści**, czyli wzrostu możliwości zaspokajania niektórych potrzeb wskutek choroby, oraz **ulg** – zwolnienia od zazwyczaj pełnionych obowiązków. Znanym przykładem wtórnych zysków w postaci korzyści jest skupienie na chorym zainteresowania i uczuć osób bliskich, co jest szczególnie atrakcyjne dla ludzi, którzy zazwyczaj czują się osamotnieni i emocjonalnie zaniedbywani. Zwolnienie od obowiązków jest wpisane w społeczną rolę chorego (Parsons, 1969), ale staje się szczególnie pociągające, gdy aktualne obciążenie zadaniami jest na granicy możliwości lub je przekracza.

Biorąc pod uwagę zarówno niepomyślne, jak i pomyślne skutki choroby dla człowieka, otrzymujemy tak zwany **bilans choroby, to jest rodzaj sumy wszystkich jej następstw.** Oczywiście, bilans ten jest przeważnie ujemny, co oznacza, że sytuacja zaistniała w związku z chorobą oceniania jest jako stresowa. Może być jednak inaczej: jeśli wtórne zyski z choroby są wyjątkowo atrakcyjne, bilans ten może być dodatni, a w szczególnym wypadku ma wartość bliską zeru. O takich ocenach świadczy zachowanie niektórych chorych. Dodatni bilans choroby może powodować małą skuteczność leczenia, nieznajdującą wyjaśnienia w przyczynach medycznych, a niekiedy celowe opóźnianie powrotu do zdrowia. Następstwem bilansu bliskiego zeru może być kontynuowanie dotychczasowego trybu życia i niepodejmowanie leczenia. Takie zachowanie może być też związane z reakcją zaprzeczania chorobie, przedstawioną w następnym podrozdziale. Dodatniemu i zerowemu bilansowi choroby odpowiadają „niestresowe" formy oceny pierwotnej sytuacji – jako sprzyjająco-pozytywnej i jako sytuacji „bez znaczenia" (Lazarus i Folkman, 1984).

58.2

Zachowania emocjonalne chorego

Znaczenie własnej choroby dla człowieka, wyrażone w ocenie poznawczej, znajduje za pośrednictwem tej oceny również inną formę odzwierciedlenia: w postaci stanów emocjonalnych towarzyszących chorobie, jej konsekwencjom i leczeniu. Reakcje emocjonalne powstające w związku z chorobą mają przeważnie zabarwienie negatywne, a nierzadko dramatyczne wręcz nasilenie. Stanowiąc dodatkowe źródło cierpienia, pobudzają chorego do aktywności mającej na celu poprawę jego samopoczucia. Działania takie teoria stresu określa jako radzenie sobie ukierunkowane na emocje (por. rozdz. 56.).

58.2.1

Emocje towarzyszące chorobie somatycznej

Emocje o zmieniającej się intensywności i treści towarzyszą chorobie przez cały czas jej trwania. Opisywane są burzliwe reakcje na granicy zaburzeń emocjonalnych w momencie, gdy chory dowiaduje się o rozpoznaniu poważnej choroby (Siergiejew, 1969). Inne okoliczności wywołujące silne reakcje emocjonalne to: pogorszenie się stanu zdrowia, konieczność zastosowania drastycznych metod leczenia lub informacje o konieczności ograniczeń i o trwałych następstwach choroby dla zdrowia i trybu życia, zwłaszcza jeśli chory się ich nie spodziewał.

Treść emocji zależy od oceny poznawczej: jest to strach, lęk bądź niepokój – jeśli dominującym elementem sytuacji jest dla chorego zagrożenie; gniew, złość – wobec przeszkód i ograniczeń; poczucie winy, wstyd – spowodowane przypisywaniem przyczyn choroby własnemu postępowaniu lub związane z następstwami choroby dla rodziny; przygnębienie, apatia – jeśli dominuje przekonanie o własnej bezradności; smutek, żal, a nawet rozpacz – jeśli chory uważa, że poniósł nieodwracalne straty. Gdy choroba lub jakiś epizod z nią związany spostrzegany jest jako wyzwanie, pojawiają się emocje pozytywne: nadzieja, zapał, podniecenie (Heszen-Klemens, 1983; Lazarus, 1993b).

Wydaje się dość naturalne, że powszechną reakcją emocjonalną wobec choroby somatycznej i towarzyszących jej wydarzeń jest lęk, niepokój, poczucie zagrożenia. Dane z badań prowadzonych w warunkach klinicznych potwierdzają, że lęk towarzyszy choremu w kolejnych stadiach choroby, odzwierciedlając zazwyczaj jej powagę i spodziewane następstwa (np. Gottschalk i Hoigaard-Martin, 1986; Viney i Westbrook, 1982). Mniej oczywista jest obecność uczuć pozytywnych, takich jak nadzieja w obliczu poważnej choroby, i takie reakcje rzadziej stawały się przedmiotem badań. Okazuje się jednak, że i nadzieja nie opuszcza chorych (Perley, Winget i Placci, 1971), nawet wobec perspektywy zbliżającej się śmierci (Hamera i Shontz, 1978). Zjawisko to może być wynikiem – często spotykanej u chorych – oceny własnej sytuacji w kategoriach wyzwania (Lenartowska-Hałoń, 1993).

58.2.2

Formy radzenia sobie z emocjami w chorobie somatycznej

Obie funkcje radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą, to jest zarówno radzenie sobie ukierunkowane na emocje, jak i omówione w paragrafie następnym instrumentalne radzenie sobie, mogą być opisane przy pomocy ogólnych kategorii służących do tego celu. Przedstawione w rozdziale 56. kwestionariuszowe metody pomiaru strategii radzenia sobie były rzeczywiście wykorzystywane w badaniach z udziałem pacjentów chorych somatycznie – wyniki takich badań są dostępne w literaturze (np. Łosiak, 1994). W tym rozdziale skoncentrujemy się jednak na specyficznych, charakterystycznych dla sytuacji choroby formach aktywności, mają-

RAMKA 58.2

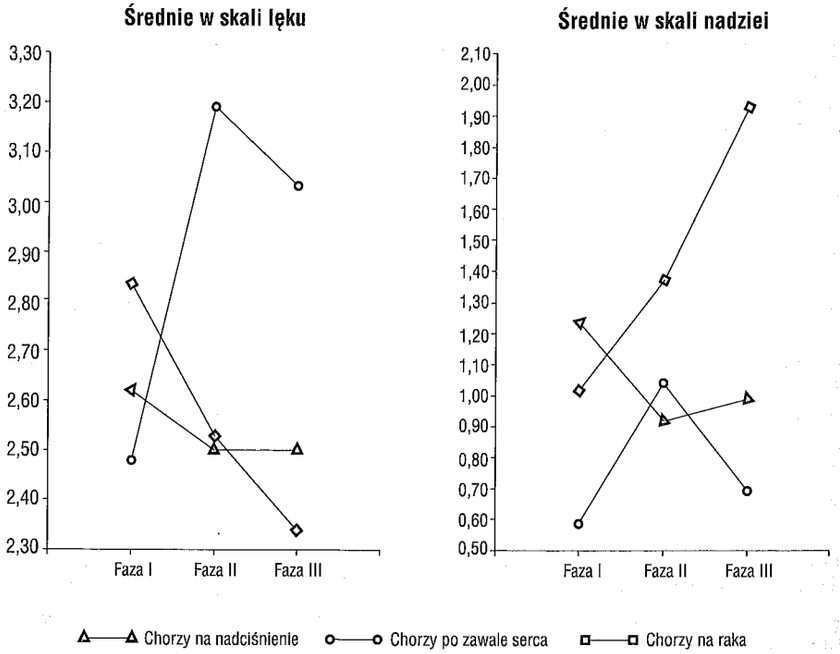
Dynamika lęku i nadziei, w zależności od rodzaju choroby i jej fazy, była przedmiotem badań w naszym zespole. Uczestniczyły w nich trzy grupy kliniczne, celowo dobrane ze względu na diagnozę: pacjenci z nadciśnieniem tętniczym samoistnym (przykład choroby kontrolowalnej i niepowodującej bezpośredniego zagrożenia życia), chorzy po niepowikłanym zawale serca (choroba o dramatycznym przebiegu oraz zmiennej kontrolowalności i zagrożeniu) i trzecia grupa – chorujący na raka o niepomyślnym rokowaniu (choroba niekontrolowalna i zagrażająca) – ogółem blisko 250 osób. Wskaźniki lęku

ciąg dalszy na następnej stronie

RAMKA 58.2 c. d.

i nadziei otrzymywano trzykrotnie: jak najszybciej po postawieniu diagnozy, po upływie pięciu tygodni i po upływie następnych pięciu miesięcy. Wyniki badań przedstawia rycina 58-1.

Widzimy, że u chorych na nadciśnienie w pierwszych tygodniach po rozpoznaniu choroby nastąpił niewielki spadek zarówno lęku, jak i nadziei, które w dalszych miesiącach utrzymywały się mniej więcej na tym samym poziomie. U chorych na zawał w pierwszym okresie po jego stwierdzeniu można było zaobserwować dramatyczny wzrost lęku, czemu jednak towarzyszył wyraźny wzrost nadziei. Obie emocje zmniejszyły się w czasie następnych miesięcy, ale lęk w dalszym ciągu utrzymywał się na dość wysokim poziomie. Jeszcze inny był przebieg reakcji emocjonalnych u chorych na raka z niepomyślną prognozą. Od momentu rozpoznania w kolejnych fazach choroby następował w tej grupie spadek lęku, czemu towarzyszył wzrost nadziei. Wzorce reakcji emocjonalnych w badanych grupach klinicznych mają sens psychologiczny i stanowią odzwierciedlenie właściwości choroby oraz przebiegu radzenia sobie z nią (Heszen-Niejodek, Gottschalk i Januszek, 1999).



Dynamika lęku i nadziei

Uwaga. Wykresy przedstawiają średnie wyniki w Skalach Analizy Treściowej Gottschalka i Gleser (*Gottschalk–Gleser Content Analysis Scales*, GGCAS).

RYCINA 58-1

cej na celu radzenie sobie zarówno z emocjami, jak i z przyczyną tych emocji – chorobą i jej następstwami. Przedstawione niżej sposoby radzenia sobie z emocjami ukierunkowane są głównie na opanowanie lęku – typowej reakcji emocjonalnej towarzyszącej chorobie.

58.2.2.1 Reakcja zaprzeczania chorobie

Reakcja zaprzeczania chorobie znana jest od wielu lat i szeroko opisywana w literaturze. **Zaprzeczanie chorobie (*denial*) polega na tym, że chory nie przyjmuje do wiadomości faktu zachorowania lub konsekwencji choroby mimo dostępnych informacji i intelektualnych możliwości ich wykorzystania.** Odrzucenie informacji związanych z chorobą ma charakter nieświadomy, a u jego podstaw leży lęk. Pełni ono funkcję obrony przed zagrożeniem. Ze względu na te właściwości reakcja zaprzeczania może być traktowana jako rodzaj mechanizmu obronnego pokrewny wyparciu. Opisywane w literaturze przykłady zaprzeczania chorobie zaskakują odpornością na racjonalne argumenty i swą dramatyczną formą. Przytoczyć tu można przypadek lekarza, specjalisty laryngologa, który chorując na zaawansowanego raka krtani, tłumaczył jego objawy niegroźnym stanem zapalnym – mimo postępującego pogorszenia, zajęcia węzłów chłonnych, a nawet wbrew temu, co widział na własne oczy, oglądając chore miejsce w lusterku laryngologicznym (Hollender, 1975). Inny przykład to chorzy z objawami powtórnego zawału serca, które dzięki przebytym doświadczeniom mogli właściwie rozpoznać i wezwać pomoc, a zamiast tego podejmowali intensywne wysiłki fizyczne, na przykład biegali po schodach (Lazarus, 1980).

Można się zastanawiać, w jaki sposób dochodzi do reakcji zaprzeczania chorobie, jaki mechanizm ją uruchamia, skoro informacje o zagrożeniu nie są przyjmowane. Otóż wydaje się oczywiste, że pacjent musi rozpoznać ja-

RAMKA 58.3

Przytoczony niżej fragment wywiadu, ilustrujący reakcję zaprzeczania, pochodzi z własnych badań w grupie chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, leczonych hemodializą. Chory jest mężczyzną 27-letnim, po wyższych studiach w zakresie fizyki akustycznej. W początkowym okresie studiów stwierdzono u niego zmiany w moczu, wskazujące na zaburzenia w pracy nerek. Choroba ograniczała sprawność fizyczną i wymagała systematycznych badań kontrolnych oraz oszczędzającego trybu życia. Pacjent nie stosował się do tego zalecenia. Gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia nastąpiło po kilku latach, w następstwie przebytej grypy. Od tego czasu konieczne było stosowanie dializ.

Autorka: Proszę pana, powiedział pan, że wskutek tego, że po prostu nie miał pan dostatecznej orientacji w swoim stanie, pan bagatelizował chorobę?

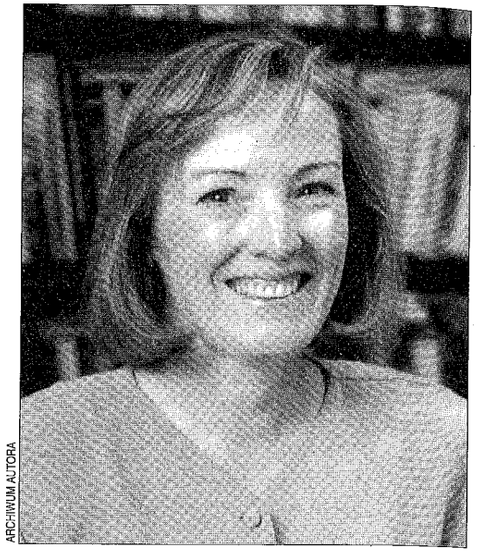
Badany: Nie tyle, że orientacji, co... co po prostu nie do... docierało to do mnie... że... że to... że należy... na jakim... w jakim stopniu należy siebie oszczędzać, jak... w jaki sposób należy uważać na siebie, jak... jak należy postępować.

A.: Co pan ma na myśli, mówiąc, że to do pana nie docierało? Czy po prostu miał pan takie wiadomości, ale jakby pan ich nie przyjmował?

B.: O, tak. Tak można to określić. Tak. Tak. Z tym że... że... nie przyjąłem, to nie na zasadzie takiej świadomej, że ja to odrzucam, tylko takiej podświadomej. Po prostu nie chciałem tego wiedzieć.

kieś sygnały zagrożenia, aby nastąpiła reakcja obrony. Owo rozpoznanie ma charakter mglisty i niepełny. Reakcja zaprzeczania chorobie powstaje więc wskutek interakcji procesów poznawczych i emocjonalnych; zapobiegając pełnemu uświadomieniu leżącego u jej podstaw komponentu poznawczego, nie dopuszcza do lęku.

Warto tu dodać, że reakcja zaprzeczania chorobie – skutecznie broniąc przed lękiem – jest zarazem antagonistyczna w stosunku do instrumentalnej funkcji radzenia sobie. Nie mając świadomości choroby lub jej konsekwencji, chorzy nie angażują się w działania na rzecz odzyskania zdrowia. Aby podtrzymać zaprzeczanie, mogą nawet podejmować aktywność dla zdrowia szkodliwą, jak opisani wcześniej pacjenci w czasie zawału serca. Przedstawiona w następnym fragmencie forma radzenia sobie z emocjami nie pociąga za sobą takich niekorzystnych konsekwencji.



ARCHIWUM AUTORA

Shelley E. Taylor

58.2.2.2 Adaptacja poznawcza do zagrażających wydarzeń

Shelley Taylor z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles, jedna z czołowych postaci w amerykańskiej psychologii zdrowia, na początku lat osiemdziesiątych prowadziła wraz z zespołem badania w różnych grupach osób, które przeżyły wydarzenia zagrażające życiu. Byli wśród nich także pacjenci chorzy na raka i choroby kardiologiczne. Na podstawie tych badań, głównie w formie wywiadów z 78 pacjentkami z rozpoznaniem raka piersi, powstała oryginalna koncepcja przystosowania do zagrażających wydarzeń, nazwana przez autorkę teorią adaptacji poznawczej.

Wedle tej koncepcji, przystosowanie do zagrożenia następuje w trzech fazach, spełniających kolejno określone funkcje. Pierwsza z nich polega na poszukiwaniu znaczenia zaistniałego wydarzenia, co dokonuje się poprzez atrybucję przyczyn (stwierdzoną u 98% badanych) oraz przewartościowanie dotychczasowego życia (nastąpiło to u ponad połowy badanych). Druga faza ma na celu uzyskanie przynajmniej częściowej kontroli nad sytuacją zagrażającą, co często przybiera formę kontroli nad jej domniemaną przyczyną. W badanej grupie 2/3 pacjentek wierzyło we własną kontrolę nad przebiegiem raka, a wśród pozostałych część przypisywała taką kontrolę lekarzowi. Ostatnia faza obejmuje wysiłki zmierzające do odzyskania poczucia własnej wartości, przy czym powszechnie używaną w tym celu strategią są „porównania w dół" – z osobami będącymi w gorszej sytuacji lub radzącymi sobie gorzej. Takie porównania przeprowadzały wszystkie – z wyjątkiem dwóch – badane osoby. Według Taylor, zdecydowana większość osób znajdujących się w zagrażającej sytuacji pomyślnie przechodzi przez wszystkie trzy fazy, osiągając lepsze przystosowanie w porównaniu z okresem przed zagrożeniem (Taylor, 1984).

Optymistyczny wydźwięk koncepcji Taylor budzi sympatię, nic dziwnego więc, że koncepcja ta zdobyła spory rozgłos. Wzbudziła jednak kontrowersje, dotyczące głównie te-

RAMKA 58.4

Wykonane w naszym zespole badania Barbary Wawak-Sobierajskiej miały na celu weryfikację koncepcji przystosowania do zagrażających wydarzeń w populacji polskich pacjentów. W badaniach uczestniczyło 24 pacjentów po zawale serca, z którymi autorka przeprowadzała wywiady trzykrotnie: na kilka dni przed opuszczeniem szpitala, miesiąc później i trzy miesiące później. Tabela 58.2 przedstawia najważniejsze wyniki uzyskane w ostatnim etapie, czyli po upływie około czterech miesięcy od przeżycia zawału.

Podobnie jak w badaniach amerykańskich, znaczna liczba pacjentów poszukiwała przyczyn choroby, a procent osób dokonujących przewartościowania dotychczasowego życia był nawet wyższy. Niestety, przewartościowania te tylko u trzech pacjentów prowadziły do wniosku, że ich życie zmieniło się na lepsze, natomiast przeważająca większość oceniała zmiany w swoim życiu negatywnie. Procent osób przekonanych o sprawowaniu przynajmniej częściowej kontroli nad własną chorobą był wysoki, wyższy nawet niż w badaniach amerykańskich. Największa różnica dotyczyła porównań społecznych. Porównania takie przeprowadzała wprawdzie znaczna część badanych, ale osoby dokonujące korzystnych dla samooceny porównań „w dół" stanowiły mniej niż połowę, a u 1/3 kierunek porównań był przeciwny. Ostatecznie u żadnego z chorych nie stwierdzono podwyższenia samooceny w porównaniu z okresem przed chorobą, a u 9 (38%) samoocena się obniżyła. U pozostałych 15 chorych (62%) samoocena nie zmieniła się w związku z chorobą lub powróciła do poziomu przedchorobowego po przejściowym obniżeniu. Przedstawione wyniki, świadczące o mniej skutecznej adaptacji poznawczej do zagrożenia u pacjentów polskich w porównaniu z amerykańskimi, częściowo tłumaczyć można różnicami kulturowymi (Wawak-Sobierajska, 1991).

TABELA 58.2

Adaptacja poznawcza po przebytym zawale serca

FAZA ADAPTACJI	STRATEGIA	LICZBA OSÓB	% OSÓB
Poszukiwanie znaczenia	Poszukiwanie przyczyn	22	92
	Przewartościowanie życia	15	62
	w tym pozytywne	3	12
	w tym negatywne	12	50
Odzyskiwanie poczucia kontroli		21	88
Odzyskiwanie poczucia własnej wartości	Porównania społeczne	18	75
	w tym porównania w dół	10	42
	w tym porównania w górę	8	33

Uwaga. $N = 24$.

go, w jakim stopniu powszechne jest osiąganie lepszego przystosowania w efekcie doświadczenia zagrożenia, lub nawet w trakcie trwania sytuacji zagrażającej.

58.2.2.3 Ekspresja jako sposób radzenia sobie z emocjami związanymi z chorobą

Dwie opisane formy radzenia sobie z zagrożeniem spowodowanym chorobą – zaprzeczanie i adaptacja poznawcza – odwołują się do podobnych mechanizmów psychologicznych. Obie polegają na wykorzystaniu mechanizmów poznawczych w celu uformowania obrazów własnej sytuacji i osoby w taki sposób, żeby przestały być źródłem lęku lub innych nieprzyjemnych emocji, a nawet budziły emocje pozytywne. Intensywne przeżycia emocjonalne związane z chorobą znajdują także wyraz w obserwowalnym zachowaniu niewerbalnym i werbalnym, które może w efekcie doprowadzić do rozładowania emocji. Czy taką formę aktywności można uznać za radzenie sobie z emocjami?

Stanowisko takie wydaje się dyskusyjne, jeśli przypomnimy sobie definicję radzenia sobie, zaproponowaną w rozdziale 56. Akcentuje ona wysiłek i raczej wyklucza z zakresu pojęcia radzenia sobie wszelkie formy zachowań reaktywnych, pojawiających się automatycznie. Taki właśnie charakter ma zazwyczaj ekspresja emocji, przynajmniej w formie niewerbalnej. Z drugiej strony kwestionariusze służące do badania radzenia sobie – wśród nich także kwestionariusz opracowany przez autorów przyjętej tu definicji – uwzględniają wentylowanie emocji (na przykład: „W jakiś sposób dałem upust swoim uczuciom", w Kwestionariuszu Sposobów Radzenia Sobie Folkman i Lazarusa, 1980). Ponadto przynajmniej niektóre formy zachowania wyrażającego emocje nie przebiegają spontanicznie, ale mają charakter całkowicie lub częściowo kontrolowany, co wymaga pewnego wysiłku. Wreszcie zachowanie będące ekspresją emocji może pojawiać się nie w sposób automatyczny, ale mieć charakter celowo zorganizowanej czynności, ukierunkowanej właśnie na kształtowanie własnego stanu emocjonalnego. Te tak zwane czynności emocjonalne (Reykowski, 1974) odpowiadają już wszystkim warunkom definicji radzenia sobie.

Jakie konkretne formy aktywności chorych wymienić można jako przykłady ekspresji emocji? W momentach szczególnie dramatycznych spotykamy się z niekontrolowanymi wybuchami. Na przykład, w prowadzonych w naszym zespole badaniach nad poznawczą reprezentacją choroby, w których przebieg wywiadu lekarskiego nagrywany był na magnetofon, chorzy na gruźlicę płakali w momencie, gdy lekarz informował ich o rozpoznaniu. Opisywane są przykłady napadów paniki w okresie bezpośrednio poprzedzającym operację chirurgiczną, a jeśli po jej wykonaniu stan pacjenta odbiegał od oczekiwań – wybuchów złości skierowanej przeciwko personelowi medycznemu (Janis, 1958). Częstą formą ekspresji werbalnej jest opowiadanie o przeżyciach związanych z chorobą. Funkcja takiego zachowania jest zresztą złożona, ma ono na celu również wywołanie u rozmówcy odpowiedniego wrażenia. Jeśli rozmówcą tym jest lekarz, realizowana jest jednocześnie funkcja instrumentalna.

Czy ekspresja jest skuteczna jako sposób radzenia sobie z emocjami? Z pewnością danie upustu emocjom powoduje ich rozładowanie, a opowiadanie o własnych przeżyciach przynosi ulgę. Jednak niekontrolowane wybuchy emocjonalne, naruszające normy społeczne i własne standardy osoby chorej, nawet jeśli pozwalają na odreagowanie jednej przykrej emocji, na przykład złości, mogą spowodować pojawienie się innych – wstydu czy poczucia winy. Ponadto gwałtownej ekspresji emocjonalnej towarzyszą zmiany fizjologiczne (na przykład wzrost tętna i ciśnienia krwi), które mogą ujemnie wpływać na stan zdrowia. Z kolei skuteczność ekspresji wyrażonej w formie werbalnej, mającej często postać wymiany informacji z innym chorym, zależy od indywidualnego stylu radzenia sobie, o czym będzie mowa w ostatnim paragrafie.

58.3 Zachowania chorego ukierunkowane na cele zdrowotne

58.3.1 Organizacja i formy instrumentalnego radzenia sobie z chorobą

Celem instrumentalnego, zadaniowego radzenia sobie z chorobą jako przyczyną stresu jest poprawa własnego stanu zdrowia chorego. W swojej teorii stresu i radzenia sobie Lazarus i Folkman (1984) niewiele uwagi poświęcają specyficzności funkcji instrumentalnej, twierdząc, że przy jej realizacji znajdują zastosowanie prawidłowości kierujące rozwiązywaniem problemów. Do ogólnej charakterystyki zadaniowego nurtu zachowania chorego przydatna jest teoria organizacji zachowania autorstwa Tadeusza Tomaszewskiego, koncentrująca się na celowych formach zachowania.

Wedle Tomaszewskiego, zdolność przekształcania percepcji sytuacji na zadanie do wykonania jest swoistą właściwością człowieka. Sytuacja rozpatrywana w aspekcie zadaniowym stanowi określony **układ wartości i możliwości**. I wartości, i możliwości mogą być **pozytywne** bądź **negatywne**. Wartości pozytywne stają się celami, do których człowiek dąży, natomiast pozytywne możliwości warunkują osiągnięcie celu. Wartości negatywne pobudzają do unikania, negatywne możliwości zaś utrudniają osiągnięcie celu. Charakterystyczną dla sytuacji zadaniowej formą aktywności jest zachowanie celowe, zmierzające do przekształcenia określonej sytuacji początkowej, inicjującej zachowanie, w sytuację końcową, bardziej pożądaną lub „wartościową", ale istniejącą tylko w postaci projektu (Tomaszewski, 1975, 1985).

Sytuację zadaniową człowieka chorego konstytuują dwie wartości: **aktualna choroba,** będąca **wartością negatywną**, oraz **potencjalne zdrowie – wartość pozytywna** (por. rozdz. 55.). Taki układ sytuacyjny sprzyja działaniom zmierzającym do uwolnienia się od choroby, lub przynajmniej do opóźnienia jej rozwoju (unikanie wartości negatywnej), oraz do odzyskania zdrowia (dążenie do wartości pozytywnej). Warunkiem podjęcia takich działań jest w miarę adekwatny obraz własnej choroby (trafna percepcja własnej sytuacji zdrowotnej) i przekształcenie go na zadanie do wykonania. Zadanie to polega właśnie na zmianie niepożądanej sytuacji początkowej (bycie chorym) w końcową sytuację powrotu do zdrowia. Należy jeszcze dodać, że pomyślna realizacja zadania zależy od splotu **możliwości** – zarówno **pozytywnych** (dostęp do dobrego lekarza, posiadanie właściwych nawyków zdrowotnych), jak i **negatywnych** (zła tolerancja leków, obciążenie nałogami). Możliwości pozytywne można również rozpatrywać jako wewnętrzne lub zewnętrzne zasoby, wykorzystywane w pokonywaniu choroby.

Już z tego – bardzo ogólnego – opisu pola aktywności człowieka chorego wynika, że na zadaniowy nurt jego zachowania składają się zarówno strategie poznawcze, jak i behawioralne. **Strategie poznawcze**, umożliwiające uzyskiwanie informacji o chorobie, są niezbędne do ukształtowania się jej obrazu. Obecność obrazu własnej choroby decyduje o podjęciu instrumentalnego radzenia sobie z chorobą, a poszczególne elementy tego obrazu uczestniczą w organizacji zachowania. **Strategie behawioralne** to obserwowalne czynności zmierzające do poprawy stanu zdrowia. Do omawianego tu nurtu aktywności należy również zaliczyć celowe, wymagające wysiłku i niekiedy bardzo trudne dla chorego **powstrzymywanie się od działań szkodliwych**.

Charakteryzując ogólnie instrumentalne radzenie sobie z chorobą, należy jeszcze dodać, że zgodnie z paradygmatem fenomenologiczno-poznawczym, przyjętym we współczesnej teorii radzenia sobie ze stresem, o włączeniu jakiejś formy zachowania do tego nurtu decyduje **intencja chorego**. Podejście takie zgodne jest z poznawczymi i praktycznymi celami psychologii medycznej. Z psychologicznego punktu widzenia interesujący jest całokształt zachowania człowieka wobec własnej choroby, zasady organizacji tego zachowania i możliwości oddziaływania na nie. Inną sprawą jest efektywność tego zachowania, utożsamiana często z jego zgodnością ze wskazaniami wynikającymi z wiedzy medycznej. W świetle tej wiedzy określone zachowanie chorego, mające na celu poprawę własnego zdrowia, może być dla jego stanu obojętne, lub nawet szkodliwe.

Warto wyróżnić dwie kategorie czynności pacjenta ukierunkowanych na cele zdrowotne: **wykonywanie zaleceń lekarskich** i **aktywność podejmowana z własnej inicjatywy**. Zagadnienie przestrzegania przez pacjentów zaleceń budzi ostatnio duże zainteresowanie w krajach zachodnich ze względu na alarmujące odstępstwa zachowania pacjentów od oczekiwań lekarzy. Szacuje się, że mniej więcej połowa pacjentów odstępuje od zaleceń w takim stopniu, że może to uniemożliwiać osiągnięcie zamierzonych efektów terapeutycznych. Lekarze nie zdają sobie sprawy z rozmiarów tego zjawiska i przeważnie przeceniają stosowanie się pacjentów do zaleceń.

W Polsce liczba badań nad tym zagadnieniem jest znacznie mniejsza, co nie oznacza, oczywiście, mniejszych rozmiarów problemu. W latach osiemdziesiątych przeprowadzone zostały wywiady na temat przestrzegania zaleceń wśród pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe, jak cukrzyca, choroby reumatyczne, gruźlica. Badaniami objęto ponad 650 chorych leczących się ambulatoryjnie. Przy podziale zaleceń lekarskich na dwie kategorie: udział w leczeniu i zmiany w trybie życia, okazało się, że trudniejsze dla pacjentów jest wykonanie zaleceń należących do drugiej grupy. Były one wykonywane w około 50%, podczas gdy wykonanie zaleceń dotyczących udziału w leczeniu było wyższe i wynosiło od ponad 60% do około 90%. Problem nieprzestrzegania zaleceń budzi, niestety, mniejsze zainteresowanie w środowisku medycznym niż wśród przedstawicieli nauk społecznych. Ci ostatni opracowali koncepcje wyjaśniające zachowanie pacjentów oraz bogaty zestaw technik ułatwiających stosowanie się do zaleceń (Heszen-Niejodek, 1992).

W naszym zespole prowadziliśmy również badania nad wprowadzaniem własnych czynności zdrowotnych przez pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Objęto nimi ponad 750 chorych. Proporcja pacjentów wprowadzających do leczenia własne czynności była znaczna i wzrastała w miarę trwania choroby, osiągając około 90% w chorobach trwających kilka lat. Wykazywanie własnej inicjatywy w leczeniu jest więc powszechną formą instrumentalnego radzenia sobie z chorobą. Na ogół polega ona na zmianach w trybie życia, jak oszczędzanie się, lepsze odżywianie, sporządzanie preparatów odżywczych według określonej, sprawdzonej w danej grupie chorych receptury. Pacjenci stosują także ziołolecznictwo, a część z nich przyjmuje dodatkowe leki. Ten obszar aktywności chorych budzi w środowisku medycznym niepokój, związany z ryzykiem jego negatywnych następstw zdrowotnych.

RAMKA 58.5

Można zapytać, czy dla pacjentów wprowadzanie własnych czynności zdrowotnych jest formą zastępczą, czy uzupełniającą w stosunku do wykonywania zaleceń lekarskich. Odpowiedzi na to pytanie poszukiwała w swoich badaniach Renata Zolich (1983) z naszego zespołu. Wyniki badań wykonanych w grupie 90 pacjentów, leczących się ambulatoryjnie z powodu choroby wrzodowej, przedstawia tabela 58.3.

Mimo że w badanej grupie podejmowanie działań zdrowotnych niezalecanych przez lekarza było powszechne (działania takie podejmowało 93% pacjentów), to jednak tylko co dziesiąty pacjent traktował je zastępczo w stosunku do zaleceń lekarza. Znakomita większość chorych (82%) wprowadzała własne działania dodatkowo, traktując je jako leczenie uzupełniające lub poprawiające ogólny stan organizmu. W tej grupie własne inicjatywy pacjentów nie były wyrazem sprzeciwu wobec decyzji lekarzy, ale raczej przejawem dużego zaangażowania w leczenie. Warto dodać, że kilka badanych osób niewykonujących własnych czynności zdrowotnych deklarowało zamiar ich podjęcia w przyszłości, po uzyskaniu lepszej orientacji w istniejących możliwościach.

TABELA 58.3

Działania zdrowotne z własnej inicjatywy a wykonywanie zaleceń lekarskich

RODZAJ ZACHOWANIA	LICZBA OSÓB	% OSÓB
Własne działania zamiast wykonywania zaleceń	10	11
Własne działania oprócz wykonywania zaleceń	74	82
Wykonywanie zaleceń, brak własnych działań	6	7
Razem	**90**	**100**

Uwaga. $N = 90$.

58.3.2 Emocje a instrumentalne radzenie sobie z chorobą

Takie reakcje, jak lęk czy nadzieja, stanowiąc odpowiedź na sytuację spowodowaną przez chorobę, przejawiają się nie tylko w specyficznym zachowaniu będącym ich ekspresją, ale mogą także oddziaływać na inne obszary aktywności człowieka chorego. W kontekście radzenia sobie z chorobą szczególnie interesujący jest wpływ emocji na radzenie sobie ukierunkowane na cele zdrowotne. Można oczekiwać, że bardzo silne reakcje emocjonalne powstające w związku z chorobą dezorganizują zadaniowy nurt aktywności. Opisywane są sytuacje, kiedy chorzy wskutek silnej reakcji emocjonalnej wzbudzonej przez wiadomość o diagnozie tracą zdolność do percepcji dalszych informacji podawanych przez lekarza. Nie docierają do nich również instrukcje, jak należy się zachowywać, w związku z czym nie mogą one być wykonane. Łatwo też sobie wyobrazić, że jeśli w dalszym przebiegu choroby dojdzie w którymś momencie do silnego wzburzenia emocjonalnego, stan ten uniemożliwi jakiekolwiek zorganizowane działanie, w tym także działanie ukierunkowane na leczenie. Innym przykładem wpływu emocji na instrumentalne radzenie sobie jest opisana wcześniej reakcja zaprzeczania chorobie, z tą różnicą, że jest to wpływ niebezpośredni, osiągany dzięki aktywności mającej na celu radzenie sobie z emocjami.

W tym fragmencie zajmiemy się rolą emocji jako czynnika energetyzującego zachowanie, a więc rozumianych jako **motyw**, czy też **popęd**, pobudzający do instrumentalnego radzenia sobie z chorobą. W naszym zespole prowadziliśmy badania nad lękiem jako mo-

RAMKA 58.6

Zależność pomiędzy poziomem lęku a wykonywaniem zaleceń lekarskich była przedmiotem naszych badań, w których uczestniczyło 61 pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze samoistne. Zależność między poziomem lęku a własną aktywnością na rzecz poprawy zdrowia badana była w grupie 95 pacjentów leczących się z powodu choroby wrzodowej. Poziom lęku-stanu badany był przy pomocy skali X-1 z polskiej adaptacji Inwentarza Stanu i Cechy Lęku Spielbergera i współpracowników (Wrześniewski i Sosnowski, 1987). Źródłem informacji o zachowaniu chorych były półustrukturalizowane wywiady.

Ponieważ badana zależność ma prawdopodobnie charakter dwustronny (co oznacza, że również aktywność zdrowotna wpływa na poziom lęku), w celu uzyskania wiarygodnych podstaw do wnioskowania o roli lęku jako motywu zastosowano procedurę badań podłużnych. Pierwszy etap, mający na celu określenie poziomu lęku, przeprowadzany był w przychodni, po pierwszej wizycie u specjalisty, w trakcie której pacjent informowany był o diagnozie. Drugi etap, w którym badano działania ukierunkowane na poprawę zdrowia, wykonywany był po upływie czasu potrzebnego do ukształtowania się odpowiedniej formy zachowania. W odniesieniu do zaleceń lekarskich przyjęto tu okres 2 tygodni, a w odniesieniu do własnej aktywności – okres dłuższy, obejmujący 3–4 miesiące. Ażeby uzyskać bardziej wiarygodne wypowiedzi, drugi etap przeprowadzono w domu pacjenta*.

W nawiązaniu do klasycznego I prawa Yerkesa–Dodsona testowano hipotezę o krzywoliniowej zależności pomiędzy poziomem lęku a zaangażowaniem w działania ukierunkowane na cele zdrowotne.

Zależności pomiędzy poziomem lęku a wykonywaniem przez pacjentów zaleceń lekarskich oraz ich własną aktywnością zdrowotną przedstawione zostały w tabeli 58.4. Widzimy, że w podgrupie ze średnim poziomem lęku niemal 2/3 pacjentów charakteryzowało się lepszym wykonywaniem zaleceń lekarskich, podczas gdy w podgrupach

TABELA 58.4

Poziom lęku pacjentów a działania na rzecz poprawy zdrowia

POZIOM LĘKU	WYKONYWANIE ZALECEŃ*			WŁASNA AKTYWNOŚĆ ZDROWOTNA**		
	Lepsze	Gorsze	Razem	Tak	Nie	Razem
Niski	1	7	8	3	15	18
Średni	30	16	46	41	23	64
Wysoki	2	5	7	5	8	13
Razem	**33**	**28**	**61**	**49**	**46**	**95**
	$\chi^2 = 8{,}68$; $df = 2$; $p < 0{,}02$			$\chi^2 = 13{,}654$; $df = 2$; $p < 0{,}02$		

Uwaga. *$n = 61$; **$n = 95$. Pacjentów podzielono ze względu na poziom lęku na podstawie średniej arytmetycznej +/– 1 odchylenie standardowe, a ze względu na wykonanie zaleceń – na podstawie mediany.

RAMKA 58.6 c. d.

o niskim i wysokim poziomie lęku większość pacjentów wykonywała te zalecenia gorzej. Podobna była zależność pomiędzy lękiem a wprowadzaniem własnych form aktywności zdrowotnej. W podgrupie ze średnim poziomem lęku znakomita większość pacjentów wprowadzała takie formy, podczas gdy w podgrupach z niskim i wysokim poziomem lęku pacjenci tacy stanowili mniejszość (Heszen-Niejodek, 1995).

* Badania wykonane zostały w ramach seminarium magisterskiego przez Bożenę Marciniak i Małgorzatę Silkowską.

tywem działania na rzecz poprawy zdrowia. Wyniki potwierdziły hipotezę, że średni poziom lęku bardziej sprzyja angażowaniu się w aktywność ukierunkowaną na poprawę zdrowia w porównaniu z poziomem niskim lub wysokim (Heszen-Niejodek, 1995).

Jak wiadomo, krzywoliniowy związek między wielkością motywacji a efektywnością działania tłumaczy się tym, że słaba motywacja nie prowadzi do dostatecznego zaangażowania i wytrwałych wysiłków, natomiast motywacja silna wiąże się z dużym pobudzeniem emocjonalnym, które może wpływać dezorganizująco. Można przypuszczać, że również emocje pozytywne, jak zapał czy nadzieja, wykazują podobny związek z aktywnością chorego ukierunkowaną na cele zdrowotne. O ile nam jednak wiadomo, nie było to dotąd przedmiotem badań.

58.4

Indywidualne style radzenia sobie z chorobą i ich efektywność

W rozdziale 56. wprowadzone zostało pojęcie stylu radzenia sobie ze stresem. Przedstawiono też kilka klasyfikacji stylów radzenia sobie, między innymi klasyfikację odwołującą się do postawy wobec informacji o wydarzeniu stresowym. Właśnie ta ostatnia wydaje się szczególnie przydatna w odniesieniu do radzenia sobie z chorobą. Zachowanie celowe, zmierzające do przezwyciężenia choroby, w całości opiera się na **uzyskiwaniu i korzystaniu z informacji**. Wymienić tu można takie formy aktywności, jak spostrzeganie objawów choroby, korzystanie z różnych źródeł wiedzy medycznej, porównywanie uzyskanych informacji z istniejącym systemem przekonań zdrowotnych, ich ocenianie i wreszcie wykorzystywanie w działaniu.

Pacjent nie będzie w stanie stosować się do zaleceń lekarskich, jeśli ich nie wysłucha, nie zrozumie, nie zapamięta i nie uzgodni z własnym systemem przekonań zdrowotnych. Także druga kategoria czynności ukierunkowanych na cele zdrowotne – działania podejmowane z własnej inicjatywy – wymaga przyjęcia pewnych informacji, często poszukania informacji dodatkowych, porównania ich z własnym punktem widzenia i podjęcia decyzji. Z drugiej strony jednak czujność informacyjna pociąga za sobą zwracanie uwagi także na te aspekty choroby i jej leczenia, które nie mają związku z instrumentalnym radzeniem sobie, mogą natomiast pogorszyć stan emocjonalny pacjenta. Przykładem jest koncentracja na drobnych dolegliwościach lub na szczegółach postępowania medycznego.

Krańcowa forma **unikania informacji** wyraża się w przedstawionej wcześniej reak-

cji zaprzeczania chorobie, z jej negatywnymi następstwami dla udziału w leczeniu. Niektóre strategie unikowe mogą jednak skutecznie bronić przed nadmierną koncentracją na chorobie i wynikającym stąd lękiem. Ignorowanie nieistotnych, przejściowych niedomagań może dobrze służyć adaptacji. Strategie unikowe mogą być też korzystne w trakcie zabiegów z udziałem aparatury medycznej, na których przebieg pacjenci nie mają wpływu, jak również wobec nieuleczalnych, chronicznych dolegliwości.

Z dotychczasowych rozważań wynikałoby, że w przebiegu większości chorób somatycznych użyteczne są oba rodzaje strategii radzenia sobie, wyróżnione ze względu na postawę wobec informacji, to jest zarówno **strategie konfrontacyjne**, jak i **unikowe**. Rodzaj strategii powinien być przy tym dopasowany do aktualnej sytuacji chorego, co wymaga elastyczności w ich wyborze. Wyniki badań empirycznych przynajmniej częściowo potwierdzają, że pacjenci stosujący różnorodne formy radzenia sobie, zarówno te określane jako zorientowane na problem, czujne czy aktywne, jak i strategie nazywane zorientowanymi na emocje czy unikowymi, osiągali pod różnymi względami lepsze przystosowanie niż pacjenci bierni lub posługujący się tylko jednym rodzajem strategii. Przy czym korzystne okazało się elastyczne radzenie sobie, czyli posługiwanie się różnorodnymi strategiami, zmieniającymi się z upływem czasu (Maes, Leventhal i de Ridder, 1996).

W innych badaniach uzyskano jednak odmienne wyniki, prowadzące do wniosku, że dla pacjentów chorujących przewlekle najkorzystniejsze jest posługiwanie się tylko jednym typem strategii, na przykład radzeniem sobie biernym (Zautra i Manne, 1992), lub przeciwnie – właśnie strategiami aktywnymi (Newman, 1990). Można próbować tłumaczyć tę niezgodność, odwołując się do wyników metaanalizy obejmującej ponad trzydzieści badań, która wykazała pewne prawidłowości zachodzące w czasie. Mianowicie w krótkiej perspektywie czasowej strategie unikowe wiązały się z lepszym przystosowaniem, w dłuższej perspektywie zaś bardziej adaptacyjne były strategie konfrontacyjne (Suls i Fletcher, 1985). Ale i ta interpretacja okazuje się niewystarczająca w odniesieniu do badań Krohne'a (1989), przedstawionych w rozdziale 56. Stwierdzono tam w tym samym momencie czasowym przed operacją, że pacjenci stosujący któryś z dwóch wyróżnionych rodzajów strategii, lub też obydwa, mają niższe biochemiczne wskaźniki stresu w porównaniu z osobami niepodejmującymi żadnych prób radzenia sobie. W dodatku wskazać można badania, w których nie udało się uzyskać żadnych związków pomiędzy stosowanymi strategiami a efektywnością radzenia sobie (Bennett, 1993). Przedstawione tu wątpliwości odzwierciedlają ogólne problemy związane z oceną efektywności radzenia sobie.

Z pewnością pomocne w rozstrzygnięciu tych wątpliwości byłoby uwzględnienie w badaniach kategorii **stylu radzenia sobie** w rozumieniu indywidualnie zróżnicowanych dyspozycji (por. rozdz. 56.). Autorzy większości cytowanych tu badań zajmowali się efektywnością radzenia sobie sytuacyjnego, czyli aktualnie stosowanych strategii, z pominięciem ich indywidualnych wyznaczników. Tymczasem istnieje obszerny materiał empiryczny dowodzący znaczenia zgodności uruchamianych strategii z indywidualnymi preferencjami uwarunkowanymi stylem radzenia sobie. Przedstawiony w rozdziale 56. eksperyment Miller i Magnana (1983) dowodzi, że przynajmniej w niektórych sytuacjach medycznych takie dopasowanie jest ważniejsze od dostosowania strategii do wymagań sytuacji.

Przeprowadzono dotychczas wiele badań podobnych do wcześniej opisanego, w różnych grupach klinicznych, uzyskując podobne wyniki. Przykładowo, dostosowanie postępowania do indywidualnego zapotrzebowania pacjentów na informacje podniosło skuteczność interwencji mającej na celu przygotowanie do stresowych procedur medycznych, jak cewnikowanie serca (Ludwick-Rosenthal i Neufeld, 1993), zabiegi ginekologiczne (Steptoe i O'Sullivan, 1986), endoskopia (Gattuso, Litt i Fitzgerald, 1992). Pomyślne skutki indywidualnego dopasowania mają szeroki zasięg; odnoszą się też do innych właściwości stylu radzenia sobie niż postawa wobec informacji i do innych form interwencji niż ich dostarczanie. Podobny rezultat uzyskano w badaniach, w których odpowiednio do indywidualnego stylu radzenia sobie pacjenta stosowano interwencję ukierunkowaną na rozwiązywanie problemów lub ukierunkowaną na emocje (Fry i Wong, 1991; Martelli, Auerbach, Alexander i Mercuri, 1987). W porównaniu z badaniami dotyczącymi innych kontekstów efektywności radzenia sobie wyniki te są wyjątkowo jednoznaczne i dowodzą znaczenia dostosowania postępowania mającego ułatwić pacjentowi radzenie sobie ze stresem do indywidualnego stylu radzenia sobie.

Widzimy, że ocena efektywności radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą nasuwa różne szczegółowe wątpliwości i kontrowersje. Związane jest to ze złożonością choroby jako wydarzenia stresowego i jej powiązaniami z każdą właściwie dziedziną życia i działalności człowieka. Z drugiej strony właśnie te właściwości choroby sprawiają, że chory może zawsze znaleźć jakiś obszar dostępny kontroli oraz okazję do nowych, satysfakcjonujących doświadczeń. Nawet w wypadku chorób ze złą prognozą, postępujących nieuchronnie i powodujących rosnące cierpienie, chory jest w stanie kontrolować własne emocje i wzmacniać więzi z osobami bliskimi. Znane są również przykłady intensywnych i owocnych wysiłków zawodowych mimo cierpienia i złego stanu zdrowia, a nawet pojawienia się nowych możliwości twórczych w obliczu zbliżającej się śmierci. Może dlatego systematyczne badania dowodzą, że większość osób chorujących przewlekle radzi sobie na tyle efektywnie, że z wyjątkiem początkowego i ostatniego stadium choroby nie doświadcza wyższego poziomu stresu ani niższego dobrostanu w porównaniu z osobami zdrowymi (Maes i in., 1996).

58.5

Podsumowanie

Długotrwała choroba somatyczna wiąże się z fizycznym cierpieniem i pociąga za sobą zmiany we wszystkich ważnych dziedzinach życia człowieka. Przyjmując rolę pacjenta, człowiek chory podporządkowuje się systemowi medycyny oficjalnej i jej przedstawicielom. Ogranicza to możliwości pełnienia innych ważnych ról społecznych, i tak już zredukowane przez samą chorobę. Człowiek chory zmniejsza zazwyczaj aktywność zawodową i rezygnuje z niektórych planów, pogarsza się sytuacja materialna jego i rodziny, a pozycja chorego w rodzinie może ulec obniżeniu. Choroba i zaistniała w jej następstwie sytuacja znajdują odzwierciedlenie poznawcze w postaci obrazu własnej choroby.

Obraz własnej choroby dotyczy następujących treści: przyczyn choroby, jej istoty lub natury, własnego aktualnego stanu, leczenia, dalszego przebiegu choroby i jej skutków. Jest on podstawą pierwotnej i wtórnej oceny sytuacji stresowej, zaistniałej w związku z chorobą. Badania empiryczne potwierdzają, że ocena pierwotna choroby somatycznej jako źródła stresu może przybrać każdą z trzech form: zagrożenia, wyzwania oraz krzywdy/straty.

Choroba i okoliczności z nią związane wywołują reakcje emocjonalne o zróżnicowanej treści i niekiedy znacznym nasileniu. Najpowszechniejszą reakcją towarzyszącą chorobie jest lęk, ponieważ zagraża ona wielu cenionym przez człowieka wartościom. Badania empiryczne dowodzą jednak, że choremu towarzyszą również emocje pozytywne, przede wszystkim nadzieja. Dotyczy to nawet sytuacji zagrażających życiu chorego.

Zaobserwować można specyficzne formy radzenia sobie z emocjami towarzyszącymi chorobie, przede wszystkim z lękiem. Jedną z nich jest reakcja zaprzeczania chorobie, po-

legająca na nieprzyjmowaniu przez chorego do wiadomości faktu zachorowania lub konsekwencji choroby. Opisano również zespół adaptacji poznawczej, na który składają się: poszukiwanie znaczenia choroby, uzyskiwanie nad nią kontroli, choćby iluzorycznej, i odzyskiwanie poczucia własnej wartości. Sposobem radzenia sobie z emocjami jest także ich ekspresja w formie werbalnej i niewerbalnej.

Również instrumentalne radzenie sobie chorego wykazuje swoją specyficzność. W aspekcie zadaniowym sytuację chorego konstytuują dwie wartości: aktualna choroba jako wartość negatywna oraz potencjalne zdrowie jako wartość pozytywna. W dążeniu do uwolnienia się od choroby i odzyskania zdrowia chorzy podporządkowują się zaleceniom lekarskim oraz stosują sposoby leczenia wprowadzane z własnej inicjatywy. Występuje przy tym niedoceniany przez lekarzy problem niewystarczającego przestrzegania zaleceń przez pacjentów, co może uniemożliwiać skuteczne leczenie. W chorobach przewlekłych powszechnym zjawiskiem jest wprowadzanie do leczenia innych sposobów niż zalecane przez lekarza.

Oba nurty radzenia sobie z chorobą: radzenie sobie ukierunkowane na emocje i na poprawę własnego stanu zdrowia, są ze sobą powiązane. Strategie radzenia sobie z emocjami mogą być antagonistyczne w stosunku do instrumentalnego radzenia sobie, mogą je wspierać, zdarza się też naprzemienna realizacja obu funkcji radzenia sobie. Istnieje również bezpośredni wpływ emocji, gdy stają się one motywem działania ukierunkowanego na cele zdrowotne. Materiał empiryczny pozwala na wstępne sformułowanie wniosku o krzywoliniowym charakterze tego wpływu. W porównaniu z emocjami słabymi i silnymi emocje o średniej sile są korzystniejsze zarówno dla wykonywania zaleceń lekarskich, jak i dla wprowadzania własnych działań zdrowotnych.

Z perspektywy najczęściej stosowanego rozróżnienia strategii i stylów radzenia sobie ze względu na postawę wobec informacji o wydarzeniu stresowym można stwierdzić, że w przebiegu choroby przydatne są oba rodzaje strategii: strategie ukierunkowane na uzyskiwanie i wykorzystywanie informacji oraz strategie unikowe. Jednak materiał empiryczny dotyczący tej kwestii nie daje podstaw do jednoznacznych wniosków. Bardziej klarowne są dane dowodzące, że dla adaptacji psychologicznej ważne jest dopasowanie strategii do indywidualnego stylu radzenia w obliczu zagrażających procedur medycznych. Ogólne wskaźniki psychologicznej adapatacji do choroby przewlekłej prowadzą do wniosku, że z wyjątkiem pierwszego i ostatniego stadium choroby proces ten przebiega pomyślnie.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Dlaczego choroba somatyczna jest dla człowieka źródłem stresu psychologicznego?
2. Jakie znaczenie dla radzenia sobie z chorobą ma jej poznawcza reprezentacja?
3. Na czym polega reakcja zaprzeczania chorobie?
4. Jakie są etapy adaptacji poznawczej do zagrożenia związanego z chorobą?
5. Jakie problemy może stwarzać lekarzowi aktywność pacjentów ukierunkowana na leczenie choroby?
6. Od czego zależy efektywność konfrontacyjnych i unikowych strategii w radzeniu sobie z chorobą?

LITERATURA ZALECANA

Heszen-Klemens, I. (1983). *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań* (rozdz. III–VII, s. 45–155). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Heszen-Niejodek, I. (red.). (1990). *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. Warszawa: PZWL.

Kulczycki, M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego. Z zagadnień współpracy pracownika służby zdrowia z pacjentem.* Wrocław: Ossolineum.

Wrześniewski, K. (1986). *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca* (wyd. 2). Warszawa: PZWL.

Taylor, S. E. (1984). Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne, 6–7*, 15–38.

59

Zdrowie behawioralne

Helena Sęk

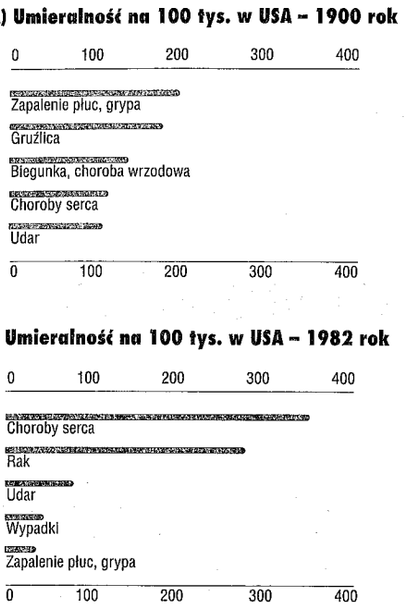
W rozdziale tym przedstawimy główne obszary wiedzy i badań empirycznych nad powiązaniami między indywidualnym zachowaniem a poziomem zdrowia i choroby. Tę dziedzinę badań w pierwszym jej etapie rozwinęli socjologowie medycyny (Becker, 1992; Sokołowska, 1986). Polska socjologia medycyny ma w tym zakresie znaczący i uznany dorobek. W ramach psychologii zdrowia analizuje się kategorię tych zachowań, przedstawia rodzaje zachowań zdrowotnych, a przede wszystkim prowadzi się badania nad wewnętrznymi, psychologicznymi uwarunkowaniami zachowań, w szczególności – intencjonalnych czynności zdrowotnych.

59.1

Związek zdrowia z zachowaniem

Rozwój badań nad powiązaniami między zachowaniem a zdrowiem obserwuje się zwłaszcza w krajach rozwiniętych. Porównanie danych o przyczynach zgonów na początku XX wieku i w latach osiemdziesiątych pokazuje, że zasadniczo zmienił się typ chorób będących przyczyną wysokiej umieralności. Zmiany te przedstawiono na rycinie 59-1. Pojawienie się i narastanie chorób cywilizacyjnych, takich jak choroby układu krążenia, nowotwory, choroby przemiany materii, wypadki, udary, urazy i zatrucia, oraz badania nad czynnikami ryzyka tych chorób wykazały, że bardzo istotną rolę odgrywa w tych zaburzeniach czynnik behawioralny.

W ramach medycyny powstała nawet odrębna subdyscyplina, zwana **epidemiologią behawioralną** (Gniazdowski, 1990). W badaniach epidemiologicznych, mających coraz częściej charakter prospektywny, udało się potwierdzić związek przyczynowy pomiędzy stylem życia a niektórymi chorobami (por. Amelang, 1997; Wrześniewski, 1993). Długofalowe badania nad czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, prowadzone nieprzerwanie od 1948 roku (program *Framingham Hearth Study*), i badania międzynarodowe pod kierunkiem Keysa (Badanie Siedmiu Krajów – Finlandii, Grecji, Włoch, Japonii, Holandii, USA i Jugosławii) wykazały, że niewłaściwa dieta, palenie tytoniu, picie alkoholu, brak aktywności fizycznej, nasłonecznianie się itp. stanowią w zespole czynników ryzyka istotne zagrożenie wystąpienia cho-



Dane o chorobach i przyczynach umieralności w USA w latach 1900 i 1982

W adaptacji według: Gniazdowski (1990, s. 11), za zgodą wydawcy, *copyright* Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.

RYCINA 59-1

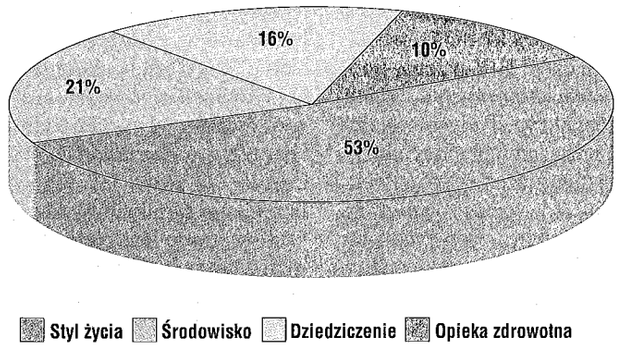
rób układu krążenia i chorób nowotworowych, czyli tych chorób, które zajmują pierwsze miejsca w statystykach przyczyn umieralności (Gniazdowski, 1990).

Tak więc pojawienie się problemów chorób cywilizacyjnych, coraz trudniejszych do opanowania przez medycynę naprawczą, spowodowało rozwój nowych ruchów w ramach ochrony zdrowia. Coraz bardziej zaczęto akcentować znaczenie zachowań chroniących i promujących zdrowie. Nastawienie na zmianę zachowań i krzewienie zdrowych stylów życia przerodziło się w tworzenie programów profilaktycznych i promocyjnych, których głównym elementem stała się zmiana zachowań ryzykownych na prozdrowotne. Podstawą tych szeroko zakrojonych akcji profilaktycznych były między innymi rezultaty badań prospektywnych, prowadzonych w latach 1965–1983 w Kalifornii *(Alameda Study*; zob. rozdz. 55.). W badaniach tych wykazano, że niepalenie, umiarkowane picie alkoholu, właściwa waga, aktywność ruchowa, 7–8 godzin snu na dobę są czynnikami behawioralnymi pozytywnie skorelowanymi ze stanem zdrowia – aktualnym i przewidywanym. Ten etap w rozwoju nauk o zdrowiu nazywa się często „drugą rewolucją zdrowotną". Programy posługujące się mechanizmami wpływu społecznego w celu zmiany stylów życia przyniosły w wielu krajach widoczne rezultaty. Świadczy o tym znaczne zmniejszenie śmiertelności z powodu chorób serca i raka piersi.

Jeszcze bardziej przekonujące dane uzyskano, badając udział czynników prozdrowotnych w tak zwanym „polu zdrowia" (por. raport Lalonda; za: Słońska, 1994). Wyniki te przedstawiono na rycinie 59-2. Pokazują one, że aż 74% udziału w kształtowaniu pola zdrowotnego ma styl życia i środowisko, przy czym sam styl życia, a więc zmienne indywidualnego zachowania, stanowi ponad 50% czynników warunkujących zdrowie.

Znalazło to swój dobitny wyraz w programie rezolucji „Zdrowie dla Wszystkich w Roku 2000", uchwalonym przez przedstawicieli 162 krajów zasiadających w Światowej Organizacji Zdrowia (*Targets...*, 1985). Rezolucja ta jest czołową uchwałą dla wszystkich krajów – sygnatariuszy tego dokumentu. Według niej ustalono cele polityki zdrowotnej dla różnych regionów świata i poszczególnych krajów. Polski Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005 nawiązuje do tych zaleceń i w centrum działania umieszcza kształtowanie zdrowych stylów życia, obok oddziaływania na środowisko i służbę zdrowia. W dokumencie *Targets for health for all* znajdujemy takie stwierdzenia:

> Badania naukowe pozwalają sądzić, że zachowania, takie jak zrównoważona dieta, regularne ćwiczenia fizyczne, zapewnienie odpoczynku i odprężenia, angażowanie się w satysfakcjonujące relacje społeczne [...], pomagają we wzmocnieniu poczucia własnej wartości i poprawie samopoczucia, a także stanowią zaporę przed inwazją choroby (por. Włodarczyk, 1994).



Pole zdrowia według raportu Lalonda

RYCINA 59-2

Problematyka zachowań zdrowotnych jest szczególnie intensywnie rozwijana w ramach promocji zdrowia (por. rozdz. 63.) i w nowoczesnych programach edukacji zdrowotnej (Angspaugh, Ezell i Goodman, 1983; Słońska i Misiuna, 1993).

59.2

Pojęcie i rodzaje zachowań zdrowotnych

Aktywność człowieka związana ze zdrowiem w toku jego życia i rozwoju przybiera różne formy. Może przenikać codzienne życie: pracę, naukę, zabawę i wypoczynek. Może realizować się w różnych kontekstach społecznych: w rodzinie, szkole, miejscu pracy, w sanatorium i szpitalu. Można więc wyróżnić pewną klasę zachowań, które nazywa się **zachowaniami związanymi ze zdrowiem** lub **zachowaniami zdrowotnymi**.

W literaturze przedmiotu najczęściej używa się terminu **zachowania zdrowotne** (*health behavior*). Terminu tego po raz pierwszy użył Koos (1954). Dotychczas jednak nie ma jednej, obowiązującej definicji tego pojęcia. Trudność precyzyjnego definiowania zachowań zdrowotnych wynika z tego, że związek zachowań (od prostych nawyków codziennej higieny aż do złożonych praktyk zdrowotnych) ze zdrowiem jest wieloznaczny.

W sytuacji napięcia i zdenerwowania robimy przerwy w pracy i wykonujemy proste czynności relaksacyjne. Przy bólach kręgosłupa wykonujemy odpowiednie ćwiczenia, bierzemy kąpiel lub masaż albo zażywamy leki. Już te przykłady wskazują, że efekt obniżenia napięcia lub złagodzenia bólu może być osiągany za pośrednictwem różnych zachowań. Ta wielofunkcyjność związków zachowania ze zdrowiem czyni analizę problemu bardzo złożoną. Związek zachowań ze zdrowiem może być bezpośredni i pośredni.

Bezpośredni związek zachowania ze zdrowiem łączy się na ogół z doświadczaną zmianą samopoczucia. Podobnie bezpośred-

nio mogą działać zachowania szkodliwe dla zdrowia – niebezpieczny seks może prowadzić do zakażenia wirusem HIV, palenie tytoniu oraz picie kawy w nadmiernych ilościach – do wzrostu ciśnienia krwi. Tu bezpośredni związek może być wykazany na mocy obiektywnych badań i testów, może też być subiektywnie doświadczany. Zdarza się również, że człowiek doświadcza wpływu zachowania na subiektywny stan zdrowia (samopoczucie) i/lub dysponuje wiedzą i jest przekonany o istnieniu tego związku.

Związki pośrednie mogą być różnie interpretowane. Są one nazywane pośrednimi dlatego, że konkretna czynność, na przykład sprzątnięcie mieszkania i zadbanie o jego wystrój, wpływa – poprzez oddziaływanie na psychikę – także na samopoczucie fizyczne. Zależności mogą być również odwrotne – zimny, hartujący natrysk, pobudzając organizm, wpływa na dobre samopoczucie psychiczne. Mamy tu do czynienia z pośredniością typu psychosomatycznego. Pośredni związek zachowania ze zdrowiem występuje jednak także w formie odroczonej i bardziej ukrytej. Są to związki obiektywne, na przykład wpływ ćwiczeń rekreacyjnych na zmianę sylwetki, albo też brak zbilansowanej diety, skutkujący otyłością i podwyższonym poziomem cholesterolu, który wpływa na zmiany miażdżycowe. Prozdrowotne lub antyzdrowotne wzory zachowań mogą być elementem tradycji i procesów socjalizacyjnych – ich wpływ rozciąga się wówczas na całe pokolenia. W takiej sytuacji mamy do czynienia ze znacznym wydłużeniem czasu pośredniego oddziaływania kulturowych wzorów zachowań zdrowotnych – przykładem może być higiena jamy ustnej i stan uzębienia mieszkańców krajów z wysoką i niską „kulturą stomatologiczną".

59.2.1
Definicje zachowań zdrowotnych

Istnieje wiele prób definiowania zachowań zdrowotnych, zwłaszcza w obrębie medycyny i socjologii medycyny. Przegląd tych ujęć przestawił w polskim piśmiennictwie Puchalski (1990). Wśród prezentowanych tam określeń znajdziemy bardzo szerokie, ujmujące **zachowania zdrowotne jako „zachowania rozpatrywane z punktu widzenia ich znaczenia dla zdrowia"** (tamże, s. 15). Z tego określenia wynikałoby, że zdrowotny aspekt zachowań nie jest elementem konstytutywnym tych zachowań, ale nazwę taką nadaje im zewnętrzny badacz, obserwator, profesjonalista działający na gruncie medycyny.

Frączek i Stępień (1997, s. 70–71) używają określenia **zachowania związane ze zdrowiem** i definiują je jako:

> takie czynności podejmowane i realizowane przez ludzi, które:
> – bezpośrednio i doraźnie albo pośrednio i w dalszej perspektywie sprzyjają lub szkodzą utrzymaniu normatywnych standardów zdrowia fizycznego i/lub psychicznego;
> – formują się w rezultacie doświadczeń socjalizacyjnych jednostki, zwłaszcza poprzez interakcję z bezpośrednim otoczeniem społecznym [...];
> – mają charakter na tyle powszechny czy masowy, iż stanowią problem społeczny, a nie dotyczą tylko jednostki.

Jest to ujęcie akcentujące społeczny charakter tych zachowań oraz ich aspekt normatywny. W literaturze spotyka się też węższe ujęcia. Harris i Guten (1979) zajmują się na przykład tylko zachowaniami prozdrowotnymi i określają je jako zachowania, które jednostka podejmuje w celu ochrony, utrzymania i rozwoju zdrowia niezależnie od obiektywnych efektów zdrowotnych. Schwarzer (1990) natomiast używa pojęcia zachowań istotnych dla zdrowia i uważa je za nadrzędne w stosunku do dwóch kategorii – zachowań promujących zdrowie i zachowań ryzykownych.

Poniżej przytoczymy jeszcze dwie, bardziej złożone definicje, które akcentują znaczenie zmiennych psychologicznych dla zachowań zdrowotnych. Mazurkiewicz (1978, s. 15) w swojej klasycznej już pracy na temat higieny i wychowania zdrowotnego ujmuje

zachowania zdrowotne jako „wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, wartości uznawane przez jednostki ludzkie i grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia". Autor ten dalej dodaje, że to, jaki jest człowiek pod względem zdrowotnym, wyraża się w jego zachowaniu zdrowotnym. Zachowanie to określa, jak człowiek pojmuje zdrowie, jak je ocenia, w jaki sposób nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych ludzi.

Mechanizmy psychologiczne jeszcze bardziej eksponuje Gochman (1988). Uważa on, że zachowanie zdrowotne obejmuje takie elementy, jak: przekonania (*beliefs*), oczekiwania i przewidywania (*expectations*), motywy, myślenie i emocjonalne mechanizmy osobowości oraz wewnętrzne wzory zachowań, związane z utrzymywaniem, umacnianiem i przywracaniem zdrowia. Autor ten wyraźnie sygnalizuje, że zachowania zdrowotne są kategorią podmiotową, choć nie rozstrzyga, czy mają status nawyku, czy też celowych czynności. Uważa on, podobnie jak Becker (1992), że zachowania zdrowotne mogą mieć charakter reaktywny (odpowiedź na wymagania społeczne, mody), nawykowy (efekt socjalizacji) i czynności intencjonalnych (zachowania celowe, uwarunkowane wiedzą i świadomością zdrowia).

Precyzyjną psychologiczną definicję zachowań zdrowotnych proponuje Irena Heszen-Klemens (1979). Według niej, **zachowania zdrowotne mają status czynności, czyli aktywności ukierunkowanej na cele zdrowotne.** Cele te mogą być wobec zdrowia pozytywne bądź negatywne; odpowiednio można wyróżnić **zachowania prozdrowotne** (unikanie choroby, poprawa stanu zdrowia i jego ochrona) i **zachowania antyzdrowotne** (zachowania szkodliwe dla zdrowia, unikanie podejmowania praktyk zdrowotnych itp.). Ponieważ autorka zajmowała się w swoich pracach głównie sytuacją człowieka chorego, nie musiała rozwiązywać trudnych problemów relacji pomiędzy zachowaniem, psychiką a zdrowiem. Relacje te są znacznie prostsze do odkrycia, gdy jako punkt wyjścia przyjmuje się wiedzę o patogenezie chorób. Mamy wówczas do czynienia ze związkami przyczynowo-skutkowymi.

Stwierdzone w licznych badaniach związki między czynnikami ryzyka a prawdopodobieństwem zachorowania pozwalają wyciągać wnioski o zachowaniach prewencyjnych. Ale już stwierdzone możliwości kompensowania wpływu czynników ryzyka przez zasoby (por. rozdz. 63.) pokazują, że związki te nie są proste. Znacznie trudniej określić sposoby oddziaływania czynników behawioralnych w osiąganiu celów zdrowotnych. Mamy tutaj do czynienia z zależnościami systemowymi (Sęk, 1997b; Włodarczyk, 1994) oraz wzajemnymi interakcjami czynników podmiotowych i środowiskowych, a wynikiem stwierdzonych korelacji lub skupień jest w większym stopniu wiedza oparta na prawdopodobieństwie, w mniejszym zaś – wskazanie przyczyn.

W badaniach tych i w podejściu salutogenetycznym, wychodzącym poza model biomedyczny, odmiennie ujmowane jest samo zdrowie. Nie jest to stan funkcjonowania narządów, ale – zgodnie z założeniami socjoekologicznymi i podejściem holistyczno-funkcjonalnym – proces polegający na równoważeniu wpływów w relacji człowiek – otoczenie.

Zdrowie traktowane jest jako wymiar, a o poziomie zdrowia decyduje proces wykorzystania energii w odpowiedzi na wymagania otoczenia. Decydującą rolę odgrywają w tym procesie **uogólnione zasoby odpornościowe** (*generalized resistance resources*), inaczej **potencjały zdrowia,** i poziom obciążenia stresorami (patogenami). Takie podejście do zdrowia reprezentuje współczesna psychologia zdrowia (np. Antonovsky, 1995; Sęk, 1997b).

W literaturze socjologicznej poświęconej promocji zdrowia częściej spotyka się definicję ujmującą zdrowie jako dyspozycję, jako poddającą się zmianom zdolność człowieka do osiągania pełni własnych możliwości fizycznych, psychologicznych i społecznych oraz do reagowania na wyzwania środowiska (Słońska, 1994). To ostatnie ujęcie nawiązuje do definicji zdrowia jako zdolności do

efektywnego wykonywania cenionych zadań (Parsons, 1969) lub jako zdolności do twórczego życia (*productive life*) (por. *Targets...*, 1985; zob. też różne ujęcia zdrowia w rozdz. 55.). W tym kontekście zachowania zdrowotne można znacznie precyzyjniej definiować – jako zachowania konserwujące i rozwijające zasoby zdrowotne (prozdrowotne) lub jako naruszające te zasoby i niszczące ich potencjały (antyzdrowotne).

Puchalski (1990) zwraca szczególną uwagę na relacje pomiędzy typami wiedzy o zdrowiu a zachowaniami człowieka. W naukach medycznych rozpatruje się związki pomiędzy zachowaniem (zmienna niezależna) a jego korzystnymi lub niekorzystnymi skutkami dla zdrowia. Przy czym wiedza o zdrowiu pochodzi z badań posługujących się wskaźnikami zobiektywizowanymi. Podmiot może, ale nie musi realizować świadomych celów zdrowotnych. W naukach społecznych, a więc także w psychologii, bada się, jak wiedza o zdrowiu i przekonania potoczne (zmienne niezależne) wpływają na zachowania zdrowotne. W tabeli 59.1 przedstawiono typologię zależności pomiędzy wiedzą a zachowaniami zdrowotnymi.

Tabela prezentuje cztery sposoby ujmowania relacji pomiędzy wiedzą o zdrowiu a zachowaniem. W relacji typu A zachowania podmiotu – korzystne lub niekorzystne dla zdrowia – oparte są na jego subiektywnej wiedzy o tych zachowaniach. Wiedza ta może mieć charakter świadomy, mogą się też na nią składać uwewnętrznione w toku socjalizacji przekazy społeczne na temat zachowań pro- i antyzdrowotnych. W tym polu mieszczą się więc zachowania, które podmiot określa jako wpływające na zdrowie.

W relacji typu B podmiot dysponuje pewną subiektywną wiedzą lub koncepcją zdrowia, która staje się celem zachowań. Wiedza i przekonania stają się motywem zachowań zdrowotnych. Pojęcie zdrowia wpływa zatem na zachowania.

W polu C wyróżniamy te zachowania, których profesjonaliści oczekują od ludzi, jako że znajomość relacji pomiędzy zachowaniem a zdrowiem pochodzi z wiedzy naukowej lub ze skodyfikowanych norm. Tu mieszczą się wszystkie te zależności, które wykryto w dziedzinie epidemiologii behawioralnej. Ten typ zależności bierze się pod uwagę przede wszystkim przy wyróżnianiu zachowań ryzykownych i profilaktycznych.

W relacji typu D zakłada się odwrotny kierunek związku – od zobiektywizowanego pojęcia zdrowia i czynników zdrowotnych (potencjałów) do zachowań zdrowotnych. Na przykład, koncepcja salutogenezy zakłada, że zasoby odpornościowe, poczucie koherencji i stresory wyznaczają sposób zachowywania się wobec zdrowia.

Puchalski (1990, s. 56) kończy swoją analizę projektem definicji zachowań zdrowotnych. Są to, według niego:

TABELA 59.1

Związek między typem wiedzy a sposobem ujmowania zachowań zdrowotnych

TYP WIEDZY	KIERUNEK ANALIZY ZALEŻNOŚCI	
	ZACHOWANIE → ZDROWIE	ZDROWIE → ZACHOWANIE
Wiedza subiektywna, przekonania podmiotu	A	B
Wiedza obiektywna, naukowa, profesjonalna	C	D

Według: Puchalski (1990, s. 56), za zgodą wydawcy: *copyright* Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.

wybrane przez obserwatora lub (i) podmiot działania zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (np. przekonań potocznych, danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej itp.) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy.

Rozważania na temat związków pomiędzy wiedzą a zachowaniem mają bardzo istotne znaczenie dla badań i praktyki promocji zdrowia i profilaktyki. Jeśli badacz lub działacz promocji zdrowia przyjmie za punkt wyjścia wiedzę zobiektywizowaną i pominie przekonania zdrowotne osób lub grup społecznych, możemy mieć do czynienia z podejściem, w którym tworzy się ogólne programy działań zdrowotnych, nieuwzględniające indywidualnych przekonań i potrzeb zdrowotnych ludzi. Jednakże – dzięki zobiektywizowanym pojęciom – uzyskujemy naukowe narzędzie do oceny programów promocji zdrowia.

Sądzimy, że w ramach psychologii można zaproponować – wykorzystując powyższe ustalenia – równie precyzyjne, ale prostsze określenie **zachowań zdrowotnych**, traktując je jako **reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem.** Od zachowań tych zależy, jakie miejsce człowiek zajmuje na wymiarze zdrowie – choroba (*health ease-disease,* HE-DE – por. Antonovsky, 1979).

59.2.2 Rodzaje zachowań zdrowotnych

Zachowania związane ze zdrowiem mogą sprzyjać równoważeniu obciążeń i przeciwdziałać czynnikom patogennym, mogą też proces ten zakłócać i powodować naruszenie zasobów zdrowotnych (Sęk, 1992).

Z takim ujęciem zachowań zdrowotnych zgodni są niemal wszyscy autorzy (m. in. Heszen-Klemens, 1979; Schwarzer, 1990). Przy takim zdefiniowaniu zachowań zdrowotnych, jak to wcześniej przedstawiono, można do nich zaliczyć zarówno **zachowania prozdrowotne**, jak i **antyzdrowotne, zachowania w zdrowiu i w chorobie.** Niektórzy autorzy wyrażają jednak pogląd, że uzasadnione jest, aby terminem zachowań zdrowotnych określać tylko takie zachowania, które – na mocy ustaleń ekspertów mających zobiektywizowaną wiedzę o zdrowiu – służą utrzymaniu, promocji i przywracaniu zdrowia somatycznego (Becker, 1992). Jest to podejście skrajnie redukcjonistyczne, jedno z tych, które nie służy postępowi w analizowanej tu dziedzinie. Gdybyśmy nie zajmowali się zachowaniami antyzdrowotnymi, nie moglibyśmy rozważać wielu ważnych kwestii – zarówno teoretycznych, jak i praktycznych.

Biorąc pod uwagę ustalenia dotyczące związków pomiędzy zdrowiem a zachowaniem oraz zasady konstruowania pojęcia **zachowania zdrowotne**, a także istniejącą już wiedzę o rodzajach zachowań zdrowotnych, można ustalić kilka podstawowych kryteriów klasyfikacji zachowań zdrowotnych. Przedstawiono je w tabeli 59.2.

Dla psychologii zdrowia najważniejszy jest podział zachowań zdrowotnych na:

(1) **nawykowe**, stabilne wzory zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych;
(2) **intencjonalne i celowe czynności** zdrowotne.

Pierwszy typ zachowań jest wynikiem procesów socjalizacyjnych i wpływów kulturowych. Można do nich zaliczyć proste nawyki higieniczne (na przykład mycie zębów i rąk przed jedzeniem, mycie ciała, mycie owoców), a także nawyki higieny mieszkania i najbliższego otoczenia. Jest to prawdopodobnie jedna z najstarszych kategorii zachowań istotnych dla zdrowia, zabezpiecza bowiem przed chorobami infekcyjnymi, zakażeniami itp. Ten typ zachowań prozdrowot-

TABELA 59.2

Kryteria podziału zachowań związanych ze zdrowiem

KRYTERIA KLASYFIKACJI / PORZĄDKOWANIA	RODZAJE ZACHOWAŃ ZWIĄZANYCH ZE ZDROWIEM	
Poziom organizacji aktywności i świadomości	Nawyki (nawyki higieny)	Intencjonalne czynności (celowe praktyki zdrowotne: dieta + ruch)
Stosunek do zdrowia, konsekwencje zdrowotne	Zachowania prozdrowotne (gimnastyka rekreacyjna, sen, relaks, dieta)	Zachowania antyzdrowotne (palenie tytoniu, rywalizacyjny styl robienia kariery, WZA)
Sytuacja zdrowotna	Zachowania w sytuacji zdrowia (kontrolne badania stomatologiczne)	Zachowania w sytuacji choroby (spełnianie zaleceń lekarskich)
Zachowania zdrowotne wynikające z roli	Rodzicielskie zachowania pro- i antyzdrowotne (karmienie piersią, palenie tytoniu)	Medyczne zachowania pro- i antyzdrowotne (prozdrowotne komunikowanie diagnozy)
Treść zachowań*	Promocyjne (nawiązywanie więzi, wspomaganie rozwoju)	Prewencyjne (bezpieczny seks, badania profilaktyczne)

Uwaga. *Gdy uwzględniamy treści zachowań, dokonujemy częściej porządkowania i wyliczania, rzadziej natomiast posługujemy się rozłączną klasyfikacją.

nych można kształcić od najwcześniejszych lat życia, w ramach procesów pierwotnej socjalizacji, w wychowaniu przedszkolnym i szkolnym.

Podobnie jest z nawykami żywieniowymi, choć w tej grupie zachowań bardzo duże znaczenie ma tradycja (kuchnie narodowe i regionalne) oraz zwyczaje domu rodzinnego, przekazywane z pokolenia na pokolenie. Dlatego też zalecenia stosowania tak zwanej zdrowej, zbilansowanej diety są często kwestionowane i przyjmowane z oporami. Niebagatelną rolę odgrywa tu także zmienność wyników badań nad działaniem pro- i antyzdrowotnym poszczególnych zaleceń dietetyków. Sprzeczna i niekonkluzywna wiedza w tym zakresie bardzo utrudnia krzewienie zdrowych nawyków dietetycznych i zamianę diety antyzdrowotnej na racjonalną i prozdrowotną. Prócz tego rygorystyczne zalecenia odbierają wiele przyjemności, jakie niesie ze sobą „biesiadowanie" i różne formy przyjęć towarzyskich.

Bardzo istotną rolę odgrywa również modelowanie w domu rodzinnym lub w szkole nawyków aktywnego wypoczynku i uprawiania sportu. Nawyki rekreacyjne i sportowe, przyswojone we wczesnym okresie rozwoju, „procentują" i bardzo przydają się ludziom dorosłym, gdy zagrożenie zdrowia wymaga systematycznego stosowania indywidualnie dobranych form ćwiczeń fizycznych.

Jako kryterium podziału zachowań zdrowotnych na nawyki i celowe czynności uwzględniono – obok poziomu organizacji i struktury zachowania – także poziom świadomości tych zachowań. Kryterium to jest niezwykle istotne z perspektywy stosowania mechanizmów wpływu społecznego, który – naszym zdaniem – jest najbardziej skuteczny wówczas, gdy chodzi o proste nawyki i normatywne zachowania regulujące życie społeczne.

Natomiast w kształtowaniu zachowań intencjonalnych i w zmianie zachowań ważną funkcję pełni podejście podmiotowe i indywidualna świadomość. To właśnie od świadomości zależy między innymi kształtowanie zdrowotnych wzorów zachowań, zwanych też autokreacją zdrowego stylu życia (Gniazdowski, 1995).

Drugi typ zachowań – celowe (intencjonalne) czynności zdrowotne – pojawia się najczęściej w sytuacjach zmiany życiowej i zmiany rozwojowej. Także wskutek choroby podejmujemy decyzję zmiany zachowań z antyzdrowotnych na prozdrowotne. Podobnie postępujemy w sytuacji podwyższonego ryzyka choroby. Zachowaniom tym poświęcimy więcej uwagi w podrozdziale 59.3.

Najczęściej stosowanym kryterium podziału zachowań zdrowotnych jest pozytywny lub negatywny stosunek do zdrowia oraz pozytywne lub negatywne konsekwencje, jakie dla zdrowia wynikają z konkretnych zachowań. Sumując dwa pierwsze kryteria, możemy wyróżnić prozdrowotne i antyzdrowotne nawyki lub czynności – z zastrzeżeniem, że wyjątkowo trudno znaleźć przykłady intencjonalnych czynności antyzdrowotnych (chyba że wartość zdrowia zajmuje w indywidualnej hierarchii wartości bardzo niskie miejsce). Bywa, że pewne osoby, na przykład niektórzy rodzice lub ludzie skoncentrowani na karierze zawodowej, świadomie naruszają wartości zdrowia dla własnych lub cudzych celów prospołecznych (poświęcanie się dla dzieci lub przedkładanie wartości merkantylnych, albo też duchowych nad zdrowie).

Kolejnym wyróżnionym w zestawieniu kryterium podziału zachowań zdrowotnych może być **poziom zdrowia – nasilenie choroby** (sytuacja zdrowotna). Możemy wówczas wyodrębnić **zachowania w sytuacji zdrowia** – promocyjne, profilaktyczne – i **zachowania w sytuacji choroby** (w sytuacji poczucia załamania zdrowia, zagrożenia zdrowia) – na przykład poszukiwanie diagnozy i pomocy, zachowania zdrowotne w roli chorego, **zachowania samoleczenia**. Samoleczenie stało się przedmiotem szczególnego zainteresowania opieki zdrowotnej w dobie komercjalizacji przemysłu farmaceutycznego.

Możemy także wyodrębnić działania zdrowotne wynikające z roli społecznej: **rodzicielskie zachowania zdrowotne**, przejawiające się w prozdrowotnej lub antyzdrowotnej opiece rodzicielskiej, i **zdrowotne zachowania medyczne**, podejmowane przez personel medyczny, przedstawicieli różnych profesji, zatrudnionych w instytucjach opieki zdrowotnej. Ostatnie trzy wyodrębnione kryteria podziału wyznaczają interesujące, a przy tym istotne perspektywy badań nad zachowaniami zdrowotnymi i skutecznością wdrażania programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Wszystkie wyodrębnione rodzaje zachowań zdrowotnych znaleźć można w często cytowanej pracy Kolbego (1988). Jednak w zakończeniu swojej listy autor ten wymienia również społeczne działania związane ze zdrowiem (*health-related social action*). Jest to kategoria odrębna, definiowana jako aktywność jednostek i grup, podejmowana przy pomocy środków instytucjonalnych, prawnych i ekonomicznych w celu wywarcia wpływu na zasoby służb medycznych i poziom zdrowia populacji. Jest to złożony typ działań, który występuje w nurcie promocji zdrowia, gdy realizuje się takie zadania, jak zmiana polityki zdrowotnej czy reorientacja służby zdrowia oraz ubezpieczeń zdrowotnych.

59.3

Styl życia a zdrowie

Określenia „styl życia" (*life style*) używa się w kontekście badań nad zdrowiem w bardzo różnych znaczeniach. W nurcie badań me-

dycznych i epidemiologii behawioralnej **styl życia oznacza luźno powiązany zespół zachowań (nawyków i czynności), charakterystyczny dla danej jednostki lub grupy (warstwy) społecznej, mający istotne znaczenie dla zdrowia.** Na mocy obiektywnych badań w ramach cytowanych już programów prospektywnych ustala się zespoły zachowań szkodzących zdrowiu oraz służących ochronie i rozwojowi zdrowia (w sensie *wellness*).

W związku z tą definicją, ujmującą problem czysto behawioralnie, wyróżnia się prozdrowotne style życia (prozdrowotną dietę, aktywność fizyczną, racjonalny wypoczynek, powstrzymywanie się od zachowań szkodliwych i radzenie sobie ze stresem) oraz antyzdrowotne style życia (na przykład styl życia typowy dla Wzoru zachowania A, koncentracja na pracy, pośpiech, rywalizacja i nastawienie na osiąganie sukcesów). W epidemiologii behawioralnej mówi się w związku z tym o chorobach ryzykownego stylu życia (Endlin i Golanty, 1982).

W obrębie nauk społecznych problematyka stylu życia została uznana za jedną z najbardziej złożonych (Ostrowska, 1997; Siciński, 1978). Stwierdzono także, iż brakuje zadowalającej definicji stylu życia. W podejściu socjologicznym akcentuje się jednak znaczenie wzorów społecznych i sytuacji społecznej. W tym ujęciu styl życia jest odzwierciedleniem przynależności do warstwy społecznej i wyrazem działania prawidłowości systemu społeczno-politycznego, gospodarczego i kulturowego. Człowiek realizuje w swoim stylu życia wzory wpływów społecznych i wzory kultury.

Styl życia zdrowotnego jest więc odzwierciedleniem procesów socjalizacyjnych i składa się z utrwalonych w jednostce **wzorów nawyków pozytywnie lub negatywnie związanych ze zdrowiem**. Te trwałe wzory zachowań zdrowotnych mogą także zależeć od wyznawanych zasad religijnych. Pewna grupa socjologów, działających na rzecz promocji zdrowia i „krzewienia zdrowych stylów życia", podejmuje w definiowaniu stylu życia problem interakcji czynników indywidualnych i środowiskowych. Przykładem takiego podejścia jest określenie, które wypracowano w ramach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Styl życia oznacza **„sposób życia oparty o wzajemny związek pomiędzy warunkami życia [...] a indywidualnymi wzorami zachowań zdeterminowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne"** (*Zespół...*, 1994, s. 101).

W pracach socjologicznych podkreśla się jednak, że na styl życia jednostki składają się wzory przejęte w drodze socjalizacji i że można wyodrębnić style życia typowe dla grup społecznych (klasa średnia, tak zwanych „białych kołnierzyków", przedsiębiorców) i całych społeczeństw. Stąd rozważania o miejskich i wiejskich stylach życia, o stylach życia w gospodarce centralistycznej i wolnorynkowej. Pisze się też o tym, że styl życia społeczeństw podlega silnym zmianom społecznym i transformacjom. Zagadnieniem tym zajął się Gniazdowski (1995). Pokazuje on, że nastawienia behawioralne, rozumiane – za Mirosławą Marody – jako zgeneralizowane i na ogół nieświadome dyspozycje do podejmowania zachowań w odniesieniu do zdrowia i opieki medycznej, mogą mieć postać **postawy roszczeniowej** jako reliktu nadopiekuńczego państwa i w związku z tym należy się spodziewać znacznych trudności w kształtowaniu świadomych i opartych na indywidualnej odpowiedzialności stylów życia zdrowotnego. Bezpłatna i nadopiekuńcza opieka zdrowotna spowodowała zależny i nacechowany wyuczoną bezradnością styl funkcjonowania zdrowotnego.

Zmian w tym zakresie należy się spodziewać w związku z tworzeniem się stylu życia opartego na kompetencjach, indywidualnej zaradności i przedsiębiorczości. Gniazdowski (1995) podkreśla jednak równocześnie, że ważne dla zdrowego stylu życia nastawienia behawioralne są także pochodną takich doświadczeń, jak bieda, bezrobocie i warunki życia. Stąd pochodzą też refleksje o tym, że trzeba pamiętać nie tylko o edukacji zdrowotnej, ale i o tworzeniu zdrowych warunków życia, umożliwiających realizację celów zdrowotnych. Jednak w najnowszych pracach zdrowy styl życia określa się jako „wzory **wybranych** zachowań spośród alternatywnych możliwości" (por. *Zespół...*, 1994, s. 101). Tym samym podkreśla się, że styl życia zdrowotnego może mieć charakter świadomego wyboru i autokreacji (Gniazdowski, 1995; Sęk, 1997c).

Z psychologicznego punktu widzenia można więc określić **styl życia związany ze zdrowiem jako charakterystyczny dla jednostki system zachowań zdrowotnych, uwarunkowanych cechami temperamentu, wiedzą, uogólnionymi poglądami i przekonaniami na temat świata, życia i własnej osoby, kompetencjami, systemem wartości i indywidualnymi doświadczeniami w zakresie zdrowia oraz zmiennymi społeczno-kulturowymi.** O tym, że styl życia związany ze zdrowiem należy badać przez pryzmat tak złożonych uwarunkowań, świadczy wiele badań z zakresu uwarunkowanego stylem życia ryzyka dla zdrowia. Badania nad prozdrowotnymi stylami życia to sprawa przyszłości. Przy takim ujmowaniu interesujących nas zagadnień powstaje też problem spójności wiedzy psychologicznej na temat różnych podejść do zagadnienia stylu, na przykład stylów radzenia sobie ze stresem (por. rozdz. 56. i 57.).

59.4

Podmiotowe i środowiskowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych

W psychologii zdrowia, a wcześniej w ramach medycyny behawioralnej, podejmowano i podejmuje się liczne badania nad mechanizmami zachowań zdrowotnych.

59.4.1

Badania nad strukturą zachowań zdrowotnych

Stan zachowań zdrowotnych jest monitorowany przez odpowiednie badania Głównego Urzędu Statystycznego, prowadzone w ostatnich latach także w zespołach międzynarodowych (*Rocznik...*, 1997). Jedną z najciekawszych prac na ten temat jest pierwsza monografia dotycząca zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego (Gniazdowski, 1990). Opisano w niej świadomość społeczną i wiedzę potoczną oraz następujące zachowania: sposób odżywiania, palenie tytoniu, picie alkoholu i aktywność fizyczną. Podobne treściowe kategorie zachowań zdrowotnych opisali Harris i Guten (1979). Również polskie badania studentów i młodzieży wykazały, że na pierwszym miejscu najczęściej wymieniano odżywianie, następnie eliminację nałogów, aktywność fizyczną, ale także higienę psychiczną i walkę ze stresem, lekarskie badania kontrolne, higienę ciała, dbanie o więzi społeczne i zachowania profilaktyczne. Przykładowy zestaw podawanych rodzajów zachowań zdrowotnych przedstawiono w tabeli 59.3 (por. Dolińska-Zygmunt, 1996).

Wydaje się, że populacja polska (zwłaszcza studenci) za zachowania służące zdrowiu częściej uznaje te, które są związane ze zdrowiem psychicznym (higiena psychiczna, ekspresja emocji, relaks, techniki antystresowe).

Współcześnie do zachowań zdrowotnych wykrytych w badaniach epidemiologicznych (Harris i Guten, 1979) dołącza się z reguły walkę ze stresem, a często także zapobieganie wypadkom oraz prewencyjne zachowania seksualne. W badaniach nad strukturą zachowań zdrowotnych, to jest nad łączeniem się pojedynczych zachowań i grup zachowań w wiązki i czynniki, brano pod uwagę zarówno wiedzę potoczną, jak i wypowiedzi ekspertów, którzy tworzyli listy grup zachowań związanych z polepszaniem stanu zdrowia, kon-

TABELA 59.3

Częstość deklarowanych zachowań zdrowotnych

RODZAJE ZACHOWAŃ	PROCENT UDZIAŁU DANYCH ZACHOWAŃ W DEKLARACJACH	
	KOBIETY (n = 27)	MĘŻCZYŹNI (n = 23)
Zdrowe odżywianie	62,50	52,94
Aktywność ruchowa	43,75	29,41
Trening sportowy	25,00	41,18
Relaks, walka ze stresem	37,50	27,54
Higiena psychiczna	50,00	–
Eliminacja nałogów	43,75	23,53
Zachowania profilaktyczne	42,50	35,92
Korzystanie z opieki medycznej	5,88	–

Uwaga. Procenty nie sumują się do 100, ponieważ jedna osoba mogła podawać więcej zachowań zdrowotnych. Jest to próbka danych z badań własnych 50 osób (wiek 24–56; 27 M i 23 K, z wykształceniem podstawowym, średnim i wyższym).

serwacją zdrowia, zapobieganiem zaburzeniom i z przywracaniem zdrowia w sytuacji choroby. Becker (1992) stworzył w ten sposób Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych (KZZ), który w założeniu miał oceniać: zdrowe odżywianie, regulację wagi ciała, aktywność fizyczną, unikanie szkodliwych dla zdrowia zachowań (palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, leków i środków toksycznych), zdobywanie informacji ważnych dla zdrowia, relaksację, wypoczynek, walkę ze stresem, wymianę uczuć, unikanie wypadków w ruchu ulicznym i gospodarstwie domowym, wypełnianie zaleceń lekarskich i wykonywanie badań kontrolnych oraz higienę ciała. Wyniki badań za pomocą KZZ, składającego się z 82 pozycji, opracowano przy użyciu analizy czynnikowej, która wykazała, że zachowania te grupują się wokół trzech czynników. Są nimi:

(1) Zachowania prewencyjne, dostosowane do norm zdrowotnych i oczekiwań (na przykład: „Oglądam chętnie telewizyjne programy zdrowotne", „Dbam o to, aby wyleczyć się z choroby", „Codziennie biorę natrysk", „Obchodzę się ostrożnie z urządzeniami elektrycznymi", „Gdy jadę samochodem, zawsze zapinam pasy bezpieczeństwa").
(2) Zdrowa dieta i ruch (na przykład: „Chodzę po schodach, zamiast korzystać z windy", „Codziennie uprawiam ćwiczenia gimnastyczne", „Udaje mi się utrzymywać stałą wagę ciała", „Jem dużo warzyw i owoców", „Unikam słodyczy", „Jestem dobrze poinformowany o zdrowej diecie").
(3) Relaks, odpoczynek, higiena psychiczna (na przykład: „Potrafię w czasie pracy robić krótkie przerwy", „Bardzo dbam o dobry nastrój w domu", „Dzielę się z bliskimi moimi troskami", „Mam swoje sposoby na walkę ze stresem").

W badaniach tych powtórzyło się więc to, co już wcześniej zauważył Mechanic (1968), mianowicie, że zachowania zdrowotne grupują się wokół centralnej funkcji, jaką pełnią. Dotyczy to zwłaszcza czynnika relaksacji, jako że w tych zachowaniach różnymi sposobami dbamy o regulację napięcia i zmniejszanie negatywnych emocji oraz wzbudzanie po-

RAMKA 59.1

Badania Beckera (1992) nad strukturą zachowań zdrowotnych prowadzono na rodzicach oraz ich synach i córkach – studentach. Analizowano powiązania tych zachowań z cechami osobowości i poziomem zdrowia psychicznego. W tabeli 59.4 przedstawiono wyniki tych badań.

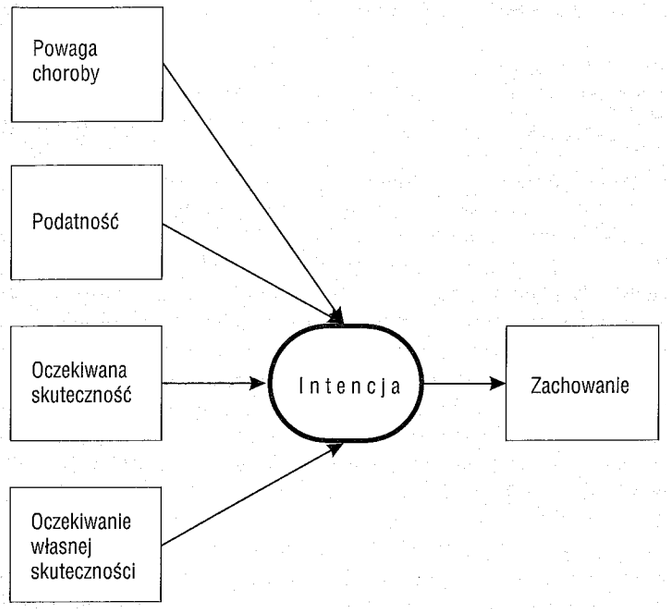
Z tabeli tej wynika, że powiązania między cechami osobowości (tu mierzone kwestionariuszem *Trierer Persönlichkeitsfragebogen* – TPF) a trzema czynnikami zachowań zdrowotnych występują, aczkolwiek nie są wysokie. Ważne jest, że czynniki stosunkowo najbardziej korelują z pomiarem zdrowia psychicznego i z takimi wymiarami, jak realizacja sensu i ekspansywności życiowej. Ważny jest też związek pomiędzy umiejętnością wypoczynku i relaksu a zdolnością do więzi emocjonalnych. Wskazuje to, iż zachowania zdrowotne nie są tylko modą lub treningiem nastawionym wyłącznie na sprawność ciała, ale mają też głębszy sens psychologiczny. W omawianych badaniach udało się również wykazać, że kobiety (zarówno studentki, jak i ich matki) przejawiają więcej zachowań zdrowotnych. Rodzice są bardziej skoncentrowani na zachowaniach prewencyjnych, natomiast młodzież studencka bardziej dba o relaks i wypoczynek. Korelacje wyników między ojcami, matkami a ich studiującymi córkami/synami okazały się dodatnie. Małżonkowie są do siebie podobni w zachowaniach prewencyjnych i zdrowym odżywianiu oraz aktywności fizycznej. Natomiast studentki i studenci uzyskują podobne wyniki jak ich matki, przy czym dotyczy to zwłaszcza diety i ruchu. Zastanawia niski związek tego typu zachowań u ojców i ich dzieci, a zwłaszcza córek.

TABELA 59.4

Korelacje pomiędzy wynikami w teście osobowości TPF a wynikami w Kwestionariuszu Zachowań Zdrowotnych (KZZ)

SKALE TPF	SKALE KZZ		
	ZACHOWANIA PROFILAKTYCZNE	ZDROWA DIETA AKTYWNOŚĆ RUCHOWA	RELAKS WYPOCZYNEK
Kontrola zachowania	0,37**	0,09	0,05
Zdrowie psychiczne	0,27**	0,45**	0,21**
Realizacja sensu	0,34**	0,40**	0,17*
Decentracja	0,13	0,24**	0,06
Brak objawów	0,05	0,36**	0,07
Ekspansywność życiowa	0,21**	0,20*	0,29**
Autonomia	0,07	0,23**	0,03
Samoakceptacja	0,18*	0,32**	0,23**
Zdolność do więzi emocjonalnych	0,17*	0,13	0,32**

Uwaga. TPF – *Trierer Persönlichkeitsfragebogen*; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. W adaptacji według: Becker (1989, s. 117).



Modele motywacji do ochrony według Rogersa

RYCINA 59-3

zytywnych, prozdrowotnych uczuć, powstających w kontaktach społecznych. To, że zachowania polegające na aktywności ruchowej połączyły się z dietą, wynika prawdopodobnie z tego, że są to różne środki do uzyskania sprawności fizycznej. Wyodrębnił się natomiast pierwszy czynnik, który obejmuje zachowania związane z profilaktyką chorób.

59.4.2 Teoretyczne modele podmiotowych i sytuacyjnych uwarunkowań zachowań zdrowotnych

Pierwszą próbą wyjaśnienia uwarunkowań zachowań zapobiegających chorobie był **model przekonań zdrowotnych**, przedstawiony w rozdziale 55. i mieszczący się w nurcie psychologii poznawczej. W ramach teorii społecznego uczenia się powstało wiele hipotez i badań empirycznych tłumaczących zachowania zdrowotne. Bandura (1977a, 1991) wykazał, że **oczekiwanie pozytywnego wyniku** zachowań prozdrowotnych i prewencyjnych (porzucenia palenia papierosów, ćwiczeń, kontroli uzębienia itp.) i **oczekiwanie własnej skuteczności** są tymi zmiennymi, które w najwyższym stopniu wyjaśniają utrzymywanie abstynencji nikotynowej i kontynuację ćwiczeń ruchowych.

W ślad za Bandurą, w ramach społecznej psychologii poznawczej opracowano kilka modeli wyjaśniających zjawiska skutecznego uczenia się zachowań zdrowotnych i podejmowania dojrzałych decyzji w tym zakresie. Przy pomocy tych koncepcji można także opisać i wyjaśnić zjawiska oporu wobec edukacji

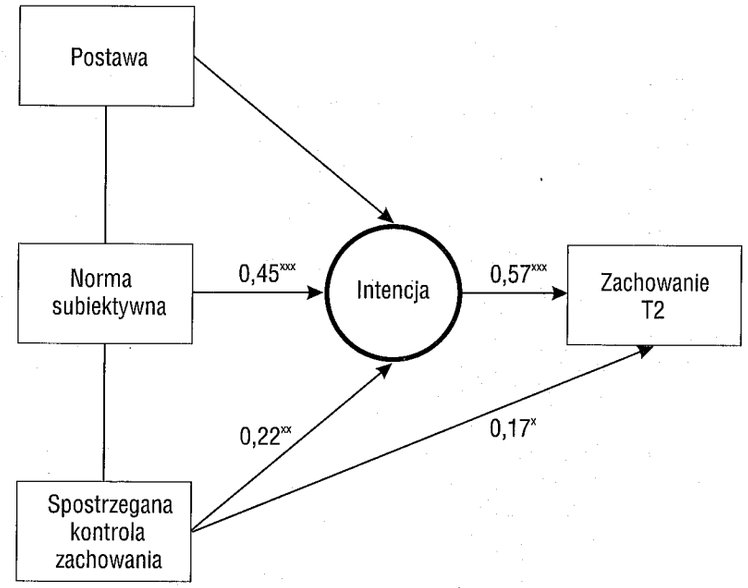
zdrowotnej i zjawiska nawrotów do zachowań autodestrukcyjnych. W tych nowych modelach wprowadzono pojęcie **intencji** podjęcia lub zmiany zachowania. Przez intencję rozumie się chęć i zamiar wykonania pewnej czynności, aby osiągnąć pożądany efekt lub cel.

Model Rogersa (1975) wyróżnia cztery czynniki warunkujące **motywację do ochrony**, która jest rodzajem intencji behawioralnej. Są to: powaga choroby i podatność (zaczerpnięte z modelu przekonań zdrowotnych) oraz oczekiwana skuteczność i poczucie własnej skuteczności (zob. ryc. 59-3).

Jak podaje Schwarzer (1997), badano siłę przewidywania tego modelu w wyjaśnianiu intencji zapobiegania chorobom nowotworowym. Zmienne: podatność i dolegliwości, okazały się nieistotne – podobnie jak w cytowanych poniżej badaniach nad intencją nakładania kasków ochronnych przez młodych cyklistów. Natomiast oczekiwanie wyniku i poczucie własnej skuteczności wyjaśniały większość wariancji zmiennej zależnej.

Najczęściej jednak w badaniach nad czynnościami zdrowotnymi wykorzystuje się **teorię planowanego zachowania** (TPB, *theory of planned behavior*) Ajzena, która jest istotną modyfikacją wcześniejszej **teorii uzasadnionego zachowania** (*Theory of Reasoned Action*, TRA) Fishbeina i Ajzena (Ajzen, 1988). Jej celem jest wyjaśnianie **czynności wolicjonalnych**. Model Ajzena przedstawiono w uproszczeniu na rycinie 59-4.

Rycina ta prezentuje wyniki badań nad uczeniem chłopców używania kasku ochronnego podczas jazdy rowerem (Quine, Rutter i Arnold, 1998). W modelu tym postawa wo-



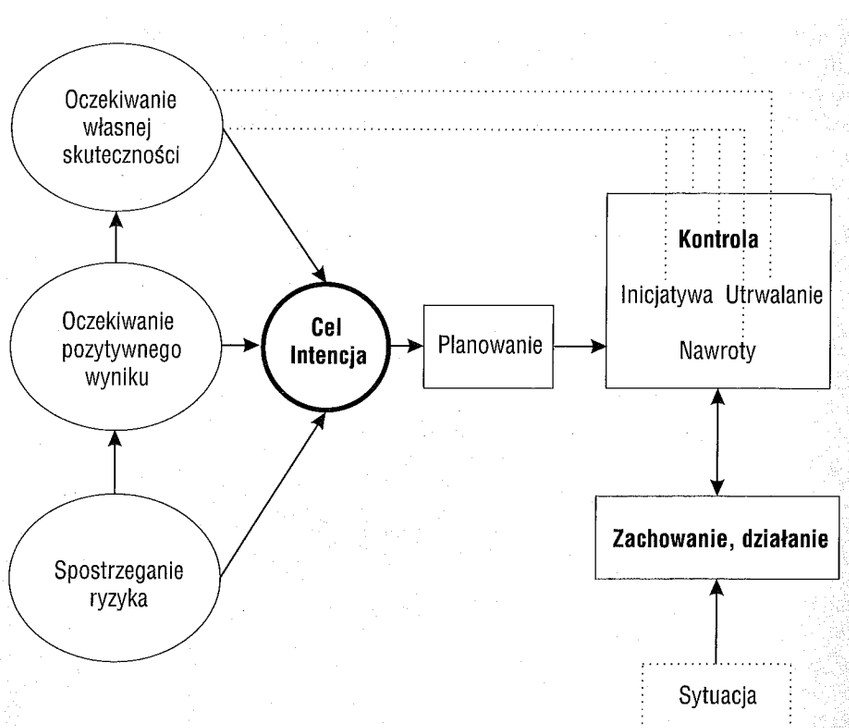
Modele planowanych zachowań

Uwaga. $^{xxx}p < 0{,}001$; $^{xx}p < 0{,}01$; $^{x}p < 0{,}05$. Na schemacie naniesiono dane z badań Quine i in. (1998, s. 262), za zgodą wydawcy; *copyright* Harwood Academic Publishers.

RYCINA 59-4

bec noszenia kasku nie odegrała istotnej roli. Natomiast subiektywna norma, czyli spostrzegana siła nacisku społecznego ze strony ważnej osoby (lidera grupy rówieśniczej), miała istotne znaczenie dla intencji zachowania, podobnie jak spostrzegana kontrola zachowania („Mogę pamiętać o nakładaniu kasku"), która wpływa pozytywnie zarówno na intencję, jak i na rzeczywiste zachowanie w czasie przyszłym (kontrola jazdy z kaskiem w czasie T2). Na przykładzie tych badań widać też, jak ważne znaczenie dla zachowania ma intencja, choć nie determinuje go w pełni. Owa rozbieżność pomiędzy intencją a zachowaniem stała się dla Schwarzera podstawą do opracowania nowego modelu.

Schwarzer (1992, 1998) poddał opisane koncepcje zbiorczej interpretacji. Zaproponował bardziej złożony model wyjaśniania zjawisk związanych z zachowaniami zdrowotnymi i nazwał go **procesualnym modelem czynności zdrowotnych** (*health action process approach*, HAPA; zob. ryc. 59-5).



Procesualny model czynności zdrowotnych

W adaptacji według: Schwarzer (1998, s. 1), za zgodą wydawcy; *copyright* Freie Universität Berlin.

RYCINA 59-5

W procesie kształtowania i utrwalania czynności zdrowotnych można wyodrębnić dwie fazy: (1) fazę motywacji i kształtowania intencji oraz (2) fazę wprowadzania intencji w czyn i utrwalania nowych zachowań zdrowotnych. W fazie motywacji (przedstawionej po lewej stronie schematu) istotnymi predyktorami są: oczekiwanie wyniku i oczekiwanie własnej skuteczności.

Oczekiwanie wyniku (*outcome expectancy*) to przewidywanie pozytywnych zmian w następstwie zachowania zdrowotnego. Motyw zdrowotny powinien więc być „wkomponowany" w sferę wartości człowieka, powinien też zapowiadać konkretne korzyści. Zmienna oczekiwania pozytywnego wyniku powinna być także związana z systemem uwewnętrznionych norm, które – zdaniem Ajzena (1988) – bezpośrednio wyznaczają intencję zachowań zdrowotnych.

Oczekiwanie pozytywnych zmian najsilniej wyznacza intencje, ale intencje te są także istotnie wzmacniane przez **oczekiwanie własnej skuteczności** (*self-efficacy*). To specyficzne poczucie posiadania kompetencji do wprowadzenia nowych zachowań związanych z celem zdrowotnym zależy w dużym stopniu od ogólnej zmiennej osobowościowej, związanej z poczuciem kontroli zachowań, ale zwanej przez Bandurę zgeneralizowanym poczuciem własnej skuteczności (*general self-efficacy*).

Intencje i cele zdrowotne są także modyfikowane przez poczucie, że sytuacja zdrowotna konkretnej osoby jest poważnym problemem życiowym, gdy występowaniu czynników patogennych towarzyszy świadomość podatności na ich działanie. Dwa ważne procesy związane z podatnością – silnie akcentowane na początku badań nad przekonaniami zdrowotnymi – Schwarzer (1992) określił jako: (1) spostrzeżenie i ocenę zagrożenia zdrowia oraz (2) ocenę własnych uwrażliwień (*vulnerability*) wobec tych zagrożeń. Stanowią one o poziomie spostrzeganego ryzyka dla zdrowia.

Z badań wiadomo, że intencja zmiany zachowań, na przykład stosowania diety czy porzucenia palenia, może powstać wówczas, gdy poczucie zagrożenia (ryzyka) nie będzie zbyt nasilone i nie wystąpi zbyt duże obniżenie poczucia kompetencji, związane z obniżeniem poczucia kontroli zachowania. Trzeba też dodać, iż badania nad profilaktycznymi zachowaniami zabezpieczającymi przed zakażeniem wirusem HIV wykazały, że tylko poziom realnego zagrożenia był istotnym i najsilniejszym predyktorem zmiany zachowań (Conner i Graham, 1993).

Skupimy się teraz na stronie prawej schematu Schwarzera, gdzie autor analizuje procesy realizacji intencji zdrowotnych. Jest to jego ważny wkład do tych zagadnień. W badaniach często bowiem stwierdzano, że dobre, prozdrowotne intencje nie gwarantują skuteczności działań zdrowotnych. Schwarzer zadał więc istotne pytanie – skąd biorą się te rozbieżności?

Poszukując uwarunkowań realizacji intencji prozdrowotnych, autor ten wykorzystał koncepcję siły woli Kuhla (1982, 1986). W ujęciu tym siła woli do wprowadzenia w czyn zamiaru zachowań zdrowotnych zależy przede wszystkim od orientacji na działanie, a nie na stan. Oznacza to, że podmiot skoncentrowany jest na rozwiniętej strukturze działania zdrowotnego. Skupia swoją uwagę na rozbieżności pomiędzy stanem teraźniejszym a przyszłym, a zwłaszcza na możliwości zlikwidowania tej rozbieżności za pomocą konkretnego działania (na przykład „Wiem, jak pozbyć się nadwagi lub jak poprawić swoją sprawność"). Warunkuje to tworzenie planów działania i poczucie kontroli.

Jednym z ważnych warunków kontroli działania, czyli orientacji na działanie, jest **dojrzały zamiar** (*mature intention*). Zamiar taki charakteryzuje się tym, że podmiot czuje się sprawcą innowacji (czuje osobiste zobowiązanie do konkretnego zachowania), dokładnie określa cechy kontekstu, w jakim zamiar ów będzie realizowany (czas, miejsce, warunki realizacji zamiaru), i sporządza dokładny plan działania zdrowotnego. Efektywność kontroli sposobów realizowania zamiaru zależy też od tego, czy podmiot koncen-

truje swoją uwagę na informacjach podtrzymujących zamiar, skupia się na wzbudzaniu uczuć wzmacniających zamiar i jego realizację, a w percepcji otoczenia koncentruje się na danych wspomagających realizację intencji, świadomie tłumiąc przy tym informacje zakłócające powzięty zamiar i realizowanie planu. W kontroli działania znów istotną rolę odgrywa ocena własnej skuteczności. Ludzie mający wątpliwości co do swego zamiaru układają scenariusz zachowań zdrowotnych z błędami, nie dostosowują zachowań do własnych możliwości itp.

Rozwinięte procesy planowania i samokontroli wraz z poczuciem własnej skuteczności decydują o poziomie inicjatywy czynności zdrowotnych i o ich trwałości. Dojrzały zamiar i duża siła woli mogą jednak napotkać, jak słusznie zauważa Schwarzer (1992), **przeszkody sytuacyjne** (na przykład utrwalone stereotypy zdrowotne) i brak **wsparcia społecznego** lub sytuację tolerancji, dającą oparcie w realizacji postanowień o zmianie zachowań względem zdrowia (przykładem jest powstrzymywanie się od ryzykownych zachowań przez pacjenta po zawale serca).

O tym, że wszystkie omówione elementy modelu procesualnego czynności zdrowotnych sprawdzają się w praktyce, świadczą badania nad skutecznością programów promocji zdrowia. Istnieje bowiem w psychologii zdrowia nurt bardzo pragmatyczny. Jego przedstawiciele – niezależnie od teoretyków – doszli do bardzo podobnych wniosków w toku badań monitorujących programy prozdrowotne (zob. np. Lee i Owen, 1985; Maes, 1992). Aktualnie podejmowane są badania nad syntezą modeli społecznej psychologii poznawczej i koncepcji fazowego (stadialnego) przebiegu zmiany zachowań związanych ze zdrowiem. W pracach Prochaski i DiClemente (1983) wyróżniono kilka stadiów przy zmianie zachowań zdrowotnych: fazę prekontemplacyjną (brak wrażliwości na sygnały, że palenie jest szkodliwe), fazę kontemplacyjną (zaczyna się o tym myśleć), fazę podejmowania decyzji o zmianie (podjęcie decyzji o porzuceniu palenia), fazę wprowadzania zmian i fazę ich utrwalania. Badania wykazały, że teoria planowanego zachowania odnosi się także do koncepcji stadialnej (Prochaska i DiClemente, 1983). Najważniejsze są wyniki wykazujące, że spostrzegana kontrola zachowania, a zwłaszcza siła intencji wprowadzenia zmian w istotny sposób wpływają na utrzymywanie się zachowań – na przykład gimnastyki usprawniającej u osób starych po upływie trzech lat od podjęcia przez nie decyzji (Courneya, Nigg i Estabrooks, 1998).

59.5

Zasady kształtowania zachowań zdrowotnych

Na zakończenie przedstawimy najważniejsze, podsumowujące rezultaty tych badań, które można wykorzystać w praktyce profilaktycznej i promocji zdrowia oraz w edukacji zdrowotnej. Tak jak to przewidział Schwarzer (1992; por. też Maes, 1992), zmiana zachowań zdrowotnych przebiega w fazach. W praktyce stwierdzono, że należy wyodrębnić trzy fazy:

(1) faza decyzji o zmianie,
(2) faza wprowadzania zmian w zachowaniu,
(3) faza utrwalania zachowań prozdrowotnych lub prewencyjnych.

W każdej fazie zmiany zachowań zdrowotnych, a więc także w trakcie grupowych i indywidualnych programów promocji zdrowia, skuteczne są inne formy działania i wspomagania tych zmian przez profesjonalistów, osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia i politykę zdrowotną oraz przez akcje zdrowotne.

W fazie podejmowania decyzji najistotniejsze są makrooddziaływania, kampanie reklamowe, akcje promocji zdrowia zmierzające do wzbudzania motywacji prozdrowotnej pojedynczych osób i grup społecznych. Ważną rolę odgrywają w niej także mechanizmy wpływu społecznego (Górnik-Durose, 1995; Sęk, 1997c).

W fazie drugiej – wprowadzania decyzji w czyn – najczęściej proponuje się mikrooddziaływania, w szczególności ukierunkowane na małe grupy (wysokiego ryzyka), którym oferuje się standardowe programy treningu zachowań prozdrowotnych. Są to kluby sportowe, akcje odchudzania, treningi antystresowe itp. Techniki te ignorują ważny aspekt upowszechniania wiedzy o zdrowym stylu życia – nie doceniają znaczenia fazy pierwszej i oddziaływania na dużą populację w taki sposób, by wzbudzić refleksję nad stylem życia, a zupełnie mijają się z celami fazy trzeciej – utrwalania zmian. Stwierdzono bowiem, że przymusowo wprowadzone programy antynikotynowe, racjonalnego żywienia, ćwiczeń ruchowych dają dobre rezultaty w pierwszych 6 miesiącach, następnie wyniki spadają, po czym często obserwuje się nawroty do poprzednich zwyczajów. Natomiast osoby, które podejmowały świadome i swobodne decyzje o zmianie zachowań względem zdrowia, uzyskiwały znacznie trwalsze efekty.

W fazie trzeciej najistotniejszą rolę odgrywa siła woli, poczucie własnej skuteczności i wsparcie społeczne. W badaniach wielokrotnie stwierdzono, że wsparcie ze strony rodziny lub ważnej grupy odniesienia w znacznym stopniu podwyższa odroczone w czasie efekty zmiany zachowań. Dlatego też przy wprowadzaniu programów promocji zdrowia ważne jest, aby oddziaływać także na możliwie najszerszy kontekst naturalny (środowisko) i społeczny, na instytucje promocji zdrowia i społeczność lokalną, aby zaakceptowane przez ludzi pozytywne przemiany w świadomości miały charakter systemowy.

Podstawowe zasady, które powinny regulować kształtowanie intencjonalnych zachowań zdrowotnych, można ująć w następujących punktach:

(1) Kształtowanie i zmiana zachowań zdrowotnych powinny być rezultatem swobodnego wyboru.
(2) Zachowania zdrowotne powinny być powiązane z systemem wartości jednostki i pozytywnie przez nią oceniane.
(3) W realizowaniu swobodnych decyzji zdrowotnych powinna obowiązywać zasada stawiania sobie i innym realistycznych celów, gwarantujących powstanie poczucia własnej skuteczności.
(4) Propozycje prozdrowotne i popularyzacja wiedzy o zdrowiu powinny być dostosowane do odbiorców (osób, grup) i do kontekstu naturalnego, materialnego i społeczno-kulturowego.
(5) Treść zachowań zdrowotnych powinna być elastycznie dostosowana do odbiorców, albo też powinna stanowić wynik wyboru.
(6) W kształtowaniu zachowań zdrowotnych bardzo istotną rolę odgrywa wspomagające działanie grup odniesienia, społeczności lokalnej i wsparcie profesjonalistów.

59.6

Podsumowanie

Przedstawiliśmy główne obszary wiedzy i badań empirycznych nad powiązaniami między indywidualnym zachowaniem a poziomem zdrowia i choroby. Badania w ramach tak zwanej epidemiologii behawioralnej wykazały, że wraz z rozwojem cywilizacji pojawiła się nowa grupa chorób przewlekłych, w których ponad 50% czynników ryzyka należy przypisać stylowi życia. W ramach medycyny behawioralnej, a następnie psychologii zdrowia powstał w związku z tym intensywnie rozwijający się dział, zajmujący się zachowaniem związanym ze zdrowiem.

Jak wykazaliśmy, związek zachowania ze zdrowiem może mieć zróżnicowany charakter. Zachowanie może wywołać bezpośrednie

obiektywne lub subiektywne zmiany samopoczucia, a te z kolei mogą być korzystne lub niekorzystne. Wpływ zachowania na zdrowie może też być pośredni, a niekiedy mocno odroczony w czasie.

Przedstawiliśmy różne sposoby definiowania zachowań zdrowotnych, pochodzące z kręgu nauk medycznych i społecznych. Psychologom bliższe są określenia akcentujące mechanizmy społeczne i psychologiczne. Szczególny akcent położyliśmy na związek wiedzy subiektywnej i obiektywnej z zachowaniami związanymi ze zdrowiem. Dlatego też zachowania zdrowotne określiliśmy jako reaktywne, nawykowe i celowe formy aktywności człowieka, które – na gruncie wiedzy obiektywnej i subiektywnego przekonania – pozostają w istotnym wzajemnym związku ze zdrowiem.

Omówiliśmy także kryteria klasyfikacji zachowań zdrowotnych, które umożliwiły nam podział zachowań na nawyki prozdrowotne i antyzdrowotne oraz czynności celowe. Można też wyodrębnić zachowania w sytuacji zarówno zdrowia, jak i choroby, zachowania zdrowotne wynikające z roli chorego i pacjenta oraz zachowania różne co do treści. Wykazano, że zachowania mogą być ryzykowne dla zdrowia, szkodzące zdrowiu, ochraniające i promujące zdrowie. Zachowania mogą dotyczyć jednostek, grup i społeczności. Podział zachowań na różne kategorie i konkretne formy jest pomocny w badaniach i praktyce promocji zdrowia, w profilaktyce i leczeniu schorzeń.

Określenie „styl życia związany ze zdrowiem" jest pojęciem wieloznacznym. Styl ten może być pojmowany tylko jako wzór behawioralny. Większe znaczenie ma jednak pojmowanie stylu życia zdrowotnego jako charakterystycznego dla jednostki i społeczności sposobu życia, uwarunkowanego zarówno czynnikami społeczno-kulturowymi, jak i indywidualnymi. Niektórzy z autorów podkreślają podmiotowy wybór sposobu życia i związek stylu życia zdrowotnego z systemem wartości i filozofią życia. Badania nad psychologicznymi uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych silnie akcentują przekonania na temat ryzyka, podatności na chorobę, a także na temat kontroli.

W ramach społecznej psychologii poznawczej powstało kilka modeli zachowań zdrowotnych: model motywacji do ochrony Rogersa, model planowanych zachowań Ajzena oraz procesualny model intencjonalnych czynności zdrowotnych Schwarzera. Modele te zostały empirycznie potwierdzone. Przy ich pomocy można wyjaśnić, dlaczego ludzie dążą do zmiany zachowań zdrowotnych, dlaczego je porzucają, czy też dlaczego konsekwentnie zmieniają styl życia zdrowotnego. Ta empiryczna wiedza może być stosowana w praktyce profilaktycznej, promocyjnej i w edukacji zdrowotnej.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Jakie można wyróżnić związki zachowania ze zdrowiem?
2. Jakie są sposoby definiowania zachowań zdrowotnych i stylu życia związanego ze zdrowiem?
3. Jakie są kryteria podziału zachowań zdrowotnych i najważniejsze rodzaje tych zachowań?
4. Koleżanka/Kolega ma zamiar „rzucić palenie" – jak można ją/jego w tym wesprzeć? Czego trzeba się od niej/niego dowiedzieć, aby ta pomoc była skuteczna?
5. Czym różnią się następujące modele zachowań zdrowotnych: model przekonań zdrowotnych, model planowanych zachowań, model motywacji do ochrony?
6. Jakie zmienne psychologiczne najsilniej wpływają na trwałą zmianę zachowań?

LITERATURA ZALECANA

Gniazdowski, A. (red.). (1990). *Zachowania zdrowotne.* Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.

Heszen-Niejodek, I., Sęk, H. (red.). (1997). *Psychologia zdrowia.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Ostrowska, A. (1997). Prozdrowotne style życia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, 4,* 7–24.

Ratajczak, Z., Heszen-Niejodek, I. (red.). (1997). *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń.* Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

60

Wprowadzenie do psychologii klinicznej

J. Czesław Czabała i Helena Sęk

Psychologia kliniczna jest jedną z głównych dziedzin psychologii stosowanej. Termin „kliniczna" nie oddaje ani zakresu zastosowań, ani też przedmiotu badań. Jest to określenie usankcjonowane tradycją i służące porozumiewaniu się psychologów na całym świecie. Termin ten nawiązuje do okresu, kiedy to na przełomie XIX i XX wieku powstawały pierwsze „kliniki psychologiczne", w których psychologowie zajmowali się dziećmi, młodzieżą i osobami dorosłymi, cierpiącymi na zaburzenia psychiczne i przejawiającymi różne formy nieprzystosowania indywidualnego i społecznego. Zakres zastosowań psychologii klinicznej stopniowo się poszerzał. Psychologowie kliniczni początkowo współpracowali głównie z psychiatrami w klinikach i poradniach, uzupełniając diagnozę zaburzeń psychicznych i prowadząc reedukację oraz rehabilitację. Współdziałali także z lekarzami i innymi specjalistami w poradniach medyczno-pedagogicznych i w ruchu higieny psychicznej. Pojęcie „psychologia kliniczna" oznacza również, że jej przedmiotem są problemy patologii.

60.1

Psychologia kliniczna jako dyscyplina

Helena Sęk

Obecny stan psychologii klinicznej i stopniowe przekształcanie się zakresu jej zastosowań były silnie związane z rozwojem nurtu teoretycznego, nurtu badań empirycznych, w szczególności patopsychologii eksperymentalnej, oraz z działalnością praktyczną i organizacyjną różnych stowarzyszeń na rzecz zawodu psychologa klinicznego.

Przez ponad sto lat istnienia tej dyscypliny powtarzają się problemy i dyskusje związane ze sposobem uprawiania praktyki zawodowej, stosunkiem tej praktyki do teorii i podstawowej wiedzy psychologicznej oraz do sposobu nauczania psychologii klinicznej.

Innym problemem jest także stosunek psychologii klinicznej do **psychopatologii**. Najczęściej uważa się, że psychopatologia jest dziedziną podstawową zarówno dla psychiatrii, jak i dla psychologii klinicznej. Jest to wiedza opisująca zaburzenia psychiczne – objawy i zespoły objawów – oraz wskazująca na czynniki etiologiczne i patomechanizm zaburzeń. W psychopatologii można wyróżnić podejście opisowe, zwane patopsychologią procesów psychicznych, oraz dynamiczno-wyjaśniające, określane mianem patopsychologii mechanizmów przystosowawczych (Bogacka i Frączek, 1965; Zawadzki, 1965).

W pierwszym podejściu mamy do czynienia z wyodrębnieniem i dokładnym opisem takich zjawisk, jak omamy, natręctwa, zaburzenia myślenia i wiele innych. Z tym podejściem związana jest **patopsychologia eksperymentalna**. W polskiej literaturze fachowej znane są między innymi prace zespołu kierowanego przez Blumę Zeigarnik (1983). To podejście badaczy rosyjskich wykorzystywano w szczególności do ukształtowania metody eksperymentu klinicznego w postępowaniu diagnostycznym.

W drugim podejściu zaburzenia psychiczne ujmuje się jako wyraz błędnego przystosowania jednostki, jako wyraz stosowania mechanizmów obronnych osobowości, jako specyficzne komunikowanie się lub jako przejaw radzenia i nieradzenia sobie ze stresem i kryzysem. W podejściu dynamicznym mamy do czynienia z większymi całościami. Psychologia kliniczna w różnym stopniu korzysta z ustaleń obu nurtów psychopatologii.

Przemiany w nurcie teoretycznym wpływają na to, jak definiuje się psychologię kliniczną, jakie stawia się jej zadania badawcze, jak opisuje i wyjaśnia zaburzenia psychiczne. Od rozwoju wiedzy teoretycznej zależeć mogą także sposoby wyodrębniania i ujmowania zadań praktycznych, podejście do diagnozy i terapii, psychologicznej rehabilitacji, prewencji zaburzeń i promocji zdrowia.

Podobne znaczenie mają badania empiryczne. Psychologia kliniczna dysponuje bardzo obszerną wiedzą empiryczną.

Współczesny kształt psychologii klinicznej jest też w znacznym stopniu uwarunkowany wpływami społecznymi. Wynika to również z faktu, że psychologia kliniczna, chcąc być dziedziną społecznie użyteczną, odpowiadała coraz częściej na zapotrzebowanie społeczne. W ostatnich latach notuje się wzrost **wiedzy społecznie responsywnej**, co jest efektem podejmowania ważnych tematów społecznych, jak na przykład uzależnienia i programy profilaktyki, przemoc, kataklizmy, sytuacje kryzysowe i interwencja w kryzysie.

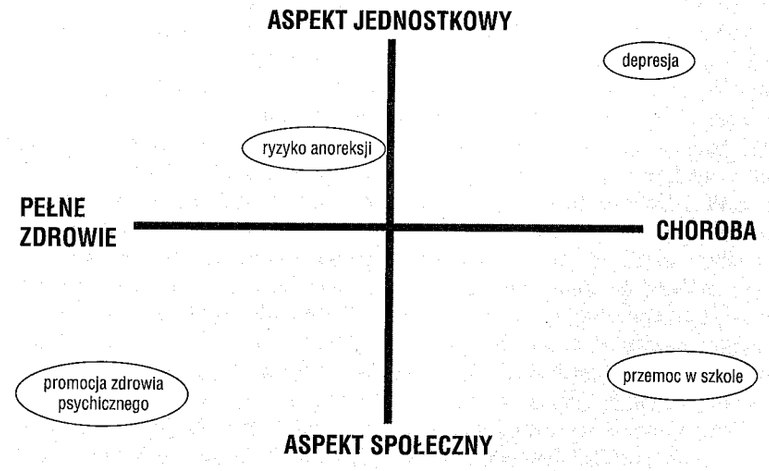
W psychologii polskiej przyjął się pogląd, że psychologia kliniczna jest dziedziną badań i praktyki. Obszar rzeczywistości, którym zajmuje się psychologia kliniczna, dotyczy zaburzeń zachowania i ich psychospołecznych przyczyn oraz zaburzeń somatycznych uwarunkowanych czynnikami psychospołecznymi, a także wpływu zaburzeń somatycznych (chorób) na funkcje psychiczne. Współcześnie coraz częściej psychologowie kliniczni zainteresowani są również drugim biegunem wymiaru, to jest zdrowiem psychicznym i zdrowiem rozumianym całościowo, jako pełny biopsychospołeczny dobrostan.

Psychologię kliniczną określamy jako dziedzinę psychologicznych badań i zastosowań, która zajmuje się opisem i wyjaśnianiem zdrowych oraz zaburzonych form zachowania, przeżywania i funkcjonowania somatycznego. Zadania praktyczne polegają na diagnozie zdrowia i/lub zaburzeń oraz na profesjonalnej pomocy i interwencji. Zachowanie, przeżywanie i funkcje biologiczne są zaburzone wówczas, gdy człowiek nie zaspokaja swoich potrzeb i nie realizuje celów indywidualnego i społecznego rozwoju lub/i nie wypełnia zadań wynikających z wymagań uspołecznionej kultury. Przy czym przez uspołecznioną kulturę rozumie się taką, w której do naczelnych wartości i norm należy dobro ogólnoludzkie (Kowalik i Sęk, 1998). W obszarze zainteresowań psychologa klinicznego znajdują się więc zjawiska pojawiające się na co najmniej dwóch wymiarach: (1) zdrowie – choroba i (2) jednostka – społeczeństwo. Ilustruje to rycina 60-1.

RAMKA 60.1

Autorzy poszukujący korzeni psychologii klinicznej zgodnie podają nazwisko Lightnera Witmera, który w 1896 utworzył na Uniwersytecie Pensylwania w Filadelfii pierwszą klinikę psychologiczną, ogłosił metodę kliniczną w psychologii i założył w 1908 roku czasopismo *The Psychological Clinic* (Lewicki, 1978; Wallen, 1964). Jest to o tyle ciekawe, że Witmer napisał pracę doktorską pod kierunkiem samego Wundta i mógł w tym czasie korzystać z wykładów Sigmunda Freuda, który wówczas przebywał na Uniwersytecie Clarka w Ameryce Północnej.

Inną ważną postacią jest Clifford Beers, który po spisaniu swoich doświadczeń z pobytu w szpitalu psychiatrycznym i po ich opublikowaniu w książce *Umysł, który odnalazł samego siebie* założył w roku 1908 Towarzystwo Higieny Psychicznej, korzystając z poparcia psychologa Williama Jamesa i psychiatry Adolfa Meyera. Od tego czasu nieprzerwanie i bardzo intensywnie rozwija się na całym świecie ruch społeczny higieny psychicznej, który przyczynił się także do przemian w psychologii klinicznej i wpłynął na podejmowanie problematyki ochrony zdrowia psychicznego oraz na zapobieganie psychopatologii (Dąbrowski, 1979).



Wymiary organizujące obszary badań i zadania psychologii klinicznej

RYCINA 60-1

Wymiary te mogą też służyć do uporządkowania zjawisk opisywanych w rozdziałach przedstawiających różne formy patologii. Są wśród nich takie, które mają głównie aspekt jednostkowy, na przykład zaburzenia nastroju. Są to również zaburzenia głębokie, więc będą się mieściły przy prawym krańcu wymiaru zdrowie – choroba. W innych zaburzeniach dominuje aspekt społeczny. Są to zjawiska przemocy i innych antyspołecznych zachowań, ale także skutki stresu społecznego i katastrof. Gdy psycholog kliniczny podejmuje zadania wynikające z Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego, to zajmuje się problemami, które można umieścić po lewej stronie wykresu, w różnym oddaleniu od krańca „zdrowie". Może to być rozwijanie potencjałów zdrowotnych, zwanych też zasobami odpornościowymi, a te mogą być jednostkowe i społeczne.

Czytelnik powinien jednak wiedzieć, że psychologię kliniczną definiowano różnorodnie. W definicjach tych – jak już wspomniano – zawsze ukryte jest pewne podstawowe założenie o naturze człowieka, jego psychice oraz o sposobie i zakresie stosowania wiedzy psychologicznej.

Stosunkowo rzadko spotyka się określenie ograniczające psychologię kliniczną do zastosowania wiedzy psychologicznej we współpracy z psychiatrami w celu ustalenia psychologicznego aspektu diagnozy zaburzeń psychicznych (por. Jarosz, 1988). Takie podejście jest bardzo zawężone. Pojawiło się na początku drogi rozwojowej tej dziedziny, ale używane było w Polsce w latach pięćdziesiątych, gdy zawód psychologa zamieniono na zawód asystenta psychiatrycznego.

Psychologia amerykańska posługuje się określeniami akcentującymi przede wszystkim jednostkowe badanie człowieka specjalistycznymi metodami w celu zrozumienia jego problemów i trudności. Tak właśnie można zrekonstruować pogląd Richarda Wallena (1964), autora tłumaczonego w Polsce podręcznika *Psychologia kliniczna*. W jego definicji zwraca się uwagę na to, że psycholog kliniczny wykonujący zadania praktyczne nie bada abstrakcyjnych procesów i ich zaburzeń, ale spotyka się z człowiekiem żyjącym w określonym środowisku i stara się go zrozumieć. To ujęcie, prezentowane przez Wallena, pokazuje także, jak ważne w psychologii klinicznej są specyficzne metody, najczęściej – metody badania osobowości. Dzięki temu psychologia kliniczna – zwłaszcza gdy celem jest psychoterapia – korzysta z bardzo bogatej wiedzy czerpanej z różnych kierunków psychologii. W specjalistycznych podręcznikach psychologii klinicznej wiele miejsca zajmuje omówienie zdrowia i patologii w głównych modelach: psychodynamicznym, behawioralnym, poznawczym, fenomenologiczno-humanistycznym i systemowym (społecznym). Dane o znaczeniu tych kierunków dla psychologii, a psychologii klinicznej w szczególności, znajdzie Czytelnik zarówno w rozdziałach poświęconych osobowości, jak i podstawom teoretycznym psychoterapii.

Psychologię kliniczną definiowano także jako dziedzinę zajmującą się zaburzeniami przystosowania i ich psychospołecznymi determinantami (Lewicki, 1965). Pojęcie przystosowania rozwijano następnie w ramach teorii samoregulacji. Dlatego też dość powszechnie spotyka się definicję określającą psychologię kliniczną jako dziedzinę psychologii stosowanej, która zajmuje się zaburzeniami procesów regulacji psychicznej człowieka (Lewicki, 1978; Susułowska, 1975), lub jako tę dziedzinę psychologii, która zajmuje się zaburzeniami zachowania, rozumianymi jako zaburzenia czynności ukierunkowanych na cel i mających wewnętrzny mechanizm regulacyjny (Kowalik i Sęk, 1998). Widać więc, że podstawą tych definicji jest ogólna teoria regulacji, która przez niektóre kierunki może być kwestionowana. Warto jednak zaznaczyć, że ujęcie Lewickiego (1978) uwzględniało regulację standardów. Zbudowano w ten sposób pomost do koncepcji ujmujących człowieka z perspektywy rozwoju indywidualnych potencjałów, określanych poprzez pojęcia samoaktualizacji i aktywnego poszukiwania sensu życia.

Przedmiot psychologii klinicznej proponujemy określić jako zespół twierdzeń opisujących zaburzenia zachowania i funkcji somatycznych, wyjaśniających biopsychospołeczny mechanizm tych zaburzeń oraz określających przyczyny i uwarunkowania zaburzeń i zdrowia. Do przedmiotu psychologii klinicznej należy także wiedza o sposobach postępowania w celu ochrony zdrowia i zapobiegania zaburzeniom oraz wiedza z zakresu psychologicznej terapii zaburzeń. Jest to wiedza podstawowa i profesjonalna, gwarantująca kształtowanie umiejętności działania promocyjnego, prewencyjnego i interwencji terapeutycznych. Przedmiot psychologii klinicznej obejmuje zawsze myśl teoretyczną oraz uogólniony zapis doświadczenia klinicystów. Zarówno wiedza, jak i doświadczenie kliniczne decydują o sposobie wyodrębniania, badania oraz rozumienia zjawisk i obiektów związanych ze zdrowiem i chorobą, a występujących w różnych obszarach rzeczywistości. Należy więc przedmiot odróżnić od obiektów badań i obszarów zastosowań.

Zadania psychologów klinicznych są dwojakiej natury: badawcze i praktyczne. Zadania badawcze polegają na tworzeniu nowej wiedzy teoretycznej i empirycznej. Często też dotyczą ogólnych teorii, jak to na przykład miało miejsce w studiach nad pojęciami zdrowia i normy (Sowa, 1984). Ważne są również prace reinterpretujące wiedzę z podstawowych działów psychologii, na przykład pojęcie roli w grupie terapeutycznej czy pojęcie kryzysu. Niekiedy także psychologowie kliniczni przyczyniają się do rozwoju dziedzin podstawowych. Można tu przywołać rolę, jaką odegrały metody projekcyjne i eksperyment kliniczny.

Ważne jest, aby do badania określonego obszaru rzeczywistości stosować odpowiednie terminy, pojęcia i sposoby badania. Powstawanie coraz pełniejszej i coraz bardziej złożonej wiedzy oraz metod, a także potrzeby społeczne spowodowały, że aktualnie wiele dziedzin psychologii stosowanej, zajmującej się specyficznymi rodzajami zaburzeń i problematyką zdrowia oraz choroby, wyodrębniło się jako oddzielne specjalności. Widać to wyraźnie w niniejszym podręczniku.

Od początku osobno rozwijały się psychologia kliniczna człowieka dorosłego oraz dzieci i młodzieży. Psychologia kliniczna dziecka od momentu powstania wypracowała sobie status znacznej odrębności (zob. rozdz. 64.).

Podobnie od dawna uznaje się neuropsychologię jako oddzielną podspecjalność, o czym mowa jest w rozdziale 65. Jest także tradycją, iż psychologiczne problemy osób niepełnosprawnych i rehabilitacji podejmowano w odrębnych zespołach (zob. rozdz. 70.). W ostatnich latach jako odrębna dziedzina ukształtowała się psychologia zdrowia. Wynikało to z wielości zadań zarówno teoretycznych, jak i praktycznych, jakie w zakresie zdrowia somatycznego i psychosomatycznego ma do spełnienia psycholog, a także z coraz bardziej wyodrębniającego się zespołu twierdzeń składających się na przedmiot tej dziedziny. Trzeba jednak zaznaczyć, że problematyka psychologii stresu i traumy oraz zaburzenia psychosomatyczne nadal są przedmiotem badań obu dziedzin: psychologii klinicznej i psychologii zdrowia. Podobnie trudno sobie wyobrazić psychologię kliniczną bez psychoterapii, która w tym podręczniku została ujęta w osobnym rozdziale. Także problemy uzależnień oraz niektóre formy patologii społecznej są przedmiotem zainteresowania psychologa klinicznego.

Charakteryzując zadania praktyczne psychologa klinicznego, można wyróżnić zadania związane z diagnozą zdrowia i zaburzeń oraz z działaniami interwencyjnymi (pomocnymi): promocją, prewencją, interwencją w kryzysie, poradnictwem i terapią. Do zadań psychologa klinicznego należy też współpraca z grupami samopomocy.

Przemiany w zawodzie psychologa klinicznego polegają na zastosowaniu psychologii do coraz bardziej złożonych sytuacji, obejmujących nie tylko pojedynczego człowieka, ale najczęściej człowieka w interakcji z innymi ludźmi – jako członka grupy, uczestnika większych społeczności. Poznawaniu proble-

mów zdrowotnych jednostki coraz częściej towarzyszy diagnoza i ekspertyza kontekstu społecznego i środowiska. Wyraźnie zmienia się model pracy psychologa. Początkowo dominował model kliniczno-opiekuńczy. Zgodnie z nim, psycholog koncentrował się na pracy z pacjentem (najczęściej hospitalizowanym) w oderwaniu od jego środowiska, spostrzeganym przez pryzmat zaburzeń i różnych dysfunkcji. Z czasem wyłonił się model środowiskowo-profilaktyczny, w którego ramach psycholog ujmuje pacjenta lub klienta w relacji do jego środowiska życia i działania; spostrzega go jako osobę zdolną do zmian i do zachowania lub odzyskiwania pełnej samodzielności.

60.2

Norma a patologia psychiczna

J. Czesław Czabała

Diagnoza zaburzeń psychicznych wymaga specyficznych metod, mających na celu rozpoznawanie cudzych stanów psychicznych. Antoni Kępiński (1989) zwraca uwagę na to, że diagnoza zaburzeń psychicznych wymaga innych metod niż diagnoza zaburzeń somatycznych.

To, co wyróżnia **diagnozę zaburzeń psychicznych**, to niejednoznaczny przedmiot diagnozy i nie zawsze dające się zobiektywizować metody diagnozowania. **Zaburzenia psychiczne** najczęściej bywają opisywane przez wiele objawów, których konstelacje rozpoznawane są jako zespoły objawów. Te same objawy mogą występować w różnych zespołach i niekiedy dopiero ich nasilenie lub częstość występowania oraz współwystępowanie ze sobą pozwalają wnioskować o tym, jaki zespół zaburzeń psychicznych zostanie zdiagnozowany.

Metody diagnostyczne stosowane do rozpoznawania zaburzeń często narażone są na większy subiektywizm, niż dzieje się to w innych dyscyplinach medycznych. Wnioskowanie o rodzaju objawów **choroby psychicznej** odbywa się na podstawie subiektywnego opisu doznań pacjenta i na podstawie obserwacji prowadzonej przez diagnozującego albo przez osoby z otoczenia chorego. Opisy takie i obserwacje mogą być zniekształcone zarówno przez chorego, jak i przez obserwatorów. Trudności w obiektywizowaniu diagnozy zaburzeń psychicznych dodatkowo pogłębia fakt, że ustalenie przyczyn wielu zaburzeń psychicznych jest nadal bardzo trudne. Większość sformułowań dotyczących przyczyn chorób psychicznych ma charakter hipotez, a nie jednoznacznych twierdzeń o etiologii tych zaburzeń. Ponadto postawienie diagnozy psychiatrycznej czy psychologicznej często nie implikuje jednoznacznych decyzji dotyczących sposobów leczenia zdiagnozowanego zaburzenia. Podjęcie decyzji o rodzaju leczenia ciągle w znacznej mierze zależy od przekonań bądź wykształcenia osoby proponującej terapię, a nie od jasno określonych zasad postępowania terapeutycznego, uwarunkowanych jednoznacznym rozpoznaniem przyczyn danego zaburzenia.

Podobnie diagnozowanie zaburzonych cech psychicznych jest narażone na taką samą niejednoznaczność i ograniczony obiektywizm. Patologię osobowości, niedostosowanie społeczne, nadmierną czy niedostateczną reaktywność emocjonalną, zachowania aspołeczne i wiele innych cech psychicznych opisuje się i definiuje w sposób wieloznaczny, a proponowane narzędzia ich identyfikowania są tak różnorodne, że trudno o jednoznaczny paradygmat ich rozpoznawania.

Stwierdzenie patologii psychicznej wymaga określenia tego, co patologią nie jest, czyli zdefiniowania **normy psychicznej**. Pojęcie „normy" czy „normalności" również nie jest jednoznaczne (por. Sowa, 1984). Normalność może być rozumiana jako:

(1) powszechność, masowość, częstość występowania w danej populacji;
(2) zgodność z oczekiwaniami, konwencją, wzorami zachowań właściwymi dla danej populacji;
(3) zgodność z normami obowiązującymi w danej populacji.

Większość zaburzeń psychicznych, zaburzeń funkcji psychicznych czy zaburzeń zachowania jest opisywana i definiowana przez opisy społecznych zachowań jednostki. Stąd są one najczęściej odnoszone do „norm społecznych" we wszystkich trzech, opisanych wcześniej, znaczeniach. Odstępstwo od normy w postaci częstości występowania jakiejś cechy czy zachowania niezgodnego z oczekiwaniami większości albo z aktualnie obowiązującymi normami może zostać nazwane **patologią**, chociaż w innych społecznościach albo warunkach kulturowych takie cechy czy zachowania mogłyby zostać uznane za „normalne". Przykładem tego rodzaju „patologii" było rozpoznawanie jako patologicznych i wymagających leczenia (najczęściej przymusowego) zachowań osób jawnie głoszących negatywne poglądy na temat ustroju państw realnego socjalizmu.

Istnieje jednak wiele trudniejszych pytań. Czy patologią jest nadmierna troska o stan swojego organizmu w czasach namawiania do dbałości o własne zdrowie? Czy patologią jest wczesne rozpoczynanie współżycia seksualnego w dobie rewolucji seksualnej? Czy patologią jest homoseksualizm?

Kryteria rozpoznawania zaburzeń psychicznych zmieniają się w zależności od zmian kulturowych, ideologicznych i obyczajowych, co najlepiej widać w zmieniających się kolejnych wydaniach *Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania* w ICD-10 (por. Pużyński i Wciórka, 1997).

Trudności w zdefiniowaniu patologii i normy nie oznaczają, że zarówno patologia, jak i norma nie istnieją i są nierozpoznawalne. W literaturze wymienia się różne **kryteria patologii**, pomagające odróżnić patologię od normy. Neale, Davison i Haaga (1996) na przykład proponują, aby **patologię** (*abnormal behavior*) odróżniać od normy na podstawie następujących kryteriów:

(1) **Wskaźniki statystyczne**. Określenie normy statystycznej odbywa się przez pomiar jakiejś cechy w danej populacji i wyliczenie rozkładu liczebności danej cechy w postaci krzywej normalnej. Wszystkie osoby znajdujące się w przedziale wyników średnich (wyznaczanym najczęściej przez średnią i odchylenie standardowe) opisywane są jako normalne.
(2) **Zachowania niespodziewane**. Jako odbiegające od normy określa się takie zachowania, które w określonych sytuacjach są odmienne od typowych reakcji na daną sytuację. Na przykład, reakcja lęku na sytuację poruszania się windą jest reakcją odbiegającą od reakcji większości ludzi, u których przejazd windą nie wzbudza takich emocji.
(3) **Naruszanie norm**. Przykładem takich zachowań są zachowania odmienne od przyjętych norm społecznych, takie jak: nieprzestrzeganie zasad higieny osobistej przez niektóre osoby chore psychicznie, nastrój wesołości niedostosowany do sytuacji (w czasie pogrzebu) – co zdarza się u chorych na zaburzenia maniakalne.
(4) **Poczucie subiektywnego dyskomfortu**. Za patologiczne uważa się takie stany, które wywołują bardzo duże poczucie cierpienia, na przykład cierpienie spowodowane depresją czy zaburzeniami lękowymi.
(5) **Niesprawność**. Za patologiczne stany czy zachowania uważa się takie, które prowadzą do niepełnej sprawności, na przykład: niezdolność do wykonywania pracy, niezdolność do poruszania się środkami lokomocji, niezdolność do współżycia seksualnego, niezdolność do pokierowania swoimi uczuciami.

Wszystkie te kryteria odróżniania patologii od normy nie są na tyle jednoznaczne, aby

można je było uznać za wystarczające. Kryterium statystyczne podkreśla przeciętność w zakresie jakiejś charakterystyki właściwej dla danej populacji. W innych populacjach taka charakterystyka może mieć rozkład zupełnie inny. Na przykład, sztywne przestrzeganie rytuałów, charakterystyczne dla zaburzeń kompulsywnych, może być normą w niektórych populacjach o określonych przekonaniach religijnych. Reakcje lękowe na widok milicjanta w okresie realnego socjalizmu, przeżywane przez wielu ludzi, którzy nie popełnili żadnego przestępstwa, były „normą" w tamtych warunkach, a „patologią" dla obywateli krajów demokratycznych, gdzie policjant jest spostrzegany jako obrońca i osoba zobowiązana do udzielenia pomocy. Kryterium naruszania norm społecznych podlega zmianom spowodowanym zmianami cywilizacyjnymi, obyczajowymi i kulturowymi. Na przykład, zmieniła się klasyfikacja homoseksualizmu. Był on uznawany za patologię do lat siedemdziesiątych, podczas gdy obecnie uważany jest za normalną orientację seksualną. Przeżywanie subiektywnego cierpienia także nie zawsze świadczy o stanach czy zachowaniach patologicznych. Osoby z poważnymi zaburzeniami osobowości mogą popełniać wiele drastycznych przestępstw przeciwko zdrowiu czy życiu innych ludzi, przeżywając przy tym uczucia zadowolenia, a nawet szczególnej przyjemności związanej z tymi czynami przestępczymi. W rozpoznawaniu patologii stosowane jest czasem kryterium częstych zmian pracy jako objawu trudności przystosowania się. Tymczasem w wielu środowiskach, a szczególnie w krajach o dużym wskaźniku bezrobocia, częste zmiany pracy mogą być wyrazem dobrego przystosowania się – sugerują bowiem zaradność osoby szukającej jakiegokolwiek zajęcia w sytuacji bezrobocia.

Rosenhan i Seligman (1994) wymieniają jeszcze inne kryteria pozwalające odróżnić patologię od normy: trudności w przystosowaniu, nieracjonalność i dziwaczność, wyrazistość i konwencjonalność. Normę od patologii odróżnia – ich zdaniem – to, czy zachowanie jest funkcjonalne i czy służy osiągnięciu określonych, pożądanych przez osobę celów. Przykładem zachowań sprzecznych z normalnymi dążeniami człowieka mogą być powtarzające się zachowania autodestrukcyjne: prowokowanie konfliktów z innymi ludźmi, narażające jednostkę na odrzucenie, uporczywe prowokowanie konfliktów małżeńskich czy rodzinnych, zaniechania w zakresie odżywiania się, czy wreszcie samookaleczenia i usiłowania samobójcze.

W zachowaniach ludzkich najczęściej łatwo jest dostrzec ich celowość i racjonalność. Oznacza to, że każdy zachowujący się, a także obserwator zachowania może określić, co dana osoba zamierza czy zamierzała osiągnąć przez swoje zachowanie oraz jakimi motywami się kierowała, podejmując określone działania. Nienormalne zatem wydają się takie zachowania, których celowość albo motywy sprawiają wrażenie nieracjonalnych. Przykłady takich zachowań to: zaburzenia jedzenia – naprzemienne objadanie się i prowokowanie wymiotów; zaburzenia myślenia – urojeniowe sądy o rzeczywistości jako motywy zachowań świadczących o poczuciu bycia kierowanym przez fale radiowe czy przez myśli innych ludzi.

Dużo rzadziej formułuje się pozytywne opisy zdrowia psychicznego, co pozwoliłoby na odróżnienie patologii od normy. Określenie tego, czym jest **zdrowie psychiczne**, pozwoliłoby na bardziej świadome i planowane podejmowanie działań, które kształtowałyby zachowania sprzyjające zdrowiu psychicznemu.

Przykładem takiego podejścia jest **salutogenetyczna koncepcja** Arona Antonovsky'ego (1995). Antonovsky zaproponował pojęcie **poczucia koherencji (*sense of coherence*, SOC). Jest to orientacja życiowa, polegająca na spostrzeganiu świata jako zrozumiałego, sterowalnego oraz mającego sens i wobec tego wartego podejmowania wysiłku i inwestowania emocjonalnego w życie.** Te trzy wymiary osobowościowe sprzyjają lepszemu radzeniu sobie z realizacją zadań życiowych, z procesem zaspokajania potrzeb psychicznych, a przede

wszystkim łączą się ze stosowaniem adekwatnych mechanizmów radzenia sobie z trudnościami. Antonovsky opracował narzędzie do pomiaru poczucia koherencji. Wyniki badań prowadzonych za pomocą tego narzędzia potwierdzają istnienie różnic między osobami zdrowymi i cierpiącymi z powodu zaburzeń psychicznych (por. Mroziak, Czabała i Wójtowicz, 1997).

Podobnie Hanna Michalska (1969) próbuje określić cechy, które charakteryzują człowieka zdrowego psychicznie – cechy, które nie tyle warunkują utrzymanie zdrowia psychicznego, ile są znakami jego rozpoznawania. Wymienia wśród nich: przystosowanie do środowiska społecznego, dojrzałość psychiczną i prawidłowy rozwój psychiczny, poczucie zadowolenia i szczęścia, brak konfliktów i napięć, wreszcie równowagę, harmonię i integrację funkcji psychicznych.

Wydaje się, że cechy wymieniane przez H. Michalską są zbyt ogólne i mało wymierne, aby mogły być w praktyce używane jako **kryteria zdrowia psychicznego**. Poszukiwanie kryteriów odróżniających patologię od normy jest uzasadnione tym, że oddzielanie normy od patologii ma bardzo duże znaczenie praktyczne. Od rozpoznania patologii zależą bowiem decyzje o leczeniu, o ograniczeniu odpowiedzialności za własne postępowanie, o pozbawieniu części lub całości praw osobistych, wreszcie o szczególnych formach pomocy i opieki społecznej.

Żadne z wymienionych wcześniej kryteriów, mających służyć odróżnianiu normy od patologii, nie jest wystarczające. Do określenia patologii, jej rodzaju, stopnia jej nasilenia potrzebne są dokładniejsze narzędzia. Dlatego też od wielu lat podejmuje się starania mające na celu opracowanie **klasyfikacji zaburzeń psychicznych**. W 1992 roku Światowa Organizacja Zdrowia wydała już dziesiątą rewizję *Międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych*. Jej piąty rozdział to *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania* (ICD-10; por. Pużyński i Wciórka, 1997). Podobnie Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne opracowuje kolejne wersje klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Wydany przez to towarzystwo *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM) doczekał się już piątego wydania i znany jest pod skrótem DSM-IV.

Obie te klasyfikacje są opracowywane przez wiele zespołów ekspertów, a prace nad kolejnymi rewizjami trwają latami. Eksperci korzystają z wielu badań, w których uczestniczy kilkadziesiąt zespołów badawczych z całego świata. Propozycje ekspertów są przedmiotem dyskusji na międzynarodowych konferencjach. Pokazuje to, jak wiele wysiłków i starań wymaga opracowanie klasyfikacji zaburzeń psychicznych, jak klasyfikacja ta podlega przeformułowaniom, często wynikającym nie tylko z nowej wiedzy na temat objawów chorobowych i ich przyczyn, ale także ze zmieniających się norm społecznych czy obyczajowych (por. podawany wcześniej przykład homoseksualizmu) lub poglądów na naturę zaburzeń psychicznych. W ICD-10 na przykład odstąpiono od kategorii diagnostycznej „nerwica", zamieniając ją na „zaburzenia nerwicowe". Uzasadnieniem tej zmiany była między innymi chęć uniknięcia rozumienia tego terminu wyłącznie w kategoriach psychoanalitycznych, jako że pojęcie to kojarzy się z Freudowskim rozumieniem zaburzeń nerwicowych.

Psychologowie wypracowali bardzo wiele narzędzi służących do różnicowania między normą a patologią, przyjmując różne kryteria określania tego, co jest patologią, a co normą. Opracowania na ten temat znajdują się w rozdziałach poświęconych diagnozie psychologicznej (rozdz. 12. i 61.).

Psychologiczne metody pomiaru właściwości psychicznych, w tym także zaburzeń psychicznych, są bardziej dokładne i bardziej rzetelne niż sposoby wnioskowania o stanie psychicznym na podstawie badania psychiatrycznego. Większość stosowanych przez psychologów narzędzi diagnostycznych zbudowana została z zachowaniem standardów trafności i rzetelności, co zwiększa obiektywność i dokładność przy odróżnianiu normy od patologii. Ciągle jednak wiele przejawów pa-

tologii jest trudnych do odróżnienia, a jeszcze trudniejsze jest wyjaśnienie ich źródeł.

60.3

Podsumowanie

Psychologia kliniczna w ciągu ponad stu lat swego istnienia była rozmaicie ujmowana. Dwa zasadniczo różne podejścia określają ją: (1) jako jednostkowe badanie i (2) jako dziedzinę badań i zastosowań. Obszar zainteresowania psychologów klinicznych jest szeroki. Dotyczy zjawisk zdrowia i choroby w ujęciu jednostkowym i społecznym. Od psychologii klinicznej odróżnia się psychopatologię. Psychologię kliniczną określa się współcześnie jako dziedzinę badań i praktyki, zajmującą się opisem i wyjaśnianiem zdrowia, zaburzeń zachowania, przeżywania i funkcji somatycznych oraz rozwiązywaniem problemów zdrowotnych ludzi i społeczności. Od obszaru, czyli obiektu zainteresowań i zastosowań psychologii klinicznej, który stanowi pewien wycinek rzeczywistości, odróżnia się przedmiot badań i praktyki. Przedmiot to sposób ujmowania i badania tej rzeczywistości. Składa się nań wiedza (pojęcia, koncepcje, teorie) i metody badań.

Psychologia kliniczna rozwijała się pod wpływem wymagań i oczekiwań społecznych, pozostawała w sferze wpływu ruchów społecznych i profesjonalnych organizacji, przekształcała się pod wpływem rozwoju teorii i tworzenia wiedzy coraz bardziej przydatnej, czyli powstającej w odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczne. W ramach psychologii klinicznej można wyodrębnić pewne subdyscypliny, niektóre dziedziny zaś uzyskały status odrębnych specjalności psychologii stosowanej. W psychologii klinicznej przekształceniu ulegały zadania praktyczne. Rozwój praktyki następował od diagnozy w psychiatrii i badania jednostkowego, przez poszerzenie pola zastosowań w medycynie i poprzez terapię, do profilaktyki oraz promocji zdrowia. Obok kliniczno-opiekuńczego modelu pracy zawodowej psychologa funkcjonuje także model środowiskowo-profilaktyczny.

Zdefiniowanie patologii psychicznej wymaga określenia, czym jest norma. Przyjmowane są różne kryteria odróżniania normy i patologii. Uważa się, że kryterium takim mogą być normy społeczne obowiązujące w danej społeczności: powszechność zachowań, wzorce zachowań czy obowiązujące normy obyczajowe. Inne wymieniane kryteria to: wskaźniki statystyczne, zachowania nietypowe i nieoczekiwane. Stosując jako kryterium normy dane o zachowaniu jednostki, najczęściej zwraca się uwagę na to, czy zachowanie to jest funkcjonalne, to znaczy czy służy do osiągnięcia racjonalnych i pożądanych celów. Patologia bywa także określana przez poziom dyskomfortu subiektywnie odczuwanego przez jednostkę – niezależnie od tego, czy obserwuje się zmiany w jej zewnętrznym zachowaniu.

Definiowanie normy i patologii psychicznej utrudnia fakt, że nie istnieje jednoznaczna definicja zdrowia psychicznego. Podejmowane są próby opracowania takiej definicji. Na szczególną uwagę zasługują prace Antonovsky'ego, dotyczące poczucia koherencji jako wskaźnika zdrowia.

Do odróżniania patologii od normy użyteczne są klasyfikacje zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, takie jak ICD-10 czy DSM-IV, oraz wiele narzędzi diagnozy psychologicznej.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Proszę przedstawić obszar zastosowań psychologii klinicznej.
2. Czym różni się psychopatologia od psychologii klinicznej?
3. Jakie są podstawowe zadania praktyczne psychologa klinicznego?

4. Jakie są najważniejsze trudności związane z określeniem normy i patologii?
5. Proszę wymienić najczęstsze kryteria różnicowania między normą i patologią.

LITERATURA ZALECANA

Kępiński, A. (1989). *Poznanie chorego.* Warszawa: PZWL.

Kowalik, S., Sęk, H. (1998). Psychologia kliniczna i psychologia społeczna – pojęcia, przedmiot i wzajemne związki. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (s. 17–41). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Lewicki, A. (1978). Psychologia kliniczna w zarysie. W: A. Lewicki (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 10–43). Warszawa: PWN.

Sowa, J. (1984). *Kulturowe założenia normalności w psychiatrii.* Warszawa: PWN.

61

Psychologiczna diagnoza zaburzeń psychicznych

J. Czesław Czabała

Zaburzenia psychiczne są bardzo często przedmiotem diagnozy psychologicznej. Objawy chorobowe w zaburzeniach psychicznych zwykle polegają na zakłóceniach określonych funkcji psychicznych. W większości są to: zaburzenia nastroju, zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci, lęk itp., a więc zjawiska będące przedmiotem zainteresowania psychologii klinicznej. Przyczynami objawów psychicznych w wielu wypadkach są określone struktury psychiczne lub ich deficyty: struktura osobowości, emocje, struktury poznawcze.

Diagnoza psychologiczna dotyczy najczęściej następujących problemów:

(1) określenia rodzaju objawów występujących w danym zaburzeniu,
(2) wyjaśniania psychologicznych przyczyn i skutków zaburzeń psychicznych,
(3) poszukiwania psychologicznych czynników pomocnych w terapii zaburzeń.

61.1

Diagnoza różnicowa i podstawowe narzędzia diagnostyczne

Diagnoza różnicowa jest najbardziej zbieżna z celami diagnozy psychiatrycznej. **Jej główny cel stanowi poznanie rodzaju objawów psychicznych występujących u chorego oraz ich klasyfikacja w postaci określonego zespołu objawów.** Można zatem wyróżnić dwa etapy procesu diagnostycznego: zbieranie informacji o objawach oraz ich klasyfikacja.

Informacje o objawach uzyskuje się na podstawie ich opisu dokonanego przez pacjenta, na przykład pacjent informuje, że nie

może zasnąć albo że czuje się zmęczony, napięty itp. W wypadku zaburzeń psychicznych istotnym źródłem informacji o objawach doświadczanych przez chorego jest obserwacja jego zachowania. Chory nie zawsze udzieli wprost informacji o wszystkich swoich objawach, takich jak urojenia, halucynacje czy inne zaburzenia myślenia. Dopiero w trakcie obserwacji możemy zauważyć zachowania, które pozwalają wnioskować o istnieniu takich zaburzeń – na przykład mówienie do siebie, wykonywanie różnych gestów i grymasów – i na tej podstawie formułować diagnozę dotyczącą urojeń bądź halucynacji.

Klasyfikacja objawów to przyporządkowanie wszystkich objawów do określonej kategorii diagnostycznej. Od kilkudziesięciu lat istnieją dwie podstawowe klasyfikacje zaburzeń psychicznych:

(1) *Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych* (*International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*), opracowana przez ekspertów powoływanych przez Światową Organizację Zdrowia. W 1992 roku powstała już jej dziesiąta rewizja, zwana w skrócie ICD-10. Rozdział V ICD-10 zawiera klasyfikację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Polskie tłumaczenie ukazało się w 1997 roku (zob. Pużyński i Wciórka, 1997).

(2) *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM), opracowywany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. W 1994 roku ukazało się czwarte wydanie amerykańskiej klasyfikacji (APA, 1994; DSM-IV), które faktycznie jest piątą wersją, ponieważ wydanie trzecie miało swoją rewizję (DSM-III-R). Podjęto starania zmierzające do opublikowania DSM-IV w języku polskim.

Dla zilustrowania sposobu klasyfikowania zaburzeń psychicznych z zastosowaniem ICD-10 przytoczymy opis diagnozowania schizofrenii. Przy rozpoznawaniu schizofrenii bierze się pod uwagę następujące objawy:

(1) echo myśli, nasyłanie i zabieranie myśli;
(2) urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia;
(3) głosy omamowe, na bieżąco komentujące zachowania pacjenta lub dyskutujące o pacjencie między sobą;
(4) utrwalone urojenia, których treść jest niedostosowana kulturowo i zupełnie niemożliwa do zaistnienia, jak urojenia nadludzkich mocy czy zdolności (na przykład wpływania na pogodę lub pozostawania w łączności z przybyszami z innego świata);
(5) utrwalone omamy pochodzące z jakiegoś zmysłu, jeżeli towarzyszą im albo zwiewne i na wpół ukształtowane urojenia bez wyraźnej treści afektywnej, albo utrwalone myśli nadwartościowe;
(6) przerwy lub wtrącenia w toku myślenia, prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowanych wypowiedzi;
(7) zachowanie katatoniczne, jak: pobudzenie, zastyganie lub giętkość woskowa, negatywizm, mutyzm lub osłupienie;
(8) objawy „negatywne", jak: apatia, spłycenie lub niespójność reakcji emocjonalnych, co zwykle prowadzi do wycofania się i zmniejszenia przystosowania społecznego;
(9) utrata zainteresowań, bezczynność i inne jakościowe zmiany zachowania.

Rozpoznanie schizofrenii zwykle wymaga wystąpienia co najmniej jednego objawu o wyraźnym nasileniu (lub dwóch bądź więcej mniej wyrazistych) z grupy pierwszych czterech wymienionych wyżej kategorii objawów albo co najmniej dwóch z grupy następnych czterech kategorii objawów. Schizofrenię rozpoznaje się wtedy, gdy objawy te są wyraźnie obecne przez większość czasu w ciągu jednego miesiąca lub dłużej. Oznacza to, że pod uwagę bierze się nie tylko fakt wystąpienia określonych objawów, ale także czas ich trwania. Objawy podobne, ale trwające krócej mogą bowiem wskazywać na inny rodzaj zaburzenia psychicznego, na przykład ostre zaburzenie psychotyczne.

Klasyfikacja DSM-IV jest wielowymiarowa. Obejmuje pięć oddzielnych kategorii:

(1) Kategoria pierwsza (*Axis I*) opisuje aktualne objawy pacjenta, na przykład zaburzenia lękowe czy schizofrenię.
(2) Kategoria druga (*Axis II*) opisuje występowanie długotrwałych zaburzeń osobowości albo upośledzenie umysłowe.

Pozostałe trzy kategorie nie są konieczne, aby postawić diagnozę aktualnego stanu psychicznego pacjenta, ale są ważne dla zrozumienia kontekstu choroby pacjenta.

(3) Kategoria trzecia (*Axis III*) opisuje inne choroby występujące u pacjenta, na przykład występowanie choroby nowotworowej.
(4) Kategoria czwarta (*Axis IV*) pozwala klinicyście zapoznać się z psychospołecznymi i środowiskowymi czynnikami mogącymi mieć wpływ na chorobę, takimi jak problemy z zatrudnieniem, konflikty rodzinne.
(5) Kategoria piąta (*Axis V*) pozwala opisać aktualny poziom funkcjonowania pacjenta, z uwzględnieniem rodzaju i nasilenia objawów, a także odnotować jego relacje interpersonalne, funkcjonowanie zawodowe czy sposób spędzania czasu wolnego.

Rozpoznawanie większości objawów zaburzeń psychicznych przez psychiatrę odbywa się na podstawie informacji od pacjenta, od jego rodziny lub na podstawie obserwacji zachowania pacjenta. Opisy takie i obserwacje są narażone na subiektywne zniekształcenia. Wiele objawów ma charakter myśli, przekonań, przeżyć, które trudno jest jednoznacznie opisać. Stąd powstała potrzeba znalezienia specjalnych narzędzi diagnostycznych, ułatwiających rozpoznawanie objawów i ich klasyfikację, spełniających warunki rzetelności i trafności. Na ogół standaryzowane narzędzia diagnostyczne były opracowywane przez psychologów i są przez nich często stosowane, wymagają bowiem znajomości nie tylko psychopatologii, ale także właściwości psychometrycznych narzędzia diagnostycznego – podstawowej wiedzy przy interpretacji uzyskanych wyników badań.

Najbardziej znanym kwestionariuszem, oryginalnie przygotowanym jako standaryzowane narzędzie do diagnozy objawów psychopatologicznych, jest Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory* – MMPI), znany w Polsce również pod nazwą WISKAD (por. Płużek, 1971) – opracowany przez Hathawaya i McKinleya w 1940 roku (por. Hathaway i McKinley, 1943; Paluchowski, 1984). Autorzy rozpoczęli konstruowanie kwestionariusza od zbierania twierdzeń opisujących różne problemy psychiczne. Zebrano ich ponad tysiąc. Po wyeliminowaniu podobnych lub bliskoznacznych i ujednoliceniu formy w postaci zdań twierdzących pozostało 550 twierdzeń. Po przeprowadzeniu badań standaryzacyjnych MMPI jest do dzisiaj jedną z częściej stosowanych metod diagnostycznych, zarówno w diagnozie indywidualnej, jak i w badaniach naukowych (zob. Matkowski, 1992; Paluchowski, 1985). W wersji podstawowej badanie MMPI pozwala opisać psychiczny stan badanego przy pomocy następujących skal: Hipochondria (Hd), Depresja (D), Histeria (Hy), Psychopatia (Pd), Męskość – Kobiecość (Mf), Paranoja (Pa), Psychastenia (Pt), Schizofrenia (Sc), Mania (Ma), Introwersja społeczna (Si) (zob. Matkowski, 1992).

Dodatkowe trzy skale stanowią tak zwane klucze kontrolne, które pozwalają ocenić postawę badanego wobec badania: skala L pozwala ocenić stopień szczerości badanych osób, skala F służy do wykrywania nietypowych sposobów odpowiadania na pytania testu oraz takich przypadków, w których badany, udzielając odpowiedzi, pracuje nieuważnie albo nie rozumie treści twierdzeń, skala K natomiast bada tendencję do przedstawiania się w nadmiernie pozytywnym świetle. Wyni-

ki badania przeliczane są w skali tenowej i interpretowane na podstawie analizy profilu MMPI (zob. ryc. 12-7, rozdz. 12.).

Analiza profilu MMPI pozwala na uzyskanie informacji ułatwiającej nozologiczną klasyfikację objawów u badanej osoby i jest bardzo przydatna w stawianiu diagnozy psychiatrycznej.

Od czasu powstania MMPI jego interpretacje zostały znacznie rozbudowane. Kwestionariusz ten jest także wykorzystywany do badania osobowości i temu poświęcone są publikacje z ostatnich lat (zob. np. Butcher, Dalhstrom, Graham, Tellegen i Kraemer, 1989). Ciągle jednak wielu psychologów praktyków używa MMPI jako testu do mierzenia i klasyfikacji objawów psychopatologicznych.

Do celów diagnozy różnicowej analizuje się charakterystykę profilu klinicznego MMPI (pierwszych dziewięć skal i skale kontrolne), a zwłaszcza jego wysokość, kształt i nachylenie (por. Matkowski, 1992; Płużek, 1971).

Wysokość to wynik powyżej średniej (> 50 tenów – T), uzyskiwany w poszczególnych skalach. Wyższa wysokość niekoniecznie świadczy o większej patologii, wynik każdej skali jest bowiem odnoszony do wysokości wyniku w innych skalach. Płużek (1971) podaje przykład wysokości skali Sc (Schizofrenia) – osoby z objawami psychastenii (a więc zaburzenia nerwicowego) uzyskują w tej skali wyższe wyniki niż osoby chore na schizofrenię. Rodzaj patologii opisywanej przez skale kliniczne MMPI określa się, uwzględniając wysokość skal, ale w kontekście konfiguracji skal kontrolnych i klinicznych.

Dla analizy profilu MMPI ważny jest również jego kształt i nachylenie. Mówi się o jedno- lub dwufazowym kształcie, o kształcie iglicowym, płaskim, na przykład w schizofrenii częściej występują profile dwufazowe niż iglicowe (Płużek, 1971). W profilu klinicznym MMPI wyróżnia się także określone zgrupowania skal, określające podstawowe cechy kliniczne badanego – na przykład triada neurotyczna czy triada psychotyczna (zob. Matkowski, 1992; Płużek, 1971).

Kwestionariusz MMPI daje bardzo wiele możliwości interpretacyjnych. Pełna diagnoza psychologiczna to nie tylko diagnoza różnicowa, ale przede wszystkim diagnoza osobowości i jej związków z przeżywanymi objawami. Wymaga ona jednak bardzo dobrej znajomości zasad interpretacji kwestionariusza, bardzo dobrej znajomości psychopatologii i doświadczenia klinicznego.

Istnieje wiele innych narzędzi psychometrycznych, służących do badania nasilenia objawów psychopatologicznych (por. Pużyński i Beręsewicz, 1993). Wymienimy tutaj tylko niektóre:

(1) Krótka Skala Psychopatologiczna (*Brief Psychiatric Rating Scale* – BPRS; Overall i Gorman, 1962; Pużyński i Beręsewicz, 1993) – często w Polsce stosowana do oceny stanu klinicznego chorych z psychozami typu schizofrenicznego. Pozwala na różnicowanie między depresją lękową, depresją z wrogością, depresją z zahamowaniem, zespołem paranoidalnym, zaburzeniami myślenia typu rozszczepiennego.

(2) Inwentarz Objawów Psychopatologicznych (*Present Status Examination* – PSE; Wing, Cooper i Sartorius, 1974; zob. też Danysz, 1979) – stosowany do diagnozy zaburzeń psychicznych. Kwestionariusz dobrze nadaje się do różnicowania między takimi zespołami objawów, jak: psychozy schizofreniczne, paranoja, mania, depresja, nerwica depresyjna, osobowość nieprawidłowa. Nasilenie objawów lub cech oceniane jest za pomocą trzystopniowej skali. W Polsce najczęściej stosowany do celów badawczych, rzadziej do celów diagnozy indywidualnej.

(3) Skala Depresji Hamiltona (*Hamilton Depression Rating Scale* – HDRS; Hamilton, 1960; Pużyński i Beręsewicz, 1993) – narzędzie bardzo często stosowane do diagnozy depresji typu endogennego. Obejmuje wszystkie podstawowe cechy zespołu depresji endogennej, oceniane za pomocą skali trzy- lub pięciostopniowej, między innymi: nastrój, poczucie winy, zaburzenia zasypiania, spowolnienie i zahamowanie, urojenia, objawy depersonalizacyjne i inne.

(4) Lista Objawów SCL-90 (*The Hopkins Symptom Checklist-90* – HSCL-90; Derogatis, 1983). Lista ta składa się z 90 pytań o objawy dotyczące wielu zaburzeń, głównie nerwicowych. Na podstawie analizy czynnikowej wyróżniono osiem czynników: objawy somatyzacyjne, lękowe i lęku panicznego, depresji przewlekłej, ostrej depresji, objawy obsesyjno-kompulsywne, nadwrażliwość interpersonalną, objawy złości i wrogości, a także tak zwany psychotyzm. Suma wszystkich wyników traktowana jest jako ogólna miara dyskomfortu psychicznego.

61.2

Diagnoza psychologicznych przyczyn i skutków zaburzeń psychicznych

Znacznie częściej diagnoza psychologiczna bywa wykorzystywana jako źródło informacji na temat przyczyn zaburzeń psychicznych i na temat psychologicznych konsekwencji tych zaburzeń. Poszukiwania naukowe dotyczące etiopatogenezy zaburzeń psychicznych nie przyniosły rozstrzygających odpowiedzi. Nadal większość wiedzy o etiologii chorób i zaburzeń psychicznych to hipotezy, na których podstawie próbuje się budować modele wyjaśniające powstawanie i przebieg tych zaburzeń. Te modele to model biomedyczny i psychospołeczny.

W modelu biomedycznym uwzględnia się głównie uwarunkowania genetyczne, biochemiczne i anatomiczne zaburzeń psychicznych. Na znaczenie czynników genetycznych zdają się wskazywać wyniki badań nad bliźniętami jednojajowymi. Badania prowadzone w wielu krajach sugerują, że przewidywalność zachorowania na schizofrenię w parach bliźniąt jednojajowych wynosi około 50%, co oznacza, że co drugi bliźniak z pary, w której jedna osoba jest chora na schizofrenię, także zachoruje na tę chorobę (por. Rosenhan i Seligman, 1994, t. 1). Nadal jednak nie wiadomo, jakie ewentualne nieprawidłowości mogłyby odpowiadać za wystąpienie objawów schizofrenii bądź innych zaburzeń psychicznych.

Inna grupa hipotez dotyczy czynników biochemicznych jako przyczyny niektórych chorób psychicznych. I tak, formułowana jest „hipoteza dopaminowa", która zakłada, że występowanie objawów psychotycznych w schizofrenii związane jest z nadczynnością przekaźnictwa dopaminergicznego w strukturach układu limbicznego (por. Rybakowski, 1997). Hipoteza ta została sformułowana na podstawie obserwacji działania leków. Leki zmniejszające ilość dopaminy powodują również zmniejszenie nasilenia objawów psychotycznych. W wypadku zaburzeń depresyjnych przyjmuje się hipotezę o niedoborze amin biogennych (zwłaszcza serotoniny), które są neurochemicznymi środkami ułatwiającymi przewodnictwo nerwowe.

Kolejne poszukiwania przyczyn zaburzeń psychicznych dotyczą neuroanatomicznych zmian w mózgu. Współczesne metody badania mózgu, takie jak rezonans magnetyczny (*magnetic resonance imaging*, MRI) czy tomografia pozytronowa (*positron emission tomography*, PET), pozwalają na bardziej dokładne badania zmian neuroanatomicznych. U chorych na schizofrenię obserwowano na przykład zmniejszenie objętości istoty szarej i zwiększenie objętości komór mózgowych (por. Rybakowski, 1997).

Psychologiczne badania, jak dotąd, nie pozwalają na jednoznaczne ustalenie przyczyn wielu zaburzeń psychicznych. Dotyczy to przede wszystkim zaburzeń psychotycznych i afektywnych. Dużo bardziej przekonu-

jące są hipotezy dotyczące psychologicznych i społecznych przyczyn takich zaburzeń psychicznych, jak zaburzenia nerwicowe czy zaburzenia osobowości.

Większość hipotez w odniesieniu do etiopatogenezy zaburzeń psychicznych można sprowadzić do trzech grup:

(1) Zaburzenia psychiczne mogą być wynikiem patologicznych struktur osobowości. Jako przyczyny zaburzeń psychicznych wymienia się najczęściej następujące zaburzenia osobowości:
   (a) konflikty między id, ego i superego (rozumiane zgodnie z założeniami psychoanalizy – zob. rozdz. 36.), wywołujące lęk, będący źródłem wielu objawów nerwicowych;
   (b) wadliwe nawyki, wzorce przeżywania i wadliwe przekonania, nabywane w wyniku procesu uczenia się na podstawie różnych doświadczeń życiowych.

(2) Zaburzenia psychiczne mogą być wynikiem braku umiejętności radzenia sobie z rozwiązywaniem problemów życiowych. Wymienia się tutaj:
   (a) brak umiejętności komunikowania się;
   (b) brak umiejętności nawiązywania i utrzymywania relacji interpersonalnych;
   (c) różnego rodzaju deficyty, które mogą utrudniać realizację potrzeb i zadań życiowych, na przykład zaburzenia funkcji intelektualnych, zaburzenia związane z reaktywnością, kalectwa i przewlekłe choroby.

(3) Zaburzenia psychiczne są też czasami rozumiane jako rezultat patologii systemu, w jakim wzrasta i funkcjonuje osoba. Wśród rodzajów takiej patologii wymienia się:
   (a) patologię rodziny – zaburzenia struktury, relacji emocjonalnych czy zaburzenia komunikacji w rodzinie;
   (b) patologię środowiska rówieśniczego – wzory zachowań sprzyjające uczeniu się zachowań zagrażających zdrowiu psychicznemu, na przykład wzory picia alkoholu, zażywania substancji psychoaktywnych, wzory zachowań prowadzące do kształtowania się cech osobowości aspołecznej, wzorców reagowania agresywnego itp.;
   (c) brak oparcia społecznego – na przykład samotność, niezaradność życiowa związana z wiekiem albo chorobą bądź kalectwem, odrzucenie przez otoczenie ze względu na „odmienność" wynikającą z choroby lub deficytów.

Wymienione hipotezy dotyczące źródeł zaburzeń psychicznych są opisane bardzo ogólnikowo. Ich szczegółowe omówienie można znaleźć w opracowaniach specjalistycznych (zob. Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr i Appelbaum, 1989; Pużyński i Wciórka, 1997). Ważne jest jednak, aby Czytelnik miał świadomość tego, jak wiele hipotez trzeba sprawdzać, poszukując odpowiedzi na pytanie o przyczyny zaburzeń psychicznych.

Osobnym problemem jest psychologiczna diagnoza skutków, jakie wynikają z zaburzeń psychicznych. Najczęściej są one analizowane w kategoriach deficytów intelektualnych: deterioracji intelektualnej, ograniczenia poszczególnych funkcji intelektualnych (pamięci, koncentracji uwagi, zdolności tworzenia pojęć itp.); deficytów umiejętności, między innymi komunikowania się, przystosowania się, rozwiązywania problemów interpersonalnych itp.

61.2.1
Podstawowe narzędzia psychologicznej diagnozy przyczynowej

Najczęściej stosowanymi narzędziami diagnozy psychologicznej są: wywiad kliniczny i obserwacja, metody badania inteligencji i metody badania osobowości.

61.2.1.1
Wywiad kliniczny i obserwacja

Wywiad kliniczny (zob. rozdz. 12.1) jest najczęściej stosowaną metodą diagnostyczną. Od niego zwykle zaczyna się proces diagnozy psychologicznej. Psycholog najczęściej wcześniej zna powód, dla którego przeprowadzana jest diagnoza psychologiczna: pomoc w diagnozie nozologicznej, wyjaśnienie przyczyn wystąpienia zaburzeń, orzeczenie dotyczące skutków istnienia choroby, na przykład orzeczenie stopnia poczytalności.

Zbierając informacje, psycholog prowadzący wywiad opiera się na swobodnych wypowiedziach pacjenta, to znaczy uwzględnia to, co pacjent przede wszystkim uważa za ważne i znaczące, do jakich zdarzeń lub przeżyć przywiązuje szczególną wagę. Zbiera także informacje, które są potrzebne do potwierdzenia lub wykluczenia formułowanych przezeń hipotez wyjaśniających przyczyny danego zaburzenia bądź czynników warunkujących wystąpienie zaburzenia.

Orientacja teoretyczna psychologa może odgrywać istotną rolę w formułowaniu przez niego hipotez, a to z kolei rzutuje na rodzaj informacji, jakie zbiera od pacjenta. Psycholog o orientacji psychodynamicznej poszukuje przyczyn zaburzeń psychicznych w nieuświadamianych doświadczeniach z wczesnego dzieciństwa, w doświadczeniach seksualnych. Informacje na ten temat zbiera najczęściej przez analizę snów pacjenta bądź przez analizę wolnych skojarzeń. Psycholog o orientacji behawioralno-poznawczej formułuje hipotezy dotyczące przyczyn zaburzeń psychicznych, odwołując się najczęściej do czynników aktualnych: wyuczonych nawyków, aktualnych przekonań pacjenta, aktualnych sytuacji warunkujących powtarzanie patogennych sposobów funkcjonowania. Psycholog o orientacji systemowej zainteresowany będzie przede wszystkim wyjaśnieniem zaburzeń funkcjonowania rodziny. Większość psychologów klinicznych stara się jednak wychodzić poza wąskie teorie i w wywiadzie uzyskać możliwie pełny obraz doświadczeń pacjenta.

Standardowy **schemat wywiadu klinicznego** zawiera najczęściej następujące informacje:

(1) Informacje o objawach pacjenta – na podstawie danych od pacjenta, od jego rodziny czy od innych osób przebywających w otoczeniu pacjenta i wreszcie na podstawie **obserwacji** (zob. par. 12.1.2) zachowania pacjenta w czasie przeprowadzania wywiadu.
(2) Informacje o historii powstania i przebiegu choroby – o okolicznościach pojawienia się objawów, o reakcjach na ich wystąpienie, o stabilności i zmienności doznań objawowych w czasie, o czynnikach nasilających i zmniejszających nasilenie objawów, o towarzyszących chorobie konsekwencjach (rodzinnych, zawodowych itp.) i wreszcie o przebiegu dotychczasowego leczenia i o jego skuteczności, o innych aktualnych czy przebytych chorobach oraz o sposobach ich leczenia.
(3) Informacje o przebiegu doświadczeń życiowych z różnych okresów życia, od dzieciństwa poczynając – informacje te powinny dotyczyć zarówno przykrych i urazowych doświadczeń, jak i doświadczeń zadowolenia, sukcesu, powodzenia w radzeniu sobie.
(4) Informacje o stosunku pacjenta do jego doświadczeń, o ocenie tych zdarzeń w kontekście znaczenia, jakie mogły one mieć dla jego rozwoju i dla jego choroby – przy tej okazji psycholog poznaje wiele przekonań pacjenta na temat jego własnej osoby, na temat ważnych dla niego osób, na temat rozumienia przez pacjenta przyczyn powstania i utrzymywania się jego choroby oraz na temat skutków, jakie choroba ma dla jego obecnego życia.
(5) Informacje o zachowaniu pacjenta w czasie **rozmowy psychologicznej** (zob. par. 12.1.3) – o jego zdolności do nawiązania kontaktu, o adekwatności odpowiedzi, o wszelkiego rodzaju behawioralnych przejawach przeżywanych emocji i do-

znań (takich jak lęk, napięcie, obsesje, agresja, zagrożenie, urojenia, omamy czy halucynacje itp.), o wszystkich innych wydarzeniach w czasie rozmowy, które mogą mieć znaczenie dla wyjaśnienia zachowania i objawów pacjenta.

(6) Informacje podsumowujące wcześniej uzyskane dane i obserwacje – podsumowanie będzie uzależnione od celu diagnozy klinicznej: mogą to być opisy przyczyn zaburzeń pacjenta bądź opisy deficytów powstałych w wyniku choroby, mogą to być również odpowiedzi na konkretne pytania postawione przez osoby trzecie, na przykład opinia w sprawie ograniczenia poczytalności.

61.2.1.2 Metody badania funkcji poznawczych

Zaburzenia funkcji poznawczych często towarzyszą zaburzeniom psychicznym. Stąd w diagnozie psychologicznej tych zaburzeń formułuje się pytania o rodzaj dysfunkcji intelektualnych. Z reguły oznacza to badanie poziomu inteligencji.

Najczęściej stosowanymi testami do badania inteligencji osób chorych na zaburzenia psychiczne są testy D. Wechslera: Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych – Wersja Zrewidowana (WAIS-R/PL/; Brzeziński, Gaul, Hornowska, Machowski i Zakrzewska, 1996) oraz Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci – Wersja Zmodyfikowana (WISC-R; Matczak, Piotrowska i Ciarkowska, 1997).

Testy Wechslera (zob. par. 12.2.4.2) są źródłem informacji o ważnych zaburzeniach funkcji poznawczych, potrzebnych do diagnozy psychologicznej. Kowalik (1984) wymienia cztery zastosowania skali Wechslera w badaniach osób dorosłych: do pomiaru poziomu rozwoju intelektualnego, do pomiaru stopnia obniżania się poziomu intelektualnego, do diagnozy różnicowej przez wykorzystanie opisu jakościowej charakterystyki funkcjonowania intelektualnego i do opisu pozaintelektualnych cech jednostki.

Podstawą do wykorzystywania wyników skal Wechslera do diagnozy różnicowej jest obserwacja, że różne zaburzenia psychiczne mogą w zróżnicowany sposób wpływać na obniżenie poszczególnych funkcji intelektualnych (por. Kowalik, 1984).

Wynik badania poziomu intelektualnego jest najczęściej wykorzystywany do określenia możliwości intelektualnych osoby chorej, co pozwala ocenić aktualne możliwości przystosowania się pacjenta. Jest to szczególnie ważne w wypadku osób chorych na zaburzenia schizofreniczne, pozwala bowiem na określenie rodzajów rehabilitacji w chronicznej fazie choroby: oddziaływań rehabilitacyjnych, rodzaju aktywności zawodowej dostosowanej do możliwości pacjenta, przewidywania zdolności pacjenta do stopnia samodzielności w funkcjonowaniu społecznym i osobistym.

Skal Wechslera rzadziej używa się do oceniania tak zwanej deterioracji umysłowej, częściej natomiast do oceny obniżania się poszczególnych funkcji lub zdolności składających się na pojęcie inteligencji, a mających wpływ na ograniczone możliwości przystosowywania się pacjenta.

Badanie określonych funkcji poznawczych stosuje się przy planowaniu treningów behawioralnych jako rodzaju rehabilitacji osób chorych na przewlekłe choroby psychiczne (por. Sawicka, 1997). Bada się przede wszystkim te funkcje, które są ważne dla umiejętności rozwiązywania problemów: zdolności precepcyjne, zdolność do koncentracji i utrzymania uwagi, zdolność tworzenia pojęć, wybiórczość kodowanych informacji. Takie badanie poszczególnych funkcji poznawczych stanowi podstawę do opracowywania zindywidualizowanych programów treningów behawioralnych, mających na celu poprawę funkcji zaburzonych przez chorobę.

61.2.1.3 Metody badania osobowości

Można wyróżnić dwa rodzaje metod badających cechy osobowości: kwestionariusze

(zob. rozdz. 12.3) i testy projekcyjne (zob. rozdz. 12.4).

Jednym z najbardziej znanych kwestionariuszy osobowości jest, wspomniany wcześniej, Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości. Prócz zastosowania w klasyfikacji objawów psychopatologicznych bywa najczęściej używany do badania cech osobowości. Istnieje bardzo wiele sposobów interpretacji wyników uzyskanych za pomocą MMPI: interpretacja oparta na analizie konfiguracji skal, na typie profilu, na czynnikowej analizie wyników (por. Graham, 1990; Paluchowski, 1984).

Innym znanym i często stosowanym w diagnozie zaburzeń psychicznych kwestionariuszem jest Zrewidowany Kwestionariusz Osobowości Eysencka (EPQ-R; Brzozowski i Drwal, 1995). Zasada konstrukcji EPQ-R i wcześniejszych wersji tego narzędzia (zob. Sanocki, 1978; i ramka 34.1 w rozdz. 34.) była odmienna niż MMPI. Hathaway i Mc-Kinley (1943) budowali swój kwestionariusz, odwołując się do zidentyfikowanych opisów zaburzeń, występujących u osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi. Eysenck (1970) natomiast rozpoczął od formułowania teorii osobowości, która byłaby użyteczna do wyjaśniania przyczyn patologii. Opis cech osobowości – ekstrawersji, neurotyczności i psychotyczności – w ujęciu Eysencka przedstawiono szczegółowo w rozdziale 34. Kwestionariusz EPQ-R najczęściej stosuje się do badania struktury osobowości osób z zaburzeniami nerwicowymi

Odmiennym sposobem badania osobowości są **testy projekcyjne** (zob. rozdz. 12.4). Opierają się one na innej procedurze wnioskowania o właściwościach jednostki niż opisane wcześniej kwestionariusze osobowości. Kwestionariusze pozwalają bowiem wnioskować o cechach osobowościowych jednostki na podstawie jej odpowiedzi na szereg stwierdzeń (pytań) – odpowiedzi reprezentatywnych dla grupy osób mających daną cechę, na przykład ekstrawersję czy psychotyzm. Testy projekcyjne odwołują się do treści leżących poza świadomością jednostki. Ich intencją nie jest scharakteryzowanie jednostki przez porównanie jej z „typowymi" albo „patologicznymi" profilami, opisującymi wzorce zachowania. Celem stosowania testów projekcyjnych jest diagnozowanie nieświadomych konfliktów, utajonych potrzeb i pragnień, seksualnych i agresywnych impulsów, nieświadomych uczuć. W kwestionariuszach pytamy o świadome zachowania, przeżycia i przekonania. W testach projekcyjnych informacje zbierane są za pomocą materiału pozbawionego jakiegokolwiek znaczenia, jak na przykład plamy atramentowe Testu Rorschacha, pozwalające na wieloznaczne opisy. Intencją tej nieokreśloności jest maksymalne pobudzenie badanego do tego, by w swoich wypowiedziach i reakcjach odszedł od ograniczeń wynikających z realności, skłonienie go do najbardziej spontanicznych fantazji w reakcji na prezentowany materiał, z nadzieją na maksymalizację szansy ujawnienia nieświadomych konfliktów i uczuć.

Testy projekcyjne najczęściej stosowane w badaniach klinicznych w Polsce to Test Rorschacha i Test Apercepcji Tematycznej Murraya (TAT; opis obu testów znajdzie Czytelnik w rozdz. 12.4). Testy te są szczególnie użyteczne do badania osobowości u osób z głębokimi zaburzeniami osobowości i u chorych na schizofrenię.

61.2.2 Diagnoza na potrzeby psychoterapii

Wspomnieliśmy już wcześniej o diagnozie potrzebnej do planowania treningów behawioralnych w programie rehabilitacji psychiatrycznej. Tutaj nieco więcej miejsca poświęcimy diagnozie potrzebnej do uzyskania zmiany właściwości psychicznych, która jest niezbędna do usunięcia lub zmniejszenia nasilenia objawów zaburzeń psychicznych. Zmiany takie najczęściej następują w wyniku stosowania psychoterapii.

Psychoterapia (zob. rozdz. 69.) jest działaniem świadomym i planowanym, stanowi

podstawową metodę leczenia wielu zaburzeń psychicznych, przede wszystkim nerwicowych i zaburzeń osobowości. Jej efekty zależą od wyboru rodzaju zmian, jakie powinny nastąpić u danego pacjenta i od wyboru sposobów osiągnięcia tych zmian. Wybór ten musi być poprzedzony poznaniem rodzaju zaburzeń pacjenta (objawy, zaburzenia zachowania lub inne dolegliwości zgłaszane przez pacjenta), poznaniem czynników, które doprowadziły do powstania zaburzeń i które je utrzymują, i wreszcie wybraniem odpowiednich metod wprowadzenia zmian.

61.2.2.1 Diagnoza objawowa

Diagnoza objawowa, czyli informacje o rodzaju zaburzeń, z jakimi pacjent zgłasza się do psychoterapeuty, potrzebna jest do podjęcia decyzji o konieczności leczenia objawowego i pomocna w wyborze metody psychoterapii.

Pacjent lękowy, który nie wychodzi z domu, nie będzie w stanie przyjść na sesje terapeutyczne. Pacjent z tendencjami samobójczymi musi być leczony w warunkach, które uchronią go przed niebezpieczeństwem popełnienia samobójstwa. Zbyt wysokie napięcie albo bardzo nasilone objawy depresyjne wymagają na początku takiej interwencji, która pozwoli na zmniejszenie nasilenia tych objawów. Zmniejszenie nasilenia objawów pacjenta na początku psychoterapii jest ważnym czynnikiem wzbudzającym jego motywację do dalszego współdziałania z psychoterapeutą. Rozpoczęcie psychoterapii może wywoływać efekt placebo, czyli zmniejszenie się nasilenia objawów, wynikające z poczucia pacjenta, że pojawiła się nowa możliwość uzyskania pomocy, że znalazł się w sytuacji zapewniającej mu bezpieczeństwo i zrozumienie jego cierpienia.

Badania nad skutecznością psychoterapii (por. Lambert i Bergin, 1994) sugerują, że rodzaj objawów może być wskazówką przy wyborze metody psychoterapii. Psychoterapia poznawcza jest bardziej skuteczna u pacjentów leczonych z powodu depresji. Psychoterapia behawioralna, a zwłaszcza desensytyzacja, przynosi lepsze efekty w leczeniu objawów fobicznych niż inne metody. Terapia rodzin bywa wskazana w wypadku leczenia objawów związanych z zaburzeniami jedzenia (por. Namysłowska, 1996). Za najlepszą metodę do leczenia zaburzeń osobowości typu *borderline* uchodzi psychoterapia psychodynamiczna (por. Kernberg i in., 1989).

61.2.2.2 Diagnoza mechanizmów chorobowych

Diagnoza mechanizmów chorobowych to odpowiedź na pytanie o przyczyny zaburzeń pacjenta – przyczyny, które doprowadziły do powstania zaburzeń i które sprawiają, że zaburzenia pacjenta trwają. Ich poznanie wymaga analizy aktualnej sytuacji pacjenta i poznania jego wcześniejszych doświadczeń życiowych oraz ich wpływu na jego właściwości psychiczne.

Analiza aktualnej sytuacji pacjenta. Informacje o sytuacji bieżącej są niezwykle ważne, ponieważ mówią o najważniejszych obszarach, w których pojawiają się problemy, z jakimi pacjent nie potrafi sobie poradzić. Pokazują także uwarunkowania sytuacyjne, utrudniające lub uniemożliwiające rozwiązywanie problemów. I choć najczęściej trudności dotyczą wszystkich obszarów funkcjonowania pacjenta, to niekiedy w pewnych dziedzinach życia pacjentowi może udawać się kompensować niepowodzenia występujące gdzie indziej. Nieudane życie rodzinne może motywować do uzyskiwania osiągnięć w pracy, natomiast poczucie niepowodzenia w relacjach z osobami płci przeciwnej może z kolei motywować do skutecznego poszukiwania akceptacji poprzez działalność społeczną.

Najważniejsze obszary życia pacjenta, które trzeba zbadać w procesie diagnostycznym, to:

(1) funkcjonowanie w rodzinie: poczucie zaspokajania najważniejszych potrzeb (fizycznych, emocjonalnych, seksualnych, bezpieczeństwa itp.), poczucie realizowania zadań (małżeńskich, rodzicielskich, opiekuńczych, zadań wynikających z roli dziecka);
(2) funkcjonowanie w rolach zawodowych: satysfakcja z osiągnięć szkolnych, zawodowych, poczucie zadowolenia z rodzaju wykonywanej pracy, poczucie wolności wyboru wykonywanych zadań, poczucie stabilności zawodowej;
(3) funkcjonowanie w rolach społecznych: posiadanie przyjaciół i znajomych, sposoby spędzania wolnego czasu.

Przyczyny zaburzeń. Diagnoza przyczyn zaburzeń nerwicowych i zaburzeń zachowania polega na zidentyfikowaniu tych właściwości pacjenta, które utrudniają mu adekwatne rozpoznawanie jego potrzeb i zadań, jakie ma do zrealizowania, oraz na zidentyfikowaniu czynników, które spowodowały ukształtowanie się u pacjenta wspomnianych wcześniej właściwości.

Rozpoznawanie właściwości pacjenta to diagnoza jego osobowości. Najczęściej dotyczy ona kilku obszarów osobowości, które opisano poniżej. Są to:

(1) Poznanie **schematów poznawczych** pacjenta, czyli zespołu przekonań nabywanych w procesie uczenia się i przekształcania informacji. Najważniejsze przekonania, regulujące zachowania człowieka, to przekonania dotyczące własnej osoby i własnych relacji z innymi ludźmi.
(2) Charakterystyka **sposobów przeżywania i reagowania emocjonalnego** pacjenta. Reagowanie poczuciem krzywdy, poczuciem winy, agresją czy ucieczką jest wynikiem takich doświadczeń, jak częstość frustracji przeżywanych w dotychczasowym życiu, częstość kar lub nagród, jakie spotykały pacjenta, doświadczanie akceptacji albo odrzucenia, doświadczanie miłości czy niechęci.
(3) Charakterystyka **wzorców zachowań** pacjenta. W procesie uczenia się w wyniku doświadczeń życiowych kształtują się wzorce reakcji behawioralnych, mające często charakter nawyków. Są to zachowania, które pojawiają się automatycznie w reakcji na jakąś sytuację czy zdarzenie. Przykładem takich zachowań może być: odruchowe unikanie zatłoczonych miejsc, czerwienienie się przy spotkaniu nowej osoby, odruchowe sięganie po jedzenie w sytuacjach napięcia itp. Zachowania takie mogą mieć charakter objawów, ale nie tylko. Może to być nawyk nieeksponowania własnej osoby (zajmowanie ostatnich rzędów krzeseł), nawyk mówienia cichym albo podniesionym głosem, nawyk unikania patrzenia ludziom w oczy przy rozmowie i inne.
(4) Charakterystyka **rozbieżności między schematami poznawczymi, przeżyciami i wzorcami zachowania**. W wypadku pacjentów zgłaszających się na psychoterapię często obserwuje się brak zgodności pomiędzy poszczególnymi właściwościami. Pacjenci mogą wiedzieć, jakie zachowania byłyby w danej sytuacji najbardziej pożądane, ale zachowują się zupełnie inaczej. Pacjenci mogą wiedzieć, że nie ma niczego zagrażającego w danej sytuacji, ale przeżywają lęk.

Diagnoza czynników, które ukształtowały właściwości pacjentów, to identyfikacja ich doświadczeń życiowych. Ocena samego siebie i otoczenia, schematy poznawcze i przekonania, wzorce reakcji i rodzaje przeżywanych emocji, wzorce zachowań bywają rozumiane jako wynik doświadczeń życiowych. Te doświadczenia to: urazy emocjonalne przeżyte we wczesnym dzieciństwie; urazowe, konfliktowe i nierozwiązane relacje z osobami znaczącymi w okresie dzieciństwa; wyuczone reakcje lękowe, wynikające z nieprawidłowych relacji z osobami znaczącymi lub powstałe w wyniku nagłych albo długotrwałych sytuacji przeżywanych lękowo; brak bezwarunkowej akceptacji ze strony osób znaczących; modelowanie zachowań nieprzystosowawczych w okresie dzieciństwa przez osoby znaczące; doświadczenia związane z frustracją potrzeb; konstytucjonalnie uwarunkowane nieadekwatne wzorce reagowania na

sytuacje trudne; doświadczanie wielu sytuacji narażających na nadmierny stres; nieprawidłowości związane z funkcjonowaniem systemu rodzinnego; warunki sprzyjające uczeniu się nieadekwatnych postaw (nadmierna zależność, agresywność otoczenia, nieprawidłowe wzorce, kształtowanie oczekiwań przekraczających możliwości ich osiągnięcia, obarczanie odpowiedzialnością niedostosowaną do fazy rozwojowej, warunki ograniczające wpływ na wybór własnych celów życiowych); niesprzyjające okoliczności wpływające na tworzenie nieadekwatnie niskiej lub zawyżonej samooceny; trudne sytuacje ograniczające rozwój.

Te – ogólnikowo brzmiące – doświadczenia życiowe to w każdym indywidualnym przypadku ogromna ilość zdarzeń urazowych, zdarzeń wzbudzających w pacjencie bardzo wiele mocno nasilonych negatywnych przeżyć emocjonalnych; wiele cierpień, odciskających się często niezatartym piętnem na przeżyciach pacjenta, wpływających na długotrwałe nieprawidłowe wzorce zachowania i przeżywania.

Diagnoza objawowa, zidentyfikowanie właściwości pacjenta i doświadczeń życiowych, które miały wpływ na ukształtowanie się tych właściwości, są podstawą do sformułowania przez terapeutę wstępnych hipotez dotyczących rodzaju zmian, jakie są potrzebne do usunięcia objawów pacjenta. Mogą to być zmiany wzorców zachowań, zmiany w zakresie relacji z innymi ludźmi, zmiany systemu rodzinnego i wreszcie zmiany właściwości intrapsychicznych pacjenta. Diagnoza kończy się wyborem sposobów osiągnięcia tych zmian.

61.2.2.3 Wybór metod potrzebnych do zmiany pacjenta

Wydaje się, że podstawowym kryterium doboru metod psychoterapeutycznych powinno być ich dopasowanie do rodzaju problemów pacjenta, do rodzaju odpowiedzi, jakie uzyska się na wcześniejszych etapach diagnozy (por. Beutler i Clarkin, 1990; Prochaska i Norcross, 1994).

Dobór metod psychoterapii to: wybór treści, jakie powinny być przedmiotem pracy psychoterapeutycznej, oraz wybór formy psychoterapii i strategii terapeutycznych.

Wybór treści. Informacje uzyskane od pacjenta oraz hipotezy wstępne terapeuty na temat czynników warunkujących wystąpienie oraz utrzymywanie się objawów i zaburzeń zachowania są podstawą do podjęcia decyzji o tym, co ma być przedmiotem spotkań psychoterapeutycznych.

Wybór najczęściej sprowadza się do pracy nad następującymi obszarami problematyki pacjenta: nad uwarunkowaniami patologicznych wzorców zachowań, nad uwarunkowaniami patologicznych relacji interpersonalnych, nad uwarunkowaniami patologicznych cech systemu rodzinnego i wreszcie nad uwarunkowaniami patologicznych cech osobowości pacjenta. Niekiedy problemy pacjenta obejmują więcej niż jeden z wymienionych obszarów; zachodzi wówczas potrzeba pracy nad kilkoma, albo nawet nad wszystkimi patogennymi obszarami. Decyzja o tym, co ma być przedmiotem pracy psychoterapeutycznej, zależy od tego, jakie czynniki zostały uznane za wywołujące objawy pacjenta, ale także od tego, czy zmiana tych czynników jest możliwa. Niekiedy bowiem, w wypadku bardzo utrwalonych i głębokich zaburzeń osobowości, na przykład osobowości typu *borderline*, zmiana okazuje się niemożliwa.

Trudno wyliczyć wszystkie możliwości, od których zależy wybór obszarów objętych pracą psychoterapeutyczną. Beutler i Clarkin (1990) uważają, że takie decyzje zależą od:

(1) rodzaju postawionej **diagnozy nozologicznej**; mimo wielu wątpliwości na temat użyteczności diagnozy objawowej dla wskazań do psychoterapii, zdaniem Beutlera i Clarkina, istnieje wiele danych potwierdzających, że przebieg psychoterapii zależy od rodzaju objawów pacjenta;

(2) cech pacjenta, takich jak: nasilenie problemów i rozległość ich patologicznych konsekwencji, zdolności pacjenta do nawiązywania relacji terapeutycznej, rodzaj czynników warunkujących objawy i problemy pacjenta;
(3) kontekstu, w jakim funkcjonuje pacjent – systemy wsparcia, środowisko zawodowe, środowisko rodzinne, materialne i socjalne czynniki wspomagające i ograniczające możliwości osiągnięcia zmian w wyniku psychoterapii albo utrzymania zmian po zakończeniu psychoterapii.

Wybór formy psychoterapii. Forma psychoterapii to przede wszystkim organizacja procesu psychoterapii. Dokonanie wyboru formy psychoterapii polega na podjęciu decyzji, czy ma to być psychoterapia indywidualna, grupowa, terapia rodziny, terapia małżeńska, czy też więcej niż jedna z tych form. Dalsze decyzje dotyczą miejsca, w którym odbywać się będzie psychoterapia: czy sesje terapeutyczne będą odbywały się w trybie ambulatoryjnym, czy na oddziale szpitalnym (całodobowym czy dziennym). Należy też określić czas trwania i częstotliwość sesji psychoterapeutycznych.

Wybór formy psychoterapii w znacznej mierze zależy od nasilenia objawów pacjenta i od rodzaju prezentowanych przez niego problemów. Najczęściej wybieraną formą psychoterapii jest **psychoterapia indywidualna** ambulatoryjna. Wydaje się, że większość pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości może uzyskać pomoc psychoterapeutyczną w ten właśnie sposób, dlatego od psychoterapii indywidualnej warto zaczynać leczenie.

Psychoterapia grupowa także może odbywać się w warunkach ambulatoryjnych, chociaż na pewno łatwiej ją zorganizować w warunkach stacjonarnych. W naszych stacjonarnych ośrodkach leczenia nerwic psychoterapia grupowa najczęściej łączona jest z psychoterapią indywidualną w celu zintensyfikowania oddziaływań psychoterapeutycznych. Wskazaniem do psychoterapii grupowej są specyficzne warunki terapeutyczne, jakie stwarza grupa. Daje ona bowiem możliwość doświadczenia przez pacjenta tego, które jego zachowania utrudniają mu albo ułatwiają satysfakcjonujące relacje z innymi ludźmi, jakich umiejętności brakuje mu do nawiązywania i utrzymania satysfakcjonujących i skutecznych relacji z innymi, daje mu wreszcie możliwość uczenia się nowych umiejętności porozumiewania się i współdziałania.

O wskazaniach do **terapii rodzin i małżeństw** decyduje głównie rodzaj problemów (problemy rodzinne i małżeńskie), z jakimi nie radzi sobie pacjent zgłaszający się na psychoterapię. Terapeuta może decydować o połączeniu różnych form psychoterapii – na przykład indywidualnej z grupową – ale znane są także formy łączenia terapii całej rodziny z terapią małżeństwa – na przykład wtedy, gdy istnieje potrzeba pracowania nad problemami małżeńskimi, które nie mogą być omawiane w obecności dzieci.

Wielu pacjentów jest leczonych stacjonarnie przede wszystkim z powodu małej dostępności do psychoterapii w większości regionów w Polsce lub z powodu słabo rozwiniętej sieci leczenia ambulatoryjnego. Jednak w wypadku niektórych pacjentów leczenie stacjonarne może być leczeniem z wyboru. Dotyczy to takich osób, dla których ważne jest oderwanie się od dotychczasowego środowiska, gdzie mają bardzo głębokie albo zadawnione nierozwiązane problemy bądź ostre konflikty. W wypadku niektórych objawów (fobie utrudniające samodzielne poruszanie się, myśli i tendencje samobójcze, zaburzenia jedzenia itp.) leczenie stacjonarne to jedyna forma zapewnienia pacjentowi skutecznej pomocy także w zakresie zmniejszenia objawów, co jest niezbędne do jego współpracy w procesie psychoterapeutycznym.

Czas trwania i częstotliwość psychoterapii określane są często nie tylko potrzebami i rodzajem problemów pacjenta. Wynikają także z przekonań i założeń poszczególnych szkół psychoterapeutycznych (zob. rozdz. 69.). Wiadomo, że jeżeli leczenie opiera się na

psychoanalizie, to psychoterapia może trwać nawet latami, a częstotliwość sesji waha się od jednej do kilku tygodniowo. Z reguły jednak sesje psychoterapeutyczne odbywają się raz lub dwa razy w tygodniu, a cała terapia trwa od 3 do 24 miesięcy. Terapia rodzin z kolei, zwłaszcza w niektórych jej odmianach, to nie więcej niż pięć do dziesięciu sesji terapeutycznych, odbywanych raz lub dwa razy w miesiącu. Takie zróżnicowanie wynika, oczywiście, z innego rodzaju pacjentów, do jakich adresuje się te dwie metody psychoterapii. Długoterminowej psychoanalizie poddawani są najczęściej pacjenci z poważnymi zaburzeniami osobowości – czas potrzebny do osiągnięcia zmian w tak zaburzonych strukturach musi być stosunkowo długi.

Diagnoza potrzebna do sformułowania celów i metod psychoterapii dokonywana jest najczęściej za pomocą wywiadu klinicznego. Rzadziej stosuje się dodatkowo inne metody diagnozy psychologicznej: testy osobowości czy skale objawowe. Większość pacjentów jest bowiem diagnozowana wcześniej, na etapie formułowania diagnozy nozologicznej. W wyniku tej diagnozy następuje skierowanie na leczenie psychoterapeutyczne.

Dość rzadko na potrzeby diagnozy do celów terapii stosuje się standaryzowane metody psychologiczne. Czasami informacje potrzebne do planowania psychoterapii uzyskuje się za pomocą metod specjalnie dostosowanych do rodzaju terapii. Przykładem takiej metody, ułatwiającej lepsze zrozumienie rodzinnych uwarunkowań zaburzeń, jest **genogram**, czyli graficzny obraz wielopokoleniowej struktury rodziny. Analiza genogramu pozwala terapeucie lepiej zrozumieć wydarzenia rodzinne ważne dla obecnej struktury oraz różnego rodzaju przekazy międzypokoleniowe, wpływające na aktualną patologię rodzinną.

61.3

Podsumowanie

Diagnoza psychologiczna jest pomocna w identyfikowaniu i klasyfikacji objawów zaburzeń psychicznych, co ułatwia proces diagnozy psychiatrycznej i zrozumienie patologicznych zachowań.

Najczęściej diagnoza psychologiczna pomaga w wyjaśnianiu przyczyn powstawania zaburzeń psychicznych i ich przebiegu, dzięki czemu precyzyjniej można ustalić cele i rodzaj terapii tych zaburzeń. Wśród psychologicznych przyczyn powstawania zaburzeń psychicznych wymienia się najczęściej patologiczne struktury osobowości, brak umiejętności radzenia sobie z rozwiązywaniem problemów, zaburzenia funkcjonowania systemów społecznych.

Diagnoza psychologiczna ma także duże znaczenie dla psychoterapii – podstawowej psychologicznej metody leczenia wielu zaburzeń psychicznych. Odpowiednie postępowanie diagnostyczne pozwala na sformułowanie hipotez wyjaśniających mechanizmy powstawania zaburzeń oraz opracowanie planu oddziaływań psychoterapeutycznych – określenie rodzaju korzystnych zmian oraz metod potrzebnych do ich osiągnięcia.

Podstawowymi narzędziami diagnozy psychologicznej są: wywiad, obserwacja, kwestionariusze i testy psychologiczne. Te ostatnie powinny spełniać odpowiednie warunki standaryzacyjne. Umiejętność przeprowadzenia diagnozy psychologicznej (sformułowanie hipotez, dobór odpowiednich narzędzi diagnostycznych, stosowanie tych narzędzi i interpretacja wyników) należy do najważniejszych umiejętności psychologa.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Proszę wymienić i scharakteryzować cele diagnozy psychologicznej.
2. Jakie narzędzia diagnostyczne są stosowane do identyfikacji i klasyfikacji objawów zaburzeń psychicznych?

3. Proszę wymienić najważniejsze przyczyny powstawania zaburzeń psychicznych.
4. Proszę wymienić etapy diagnozy potrzebnej do psychoterapii.

LITERATURA ZALECANA

Biblioteka Psychologa Praktyka. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Brzeziński, J. (1996). *Metodologia badań psychologicznych.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Matkowski, M. (1992). *MMPI – Badanie, opracowanie, interpretacja.* Poznań: Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości UAM.

62

Podstawowe zaburzenia psychiczne

J. Czesław Czabała
we współpracy z Joanną Meder, Marylą Sawicką

Zaburzenia psychiczne stanowią poważny problem zdrowotny. Szacuje się, że cierpi na nie 30% spośród wszystkich osób poszukujących pomocy medycznej. Największą liczbę stanowią osoby z zaburzeniami nerwicowymi lub zaburzeniami osobowości. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby osób z zaburzeniami nastroju. Najpoważniejszą chorobą psychiczną ciągle pozostaje schizofrenia, na którą cierpi około 1% osób w całej populacji.

62.1 Zaburzenia nerwicowe

Termin „nerwica" został wprowadzony ponad dwieście lat temu przez W. Cullena i pierwotnie obejmował wszystkie zaburzenia układu nerwowego. Z czasem zakres tego pojęcia został zawężony do tych zaburzeń psychicznych, u których podłoża nie udaje się stwierdzić uszkodzeń organicznych i w których zmiany dotyczą głównie procesów emocjonalnych. Tak szeroka definicja zachęcała przedstawicieli wielu kierunków psychologicznych do określenia, czym jest, według ich założeń teoretycznych, nerwica oraz w jaki sposób i jakimi metodami należy ją leczyć. Każdy z kierunków wniósł istotny wkład do dzisiejszego rozumienia genezy, przebiegu i leczenia zaburzeń nerwicowych, jednak – jak wykazuje praktyka – tak złożone zjawisko, jakim jest nerwica, wymyka się jednoznacznym klasyfikacjom.

62.1.1 Klasyfikacja zaburzeń nerwicowych

W najnowszych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych (por. Pużyński i Wciórka, 1997) odchodzi się od używania pojęcia „nerwica",

ponieważ termin ten zbyt blisko jest związany z jedną tylko teorią wyjaśniającą etiopatogenezę tych zaburzeń, a mianowicie z teorią psychoanalizy. *Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych* – ICD-10, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (i obowiązująca w Polsce), całą rozpatrywaną grupę zaburzeń nazywa zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i występującymi pod postacią somatyczną. Cechą charakterystyczną tej grupy zaburzeń jest łączenie ich z psychicznymi przyczynami ich powstawania. Opisując zespoły zaburzeń nerwicowych, będziemy odwoływali się do tej klasyfikacji (zob. Pużyński i Wciórka, 1997).

62.1.1.1 Zaburzenia lękowe w postaci fobii

Lęk fobiczny (*panic disorder*) wywołany jest przede wszystkim przez sytuacje lub przedmioty, które nie są obiektywnie niebezpieczne. W wyniku tego lęku chory doznaje uczucia przerażenia i stara się takich sytuacji (lub przedmiotów) unikać.

Lęk fobiczny jest subiektywnie odczuwany w postaci przyśpieszonego bicia serca, omdlewania, jako wtórny lęk przed śmiercią, utratą kontroli lub chorobą psychiczną. Wszystkie te doznania mogą pojawić się nawet na samą myśl o zagrożeniu.

Do najpowszechniej spotykanych postaci lęku fobicznego należą **agorafobia** (*agoraphobia*), czyli lęk przed otwartą przestrzenią, lęk przed wychodzeniem z domu oraz lęk przed podróżowaniem środkami lokomocji. Znalezienie się w takich sytuacjach najczęściej wywołuje uczucie panicznego strachu, poczucie, że stanie się coś złego – z reguły jest to obawa przed omdleniem, a nawet śmiercią. W stanach nasilonego lęku fobicznego chorzy mogą nawet latami nie opuszczać swojego domu, jako jedynego miejsca, gdzie czują się bezpiecznie.

Inną odmianą fobicznych zaburzeń lękowych są fobie społeczne, powodujące występowanie panicznego lęku w sytuacjach obcowania z grupą innych ludzi. Może on się przejawiać jako czerwienienie się, drżenie rąk, nudności czy nagląca potrzeba oddania moczu.

62.1.1.2 Inne zaburzenia lękowe

W grupie tych zaburzeń nerwicowych znajdują się te, które przejawiają się w różnych postaciach lęku, a ich występowanie nie jest przypisane jakiejś konkretnej sytuacji środowiskowej. Można do nich zaliczyć: **zaburzenia lękowe z pojedynczymi napadami lęku, zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia depresyjne i zaburzenia lękowe mieszane.**

62.1.1.3 Reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne

Zaburzenia fobiczne i zaburzenia lękowe występują najczęściej w sytuacjach, które nie są lękorodne, albo też występują niezależnie od jakichkolwiek sytuacji. Reakcje na stres i zaburzenia adaptacyjne są bezpośrednim wynikiem sytuacji obiektywnie trudnych. Zaburzenia te mogą pojawiać się po zetknięciu się z wyjątkowo stresującym wydarzeniem życiowym lub w wyniku istotnej zmiany życiowej, prowadzącej do stałych i nieprzyjemnych konsekwencji, utrudniających przystosowanie się do nich. Stresujące wydarzenia lub przewlekłe urazy są tutaj bezpośrednimi czynnikami wywołującymi reakcję, a zaburzenie nie wystąpiłoby bez wpływu tych okoliczności.

W tej kategorii zaburzeń nerwicowych znalazły się reakcje na ciężki stres oraz zaburzenia przystosowawcze. Zaburzenia te można traktować jako dezadaptacyjne reakcje na ciężki, ostry lub przewlekły stres, które uniemożliwiają skuteczne radzenie sobie w różnych sytuacjach społecznych.

Najbardziej charakterystycznymi objawami w tej grupie zaburzeń są: pojawiający się na początku stan „oszołomienia" z zawężeniem pola świadomości i uwagi, zaburzenia orientacji i brak rozumienia bodźców. W późniejszym okresie mogą występować: depresja, lęk, złość, rozpacz, pobudzenie lub zahamowanie. Cechą charakterystyczną objawów reakcji na stres jest ich intensywność i krótki okres trwania. Objawy zaburzeń adaptacyjnych pojawiają się najczęściej po jakimś czasie od wystąpienia niekorzystnej zmiany życiowej i mogą trwać kilka miesięcy.

62.1.1.4 Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (*obssesive-compulsive disorder*) znane były dawniej jako nerwica natręctw. Objawem podstawowym dla tego typu zaburzeń nerwicowych są nawracające **myśli natrętne** (obsesje) lub **czynności przymusowe** (kompulsje).

Myśli natrętne mogą być odczuwane jako idee, wyobrażenia czy impulsy, pojawiające się w sposób stereotypowy i nawracający. Mogą to być natrętne myśli bluźniercze, natrętne myśli katastroficzne, natrętne myśli związane z chęcią wykonania czegoś zagrażającego lub nieaprobowanego. Z reguły budzą one przykre uczucia, a walka z nimi bywa bezskuteczna.

Przymusowe czynności są zachowaniami stereotypowymi, przybierającymi często postać rytuałów. Nie służą jakiemuś konkretnemu, użytecznemu celowi, choć pacjent może im przypisywać symboliczne znaczenie, na przykład zapobieganie jakiemuś wysoce nieprawdopodobnemu zdarzeniu. Próby zaprzestania tych działań wzbudzają lęk i wywołują nieprzyjemne sygnały ze strony pobudzonego układu wegetatywnego. Zachowania i myśli kompulsywne stanowią źródło cierpienia i w znacznym stopniu dezorganizują codzienne funkcjonowanie.

62.1.1.5 Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)

Wspólną cechą **zaburzeń dysocjacyjnych** jest częściowa lub całkowita utrata prawidłowej integracji między wspomnieniami przeszłości, poczuciem własnej tożsamości, bezpośrednimi wrażeniami i kontrolą dowolnych ruchów ciała.

Objawy zaburzeń dysocjacyjnych to między innymi: **dysocjacyjna amnezja** – utrata pamięci ważnych bieżących wydarzeń, niezwiązana z przyczynami organicznymi; osłupienie **dysocjacyjne** – znaczne ograniczenie lub zanik ruchów dowolnych oraz brak prawidłowej reakcji na bodźce zewnętrzne, całkowity brak wypowiedzi słownych; **dysocjacyjne zaburzenia ruchu** – utrata możliwości poruszania całością lub częścią kończyny albo kończyn, aż do całkowitego porażenia.

W zaburzeniach dysocjacyjnych zdolność do świadomej i wybiórczej kontroli wspomnień jest ograniczona i zmienna w czasie. Zaburzenia tego typu są ściśle związane z wydarzeniami urazowymi, z trudnymi do rozwiązania problemami. Z zaburzeniami dysocjacyjnymi wiąże się też pojęcie konwersji, gdyż mechanizm konwersji służy do przekształcania wszystkich tych nierozwiązywalnych problemów i konfliktów w objaw chorobowy. Chorzy cierpiący na zaburzenia dysocjacyjne charakteryzują się silnymi mechanizmami obronnymi, wśród których najbardziej charakterystyczne są: mechanizm unikania i mechanizm zaprzeczania oczywistym trudnościom.

62.1.1.6 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną

Zaburzenia pod postacią somatyczną (*somatophorm disorders*) obejmują obszerną grupę zaburzeń, których podstawową cechą są powtarzające się skargi na objawy somatyczne. Skargom tym towarzyszą prośby o ciągłe badania dodatkowe oraz nadmierna koncentracja pacjenta na swoich, często niewielkich, problemach somatycznych. Chory wyraża też wiele pretensji do personelu medycznego w związku z nieskutecznymi działaniami leczniczymi i niezrozumieniem jego problemów zdrowotnych.

Jedną z najczęstszych postaci takich zaburzeń są **zaburzenia hipochondryczne**, czyli stałe zaabsorbowanie pacjenta możliwością wystąpienia u niego poważnej choroby somatycznej, czemu towarzyszy lęk i ciągłe poszukiwanie dowodów na istnienie jakiegoś groźnego schorzenia. Objawom tym towarzyszą wcześniej opisane zachowania chorego.

62.1.2
Przyczyny zaburzeń nerwicowych

Dotychczasowe koncepcje, dotyczące przyczyn powstawania zaburzeń nerwicowych, można sprowadzić do czterech, niżej opisanych, głównych teorii.

62.1.2.1
Teorie psychoanalityczne

Według teorii psychoanalitycznych (zob. rozdz. 1. i 36.), źródłem objawów nerwicowych są stłumione nierozwiązane konflikty wewnątrzpsychiczne (por. Freud, 1987/1901). Rozwiązanie konfliktów utrudnia stosowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych. Istotnym faktem, podkreślanym przez psychoanalityków, jest nieświadomy charakter większości tych konfliktów. Objawy nerwicowe to wynik nieskutecznej walki z lękiem wynikającym z nieuświadamianych konfliktów oraz symbolicznie wyrażany skutek kompromisu między niezaspokojonymi popędami, potrzebami, normami społecznymi i moralnymi.

62.1.2.2
Teorie uczenia się i koncepcje poznawcze

Objawy zaburzeń nerwicowych to efekt wadliwych procesów uczenia się (Wolpe, 1993). W ujęciu zwolenników teorii uczenia się objawy nerwicowe są wyuczonymi reakcjami pojawiającymi się w określonych sytuacjach, na które zostały uwarunkowane.

Koncepcje poznawcze zakładają, że objawy nerwicowe wynikają z lęku i napięcia, jakie przeżywają ludzie w związku z nieumiejętnością radzenia sobie ze swoimi problemami życiowymi. Umiejętność radzenia sobie i rozwiązywania problemów życiowych zależy od adekwatnej percepcji siebie i świata zewnętrznego oraz od umiejętności dostosowania zachowania do wymagań otoczenia i własnych zasobów. Percepcja siebie i otoczenia oraz adekwatność zachowania są wynikiem dotychczasowych doświadczeń, które utrwalają się w postaci określonych schematów poznawczych (zob. rozdz. 35.), dotyczących samego siebie i otoczenia, oraz towarzyszących im przekonań motywujących do określonych zachowań. To właśnie wadliwe przekonania są źródłem nieadekwatnych i nieskutecznych zachowań, prowadzących do napięcia, braku satysfakcji, poczucia własnej nieskuteczności lub lęku przed otoczeniem. Przykładem takich wadliwych przekonań jest tak zwana **triada depresyjna**, opisana przez Becka (1967): (1) negatywne myśli o samym sobie, (2) negatywna ocena przeszłych i obecnych doświadczeń, (3) pesymistyczne myśli na temat przyszłości.

62.1.2.3
Koncepcje psychologii humanistycznej

Rogers (1959) przyczyny objawów nerwicowych widzi w specyficznych zaburzeniach świadomości, jakie charakteryzują osoby o niewłaściwie ukształtowanym obrazie własnej osoby (zob. rozdz. 36.). Najważniejszym źródłem informacji o potrzebach jednostki są jej własne doświadczenia, które towarzyszą procesowi zaspokajania potrzeb. Tylko te doświadczenia mogą dostarczać informacji o tym, co jest dla jednostki dobre, a co niekorzystne.

Doświadczenia osobiste mogą być zniekształcane przez przyjmowanie doświadczeń innych osób jako własnych. To właśnie wtedy dochodzi do zatarcia znaczenia doświadczeń osobistych w planowaniu i realizowaniu procesów zaspokajania własnych potrzeb. Efektem tego jest podejmowanie działań, które nie służą zaspokajaniu tego, czego osoba pragnie, czego naprawdę potrzebuje. Ma to bezpośredni wpływ na poziom satysfakcji, na jej brak i wynikające stąd poczucie frustracji, na deprywację, brak zadowolenia. Towarzyszy temu poczucie napięcia oraz lęku przed niechcianymi i niepożądanymi efektami własnych działań, przynosząc w konsekwencji objawy zaburzeń nerwicowych.

62.1.2.4
Teorie systemowe

W ostatnich latach pojawiły się inne jeszcze propozycje wyjaśnienia przyczyn zaburzeń nerwicowych. Związane z nimi zachowania traktują one nie jako wewnątrzpsychicznie uwarunkowane, ale jako wynik nieprawidłowości funkcjonowania systemów, w których żyją jednostki (por. Barbaro, 1994). Wśród występujących w obrębie systemów społecznych zaburzeń wywołujących patologiczne zachowania jednostki dominują zaburzenia funkcjonowania systemów rodzinnych.

Należą do nich: zaburzenia struktury rodziny, zaburzenia komunikacji w rodzinie i zaburzenia norm regulujących funkcjonowanie systemów rodzinnych. Wynikające z nich niezaspokojenie podstawowych potrzeb realizowanych w rodzinie: poczucia bezpieczeństwa, poczucia zaspokojenia potrzeb miłości i przynależności, jest źródłem takich objawów psychicznych, jak: lęk, depresja i inne zaburzenia nerwicowe i psychiczne.

Niezależnie od przyjętego podejścia teoretycznego, zaburzenia nerwicowe traktuje się jako zaburzenia psychiczne, które łączą w sobie symptomy psychiczne i somatyczne, bez stwierdzanych zmian organicznych. Nerwice zalicza się do chorób reaktywnych, a więc takich, które są reakcją na urazy psychiczne. Pojęcie urazu psychicznego jest bardzo szerokie i odnosi się do różnorodnych trudnych sytuacji życiowych, począwszy od drobnych niepowodzeń, a skończywszy na sytuacjach traumatycznych.

Osoby cierpiące na zaburzenia nerwicowe mają zwykle zaburzony obraz własnej osoby, spowodowany niejasno wytyczoną granicą między Ja idealnym a Ja realnym, czego konsekwencją jest obniżone poczucie własnej wartości. Towarzyszy temu trudność rozumienia własnych motywów i osobistych celów.

Poszukując czynników mających wpływ na pojawienie się nerwicy, analizuje się wpływy genetyczne i fizjologiczne. Konkluzje wynikające z tych poszukiwań nie są jednoznaczne i świadczą jedynie o konieczności brania pod uwagę aktualnego stanu psychofizjologicznego chorego oraz jego cech dziedzicznych. Największą rolę w powstawaniu nerwicy przypisuje się czynnikom społeczno-kulturowym. Podkreśla się tu, że zachorowanie na nerwicę związane jest z niezaspokojeniem potrzeby bezpieczeństwa, miłości i akceptacji w okresie dzieciństwa. Z tymi czynnikami wiąże się niemożność zrealizowania przez dziecko potrzeby przynależności, rozwijania swojej tożsamości i stopniowego uzyskiwania samodzielności. Wychowywanie się w rodzinie pełnej konfliktów, gdzie dziecko poddawane było częstym nieoczekiwanym karom, nadmiernym wymaganiom i wielu niekorzystnym wpływom wychowawczym, sprzyja powstawaniu nerwic.

62.1.3
Leczenie zaburzeń nerwicowych

Podstawową metodą leczenia pacjentów cierpiących na nerwice jest **psychoterapia**. Psychoterapia to metoda leczenia, w której stosując określone procedury, dąży się do wystąpienia zmian pozwalających na usunięcie lub zmniejszenie nasilenia objawów choroby. Osiągnięcie zmiany jest więc najważniejszym celem psychoterapii, warunkuje ono ustąpienie objawów. Rodzaj zmiany potrzebnej do ustąpienia objawów różni między sobą szkoły psychoterapeutyczne: psychoterapię psychodynamiczną, behawioralno-poznawczą, humanistyczną i systemową. Wyczerpująco o psychoterapii traktuje rozdział 69.

Podstawowym celem **psychoterapii psychodynamicznej**, która przyczyn objawów zaburzeń nerwicowych upatruje w strukturze osobowości jednostki, jest zmiana właściwości wewnątrzpsychicznych jednostki, a mianowicie: uwolnienie stłumionych emocji, uświadomienie sobie własnych prawdziwych potrzeb, pragnień i fantazji, zmiana dotychczasowych nieskutecznych mechaniz-

mów obronnych oraz nabycie zdolności do odróżniania fantazji od rzeczywistości. Terapia psychodynamiczna jest jedną z dłużej trwających metod psychoterapii (nawet kilka lat).

Psychoterapia behawioralno-poznawcza stawia sobie za cel osiągnięcie następujących zmian, niezbędnych do usunięcia objawów: usunięcie nieadekwatnych reakcji na bodziec, uczenie się pożądanych reakcji i nowych nawyków, zmiany niewłaściwych wzorców myślowych, rozwijanie umiejętności, które mają ułatwić pacjentowi przystosowywanie się do różnych sytuacji życiowych, nabywanie umiejętności integrowania takich zjawisk, jak poznawanie, przeżywanie, działanie i wpływy otoczenia, rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów.

Psychoterapia behawioralno-poznawcza wypracowała wiele technik terapeutycznych odwołujących się do mechanizmów warunkowania, modelowania i aktywnego uczenia się. Do tego typu technik można zaliczyć desensytyzację. **Desensytyzacja**, stosowana najczęściej wobec pacjentów z fobią, **polega na stopniowym kojarzeniu bodźca lękowego ze stanem relaksacji, co prowadzi do wygaszania negatywnych emocji i do generalizacji emocji pozytywnych na bodźce dotąd zagrażające.** Pacjent z terapeutą ustalają hierarchicznie uporządkowaną listę tych bodźców z otoczenia pacjenta, które wzbudzają w nim lęk. W kolejnym kroku pacjent uczy się osiągania stanu relaksu. Stopniowe skojarzenie bodźca lękowego ze stanem relaksacji prowadzi do wygaszania negatywnych emocji.

Z kolei psychoterapia odwołująca się do założeń psychologii humanistycznej – **psychoterapia humanistyczna** – ma na celu: uwolnienie w pacjencie naturalnych tendencji do samorozwoju, zwiększenie samoświadomości, uwolnienie możliwości przeżywania, wzrost samoakceptacji, zrozumienia i akceptacji innych, pozbycie się systemów zaprzeczeń oraz nabywanie umiejętności konfrontowania się z problemami egzystencjalnymi.

Wreszcie **psychoterapia systemowa**, oddziałując głównie przy pomocy terapii rodziny, zmierza do: zmiany struktury rodziny poprzez przywracanie adekwatnych granic między podsystemami, likwidowanie patologicznych triad, zwiększanie klarowności w zakresie pełnionych w rodzinie ról, odbudowywanie adekwatnej spójności rodziny; zmiany w zakresie zasad regulujących funkcjonowanie systemu rodzinnego; zmiany we wzorcach komunikowania się członków rodziny; oraz zmiany w zakresie relacji emocjonalnych między członkami rodziny.

Częstą metodą pracy z osobami z zaburzeniami neurotycznymi jest **psychoterapia grupowa**. Metoda ta, niezależnie od orientacji teoretycznej, bazuje na interakcjach rozgrywających się pomiędzy poszczególnymi członkami grupy. Terapia grupowa neurotyków pozwala na demonstrowanie i odtwarzanie relacji z innymi ludźmi, dyskutowanie nad poglądami własnymi i innych osób. W efekcie pacjent uczy się, że inni mają podobne problemy, dzięki czemu może spojrzeć na siebie z dystansu, oczami innych uczestników procesu psychoterapeutycznego. W wyniku uczenia się i modelowania własnych postaw i zachowań dochodzi do modyfikacji poznawczych i emocjonalnych schematów osobistych pacjenta.

62.2

Zaburzenia osobowości i zaburzenia zachowania

Zaburzenia osobowości przyciągały i fascynowały badaczy od tysiącleci. Zajmowano się nimi już począwszy od Hipokratesa, a później – Picharda, Freuda i Kretschmera. Różnice między poszczególnymi autorami dotyczyły

przede wszystkim samego pojęcia zaburzeń osobowości oraz ich genezy i rozwoju.

62.2.1
Klasyfikacja zaburzeń osobowości i zaburzeń zachowania

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ujęciu ICD-10 (por. Pużyński i Wciórka, 1997) wprowadza trzy kategorie diagnostyczne, w których wyodrębnia się różne zaburzenia osobowości. Omawiamy je w kolejnych paragrafach.

62.2.1.1
Specyficzne zaburzenia osobowości

Do specyficznych zaburzeń osobowości zalicza się głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań, odmienne od przeciętnych zachowań, typowych dla danej kultury. Odmienność przejawia się w wielu wymiarach funkcjonowania jednostki: w odmiennym spostrzeganiu, myśleniu, przeżywaniu emocjonalnym, a przede wszystkim w odnoszeniu się do innych ludzi. Powoduje to często poważne trudności w funkcjonowaniu społecznym jednostki i stanowi dla niej źródło subiektywnego cierpienia. Zaliczane tutaj zaburzenia osobowości ujawniają się już w okresie dzieciństwa lub dojrzewania i utrzymują się w okresie dorosłego życia. W tej grupie zaburzeń osobowości występują:

(1) **Osobowość paranoiczna**. Zaburzenia te charakteryzują się nadmierną wrażliwością na niepowodzenie i odrzucenie, długotrwałym przeżywaniem przykrości, podejrzliwością i tendencją do dostrzegania wszędzie wrogości, nawracającymi i nieuzasadnionymi podejrzeniami dotyczącymi wierności seksualnej partnera, stosowaniem „spiskowej teorii" do wyjaśniania wszelkich wydarzeń.

(2) **Osobowość schizoidalna**. Osoby o cechach tej osobowości charakteryzują się ograniczeniem kontaktów z innymi ludźmi, chłodem emocjonalnym, małą zdolnością do wyrażania uczuć i dostrzegania uczuć przeżywanych przez innych, niepodejmowaniem działań mających na celu poszukiwanie przyjemności, preferowaniem pozostawania w samotności, wreszcie brakiem wrażliwości na obowiązujące normy i zwyczaje społeczne.

(3) **Osobowość dyssocjalna (antyspołeczna)**. Przejawia się ona nieliczeniem się z normami społecznymi, a przede wszystkim: nieliczeniem się z uczuciami innych osób, lekceważeniem norm i zobowiązań społecznych, trudnością w utrzymaniu stałych związków z innymi, łatwością reagowania agresją i zachowaniami gwałtownymi nieadekwatnymi do sytuacji, brakiem zdolności do przeżywania poczucia winy i niewrażliwością na stosowane kary, skłonnością do obwiniania innych jako jedynego sposobu wyjaśniającego własne zachowania.

(4) **Osobowość chwiejna emocjonalnie**. Przejawia się tendencją do działań impulsywnych bez uwzględniania konsekwencji tych działań. Osoby z takimi zaburzeniami osobowości są niestabilne emocjonalnie, niezdolne do planowania przyszłości oraz skłonne do wybuchów gwałtownego gniewu i gwałtownych zachowań, zwłaszcza w sytuacjach krytykowania ich działań. Do grupy zaburzeń osobowości chwiejnej emocjonalnie zalicza się także zaburzenia osobowości typu *borderline* (z pogranicza), charakteryzujące się zaburzonym obrazem siebie, poczuciem pustki, łatwością wchodzenia w niestabilne i intensywne związki uczuciowe, powtarzającymi się groźbami samobójstwa lub samouszkadzaniem się.

(5) **Osobowość histrioniczna (histeryczna)**. Ten rodzaj zaburzenia osobowości charakteryzuje się nadmierną ekspresją emocji, dramatyzowaniem i teatralnością, łatwością ulegania wpływom, płytką i chwiejną uczuciowością. Teatralność gestów idzie w parze z ciągłymi poszukiwaniami podniet i zwracaniem na siebie

uwagi oraz z wyjątkową koncentracją na wyglądzie zewnętrznym. Osoby o tej osobowości są często egocentryczne, uwodzicielskie w zachowaniu i manipulujące innymi przy osiąganiu własnych celów.

(6) **Osobowość anankastyczna (obsesyjno-kompulsywna)**. Zaburzenie to charakteryzuje się nadmierną dokładnością, skrupulatnością, wątpliwościami i ostrożnością, nadmierną pedanterią i uległością wobec konwencji społecznych, sztywnością i uporem, trudnościami w podejmowaniu decyzji, pojawianiem się natarczywych i niechcianych myśli lub impulsów.

(7) **Osobowość lękliwa**. Właściwościami tej osobowości są ciągłe i wszechogarniające poczucie napięcia i niepokoju, poczucie niższości w stosunku do innych ludzi, niechęć do wchodzenia w bliższe związki z innymi ludźmi, poczucie społecznego nieprzystosowania.

(8) **Osobowość zależna**. Charakteryzuje się nieumiejętnością podejmowania decyzji, nadmierną zależnością od bliskich i podporządkowaniem im swoich potrzeb, zachęcaniem innych do przejmowania odpowiedzialności za swoje ważne decyzje życiowe, spostrzeganiem siebie jako osoby bezradnej, niekompetentnej i bezsilnej.

62.2.1.2
Zaburzenia nawyków i popędów

Kolejną kategorię diagnostyczną stanowią **zaburzenia nawyków i popędów**. Są to zaburzenia zachowania, cechujące się pozbawionym wyraźnej i racjonalnej motywacji powtarzaniem działań, które zazwyczaj szkodzą pacjentowi i innym osobom. Wymienia się wśród nich:

(1) **Patologiczny hazard** – intensywny, trudny do opanowania popęd do gry, często prowadzący do naruszania norm i zobowiązań społecznych, zaburzający życie rodzinne i pracę zawodową, powodujący wiele kłopotów materialnych.

(2) **Patologiczne podpalanie** (piromania) – charakteryzuje się usiłowaniami podkładania ognia pod własne i cudze obiekty, stałym zaabsorbowaniem tematami związanymi z ogniem i nienormalnym zainteresowaniem sprzętem pożarniczym. Stanom tym towarzyszy uczucie napięcia i podniecenia.

(3) **Patologiczne kradzieże** (kleptomania) – powtarzająca się niemożność powstrzymania się od kradzieży przedmiotów niepotrzebnych, które są następnie wyrzucane, oddawane lub kolekcjonowane. Kradzieże poprzedza narastające napięcie, przechodzące w poczucie zadowolenia w czasie ich trwania.

62.2.1.3
Zaburzenia identyfikacji płciowej i preferencji seksualnych

Zaburzenia identyfikacji płciowej ilustrujemy przykładem transseksualizmu i transwestytyzmu, natomiast kategorię zaburzeń preferencji seksualnych – przykładem fetyszyzmu, ekshibicjonizmu, pedofilii i sadomasochizmu. Szeroko o psychologicznych aspektach zaburzeń seksualnych traktuje rozdział 68.3.

(1) **Transseksualizm** – pragnienie bycia uznanym za osobę płci przeciwnej, uczucie niezadowolenia z posiadania anatomicznych cech płciowych i poczucie ich nieprawidłowości, chęć poddania się leczeniu w celu uzyskania płci preferowanej.

(2) **Transwestytyzm** – ubieranie się w stroje płci przeciwnej, któremu towarzyszy podniecenie seksualne. Nie występuje tutaj pragnienie trwałej zmiany płci.

(3) **Fetyszyzm** – konieczność posiadania pewnych przedmiotów, na przykład części garderoby, jako bodźców do uzyskania pobudzenia oraz satysfakcji seksualnej.

(4) **Ekshibicjonizm** – nawracająca tendencja do pokazywania narządów płciowych obcym osobom w miejscach publicznych, czemu towarzyszy podniecenie seksualne.

(5) **Pedofilia** – zainteresowania i zachowania seksualne osoby dorosłej kierowane do dzieci.

(6) **Sadomasochizm** – preferowanie aktywności seksualnej, w której dochodzi do zadawania bólu lub upokorzenia.

Zaburzenia osobowości są głęboko zakorzenionymi i utrwalonymi wzorcami zachowań, przejawiającymi się mało elastycznymi reakcjami na różnorodne sytuacje indywidualne i społeczne. Zachowania te charakteryzują się tendencją do skrajnych reakcji i wyrażają się znaczną odmiennością w porównaniu z przeciętnym w danej kulturze sposobem spostrzegania, myślenia, odczuwania i odnoszenia się do innych. Takie wzorce zachowania mają tendencję do trwałości i do obejmowania wielu zakresów funkcjonowania psychologicznego.

62.2.2
Etiologia zaburzeń osobowości i zaburzeń zachowania

Koncepcje wyjaśniające powstawanie zaburzeń osobowości można podzielić na teorie konstytucjonalne, psychologiczne i systemowe (por. Jakubik, 1997).

Teorie konstytucjonalne zakładają istnienie biologicznych predyspozycji zaburzeń osobowości. Funkcjonowanie człowieka, jego zachowanie, sposób reagowania emocjonalnego zależą od budowy organizmu, jego funkcji fizjologicznych, w tym przede wszystkim od pewnych właściwości układu nerwowego. Te składniki, traktowane jako wrodzone, są mało podatne na zmiany w przebiegu rozwoju.

Twórcy psychoanalizy sformułowali własne hipotezy wyjaśniające powstawanie zaburzeń osobowości. Zgodnie z nimi, zaburzenia te są wynikiem bardzo silnego tłumienia nieakceptowanych pragnień seksualnych albo tłumienia tendencji do seksualnych lub fizycznych form przemocy. Zaburzenia osobowości objawiają się „zawężeniem wzorów zachowania do zachowań popędowych, impulsywnych i słabo zróżnicowanych" (Jakubik, 1997, s. 37). Przyczyną takich zachowań jest patologia superego i ego. Wielu psychoanalityków dopuszcza możliwość dziedziczonych predyspozycji fizjologicznych, takich jak poziom wrażliwości na bodźce, poziom aktywności układu nerwowego.

Teorie systemowe w poszukiwaniu wyjaśnień zaburzeń osobowości odwołują się do pojęcia „niedorozwoju mechanizmów regulacyjno-integracyjnych" (por. Jakubik, 1997, s. 129). Niedorozwój tych mechanizmów to między innymi: przewaga zachowań reaktywnych nad celowymi, nieumiejętność rozwiązywania sytuacji problemowych, słaba zdolność przewidywania konsekwencji swojego zachowania, niezrównoważenie emocjonalne. Powstawanie takich niedojrzałych mechanizmów regulacyjnych jest uwarunkowane zarówno czynnikami biologiczno-temperamentalnyni, jak i procesem socjalizacji. W efekcie następuje zahamowanie rozwoju osobowości, wyrażające się przewagą mechanizmów popędowo-emocjonalnych nad poznawczą regulacją zachowania.

62.2.3
Leczenie zaburzeń osobowości i zaburzeń zachowania

Leczenie zaburzeń osobowości w większości wypadków jest niezwykle trudne. Leczenie farmakologiczne przynosi jedynie stłumienie zachowań agresywnych. Zabiegi chirurgiczne i elektrowstrząsy nie spełniły pokładanych w nich nadziei. Psychoterapia także nie okazała się efektywna. Niekiedy skuteczna bywa terapia behawioralna w postaci warunkowania awersyjnego i instrumentalnego.

Wiele nadziei związanych jest z programami reedukacyjnymi i resocjalizacyjnymi. Najczęściej są to programy eksperymental-

ne, zwykle trwają wiele lat i łączą w sobie wiele różnych form oddziaływania: psychoterapię grupową, terapię pracą i ruchem, wszelkiego rodzaju techniki warunkowania instrumentalnego. Programy te charakteryzują się jasnymi regułami i dyrektywną postawą terapeuty. Proponowane w nich techniki pracy opierają się na zasadach uczenia się, modelowania, przekazywania informacji zwrotnych, zasadach stosowania nagród i kar oraz zasadach prowadzenia treningów umiejętności społecznych.

62.3

Zaburzenia nastroju (zaburzenia afektywne)

Zaburzenia nastroju są jednymi z najczęstszych zaburzeń psychicznych – ich rozpowszechnienie w populacji ogólnej wynosi około 15%. Wskaźnik rozpowszechnienia u kobiet jest dwukrotnie wyższy niż u mężczyzn. Średni wiek początku choroby wynosi 40 lat.

62.3.1

Klasyfikacja zaburzeń nastroju

Zaburzenia afektywne charakteryzują się patologicznymi zmianami nastroju, napędu psychoruchowego, emocji i ośrodkowej regulacji rytmów biologicznych. Wyróżniamy wśród nich dwa podstawowe zespoły zaburzeń: **zespół depresyjny** i **zespół maniakalny**. Mają one przebieg nawracający. U części chorych występują nawroty w obrazie zarówno depresji, jak i manii – jest to wówczas choroba afektywna dwubiegowa – u innych zaś wyłącznie depresji – mówimy wtedy o chorobie afektywnej jednobiegunowej. Są chorzy, u których zaburzenia nastroju utrzymują się przewlekle, a remisje prawie nie występują.

Wcześniejsze klasyfikacje (por. ICD-9; Jaroszyński, 1981) wyróżniały trzy grupy zaburzeń:

(1) zaburzenia o etiologii endogennej (choroby afektywne, mania i depresja endogenna),
(2) zaburzenia o etiologii psychogennej (depresja reaktywna, depresja nerwicowa),
(3) zaburzenia nastroju, występujące w chorobach organicznych ośrodkowego układu nerwowego, w chorobach somatycznych, w ostrych i przewlekłych zatruciach itp.

Najnowsza klasyfikacja – ICD-10 (zob. Pużyński i Wciórka, 1997) – oparta jest głównie na przesłankach praktycznych i na tej podstawie wyróżnia następujące rodzaje zaburzeń: epizod maniakalny, zaburzenia dwubiegunowe, epizod depresyjny i utrwalone zaburzenia nastroju.

62.3.1.1
Epizod maniakalny

Dla zaburzeń określanych mianem **epizodu maniakalnego** charakterystyczne jest wyraźne podwyższenie nastroju lub drażliwości, trwające minimum 1 dzień. Towarzyszą im co najmniej trzy z następujących objawów: wzmożona aktywność lub niepokój fizyczny, wzmożona rozmowność, trudność w koncentracji uwagi, zmniejszona potrzeba snu, zwiększona energia seksualna, mało odpowiedzialne zachowania (na przykład niepotrzebne wydatki), wzmożona łatwość kontaktów z innymi. Wyróżnia się trzy postacie zaburzeń maniakalnych.

(1) **Hipomania**, czyli stałe i łagodne wzmożenie nastroju, zwiększona energia i aktywność, zwiększona liczba kontaktów z otoczeniem, gadatliwość, wzmożony popęd seksualny, zmniejszona potrzeba snu. Hipomania przypomina manię, ale objawy chorobowe są znacznie mniej nasilone. Przeżywanie epizodu hipomanii nie wymaga hospitalizacji, gdyż nie powoduje poważnych zakłóceń w życiu społecznym lub zawodowym chorego i nie towarzyszą mu objawy psychotyczne.
(2) **Mania bez objawów psychotycznych** – tutaj nasilenie wzmożonego nastroju osiąga znaczenie wyższy poziom niż w hipomanii. Jest ono wyraźnie nieadekwatne do sytuacji i może ulegać nieoczekiwanym zmianom. W kontaktach z innymi osoby z tymi objawami tracą wszelkie zahamowania. Występują trudności z utrzymaniem uwagi i wielkościowe oceny siebie.
(3) **Mania z objawami psychotycznymi** – ta postać występuje wtedy, gdy podwyższona samoocena i idee wielkościowe ulegają przekształceniu w urojenia. Pojawia się gonitwa myśli, zachowania agresywne, zaniedbywanie odżywiania się i troski o higienę osobistą.

62.3.1.2
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe charakteryzują się nawrotami epizodów choroby, naprzemiennie: w postaci podwyższonego nastroju (manii lub hipomanii) i obniżonego nastroju (depresja). Wcześniej diagnozowano ten zespół jako psychozę maniakalno-depresyjną. Czasem pojawiają się objawy psychotyczne zgodne z zaburzeniem nastroju. U chorych z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej mogą wystąpić zaburzenia łaknienia, lęki, znaczna nadruchliwość, zaburzenia uwagi. W tym zespole zaburzeń nastroju istnieje duże ryzyko samobójstwa.

62.3.1.3
Epizod depresyjny

W **epizodzie depresyjnym** występuje nastrój depresyjny albo znaczne zmniejszenie zainteresowania odczuwaniem przyjemności lub zdolności do jej odczuwania. Typowe są objawy neurowegetatywne, takie jak zaburzenie snu i łaknienia, ponadto zaburzenia koncentracji uwagi i uczucie zmęczenia, nieadekwatne zmniejszenie lub zwiększenie aktywności psychoruchowej. Chorzy mają poczucie bezwartościowości i poczucie winy, myślą o śmierci lub o samobójstwie.

Ze względu na nasilenie objawów depresyjnych wyróżnia się epizod łagodny, umiarkowany i ciężki. Zawsze jednak zespół ten charakteryzuje obniżony nastrój, utrata zainteresowań i zdolności cieszenia się, spadek aktywności, wzmożona męczliwość. Inne objawy to: osłabienie koncentracji uwagi, niska samoocena, poczucie winy, pesymistyczne widzenie przyszłości. Powtarzające się epizody depresji diagnozowane są jako **zaburzenia depresyjne nawracające**.

62.3.1.4
Utrwalone zaburzenia nastroju

W wypadku **utrwalonych zaburzeń nastroju** nasilenie objawów podwyższonego lub obniżonego nastroju nie osiąga takiego poziomu jak w wypadku zespołu hipomanii czy łagodnej depresji. Zmiany nastroju mają jednak przewlekły charakter, mogą utrzymywać się przez większość dorosłego życia. Są przyczyną złego samopoczucia i niesprawności. Wśród tej kategorii zaburzeń wyróżnia się dwie główne postacie objawów:

(1) **cyklotymię** – stałe wahania nastroju w postaci epizodów łagodnej depresji i łagodnego wzmożonego samopoczucia;
(2) **dystymię** – przewlekłe obniżenie nastroju o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu; w tej kategorii diagnostycznej mieszczą się zespoły rozpoznawane dotychczas jako nerwica depresyjna lub depresja lękowa przewlekła.

62.3.2

Etiologia zaburzeń nastroju

Etiologia zaburzeń afektywnych, tak zwanych endogennych (epizodów maniakalnych i depresyjnych oraz depresji dwubiegunowej

i nawracającej), nie jest do końca wyjaśniona. Najczęściej przyjmuje się (por. Pużyński, 1988), że zaburzenia afektywne są uwarunkowane wieloma czynnikami. Wśród nich wymienia się:

(1) **Czynniki neurochemiczne**. W chorobach afektywnych występują zaburzenia w przemianach i dystrybucji substancji przekaźnikowych, zwłaszcza noradrenaliny i serotoniny. Hipotezy o neurochemicznym podłożu zaburzeń depresyjnych znajdują potwierdzenie w dużej skuteczności leków przeciwdepresyjnych oraz elektrowstrząsów w terapii depresji.
(2) **Czynniki genetyczne**. Choroba afektywna występuje rodzinnie, jednak nie wyjaśniono jeszcze ostatecznie, czy dziedziczy się samą chorobę, czy tylko predyspozycje do niej.
(3) **Czynniki biologiczne**. Obserwuje się ścisłe powiązanie zaburzeń neuronalnych – dotyczących osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej – i zaburzeń tarczycy z chorobami afektywnymi.
(4) **Czynniki psychologiczne**. Koncepcje psychodynamiczne upatrują źródła objawów depresyjnych w doświadczeniach życiowych, w których wyniku wzbudzona złość została skierowana przeciwko sobie zamiast przeciwko obiektom będącym źródłem frustracji i wynikającej stąd złości. Złość taka jest najczęściej efektem odrzucenia przez osoby znaczące albo reakcją na utratę czegoś ważnego. Innym czynnikiem, który może prowadzić do objawów depresyjnych, bywa niska samoocena jako wynik nadmiernej zależności od osób znaczących w okresie kształtowania się samooceny.
W ramach koncepcji poznawczych wypracowano inne modele wyjaśniania przyczyn objawów depresyjnych: model negatywnych myśli Becka (1967) i model wyuczonej bezradności Seligmana (1975). Beck (1967) uważa, że u podłoża depresji znajdują się dwa mechanizmy: triada poznawcza i błędy logiczne. **Triada poznawcza** to określony sposób myślenia, wynikający z trzech wadliwych przekonań: negatywnej oceny samego siebie, negatywnej oceny własnej przeszłości oraz sytuacji obecnej i wreszcie przewidywania negatywnych zdarzeń w przyszłości. Wśród **błędów logicznych** Beck wymienia: arbitralne wnioskowanie, czyli wyciąganie wniosków przy braku dostatecznej ilości przesłanek, selektywną uwagę, czyli skupianie się na jednym szczególe z pominięciem innych elementów oceny sytuacji, oraz personalizację, czyli przypisywanie sobie odpowiedzialności za negatywne zdarzenia pojawiające się w doświadczeniach życiowych jednostki, a nawet za takie zdarzenia w życiu innych ludzi.
Takie schematy poznawcze, jak opisane w triadzie depresyjnej, oraz popełniane błędy logiczne nieuchronnie prowadzą do błędnej i negatywnej oceny samego siebie oraz wynikającej stąd tendencji do wycofywania się z życia, obwiniania samego siebie, karania siebie, włącznie z chęcią odebrania sobie życia – podstawowych objawów zaburzeń depresyjnych.
Teoria wyuczonej bezradności Seligmana (1975) zaburzenia depresyjne wyjaśnia wadliwie ukształtowanym stylem myślenia atrybucyjnego. Osoby chore na zaburzenia depresyjne charakteryzują się tym, że z reguły sobie przypisują przyczyny porażek, a czynnikom zewnętrznym – przyczyny sukcesów.

62.3.3
Leczenie zaburzeń nastroju

Po prawidłowo przeprowadzonym postępowaniu diagnostycznym należy w pierwszej kolejności dokonać oceny zagrożenia, jakim są dla pacjenta objawy depresyjne. Wszystkie zaburzenia nastroju niosą ze sobą ryzyko samobójstwa, dlatego jako pierwszą należy podjąć decyzję, gdzie rozpocząć leczenie – w szpitalu czy w warunkach ambulatoryjnych? Hospitalizacja zwiększa bezpieczeństwo pacjenta i pozwala zastosować wyższe dawki leków. Leczenie ambulatoryjne stwarza warunki lepszego dostępu do ośrodka prowadzącego leczenie. Na decyzję o wyborze miejsca wpływa także ocena środowiska pacjenta, możliwości zapewnienia mu opieki ze strony rodziny.

Leczenie zaburzeń afektywnych jest najczęściej połączeniem leczenia farmakologicznego z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi. Wybór leku przeciwdepresyjnego zależy od głębokości zaburzeń, nasilenia lęku i niepokoju, nasilenia zahamowania psychicznego i ruchowego, stopnia ryzyka samobójstwa. Leczenie rozpoczyna się najczęściej od trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, takich jak amitryptylina, imiprania. Jeżeli są one nieskuteczne, zaleca się podawanie leków tak zwanej „drugiej generacji", takich jak fenalzyna, fluoksetyna. Leczenie elektrowstrząsowe proponuje się pacjentom, u których zawiodły leki przeciwdepresyjne albo istnieją przeciwwskazania do ich stosowania.

Psychoterapia w leczeniu zaburzeń nastroju to głównie **metody psychoterapii poznawczej**, wywodzącej się z poznawczej teorii depresji A. Becka (1967). Celem psychoterapii poznawczej jest poznanie i korekta zaburzonego sposobu myślenia i irracjonalnych schematów leżących u podłoża depresji.

Podstawowe techniki terapii poznawczej to:

(1) wykrywanie myśli automatycznych, to znaczy takich, które pojawiają się jako automatyczna i niezróżnicowana reakcja na niemal każde zdarzenie;
(2) konfrontowanie myślenia automatycznego z rzeczywistością, czyli poszukiwanie uzasadnienia dla automatycznych myśli oraz poszukiwanie możliwych wyjaśnień dla zdarzeń wywołujących myślenie automatyczne;
(3) trening reatrybucji, czyli poszukiwanie odpowiedzialności za zdarzenia także poza przypisywaniem winy wyłącznie sobie;
(4) trening zmiany schematów poznawczych przez poszukiwanie pozytywnych myśli zawsze wtedy, gdy pojawiają się automatyczne myśli negatywne na własny temat.

Leczenie chorych z zaburzeniami nastroju o charakterze dystymicznym odbywa się najczęściej w warunkach klasycznej psychoterapii, to jest prowadzonej w taki sposób, jak w wypadku pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi (por. rozdz. 69.).

62.4
Schizofrenia

Zaburzenia schizofreniczne stanowią dość zróżnicowaną kategorię zaburzeń. Charakterystyczne dla niej zaburzenia myślenia i spostrzegania oraz niedostosowany afekt tworzą w rezultacie obraz dezintegracji (rozszczepienia) osobowości. Zaburzenia myślenia i zaburzenia afektu to:

(1) **urojenia nasyłania, odciągania lub ugłaśniania myśli** – chory jest przekonany, że jego myśli pochodzą od kogoś innego albo że są ogólnie znane i dostępne dla innych;
(2) **urojenia oddziaływania** – pacjent jest przeświadczony, że jego zachowaniem, myślami, uczuciami kierują siły zewnętrzne i że nie ma on wpływu na to, co robi i co przeżywa;
(3) **urojenia o niedostosowanej kulturowo treści**, takie jak: urojenia dotyczące tożsamości pacjenta (przekonanie, że jest się znaną postacią polityczną lub religijną, na przykład Napoleonem, Bogiem, Jezusem), urojenia posiadania nadludzkich mocy lub zdolności (na przykład zdolności oddziaływania na pogodę lub przekonanie o pozostawaniu w łączności z istotami pozaziemskimi);

(4) **słyszenie głosów omamowych** komentujących zachowanie pacjenta lub dyskutujących o pacjencie między sobą;
(5) **utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu**, na przykład odczuwanie jakiegoś zapachu (omamy węchowe) lub dostrzeganie czegoś, czego nie dostrzegają inni ludzie (omamy wzrokowe);
(6) **przerwy lub wstawki w myśleniu** prowadzące do rozkojarzenia (przerywania jednego toku myśli innymi, zmiany treści wypowiedzi bez racjonalnego uzasadnienia), niedostosowane wypowiedzi, wypowiadanie nic nieznaczących dla otoczenia słów (neologizmy);
(7) **zachowania katatoniczne**, takie jak: pobudzenie ruchowe, zastyganie w bezruchu (osłupienie), negatywizm (odmawianie wykonywania czegokolwiek), mutyzm (zaprzestanie mówienia);
(8) **objawy „negatywne"**, takie jak: apatia, zubożenie wypowiedzi, spłycenie lub niespójność reakcji emocjonalnych, społeczne wycofanie się, zmniejszenie dystansu społecznego w relacjach z innymi ludźmi, utrata zainteresowań, bezczynność, brak woli wykonywania czegokolwiek.

62.4.1
Klasyfikacja schizofrenii

Wśród różnych zespołów zaburzeń schizofrenicznych najczęściej występują: schizofrenia paranoidalna, hebefreniczna, katatoniczna, rezydualna i prosta (por. Pużyński i Wciórka, 1997).

(1) **Schizofrenia paranoidalna**. W obrazie klinicznym tej formy schizofrenii dominują urojenia (takie jak: urojenia prześladowcze, wysokiego urodzenia, szczególnej misji, zmiany postaci ciała lub niewiary) i omamy (takie jak: głosy zagrażające lub nakazujące, omamy węchowe lub dotykowe, wrażenia seksualne lub cielesne innego rodzaju). Uczuciowość jest w tej postaci schizofrenii mniej spłycona niż w innych rodzajach zaburzeń schizofrenicznych, pozostaje jednak niedostosowana, co może ujawniać się w postaci nieuzasadnionej drażliwości, nieoczekiwanych wybuchów gniewu, lękliwości i podejrzliwości.
(2) **Schizofrenia hebefreniczna**. Występuje tutaj wyraźne i utrzymujące się spłycenie lub pustka afektywna i/albo wyraźna, utrzymująca się niespójność lub niedostosowanie afektu, zachowania raczej bezcelowe i niepowiązane niż ukierunkowane celowo, wyraźne zaburzenia myślenia, przejawiające się wypowiedziami niepowiązanymi, chaotycznymi albo rozkojarzonymi. Omamy lub urojenia nie dominują w obrazie klinicznym, choć mogą występować z mniejszym nasileniem. W zachowaniu można obserwować: chichotanie, nieadekwatne grymasy twarzy, zachowania infantylne i pozbawione celowości.
(3) **Schizofrenia katatoniczna**. Najważniejszymi objawami tej postaci schizofrenii są różne zaburzenia psychomotoryczne: **osłupienie**, czyli znaczny spadek reaktywności wobec otoczenia oraz zmniejszenie spontanicznej ruchliwości i aktywności lub mutyzm, **pobudzenie**, czyli wyraźnie bezcelowa aktywność ruchowa, niepoddająca się wpływowi bodźców zewnętrznych, **zastyganie**, czyli dobrowolne przyjmowanie i utrzymywanie pozycji niedostosowanych lub dziwacznych, **negatywizm** – nieumotywowany opór wobec wszelkich poleceń lub prób spowodowania ruchu albo ruch w przeciwnym kierunku, **sztywność**, to jest utrzymywanie sztywnej pozycji przy próbach spowodowania ruchu, **giętkość woskowa** – utrzymywanie kończyn i tułowia w pozycjach nadanych z zewnątrz, wreszcie **automatyzm nakazowy**, czyli automatyczne poddawanie się poleceniom.
(4) **Schizofrenia niezróżnicowana**. Schizofrenia może czasami przebiegać bez takich objawów, jak te wyróżnione w postaci paranoidalnej, katatonicznej czy hebefrenicznej, albo też objawy mogą być tak liczne, że spełniają kryteria więcej niż jednej postaci schizofrenii.
(5) **Schizofrenia rezydualna**. Ta postać zaburzeń schizofrenicznych zaczyna się epizodem wyraźnie psychotycznym (to znaczy pojawieniem się urojeń lub omamów), ale późniejszy przebieg ma przede wszystkim postać objawów „negatywnych". Występują tutaj: spowolnienie psychoruchowe lub niedostateczna aktywność, wyraźne spłycenie i zblednięcie afektu, bierność i brak inicjatywy, zubożenie ilości bądź treści wypowiedzi, słaba komunikacja niewerbalna za pośrednictwem mimiki, kontaktu wzrokowego, modulacji głosu albo postawy ciała oraz zaniechanie pełnienia ról społecznych i troski o swoje sprawy.
(6) **Schizofrenia prosta**. Niekiedy wyróżnia się tę postać schizofrenii, której jedyną cechą odróżniającą od schizofrenii rezydualnej jest brak objawów urojeń i omamów, przy postępującym rozwoju zachowań przejawiających się utratą napędu i zainteresowań, bezcelowością, bezczynnością, zamknięciem w sobie i społecznym wycofaniem się. Stopniowo pogłębiają się objawy „negatywne", takie jak: znaczna apatia, ubóstwo wypowiedzi, niedostateczna aktywność, spłycenie afektu, bierność i brak inicjatywy oraz słaba komunikacja niewerbalna (stereotypowy wyraz twarzy, unikanie kontaktu wzrokowego, ubogie modulowanie głosu czy przybieranie mało skomplikowanej pozycji ciała). U pacjentów obserwuje się też znaczny spadek funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.

62.4.2
Przebieg zaburzeń schizofrenicznych

50%–60% osób zaczyna chorować na schizofrenię przed trzydziestym rokiem życia. Dwukrotnie częściej początek choroby rozpoczyna się ostro, to jest objawy pojawiają się w postaci znacznie nasilonej. Po zwykle burzliwym początku u większości chorych po upływie pięciu–dziesięciu lat przebieg choroby się stabilizuje. Pomimo istnienia nawrotów często po latach choroby obserwuje się poprawę stanu psychicznego i funkcjonowania życiowego.

Opisuje się dwa typy przebiegu schizofrenii: **prosty** (dotyczący 21%–42% przypadków) – o szybkim lub wolniejszym narastaniu zaburzeń – i **falujący** (w 50%–64% przypadków) – cechujący się występowaniem epizodów zaburzeń, rozdzielonych okresami pełnego lub częściowego powrotu do zdrowia.

U około 10% osób po pierwszym epizodzie obserwuje się całkowite wyleczenie, natomiast 3%–6% stanowią chorzy ze szczególnie niekorzystnym przebiegiem choroby, cechującym się stałym utrzymywaniem się nasilonych objawów psychotycznych.

Wiele osób chorujących na schizofrenię charakteryzuje się objawami rezydualnymi oraz znacznym stopniem nieprzystosowania życiowego. Może się ono przejawiać zaburzoną sytuacją rodzinną i zawodową chorego, ograniczeniem kontaktów z innymi ludźmi, zmniejszeniem zainteresowania sobą i otaczającym światem. Jako wskaźniki pomyślnego rokowania wymienia się: prawidłową osobowość i dobre przystosowanie przedchorobowe, późniejszy wiek zachorowania, ostry początek choroby, obecność reaktywnych czynników wyzwalających, falujący przebieg, obecność zaburzeń afektywnych, brak zaburzeń myślenia, brak przejawów zobojętnienia, szybkie ustępowanie zaostrzeń i krótkie hospitalizacje.

Ryzyko nawrotu zwiększa się w sytuacji niedostatecznie albo nadmiernie stymulujących warunków życia oraz w warunkach niesprzyjającej atmosfery emocjonalnej w najbliższym otoczeniu chorego.

Zapadalność na schizofrenię i rozpowszechnienie tej choroby jest podobne w różnych regionach świata. W Polsce dotyczy ona około 1% populacji. Mężczyźni zaczynają cho-

rować w młodszym wieku niż kobiety. Umieralność chorych na schizofrenię jest większa niż w populacji ogólnej i łączy się z dużym procentem samobójstw. Ryzyko samobójstw szacuje się na 3%–5% chorych. W odmiennych kulturowo regionach świata odnotowuje się podobny wskaźnik zapadalności i profil psychopatologiczny zaburzeń schizofrenicznych. Różnice kulturowe mają wpływ jedynie na formę, przebieg i wyniki leczenia pacjentów.

62.4.3
Przyczyny schizofrenii

Przyczyny i mechanizmy powstawania schizofrenii nie są znane. Istnieje wiele hipotez dotyczących etiopatogenezy, ale żadna z nich nie została w pełni udokumentowana.

Wpływ czynników genetycznych na występowanie schizofrenii jest szacowany na około 60%–70%, a pozagenetycznych – około 20% (por. Rosenhan i Seligman, 1994, t. 1). Ryzyko zachorowania w rodzinie osoby chorej na schizofrenię jest o 5%–15% większe niż w populacji ogólnej (0,6%–1%). Badania (por. Rosenhan i Seligman, 1994, t. 1) wykazują, że u 50% bliźniąt jednojajowych występowała schizofrenia, jeżeli jedno z nich na tę chorobę zachorowało. W wypadku bliźniąt dwujajowych prawdopodobieństwo zachorowania dotyczyło od 0% do 19% rodzeństwa bliźniaczego. Dziedziczona jest nie tyle sama choroba, co skłonność do wystąpienia takich zaburzeń. Obciążenia genetyczne stanowią tylko rodzaj podatności na schizofrenię.

Badania nad procesami neurochemicznymi u chorych na schizofrenię sugerują także istnienie neurochemicznych przyczyn tej choroby. W jednej z hipotez (por. Rosenhan i Seligman, 1994, t. 1) mówi się o nadmiarze dopaminy jako przyczynie schizofrenii.

Inne hipotezy wyjaśniają podłoże tej choroby zmianami w strukturze mózgu osób dotkniętych schizofrenią. Do zmian tych zalicza się (por. Rosenhan i Seligman, 1994, t. 1) między innymi: powiększenie komór mózgu, co świadczy o zaniku tkanki mózgowej, oraz występowanie mniejszych niż u osób zdrowych płatów czołowych. Ponadto istnieją pewne dane świadczące o degeneracji neuronalnej w korze półkul mózgowych.

Mimo danych dotyczących neurochemicznych czy neuropatologicznych cech charakterystycznych dla chorych na schizofrenię bardzo mało wiadomo na temat związku tych cech z objawami schizofrenii.

Wśród psychologicznych teorii wyjaśniających powstawanie zaburzeń schizofrenicznych najbardziej popularne są teorie systemowe (por. Czabała, 1989). Formułują one hipotezy o zależnościach między cechami funkcjonowania rodziny jako systemu a zachorowalnością na schizofrenię i przebiegiem tej choroby. Wśród cech charakterystycznych dla rodzin osób chorujących na schizofrenię wymienia się **zaburzenia struktury rodziny**, polegające na zatarciu granic między rolami pełnionymi przez poszczególnych członków rodziny; dziecko w takiej rodzinie jest nadmiernie obciążone rozwiązywaniem konfliktów osób dorosłych i bywa włączane do pełnienia ról osób dorosłych, nawet małżeńskich wobec jednego z rodziców.

Rodziny osób chorych na schizofrenię charakteryzuje także nadmierne „splątanie", to znaczy występowanie bardzo ścisłych zależności między członkami rodziny, istnienie zakazu wyrażania negatywnych emocji wobec siebie, izolowanie się od otoczenia, przekonanie o wrogości świata zewnętrznego i konieczności bezwzględnej lojalności członków rodziny wobec siebie.

Wiele badań nad rodzinami osób chorych na schizofrenię dotyczyło występujących tam zaburzeń komunikacji (por. Wynne i Cole, 1983). Wśród nich wymienia się między innymi **zjawisko podwójnego wiązania**, polegające na przekazywaniu sprzecznych komunikatów, kiedy to wypowiadanej treści zaprzecza forma jej przekazywania, na przykład: musisz być niezależny, musisz się bardziej starać, bo i tak nic nie osiągniesz. Inną formą zaburzeń komunikacji może być **zaprzeczanie znaczenia**. Występuje ono wtedy, gdy rodzice nadają inne znaczenie wypowiedziom

czy przeżyciom własnym albo dziecka, gdy zaprzeczają odczuwanej złości, niechęci, gdy zachowania odrzucające nazywają troską i życzliwością wobec dziecka. Powoduje to poważne zaburzenia myślenia i spostrzegania, pewność zostaje zastąpiona wątpliwościami, jasność myśli – zwątpieniem, spostrzegane zjawiska i zdarzenia mają wiele, niekiedy sprzecznych, znaczeń; świat staje się niejednoznaczny, niezrozumiały, zagraża, nie pozwala się uporządkować.

Kolejnym czynnikiem, wiązanym zwłaszcza z nawrotami choroby, jest rodzaj i intensywność wyrażanych w rodzinie uczuć. Okazało się, że nawroty choroby występują częściej u tych chorych na schizofrenię, których rodziny zbyt intensywnie wyrażają negatywne uczucia wobec siebie i wobec sytuacji związanych z codziennymi zdarzeniami życiowymi.

Poszukuje się także czynników predysponujących do zachorowania na schizofrenię, opisując tak zwaną osobowość przedchorobową. Istnieją dane (Kaplan i Sadock, 1991) sugerujące, że u niektórych chorych przed zachorowaniem mogą występować zaburzenia osobowości, które mogą sprzyjać schizofrenii. Wyrażają się one przez **cechy schizoidalne** (wycofywanie się z kontaktów społecznych i chłód emocjonalny), **cechy schizotypowe** (ekscentryczność percepcji, myślenia i zachowania, trudny kontakt), **cechy paranoiczne** (nieufność, upór, nadmierna wrażliwość).

Cechy te często przechodzą w rozpoczynające się objawy chorobowe. U około 15% chorych na wiele lat przed pierwszym zachorowaniem występują różnorodne, niespecyficzne objawy, u około 40% objawy zwiastunowe poprzedzają bezpośrednio pierwszy etap chorobowy. Do najczęstszych objawów zwiastunowych zaliczamy: natręctwa, objawy depresyjne, hipochondryczne i asteniczne.

62.4.4
Leczenie schizofrenii

Wieloletnie badania naukowe i obserwacje kliniczne dowiodły, że najlepsze i najszybsze efekty terapeutyczne uzyskuje się, udzielając pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku. Leczenie szpitalne powinno być stosowane tylko wtedy, gdy chory przeżywa ostre nasilenie objawów, i trwać tak długo, dopóki nasilenie objawów się nie zmniejszy. Nowoczesna terapia przeciwdziała izolacji pacjenta od środowiska naturalnego, kładzie nacisk na współpracę z rodziną i poprawę funkcjonowania. Rozwijane są takie formy leczenia osób chorych na schizofrenię, które pomagają im funkcjonować poza szpitalem: leczenie ambulatoryjne, leczenie środowiskowe i tworzenie tak zwanych pośrednich form lecznictwa psychiatrycznego. Do form pośrednich zaliczamy:

(1) oddziały dzienne, w których pacjent przebywa tylko przez część dnia i w których otrzymuje leczenie farmakologiczne i psychosocjoterapeutyczne;
(2) oddziały hospitalizacji domowej – nawet w okresie nasilenia objawów pacjent pozostaje w domu, gdzie pod opieką lekarza i pielęgniarki może przyjmować terapeutyczne dawki leków, podawanych zwykle w warunkach szpitalnych;
(3) zespoły opieki środowiskowej, pomagające pacjentowi nie tylko w regularnym przyjmowaniu leków, ale także w rozwiązywaniu problemów rodzinnych, socjalnych i w utrzymaniu aktywności społecznej i zawodowej;
(4) hostele i mieszkania grupowe, czyli mieszkania, w których mogą przebywać chorzy niepotrafiący mieszkać we własnych mieszkaniach lub razem z rodziną ze względu na objawy albo na warunki socjalne;
(5) kluby pacjentów, w których chorzy mogą spędzać czas wolny i rozwijać swoje zainteresowania;
(6) pomoc rodzinna w rodzinach zastępczych dla tych chorych, którzy nie mogą uzyskać takiej pomocy ze strony własnych rodzin;
(7) ośrodki wsparcia społecznego, w których chorzy mogą otrzymać pomoc so-

cjalną i wsparcie ze strony osób zdrowych;
(8) ośrodki interwencji kryzysowej dla tych, którzy nie potrafią poradzić sobie z bieżącymi sytuacjami trudnymi i w związku z tym przeżywają silne napięcie czy inne negatywne emocje;
(9) warsztaty terapii zajęciowej, gdzie mogą pracować ci chorzy, którzy nie są w stanie pracować zawodowo;
(10) zakłady i stanowiska pracy chronionej.

Leczenie schizofrenii powinno być kompleksowe, uwzględniające różne metody oddziaływań (farmakoterapię, psychoterapię, socjoterapię itp.), zindywidualizowane, czyli dostosowane do potrzeb i możliwości chorego, oraz długotrwałe – o różnej intensywności i charakterze oddziaływań, zależnie od fazy choroby. Wyróżnia się trzy rodzaje postępowania w leczeniu schizofrenii: leczenie intensywne, podtrzymujące i rehabilitację.

Leczenie intensywne potrzebne jest w okresie znacznie nasilonych zaburzeń. Podstawową formą postępowania medycznego w tym okresie jest farmakoterapia, w wyjątkowych wypadkach – terapia wstrząsowa. Podstawową grupą leków stosowanych w schizofrenii są neuroleptyki. Oprócz działania uspokajającego i obniżającego lęk, wpływają one na zmniejszenie takich objawów, jak zaburzenia myślenia i halucynacje, blokując dopaminę. Prowadzi to do poprawy w zakresie procesów poznawczych i do zmiany zaburzeń zachowania. Dzięki neuroleptykom pobyt w szpitalu trwa kilkanaście dni, a nie, jak dawniej, miesiące czy lata. Jako leki uzupełniające stosuje się anksjolityki, leki przeciwdepresyjne, normotymiki itd. (por. Rzewuska i in., 1997).

Formy pomocnicze w okresie leczenia intensywnego to: psychoterapia (stosowana w celu zmniejszenia poczucia obcości, zagrożenia i poczucia izolacji oraz do nawiązania kontaktu psychoterapeutycznego) i socjoterapia (przeciwdziałająca stygmatyzacji i izolacji chorego, między innymi przez psychoedukację, interwencje socjalne itd.).

Leczenie podtrzymujące stosowane jest w okresie remisji ostrych objawów psychotycznych. Istotne są wtedy trzy formy leczenia: farmakoterapia, psychoterapia i socjoterapia, przy czym wszystkie one mają istotne znaczenie. **Farmakoterapia** służy utrzymaniu remisji i zapobieganiu nawrotom (stosuje się leki w dawkach podtrzymujących, preparaty o przedłużonym działaniu). **Psychoterapia** – indywidualna lub grupowa – nastawiona jest na kształtowanie i utrwalanie pozytywnych zachowań, wpływających na prawidłowe funkcjonowanie życiowe. **Socjoterapia** zapewnia pacjentowi oparcie, rozwijanie umiejętności społecznych, pomoc w realizowaniu prawidłowych ról społecznych.

Rehabilitacja stosowana jest przede wszystkim wobec tych chorych, którzy w wyniku choroby lub długotrwałej hospitalizacji utracili umiejętności potrzebne w codziennym funkcjonowaniu. W procesie rehabilitacji (por. Meder, 1997) pierwszoplanową rolę odgrywają socjoterapia i psychoterapia, wspomagane stabilną farmakoterapią. Jest to proces przywracania osobie niepełnosprawnej możliwości udziału w normalnym życiu społecznym. Ważne jest tu nie tylko odtwarzanie utraconych sprawności, ale także możliwie największe rozwinięcie psychicznego i fizycznego potencjału człowieka niepełnosprawnego. U osób z zaburzeniami psychicznymi niezwykle często obserwuje się wielkie trudności z właściwym pełnieniem ról społecznych i z nieprzystosowaniem społecznym. Wynika to nie tylko z zaburzeń natury chorobowej, ale i z negatywnych następstw reakcji społecznej.

Kompleksowy program rehabilitacyjny, uwzględniający głównie problemy pacjenta, wymaga skonstruowania indywidualnego programu oddziaływań dla każdego chorego – zależnie od stopnia nieprzystosowania – w czterech podstawowych zakresach:

(1) rodzinnym: przywracanie umiejętności pełnienia w sposób adekwatny ról rodzinnych, dostosowanych do wieku, pozycji pacjenta w rodzinie, rodzaju wzajemnych

stosunków między członkami rodziny – na tym poziomie często pomaga się pacjentowi w rozwiązywaniu problemu osamotnienia, pojawiającego się niezależnie od liczby osób otaczających chorego;
(2) zawodowym: przywracanie lub kształtowanie wytrwałości, poszukiwanie lub utrzymanie możliwości wykonywania użytecznego zajęcia oraz satysfakcji z tego płynącej;
(3) środowiskowym: uczenie chorego nawiązywania kontaktów i związków z osobami spoza rodziny i środowiska pracy poprzez zwiększenie częstości tych kontaktów, uczenie spontaniczności;
(4) osobistym: rozwijanie zainteresowań i dbałości o własne sprawy, uczenie dbałości o wygląd, samodzielności w załatwianiu spraw życia codziennego, stymulowanie do samorealizacji i samowystarczalności.

Efekty rehabilitacji zależą od rodzaju systemu oparcia, jaki ma pacjent. System ten w czasie choroby zwykle zostaje znacznie zubożony i należy go powoli odbudować w trakcie rehabilitacji. System oparcia społecznego jest bardzo ważny dla każdego człowieka, a dla chorego szczególnie. W razie nieoczekiwanego lub przewlekłego kryzysu, niezależnie od jego przyczyny, system oparcia społecznego pełni funkcję ochronną i wspomagającą.

Opierając się na potrzebach i możliwościach pacjenta, ustala się indywidualny program rehabilitacyjny. Należy przy tym pamiętać o pewnych teoretycznych podstawach i zasadach rehabilitacji. Wymienia się (zob. Meder, 1995) ich sześć:

(1) Zasada optymalnej stymulacji. Zakłada ona, że dla chorego szkodliwa jest zarówno nadmierna, jak i niedostateczna stymulacja, czyli niedobór bodźców, monotonia zdarzeń i deprywacja sensoryczna. Przyczyną patologicznych reakcji na nadmierną stymulację jest obniżony u większości osób chorych psychicznie próg możliwości adaptacyjnych. Nagłe zmiany, nawet korzystne, ale stawiające pacjentowi zbyt wysokie wymagania, zamiast stymulować, powodują apatię, postawę rezygnacyjną, a nawet odmowę udziału w dalszej rehabilitacji. Odwrotnie – niedostateczna stymulacja wywołuje lub pogłębia objawy, zwane instytucjonalizmem, i może wywołać depresję rehabilitacyjną.
(2) Zasada jedności metod. Rehabilitacja psychicznie chorych polega na kompleksowym stosowaniu leczenia biologicznego oraz oddziaływań psychoterapeutycznych i psychospołecznych.
(3) Zasada stopniowania trudności. Stosowana jest w zakresie wszystkich form oddziaływania, a uzasadniona upośledzeniem zdolności adaptacyjnych, szczególnie adaptacji społecznej, u wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi.
(4) Zasada wielostronności wysiłków i oddziaływań. Stosowana w celu wprowadzenia korzystnych zmian w różnych sferach życia codziennego: zawodowej, rodzinnej, towarzyskiej, społecznej itd.
(5) Zasada powtarzalności oddziaływań. W leczeniu schizofrenii należy liczyć się z nawrotami choroby i nawrotami deficytów z niej wynikających, a zatem koniecznością jest powtarzanie programów rehabilitacyjnych z tymi samymi osobami.
(6) Zasada partnerstwa. Na każdym etapie rehabilitacji niezbędne jest odwoływanie się do osobowości chorego.

Schizofrenia jest chorobą długotrwałą, znacznie upośledzającą umiejętności radzenia sobie z codziennym życiem, narażającą chorego na odrzucenie przez otoczenie, wynikające z odmienności jego zachowań, reakcji i psychotycznych przeżyć. Pomoc chorym na schizofrenię to także wpływanie na zmianę postaw ludzi zdrowych wobec chorych psychicznie. Oddziaływania takie powinny być adresowane przede wszystkim do rodzin pacjentów, poprzez tak zwaną psychoedukację,

to jest udzielanie informacji o naturze objawów psychotycznych, informacji o radzeniu sobie z chorym w okresie nasilonych objawów psychotycznych, informacji o objawach zapowiadających ich nasilenie. Psychoedukacja to także pomoc członkom rodziny w pozbywaniu się lęku przed objawami psychotycznymi, poczucia winy za chorobę osoby bliskiej, poczucia bezradności wobec choroby.

Oddziaływania takie powinny obejmować całą populację. Funkcjonowanie społeczne i zawodowe wielu chorych jest bowiem utrudnione wskutek odrzucających postaw i wrogości otoczenia, izolowania chorych psychicznie, lęku przed nimi i przypisywania im cech, jakich nie mają.

62.5

Podsumowanie

Około 30% osób chorujących cierpi na zaburzenia psychiczne. Wśród nich najczęstsze są zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia nastroju i zaburzenia schizofreniczne.

Zaburzenia nerwicowe mają bardzo zróżnicowaną postać kliniczną. Mogą to być zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsywne, dysocjacyjne, somatoformiczne (występujące pod postacią objawów somatycznych). Ich przyczynami są różnego rodzaju zakłócenia funkcji psychicznych, najczęściej emocjonalnych i poznawczych. Przykładami takich zakłóceń są – nieadekwatne do sytuacji – reakcje lęku, poczucie winy lub krzywdy, wadliwe przekonania o sobie bądź o innych. Zaburzenia nerwicowe leczy się przede wszystkim psychoterapią. Może mieć ona różne odmiany, w zależności od rodzaju zaburzeń i ich przyczyn. Najczęściej stosowane są rozmaite formy psychoterapii behawioralno-poznawczej i psychodynamicznej.

Zaburzenia osobowości to bardziej trwałe zaburzenia, z reguły wynikające z wcześnie ukształtowanych patologicznych struktur osobowości. Zaburzenia osobowości mogą mieć postać: osobowości paranoicznej, schizoidalnej, dyssocjalnej, chwiejnej emocjonalnie, histrionicznej, anankastycznej, lękliwej i zależnej. W tej grupie zaburzeń wyróżnia się także zaburzenia nawyków i popędów (takie jak: patologiczny hazard, piromania, kleptomania) oraz zaburzenia identyfikacji płciowej i preferencji seksualnych (transseksualizm, transwestytyzm, fetyszyzm, ekshibicjonizm, pedofilia i sadomasochizm). Leczenie zaburzeń osobowości jest bardzo trudne i wymaga długotrwałej psychoterapii.

Zaburzenia nastroju charakteryzują się patologicznymi zmianami przeżywanego nastroju i zmianami napędu psychoruchowego. Wśród tych zaburzeń wyróżnia się: zaburzenia o epizodzie maniakalnym, depresyjnym, zaburzenia dwubiegunowe, cyklotymię i dystymię. Przyczyny tej grupy zaburzeń są najczęściej wieloczynnikowe: biologiczno-psychospołeczne. Podobnie leczenie zaburzeń nastroju musi być kompleksowe, uwzględniające łączenie farmakoterapii, psycho- i socjoterapii. Wśród metod psychoterapeutycznych najczęściej stosowana jest terapia poznawcza.

Zaburzenia schizofreniczne charakteryzują się zaburzeniami myślenia i spostrzegania oraz niedostosowanym afektem, co niekiedy prowadzi do dezintegracji (rozszczepienia) osobowości. Współczesne badania naukowe nie pozwalają na sformułowanie jednoznacznych stwierdzeń wyjaśniających powstawanie tej grupy chorób. Wśród hipotetycznych przyczyn wymienia się: uwarunkowania genetyczne, zmiany neurochemiczne, zmiany neuroanatomiczne, uwarunkowania społeczne, a wśród nich zaburzenia funkcjonowania systemu rodzinnego. Najczęściej wyróżnia się następujące postacie schizofrenii: paranoidalną, hebefreniczną, katatoniczną, rezydualną i prostą. Leczenie schizofrenii odbywa się głównie przy pomocy neuroleptyków – w ostrej fazie choroby – oraz rehabilitacji – w fazie chronicznej.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Proszę wymienić i scharakteryzować najważniejsze rodzaje zaburzeń nerwicowych.
2. Jakie są podstawowe różnice między teoriami psychologicznymi wyjaśniającymi powstawanie zaburzeń nerwicowych?
3. Proszę scharakteryzować najważniejsze rodzaje zaburzeń osobowości.
4. Jakie wyróżnia się rodzaje zaburzeń nastroju?
5. Jakie są podstawowe objawy zaburzeń schizofrenicznych?
6. Proszę przedstawić podstawowe zasady i metody rehabilitacji osób chorych na schizofrenię.

LITERATURA ZALECANA

Aleksandrowicz, J. (1998). *Zaburzenia nerwicowe.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Jakubik, A. (1997). *Zaburzenia osobowości.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Kępiński, A. (1974). *Schizofrenia.* Warszawa: PZWL.
Pużyński, S., Wciórka, J. (red.). (1997). *Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania ICD-10.* Kraków–Warszawa: Vesalius i Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Rosenhan, D. L., Seligman, M. E. P. (1994). *Psychopatologia* (t. 1 i 2). Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

63

Pomoc psychologiczna

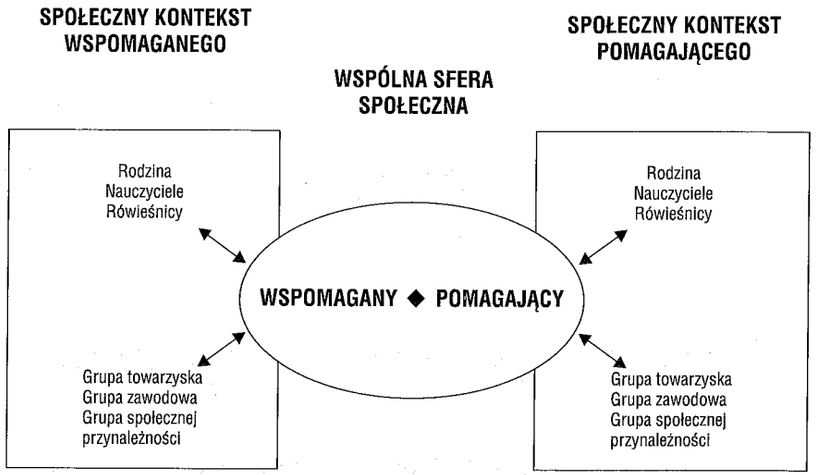
J. Czesław Czabała i Helena Sęk

Pojęcie pomocy psychologicznej pojawiło się w literaturze specjalistycznej w latach osiemdziesiątych i wiązało się z powstawaniem nowych form praktycznego działania psychologów. Były one odpowiedzią na coraz większe zainteresowanie potrzebami jednostki w wyniku rozwoju indywidualizmu i personalizmu oraz w wyniku starań o zapewnienie możliwości rozwoju jednostkom szczególnie narażonym na różnego rodzaju trudności. Pojęcie to obejmuje szeroki zakres oddziaływań psychologicznych:

(1) działania ukierunkowane na rozwój jednostki – **wspieranie samorealizacji**;
(2) działania nastawione na rozwój takich podmiotowych cech i właściwości środowiska, które sprzyjają kształtowaniu i zachowaniu zdrowia – **promocja zdrowia**;
(3) zapobieganie patologii – **prewencja**;
(4) pomoc w rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych – **poradnictwo psychologiczne**;
(5) pomoc w rozwiązywaniu sytuacji traumatycznych i kryzysowych – **interwencje kryzysowe**;
(6) pomoc w zmniejszeniu i usunięciu zaburzeń – psychoterapia, rehabilitacja, resocjalizacja.

Wszystkie te formy – poza psychoterapią, rehabilitacją i resocjalizacją, które są prezentowane w odrębnych rozdziałach (por. rozdz. 68., 69. i 70.) – zostaną poniżej omówione.

Pomoc psychologiczną można analizować pod kątem rodzaju czynności. **Pomaganie jest zachowaniem prospołecznym, to jest zachowaniem nastawionym na dobro innych osób, grup lub instytucji** (Aronson, Wilson i Akert, 1997; Reykowski, 1986). Jeżeli celem tych zachowań jest korzyść innego człowieka, zaspokojenie jego potrzeb, spowodowanie korzystnej zmiany w jego życiu, wówczas mówimy o **zachowaniach allocentrycznych**, jeśli natomiast celem podejmowanych działań jest korzyść grupy, społeczności lub instytucji, wówczas używamy terminu **zachowania socjocentryczne**. Wyróżnia się jeszcze szczególny rodzaj zachowań prospołecznych, mianowicie **zachowania altruistyczne, czyli działania nastawione na dobro innych osób z pominięciem własnych korzyści, a niekiedy nawet powodujące straty.** Ten typ pomocy może się pojawić



Relacja pomagania i jej elementy

Według: Sęk (1998a, s. 373), za zgodą wydawcy; *copyright* Wydawnictwo Naukowe PWN.

RYCINA 63-1

podczas interwencji kryzysowej w rodzinie z problemem alkoholowym lub w rodzinie z chorym w ostrym stanie psychotycznym. Obie sytuacje mogą wiązać się z osobistym zagrożeniem dla osoby pomagającej. Podobnie pomoc osobom śmiertelnie chorym w końcowej fazie ich życia stanowi duże i stałe obciążenie psychiczne.

Pomoc psychologiczną można też analizować z perspektywy interakcji społecznej. Przedstawiono to na rycinie 63-1. Jest to interakcja pomagania, której istotnymi elementami są właściwości pomagającego i wspomaganego, ich odmienne i wspólne konteksty oraz typ relacji pomagania i sposoby spostrzegania sytuacji. W relacji pomagania wyróżniono cechę zaufania interpersonalnego, która jest warunkiem skuteczności pomagania.

Zaufanie interpersonalne kształtuje się w toku wymiany informacji, komunikatów niewerbalnych, wymiany uczuć i ustosunkowań. Cechuje się dynamiką wartościowania korzyści i strat. Korzyści to poczucie bycia rozumianym, poprawa samopoczucia, wzrost wiedzy i obniżenie trudności; są one jednak okupione ryzykiem ujawnienia osobistych treści, poddania się kontroli i wpływowi innej osoby oraz przyjęcia pozycji potrzebującego pomocy, co może wiązać się z przejściowym pogorszeniem samooceny. Zaufanie interpersonalne uwarunkowane jest interakcją cech osoby pomagającej i wspomaganej. Osoba wzbudzająca zaufanie ma duży potencjał empatii, jest spostrzegana jako kompetentna i zapewnia osobie wspomaganej autonomię i szacunek. Wśród czynników sprzyjających świadczeniu pomocy psychologicznej wymienia się następujące cechy pomagającego:

(1) pozytywny stosunek do ludzi, zainteresowanie, troska, chęć niesienia pomocy i empatyczno-autoteliczna motywacja;
(2) zdolność do zachowania własnej odrębności i do przyzwolenia na odrębność innej osobie, wysokie kompetencje komunikowania się i spostrzegania społecznego oraz zdolność do zmiany zachowań w zależności od sytuacji i potrzeb osoby wspomaganej.

63.1

Promocja zdrowia

Promocja zdrowia jest dziedziną badań i praktyki o charakterze interdyscyplinarnym. Rozwojem i ochroną zdrowia interesują się głównie przedstawiciele nauk medycznych, społecznych i ekonomicznych. Początek rozwoju promocji zdrowia wiąże się z uchwaleniem przez Światową Organizację Zdrowia w 1977 roku w Ałma-Acie rezolucji „Zdrowie dla Wszystkich w 2000 roku" i z I Międzynarodową Konferencją Promocji Zdrowia w Ottawie w 1986 roku, kiedy to sformułowano pierwszą roboczą definicję promocji zdrowia, którą cytują niemal wszystkie publikacje z tego zakresu. Według tego ustalenia, **„promocja zdrowia jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymywania"** (podkreślenie nasze; Karta Ottawska, 1986; za: Heszen-Niejodek i Sęk, 1997, s. 42). Na rozwój promocji zdrowia w ramach ochrony zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego wpłynęło kilka istotnych grup czynników.

Istotną rolę odegrało nowe ujęcie zdrowia jako kategorii pozytywnej – rozumianego nie jako brak zaburzeń, ale jako **pełny dobrostan biopsychospołeczny**. To całościowe ujęcie przekształcało się następnie w pojęcie zdrowia, definiowanego jako zdolność człowieka do osiągania pełni własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych (Słońska, 1994) lub jako proces wykorzystania dostępnych człowiekowi potencjałów do sprostania wymaganiom i do osiągania celów z uniknięciem chronicznego zakłócenia procesów dynamicznej równowagi (Sęk, 1997b).

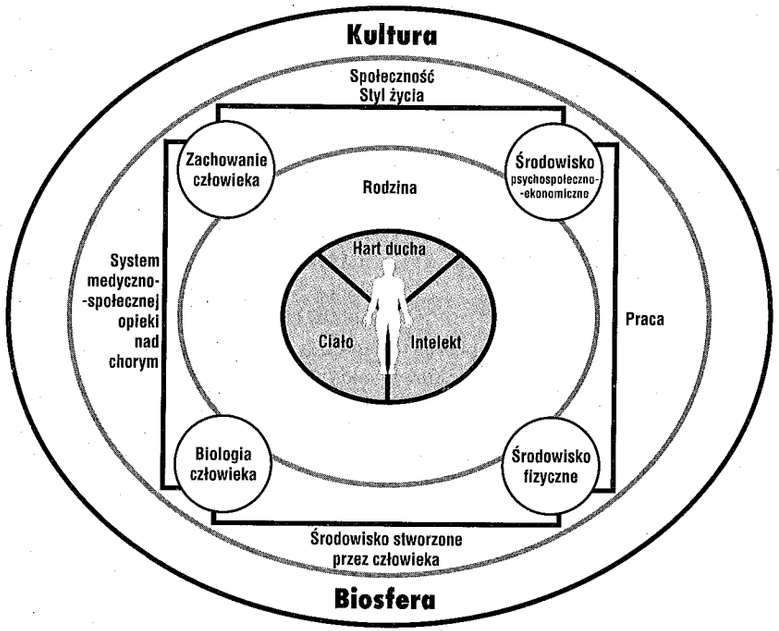
Powstał i utrwalił się **społeczno-ekologiczny model zdrowia**, który akcentuje wielość powiązań człowieka z jego środowiskiem. Bogactwo i systemowość tych powiązań przedstawiono za pomocą tak zwanej **mandali zdrowia**. Figura ta, symbolizująca wszechświat i miejsce w nim człowieka, pokazuje, że zdrowie człowieka zależy od wzajemnie powiązanych kręgów: biosfery i kultury, naturalnych i materialnych środowisk człowieka (w tym systemu opieki zdrowotnej), zasobów biologicznych, psychicznych i społecznych człowieka oraz różnych form jego aktywności w ciągu całego życia. Model ten, przedstawiony na rycinie 63-2, bezpośrednio oddaje sposób myślenia o promocji zdrowia.

Czynnikiem stymulującym rozwój promocji zdrowia były też zjawiska cywilizacyjne, objawiające się wzrostem liczby chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, psychicznych, a także wzrostem liczby wypadków, czyli takich schorzeń i zjawisk, w których największym czynnikiem ryzyka jest styl życia ludzi oraz środowisko. Wszystkiemu temu nie była w stanie podołać medycyna naprawcza. Spowodowało to konieczność myślenia innymi kategoriami o problemach zdrowia ludzkości. W myśleniu tym kładzie się więc duży nacisk na aktywność własną i udział jednostek oraz społeczności na rzecz zdrowia.

Promocja zdrowia jest zatem ruchem globalnym na rzecz autonomii człowieka, pomagającym mu w rozwoju jego potencjałów i rozszerzającym jego odpowiedzialność za zdrowie własne i cudze.

Udział psychologii w **promocji zdrowia to zespół działań profesjonalnych psychologów, których celem jest kształtowanie i utrwalanie zachowań potrzebnych do rozwoju i utrzymania zdrowia jednostki.** Działania te powinny być ukierunkowane na całą populację i dotyczyć codziennego życia. W szczególności promocja zdrowia oznacza:

(1) podnoszenie świadomości jednostkowej i świadomości społecznej, dotyczącej zdrowia i czynników warunkujących zdrowie;



Mandala zdrowia

Według: Słońska (1994, s. 40), za zgodą wydawcy; *copyright* Instytut Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie.

RYCINA 63-2

(2) umożliwienie człowiekowi kontroli nad procesami zdrowia i udziału w realizacji celów zdrowotnych;
(3) rozwój i umacnianie zasobów zdrowotnych, tkwiących w jednostce i środowisku.

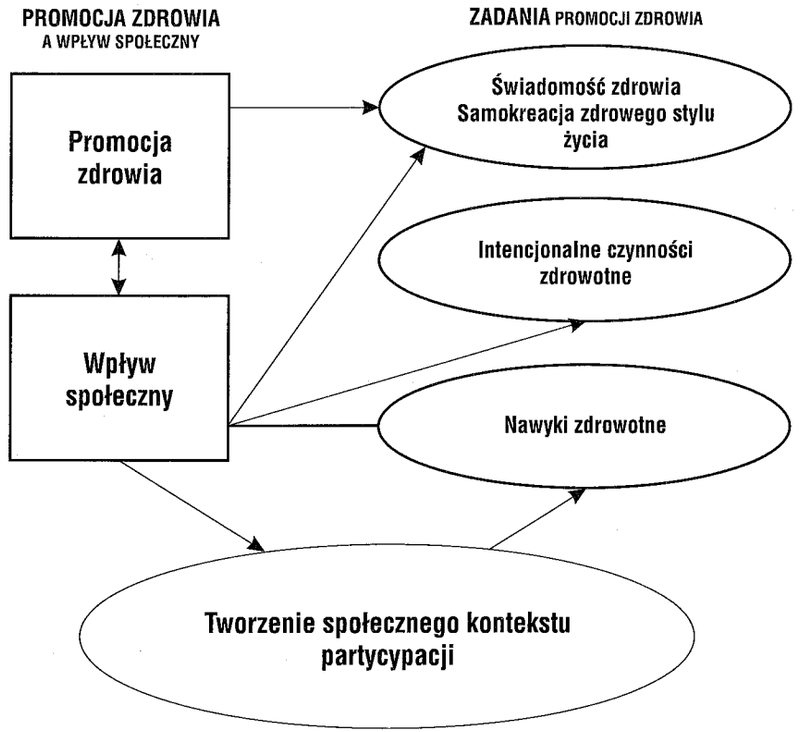
Zadania, jakie realizowane są w ramach promocji zdrowia, obrazuje rycina 63-3.

Promocja zdrowia jest działalnością naukową i praktyczną, nastawioną na dalekosiężne cele, wymagającą zaangażowania wielu osób i społeczności; jest działalnością wielopoziomową i systemową. Wszystkie te cechy wzięto pod uwagę przy ustalaniu głównych obszarów i zadań promocji zdrowia, a są to:

(1) budowanie prozdrowotnej polityki państwa,
(2) tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu,
(3) wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia,
(4) rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu,
(5) reorientacja służby zdrowia.

63.1.1 Udział psychologii w promocji zdrowia

Promocja zdrowia jest dziedziną, w której na nowo sprawdza się zasady stosowania wiedzy psychologicznej z różnych subdyscyplin do rozwiązywania praktycznych problemów



Psychologiczne zadania promocji zdrowia

RYCINA 63-3

zdrowotnych. Można tu wyróżnić dwie możliwości wykorzystania psychologii w realizowaniu zadań promocji zdrowia: (1) upowszechnianie nowoczesnej wiedzy psychologicznej i (2) kształtowanie zachowań sprzyjających zdrowiu.

63.1.1.1 Upowszechnianie wiedzy psychologicznej istotnej dla promocji zdrowia

Tę formę działalności psychologów można najogólniej określić jako edukacyjną, adresowaną do przedstawicieli różnych grup: profesjonalistów i nieprofesjonalistów. Wśród profesjonalistów należy wymienić wszystkich odpowiedzialnych za kształtowanie prozdrowotnej polityki i za reorientację służby zdrowia. Nowoczesna wiedza psychologiczna powinna być upowszechniana wśród pracowników zawodów medycznych, nauczycieli wszystkich szczebli, organizatorów życia społecznego, dziennikarzy itp., czyli wśród wszystkich osób, których zadania zawodowe polegają między innymi na kształtowaniu zachowań innych w procesie wychowania, edukacji i leczenia.

Upowszechniana wiedza powinna przede wszystkim dotyczyć psychologicznych koncepcji i modeli zdrowia oraz zasad kształtowania i utrzymania zdrowia – zwłaszcza tych,

w których zwraca się uwagę na konieczność tworzenia pozytywnych, całościowych i procesualnych pojęć zdrowia, jak również koncepcji akcentujących rolę zasobów zdrowia (zwanych też potencjałami i czynnikami rozwoju), tkwiących w jednostce i w środowisku. Ważna jest także wiedza o czynnikach warunkujących rozwój psychospołeczny i satysfakcję z życia. To ostatnie pojęcie jest podstawą nowoczesnych interdyscyplinarnych badań nad **jakością życia**.

Psychologia łączy się z obiektywnym podejściem do jakości życia. Określa ono warunki, które wpływają na zaspokojenie potrzeb i realizację celów, dających w efekcie ludziom poczucie zadowolenia z różnych sfer życia i ogólną satysfakcję życiową. Działania polegające na podnoszeniu jakości życia i umacniające **psychiczny dobrostan** (*well-being*) uznawane są za najistotniejsze dla promocji zdrowia (Słońska, 1994).

W edukacji zdrowotnej ważne jest odkrywanie potocznych koncepcji zdrowia i zwracanie uwagi na treść indywidualnej świadomości zdrowotnej. Makrokampanie zbyt często bowiem pomijają biograficzny i podmiotowy aspekt promocji zdrowia. Nie sprzyja to podejmowaniu osobistej odpowiedzialności za zdrowie i tworzeniu własnych, zdrowych stylów życia. Tymczasem w trakcie warsztatów promocji zdrowia dowiadujemy się, jak bardzo zindywidualizowane są metafory zdrowia. Wyniki badań na ten temat przedstawiono na rycinie 63-4.

Rozwój zdrowia biopsychospołecznego uwarunkowany jest w dużej mierze kompetencjami życiowymi jednostki. Rozumie się przez nie umiejętność rozpoznawania i zaspokajania własnych aspiracji, dostosowanych do możliwości sprostania wymaganiom środowiska, sytuacjom trudnym i zadaniom rozwojowym w toku całego życia. W promocji zdrowia potrzebna jest też umiejętność kształtowania środowiska bogatego w zasoby naturalne, materialne i społeczne. Można w tym celu wykorzystać bogatą wiedzę z różnych dziedzin psychologii, zwłaszcza psychologię rozwoju człowieka, środowiskową i społeczną oraz wiedzę o stresie życiowym i formach radzenia sobie z nim.

63.1.1.2 Kształtowanie zachowań zdrowotnych i udział psychologów w programach promocji zdrowia

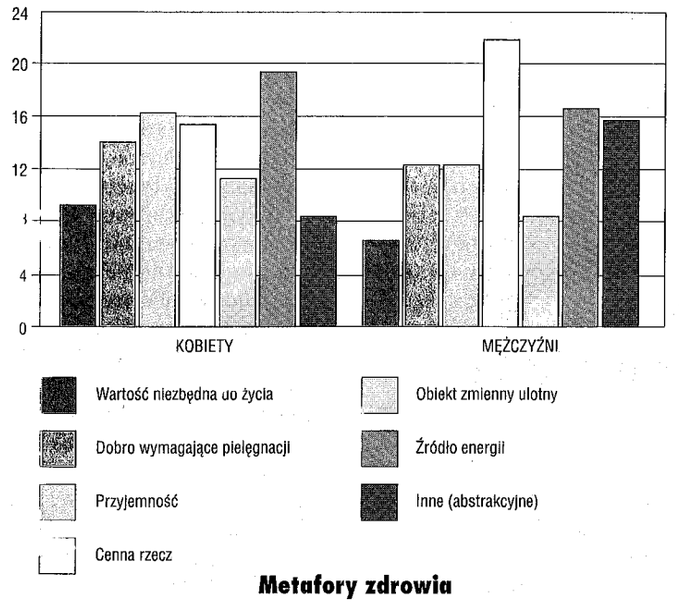
Zachowania zdrowotne, o których była już mowa w rozdziale 59., to następny obszar ważny dla promocji zdrowia. W tym miejscu pragniemy zwrócić szczególną uwagę na warunki kształtowania zachowań zdrowotnych. Nawyki zdrowotne powstają w toku socjalizacji, w procesach naśladowania i modelowania. Należą do nich między innymi proste nawyki, ważne dla higieny życia codziennego, ale też kształtowanie odpowiedzialności za własne zdrowie i dbałość o zasoby zdrowotne środowiska. W promocji zdrowia psychicznego przewiduje się także rozwój umiejętności społecznych: porozumiewania się, współpracy, pomagania i tworzenia więzi międzyludzkich. W odniesieniu do kształtowania niektórych kompetencji rozważa się przydatność mechanizmów wpływu społecznego, który jednak powinien być zgodny z główną ideą promocji zdrowia, to jest z działaniem na rzecz autonomii i partycypacji (zob. ryc. 63-3).

Praktyka psychologiczna na rzecz promocji zdrowia dopiero się rozwija. Są jednak obszary, w których zastosowanie psychologii już się utrwaliło. Należą do nich programy promocji zdrowia w instytucjach edukacyjnych. Psychologowie biorą udział w tworzeniu i realizowaniu programów całościowych dla „szkół promujących zdrowie" oraz programów bardziej specyficznych, nastawionych na edukację zdrowotną i wspomaganie rozwoju. Są to programy wspomagania rozwoju osobowości adresowane do nauczycieli i uczniów, programy mające na celu uczenie takich ważnych kompetencji, jak: umiejętność nawiązywania i utrzymywania relacji z innymi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów itp. Współwystępują one przy tym z programami prewencji zaburzeń.

Psychologowie podejmują także działania na rzecz aktywizacji środowisk lokalnych:

RAMKA 63.1

Zbadano reprezentatywną próbę 297 osób (156 kobiet i 141 mężczyzn) w wieku od 16 do 78 lat, o różnym wykształceniu, mieszkańców wsi, miasteczek i dużych miast. Rozkład próby nie różnił się pod tym względem od danych w roczniku statystycznym z 1991 roku. W badaniach tych (Sęk i in., 1992) obok Kwestionariusza Przekonań Zdrowotnych zastosowano zadanie otwarte, polegające na tym, że badanych proszono o dokończenie zdania: „Zdrowie jest jak...". Zadanie to wykorzystano następnie w wielu badaniach oraz w praktyce podczas zajęć z edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, o czym piszemy także w rozdziale 59. Stwierdzono, że ludzie są zdolni do przywołania pozytywnych skojarzeń, co pośrednio oznacza, że mają pozytywne wyobrażenie, lub nawet koncepcję zdrowia. Tylko 16% badanych nie potrafiło podać pozytywnych treściowo skojarzeń. Większość skojarzeń powstaje wskutek połączenia zdrowia z różnymi wartościami, dobrami, cennymi rzeczami, zasobami człowieka i jego otoczenia. Jeśli więc odwołamy się do wyobrażeniowych pokładów potocznej wiedzy, otrzymamy spory wachlarz skojarzeń świadczących o tym, że słowo „zdrowie" ma dla każdego człowieka indywidualne znaczenie. Wykres przedstawiony na rycinie 63-4 powstał w wyniku opracowania tych skojarzeń (drogą analizy kategorialnej) i utworzenia pewnych ogólniejszych grup odpowiedzi, zawierających odpowiedzi indywidualne. Na przykład, w najczęściej przez kobiety wymienianej kategorii „źródło energii" znajdują się takie skojarzenia, jak: „tryskające źródło", „żywa woda", „promienie słońca", a w kategorii „cenna rzecz", dominującej u mężczyzn, znajdują się: „niezawodny samochód", „diament", „szlachetny kamień" lub „szwajcarski zegarek".



Metafory zdrowia

Według: Sęk (1997a, s. 39), za zgodą wydawcy; *copyright* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

RYCINA 63-4

pracują z samorządami lokalnymi, stowarzyszeniami i organizacjami. Bardzo ważną rolę odgrywa współpraca psychologów z młodzieżowymi liderami promocji zdrowia. Ma to często związek z programami sieci „zdrowych miast". Podobne systemowe działania prowadzi się w środowisku pracy, w którym adaptuje się skuteczne zachodnie wzory promocji zdrowia w pracy.

Stopniowo rozwija się i przekształca sieć poradni psychologiczno-pedagogicznych i poradni zdrowia psychicznego. Wraz z wejściem w życie Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego zobowiązuje się władze wojewódzkie do budowania ośrodków poradnictwa psychospołecznego w celu promocji zdrowia psychicznego i prewencji. Ośrodki te powinny być w pierwszym rzędzie nastawione na pomoc rodzicom, dzieciom i młodzieży. Psychologowie pełnią też coraz częściej funkcje doradców i ekspertów, działających w krajowych i lokalnych radach promocji zdrowia i radach programowych środków audiowizualnego przekazu. W praktyce promocji zdrowia, która jest powiązana z zapobieganiem patologii, działania zawsze obejmują jednostkę i jej relacje z otoczeniem oraz cechy systemów, w których ona żyje i działa.

63.2

Prewencja psychopatologii

Badania i praktyka o znaczeniu i sposobach zapobiegania zaburzeniom rozwijały się wcześniej niż promocja zdrowia. Ich rodowód sięga zarówno ruchu higieny psychicznej, jak i psychologii prewencyjnej. Prewencję często zalicza się do promocji zdrowia. Są to dziedziny krzyżujące się, ale nie tożsame (Sęk, 1997b). Mimo wielu różnic w definiowaniu prewencji można określić **psychologiczną prewencję jako zespół działań, w których wykorzystuje się metody i środki psychologiczne w celu obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu somatycznym, psychicznym i społecznym. Cel ten osiąga się poprzez przeciwdziałanie czynnikom ryzyka i wzmacnianie zasobów.**

George Albee (1984), jeden z twórców psychologii prewencyjnej, wykorzystał dane z badań Caplana (1964) i poparł pogląd, że ryzyko patologii nie musi się ujawniać, że może ono zostać skompensowane czynnikami odpornościowymi. Poniżej przedstawiamy zmodyfikowany „wzór prawdopodobieństwa ujawnienia się patologii".

$$\text{Prawdopodobieństwo zachorowania} = \frac{\text{Czynniki ryzyka (B,P,S,E)}}{\text{Zasoby (B,P,S,E)}}$$

Prawdopodobieństwo wystąpienia nowych zachorowań jest tym większe, im więcej różnorodnych czynników wysokiego ryzyka działa i im słabsze są zasoby kompensujące zagrożenie. We wzorze wymieniono główne grupy czynników ryzyka i zasobów. Do biologicznych czynników ryzyka (B) zalicza się obciążenia genetyczne, niekorzystne właściwości mózgu, wrodzone wady biologiczne. Ryzyko psychologiczne (P) to: cechy temperamentu i osobowości blokujące rozwój, deficyty poznawcze, niekorzystne wzory motywacyjne, czy wreszcie złożone wzory ryzyka, takie jak Wzór zachowania A. Do psychologicznych czynników ryzyka zalicza się także przewlekły stres, wydarzenia krytyczne i traumatyczne. Niski status społeczno-ekonomiczny, bezrobocie, dysfunkcjonalność rodziny, brak sieci wsparcia i więzi społecznych, izolacja i alienacja to społeczne czynniki ryzyka (S). Ważną rolę odgrywają także zagrożenia ekologiczne (E).

W rozważaniach na temat etiologii i patogenezy chorób somatycznych (por. rozdz. 57.), psychopatologii (por. rozdz. 62. i 64.) i patologii społecznej (por. rozdz. 68.) zawarte są informacje o niespecyficznych i specyficznych czynnikach ryzyka. **Czynniki ryzyka** można ogólnie podzielić na ryzyko **sytuacyjne** (stres wydarzeń), **rozwojowe** (okresy krytyczne w rozwoju, na przykład kryzys dorastania) oraz **temperamentalne** (na przykład związane z poszukiwaniem stymulacji) i **osobowościowe**. Czynniki ryzyka mogą być kompensowane zasobami ekologicznymi, biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. **Te cechy jednostki i otoczenia, warunkujące prozdrowotną transakcję człowieka ze środowiskiem i obciążeniami, nazywa się też uogólnionymi zasobami odpornościowymi** (*generalized resistance resources*, GRR; Antonovsky, 1995).

Prewencja może polegać na minimalizowaniu zagrożeń przez eliminowanie czynników ryzyka, na przykład usuwanie zanieczyszczeń, powstrzymywanie się od destrukcyjnych zachowań, ograniczenie podaży alkoholu i narkotyków, likwidowanie „niezagospodarowanego" wolnego czasu, przekształcanie siedlisk szkolnych, ograniczanie liczby programów telewizyjnych ryzykownych dla rozwoju emocjonalnego dzieci. W prewencji określa się to jako **strategię negatywną**, występującą najczęściej w postaci negatywnych kampanii antynikotynowych, antyalkoholowych, antyrakowych, które kładą nacisk na uświadamianie ryzyka i podnoszenie poczucia zagrożenia tym ryzykiem. Ich działanie jest skuteczne wówczas, gdy ryzyko jest bardzo wysokie. Coraz częściej jednak w programach prewencyjnych ich autorzy odwołują się do **strategii pozytywnej**, która polega na wzmacnianiu zasobów odpornościowych i na kształtowaniu licznych kompetencji, potrzebnych do przeciwdziałania zagrożeniom. Strategie te są właściwe dla promocji zdrowia, o której pisaliśmy wcześniej. Można więc powiedzieć, że promocja i pierwotna prewencja posługują się tymi samymi strategiami. Najczęściej stosuje się metody rozwijania umiejętności ważnych dla realizacji zadań rozwojowych, a więc umiejętności podejmowania decyzji, komunikowania się, tworzenia warunków wsparcia społecznego i umiejętności korzystania ze wsparcia, umiejętności radzenia sobie ze stresem i przemocą. Osobnym przykładem pozytywnych strategii prewencyjnych są programy nastawione na podnoszenie jakości życia.

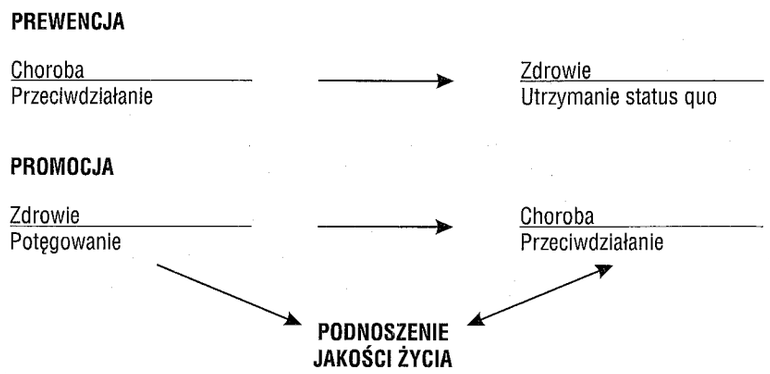
Warto jednak odróżniać prewencję od promocji, gdyż różnią się one podstawowymi założeniami. W modelu prewencyjnym poszukuje się zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy czynnikami ryzyka a pojawieniem się choroby. Działanie prewencyjne ma w pierwszym rzędzie przeciwdziałać pojawieniu się zaburzeń. Jest więc nastawione przede wszystkim na grupy ryzyka. Przykładem takiego działania jest profilaktyka chorób serca i chorób onkologicznych. W modelu promocyjnym myślenie przyczynowo-skutkowe nie jest najważniejsze – zakłada się tutaj wielostronne powiązania różnych aspektów, wpływających na kształtowanie zdrowia zgodnie ze społeczno-ekologicznym i całościowym podejściem do zdrowia. Różnice między podejściem prewencyjnym a promocyjnym przedstawia rycina 63-5.

Caplan (1964) zaproponował podział prewencji na pierwotną, wtórną (drugiego stopnia) i trzeciego stopnia.

Prewencja pierwotna jest to działanie zmierzające do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń (zmniejszenia wskaźnika zachorowalności) poprzez przeciwdziałanie czynnikom ryzyka, zanim spowodują wystąpienie zaburzeń.

Prewencja wtórna ma miejsce wówczas, gdy po wykryciu wczesnych sygnałów zaburzeń dąży się do powstrzymania rozwoju patologii. Mówi się też niekiedy o wczesnej interwencji. Ten rodzaj prewencji może wykorzystywać metody właściwe dla terapii.

Prewencja trzeciego stopnia ma na celu zapobieganie skutkom przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby. W psychiatrii ten typ prewencji zaliczany jest również do rehabilitacji i opieki środowiskowej.



Różnica pomiędzy promocją zdrowia a prewencją patologii

Według: Słońska (1994, s. 44), za zgodą wydawcy; *copyright* Instytut Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie.

RYCINA 63-5

Systematyka Caplana, choć bardzo popularna, nie przyczyniła się do sprecyzowania pojęcia prewencji. Współcześnie do prewencji właściwej zalicza się tylko prewencję pierwotną i akcentuje się strategie promocyjne. Emory Cowen (1983) zwraca uwagę na specyficzny charakter działań prewencyjnych, mających na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Pierwotna prewencja psychopatologii jest, według niego, pojęciem węższym (podobnie jak promocja zdrowia psychicznego), oznaczającym zespół działań, które zmierzają do wzmocnienia psychologicznych zasobów i do przeciwdziałania psychologicznym i społecznym czynnikom ryzyka. Należy do niej prewencja nerwic, zaburzeń osobowości oraz zapobieganie uzależnieniom, a także patologii społecznej. Psychologiczna prewencja psychopatologii powinna dotyczyć osób, które mają subiektywne poczucie zdrowia, ale należą do grup ryzyka.

J. Grzelak i Barbara Wolniewicz-Grzelak (1993) przedstawiają typologię programów profilaktycznych i wyniki ewaluacji tych programów w odniesieniu do problemów uzależnień u młodzieży. Modele te nawiązują do różnych orientacji wyjaśniających zaburzenia o charakterze uzależnień i są adresowane do sfery poznawczej, emocjonalnej lub behawioralnej. Różnią się też szerokością oddziaływań. Opis sześciu modeli wyodrębnionych przez tych autorów przedstawiono niżej:

(1) Model oświaty zdrowotnej zakłada, że wiedza o czynnikach ryzyka uzależnień i o szkodliwości zachowań polegających na używaniu środków toksycznych wystarczy, aby ludzie powstrzymywali się od zachowań autodestrukcyjnych i kontrolowali swoje zachowanie.
(2) Model edukacji emocjonalnej zakłada, że kryzysy tożsamości, deficyty samooceny, problemy osobistego rozwoju i kontaktów społecznych to przyczyny ucieczkowych zachowań i uzależnień. Dlatego też programy profilaktyczne nastawione są na rozwój ekspresji emocji i rozwój osobisty; ich autorzy posługują się pracą w małych grupach spotkaniowych lub treningiem wrażliwości.
(3) Model wpływów społecznych, zwany też modelem „rówieśniczym", podkreśla znaczenie wpływu obyczaju, wzorów zachowań osób znaczących – dorosłych i rówieśników – perswazji, presji i zachęt zarówno w genezie uzależnień, jak i w profilaktyce i leczeniu. W modelu tym uczy się odpierania społecznej presji, modeluje się zachowania zdrowe, ćwiczy specyficzne formy asertywności i wykorzystuje się modelującą funkcję liderów młodzieżowych.
(4) Model alternatyw zakłada, że nadużywanie środków psychoaktywnych to forma zastępczego zaspokajania potrzeb i poszukiwania przyjemnych przeżyć, połączonego z unikaniem przykrości. Dlatego też profilaktyka ma na celu stworzenie atrakcyjnych form spędzania wolnego czasu, rozwijania zainteresowań i zaangażowań.
(5) Model umiejętności życiowych zakłada, że przyczyny uzależnień są różnorodne, tkwią w osobowości i czynnikach społecznych. Profilaktyka nastawiona jest na uczenie różnych kompetencji życiowych: radzenia sobie ze stresem, ustalania wartości i celów, wzmacniania tożsamości i kontroli nad własnym działaniem.
(6) Model promocji zdrowia jest – według autorów – najnowszy, ma charakter systemowy i wykorzystuje przede wszystkim strategie pozytywne wzmacniania i rozwoju zasobów środowiskowych i jednostkowych.

Wraz z rozwojem problematyki tworzenia i monitorowania programów promocji zdrowia i prewencji patologii rozwinęły się w psychologii badania ewaluacyjne. Przynosiły one bardzo zróżnicowane wyniki. Stosunkowo najwięcej syntetycznych informacji o użyteczności programów profilaktycznych wnoszą badania typu metaanaliza (Grzelak i Wolniewicz-Grzelak, 1993). Analiza 143 programów profilaktyki uzależnień u młodzieży, prowadzonych w latach 1972–1984, wykazała, że wskaźniki efektywności były najwyższe w wypadku programów prowadzonych w „modelu rówieśniczym". Jak sugerują badania Grzelaka i Wolniewicz-Grzelak, programy te są rekomendowane dla młodzieży szkolnej, a programy z „modelu alternatyw" wskazane są dla grup zwiększonego ryzyka.

63.3

Interwencja kryzysowa

Podobnie jak promocja i pierwotna prewencja, również interwencja kryzysowa wyodrębniła się jako oddzielna forma pomocy. Dorota Kubacka-Jasiecka (1997) podaje różne sposoby rozumienia interwencji kryzysowej – węższe i szersze. Niekiedy akcentuje się interdyscyplinarny charakter interwencji kryzysowej, podkreślając, że osoby w sytuacji kryzysu wymagają systemowej i wszechstronnej pomocy: prawnej, ekonomicznej, medycznej, społecznej i psychologicznej. Psycholog służący tą formą pomocy działa więc zawsze w zespole interdyscyplinarnym, powinien być zatem przygotowany do takiej zespołowej pracy. Kubacka-Jasiecka pisze, że interwencja kryzysowa może być rozumiana jako nowa subdyscyplina psychologii stosowanej, ma ona bowiem odrębny obszar badań i zastosowań (kryzys i sytuacje kryzysowe) oraz specyficzne metody działania. Wydaje się, że najbardziej pełna jest definicja Elżbiety Leśniak (1996, s. 57). Według niej, **interwencja kryzysowa „jest działaniem zmierzającym do odzyskania przez osobę – dotkniętą kryzysem – zdolności jego samodzielnego rozwiązania. Ma charakter pomocy psychologicznej, medycznej, socjalnej lub prawnej i służy wsparciu emocjonalnemu osoby w kryzysie".** Zgodnie z ujęciem tej autorki, **kryzys jest momentem zwrotnym, stanem, który cechuje się dużym napięciem emocjonalnym, uczuciem przerażenia, obawą przed utratą kontroli i poczuciem bezradności oraz przed różnymi formami dezorganizacji zachowania i objawami somatycznymi.** Osoba przeżywają-

ca taki stan, ze względu na ograniczenie bądź wyczerpanie się jej własnych możliwości rozwiązania problemu, wymaga pomocy z zewnątrz.

Metody interwencji kryzysowej rozwijają się między innymi dlatego, że coraz więcej ludzi – wskutek ostrego stresu społecznego, obciążeń, różnych form przemocy oraz naturalnych i społecznych kataklizmów – wymaga szybkiej pomocy, innej niż znane, klasyczne formy psychoterapii.

Wspomnieliśmy, że w interwencji kryzysowej wykorzystuje się przede wszystkim mechanizmy wsparcia społecznego. Oznacza to, że osobie w kryzysie udziela się w pierwszym rzędzie wsparcia nie tylko emocjonalnego, ale także materialnego, dostarcza się jej potrzebnych informacji i instrumentów działania.

Podstawą interwencji kryzysowej jest często szybka diagnoza sytuacji kryzysowej, w której ocenia się poziom zagrożenia życia i zdrowia osoby w kryzysie lub jej najbliższych oraz podejmuje decyzję dotyczącą konieczności oddzielenia osoby w kryzysie od źródła zagrożenia. Diagnoza w sytuacji kryzysu jest też o tyle trudna, że powinna przebiegać równolegle z interwencją, polegającą na przykład na podtrzymaniu emocjonalnym, dostarczaniu informacji obniżających lęk i zwiększających nadzieję na pozytywne rozwiązanie problemu. Interwencja kryzysowa, w odróżnieniu od innych form pomocy, jest nie tylko formą opartą na szybkich decyzjach, aktywną i ograniczoną w czasie, ale stanowi też formę diagnozy i pomocy uwzględniającej kontekst społeczny. Diagnoza powinna być nastawiona na określenie, czy reakcja kryzysowa jest spowodowana ostrym i nagłym stresem u osoby bez zaburzeń psychicznych, czy też jest formą dezorganizacji w sytuacji przewlekłego stresu traumatycznego. Ważna jest też ocena tego, jakimi zasobami samodzielnego radzenia sobie z kryzysem dysponuje osoba w kryzysie i na jaką pomoc naturalnych grup odniesienia (rodziny, przyjaciół) może liczyć. Interwencja kryzysowa jest także metodą interwencji w środowisku.

Gdy kryzys jest konsekwencją przewlekłego stresu i traumy, interwencja kryzysowa przybiera najczęściej formę psychoterapii indywidualnej lub grupowej. Gdy kryzysowi nie towarzyszy patologia osobowości, wówczas wystarczają ograniczone w czasie formy pomocy i wsparcia – także typu profilaktycznego. Nowoczesne **ośrodki interwencji kryzysowej** proponują pomoc w złagodzeniu cierpienia i bezradności, w odzyskaniu sił i odporności oraz w kontroli nad własnym życiem, pomoc w egzekwowaniu swoich praw, poradnictwo, interwencję w środowisku, fachową informację i – w wyjątkowych wypadkach – czasowe schronienie. W swoich ogłoszeniach informują, że kryzys może dotknąć każdego, że może on być zagrożeniem, ale też szansą na zmianę, że człowiek, który czuje się bezradny i pozbawiony nadziei, nie jest sam. Ośrodki te działają często jako rodzaj pogotowia, są czynne przez całą dobę. W ramach ośrodków interwencji kryzysowej działa też z reguły telefon zaufania. Interwencja w kryzysach, bez poprzedzających zaburzeń psychicznych, wymaga od psychologa przede wszystkim osobowościowego przygotowania do tej funkcji. Zamiast specjalistycznych technik potrzebne są w interwencji kryzysowej podstawowe umiejętności słuchania, klaryfikowania sytuacji i przeżyć, umiejętność dawania oparcia, pomoc w zrozumieniu sytuacji i znalezieniu nowych sposobów radzenia sobie. Interwencja w kryzysie wymaga od psychologa przede wszystkim elastyczności postępowania, aktywnej postawy i dostosowania pomocy do natury kryzysu i potrzeb przeżywającej go osoby.

63.4

Poradnictwo psychologiczne

Psycholog kliniczny pełni często funkcję doradcy. Poradnictwo psychologiczne (*counseling*) – bardzo popularne w wielu krajach – jest odrębną formą działania, różną od psychoterapii.

Poradnictwo psychologiczne to forma pomocy oferowana osobom zdrowym, przeżywającym tak zwane kryzysy rozwojowe lub trudności przystosowawcze. Kryzysy rozwojowe występują zawsze wtedy, gdy osoba staje w swoim życiu przed nowymi zadaniami, wynikającymi z przechodzenia do kolejnej fazy życia, podczas gdy nie posiadła jeszcze umiejętności radzenia sobie z tymi zadaniami; albo też wtedy, gdy nie potrafi ona zaspokajać swoich nowych, zmienionych rozwojowo potrzeb. Najczęściej wymienia się następujące okresy rozwojowe, których pogranicza mogą powodować kryzysy rozwojowe: okres dzieciństwa, wczesny okres szkolny, okres dorastania, okres wczesnej dorosłości, okres dojrzałości, okres wieku średniego i okres wieku podeszłego.

Przechodzenie do kolejnej fazy rozwojowej to nowe zadania: obowiązki szkolne, konieczność współpracy z nauczycielami i rówieśnikami, zadanie budowania tożsamości, potrzeby seksualne, potrzeba bliskości, wybór zawodu i wykształcenia, wybór partnera życiowego, nowe role rodzicielskie, zadania związane z pracą i karierą zawodową, zmiana ról rodzicielskich wobec dorosłych dzieci, niedomagania organizmu, emerytura i wiele innych. Te zmiany, wywołane rozwojem człowieka, w sytuacjach braku możliwości uczenia się sposobów radzenia sobie z nimi mogą powodować niemożność podołania nowym wymaganiom.

W trakcie życia człowieka zmieniają się także sytuacje, w jakich on żyje. Mogą to być: zmiana miejsca zamieszkania, nieoczekiwane radosne i przykre wydarzenia życiowe (*life events*) – na przykład zakochanie się, choroba w rodzinie, dłuższe rozstanie z rodziną, wyjazd za granicę, kłopoty rodzinne, trudności wychowawcze z dziećmi, rozwód, separacja. Takie i inne sytuacje, zwłaszcza jeżeli są niespodziewane, mogą wywoływać reakcje utrudniające korzystanie z dotychczasowych sposobów radzenia sobie z problemami, albo też mogą być na tyle nowe w serii dotychczasowych doświadczeń osoby, że wymagają nauczenia się nowych strategii, potrzebnych do poradzenia sobie z trudnościami.

Najczęściej w tych dwóch sytuacjach – zmiany rozwojowej i nagromadzenia się wydarzeń życiowych – użyteczne jest poradnictwo psychologiczne. Odbywa się ono w formie kilku spotkań, których głównym celem jest zidentyfikowanie problemu i poszukanie sposobów jego rozwiązania. Poradnictwo psychologiczne można podzielić na cztery fazy:

(1) Podczas pierwszego lub dwóch pierwszych spotkań następuje diagnoza problemu, to znaczy zidentyfikowanie trudności, z jaką nie radzi sobie osoba zgłaszająca się po pomoc – określanej najczęściej jako trudność w poradzeniu sobie z konkretnymi zadaniami rozwojowymi lub ze zmienioną sytuacją.
(2) W ciągu następnych dwóch lub trzech spotkań następuje określenie czynników podtrzymujących istnienie problemu oraz trudności związanych z jego rozwiązaniem – w kategoriach przeżywanych emocji (na przykład lęku), utrudniających stosowanie posiadanych umiejętności, braku umiejętności czy braku możliwości ich stosowania.
(3) Na kolejnych kilku spotkaniach poszukuje się nowych sposobów rozwiązania trudności, z jaką zwraca się poszukujący pomocy psychologicznej. Rozwiązania te muszą być konkretne, możliwe do zastosowania w warunkach klienta i pozwalające na osiągnięcie natychmiastowej zmiany (nawet drobnej).
(4) Ostatni etap – spotkanie zwykle odbywające się po dłuższym czasie – to wzmocnienie klienta w realizowanych przez niego zmianach i okazja do ewentualnego skorygowania przyjętego wcześniej planu działania.

Poradnictwo psychologiczne to metoda stosowana w krajach zachodnich bardzo często i wobec różnych osób; w Polsce również istnieją ogromne szanse na jej rozwój.

63.5

Grupy samopomocy

Istotną rolę w ochronie zdrowia psychicznego odgrywają **grupy samopomocy**, zwane inaczej grupami wzajemnej pomocy. **Są to grupy, których celem jest wzajemna pomoc w rozwiązywaniu wspólnych problemów osobistych i społecznych, zrzeszające, na zasadach dobrowolności, osoby o podobnych doświadczeniach życiowych lub trudnościach.** Grupy te gwarantują swoim członkom poczucie więzi, a także oparcie i pomoc w rozwiązywaniu problemów. Ich działania podporządkowane są wewnątrzgrupowym celom i mechanizmom kontroli. Psycholog kliniczny jako profesjonalista pełni w grupie samopomocy funkcję konsultanta i eksperta.

Rozwój ruchu grup samopomocy obserwuje się od lat osiemdziesiątych. Aktualnie wspierany jest on przez ruch wolontariuszy, którzy służą swoją aktywnością w rozwiązywaniu różnych problemów. Grupy te mogą mieć status stowarzyszeń, jak Stowarzyszenie Osób Autystycznych, Dyslektycznych, Stowarzyszenia Rodziców Osób Niepełnosprawnych, Stowarzyszenia Byłych Pacjentów Psychiatrycznych. Jeśli grupa wzajemnej pomocy ma status stowarzyszenia wyższej użyteczności, może występować także oficjalnie i działać na rzecz swoich członków.

Dość trudno jest przedstawić wyczerpującą typologię grup samopomocy, zależy to bowiem od kryteriów podziału. Pragniemy w tym miejscu zwrócić uwagę na pewne charakterystyczne odmienności, jakie spotykamy w najbardziej popularnych grupach wzajemnej pomocy.

Niektóre grupy samopomocy mają charakter wspólnoty – na przykład grupy Anonimowych Alkoholików (AA). Ich celem jest wzajemna pomoc w zmianie postępowania i kontrola zachowań. Członkowie tych grup chcą pozostać trzeźwi i pomagać innym w osiąganiu trzeźwości. Wykazano, że czynnikami pomagającymi w tych grupach są altruizm, spójność grupowa, identyfikacja, wzbudzanie nadziei, doradzanie i wspólnota problemów.

Innym typem są grupy osób, które żyją pod działaniem silnego, przewlekłego stresu. Celem tych grup jest stworzenie warunków rozładowania emocji, wsparcia emocjonalnego oraz wymiana doświadczeń, wskazująca na możliwość radzenia sobie z trudnościami. Są to grupy żon alkoholików (Al-Anon), dorosłych dzieci alkoholików (A-Latin), rodziców dzieci upośledzonych, autystycznych itp. Do tego typu można także zaliczyć grupy pacjentów onkologicznych, kobiet po mastektomii (Amazonki) czy po zabiegach stomii itp. Członkowie tych grup – poza wsparciem – pomagają sobie nawzajem w zdobyciu ważnych informacji, sprzętu, leków itp.

Trzeci typ grup składa się z ludzi naznaczonych społecznie. Przynależność do grupy wzajemnej pomocy daje im poczucie oparcia, podnosi poczucie wartości, zmniejsza poczucie dyskryminacji. Mogą to być pacjenci psychiatryczni i grupy mniejszościowe.

W literaturze wymienia się jeszcze jeden typ grup, których celem jest wzajemna pomoc w poszerzaniu wiedzy o sobie samym, poszerzanie samoświadomości i kompetencji w kontaktach interpersonalnych. Zaliczyć do nich można grupy treningu interpersonalnego, ale też ćwiczeń rekreacyjnych oraz odnowy biopsychicznej. Psycholog kliniczny tutaj również pełni funkcję konsultanta.

Badania z zakresu psychologii społecznej (por. Aronson i in., 1997; Harari i Caplan, 1982), pokazujące bardzo złożone mechanizmy i uwarunkowania zachowań mających na celu udzielanie pomocy, mogą być użyteczne także do zrozumienia profesjonalnej działalności psychologów. Ujmując rzecz bardzo syntetycznie, można stwierdzić, że psycholog podlega niekiedy zasadom wymiany społecznej i dokonuje bilansu kosztów oraz zysków. Pomaganie może mieć bowiem motywację egocentryczną, związaną, na przykład, z podnoszeniem poziomu samooceny i dominacji. W warunkach pomagania instytucjonalnego może z kolei uruchomić się zasada rozproszonej odpowiedzialności. Na efekty działań pomocnych może też wpływać nastrój. Dobry nastrój sprzyja pomaganiu, wyzwala także tendencję do zachowań zgodnych z własnymi ideałami i wartościami (Salovey, Mayer i Rosenhan, 1991). Wiadomo również, że mężczyźni są bardziej skłonni do przejawiania „heroicznych" zachowań altruistycznych, warto więc zastanowić się nad uwzględnieniem tego aspektu przy kompletowaniu zespołów interwencji kryzysowej. Najważniejsze są jednak te dane, które pokazują, że zachowań prospołecznych można nauczyć w toku socjalizacji i że można rozwijać cechy typowe dla altruistycznej osobowości. Sprzyjają one częstszemu i bardziej chętnemu podejmowaniu działań na rzecz innych ludzi i na rzecz celów prospołecznych.

Motywacja do udzielania profesjonalnej pomocy może więc być bardzo skomplikowana. W przygotowaniu psychologów klinicznych do działań pomocnych ważne jest, aby rozwijać **motywację empatyczną** i **normocentryczną**. Przy czym chodzi tu o wszystkie formy empatii: o empatię emocjonalną, uwarunkowaną doświadczeniem i o zdolność do poznawczej decentracji. Motywacja empatyczna nie jest jednak wystarczająca, ponieważ nie zapewnia służenia pomocą ludziom odmiennym od pomagającego. Najistotniejsza jest motywacja, wynikająca z uwewnętrznionych norm społecznych powinności pomagania i z motywów autotelicznych, które warunkują spostrzeganie osoby wspomaganej jako godnej bezwarunkowego, pozytywnego odniesienia, odrębnej i zdolnej do samodzielności. Motywacja ta nacechowana jest troską i nastawieniem na rozwój osoby lub grupy oraz dążeniem do poprawy funkcjonowania instytucji, szkoły, szpitala, poradni itp.

63.6

Podsumowanie

Pomoc psychologiczna świadczona przez psychologa klinicznego może mieć bardzo zróżnicowane formy. Cele tej pomocy są jednak zawsze ukierunkowane na dobro osób i społeczności, na dobro związane ze zdrowiem. Pomoc psychologiczną określono jako rodzaj zachowań prospołecznych, nastawionych na rozwój potencjałów zdrowia, zapobieganie zaburzeniom, pomoc i interwencję w kryzysie, poradę w trudnych sytuacjach życiowych. Gdy pomocą służą sobie wzajemnie ludzie mający podobne problemy zdrowotne, wówczas mówimy o działalności grup samopomocy.

Pomoc psychologiczną można także ujmować jako rodzaj interakcji społecznej, w której istotną rolę odgrywa kontekst pomagania. W toku udzielania pomocy psychologicznej powstaje i rozwija się cecha istotna dla skuteczności pomocy, a jest nią zaufanie interpersonalne. Osoba wzbudzająca zaufanie ma duży potencjał empatii, jest spostrzegana jako kompetentna i zapewniająca osobie wspomaganej poczucie autonomii.

Promocja zdrowia jest dziedziną działań interdyscyplinarnych, która pojawiła się najpóźniej w obszarze zadań praktycznych psychologa klinicznego. Obejmuje ona zespół profesjonalnych działań psychologa, ukierunkowanych na rozwój świadomości zdrowia i kontrolę zdrowia, na kształtowanie zachowań prozdrowotnych i umacnianie zasobów zdrowotnych środowiska. Promocja zdrowia nastawiona jest na całą populację i codzienne życie ludzi, przede wszystkim jednak powinna być realizowana jako: budowanie prozdrowotnej polityki państwa, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia, rozwijanie indywidualnych kompetencji zdrowotnych

i reorientację służby zdrowia. Udział psychologii w promocji zdrowia polega na upowszechnianiu wiedzy psychologicznej, na kształtowaniu przekonań i zachowań zdrowotnych oraz na współtworzeniu programów promocji zdrowia w systemie edukacji, w miastach i w środowisku pracy. Celom promocji zdrowia psychicznego mają także służyć poradnie i ośrodki poradnictwa psychologicznego.

Prewencja patologii polega na specjalistycznych formach działania psychologa klinicznego, który wykorzystuje metody i środki psychologiczne w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia patologii poprzez przeciwdziałanie czynnikom ryzyka (strategia negatywna) i przez wzmocnienie zasobów odpornościowych (strategia pozytywna). Prewencję porównuje się do promocji zdrowia. Tych dwóch form pomocy nie można jednak utożsamiać, w prewencji bowiem dominuje myślenie przyczynowo-skutkowe, a działanie koncentruje się na zapobieganiu chorobie, podczas gdy w promocji zdrowia „figurą" jest zdrowie, które się wzmacnia i rozwija także poprzez podnoszenie jakości życia. Podstawą promocji zdrowia jest ponadto podejście systemowe, socjoekologiczne.

Jeszcze węższe jest pojęcie pierwotnej prewencji psychopatologii, która ma na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym, takim jak nerwice, uzależnienia, zaburzenia osobowości itp. Psychologiczna prewencja psychopatologii powinna dotyczyć osób należących do grup wysokiego ryzyka. Opracowano wiele programów profilaktycznych i wykazano – za pomocą badań ewaluacyjnych – ich skuteczność.

W sytuacjach kryzysowych psycholog kliniczny proponuje osobom potrzebującym pomocy specjalistyczne formy interwencji, zwane interwencją kryzysową. Pomoc w kryzysie ma najczęściej charakter interdyscyplinarny. Kryzys jest stanem, który cechuje się dużym napięciem, poczuciem utraty kontroli i bezradności oraz wyczerpania własnych możliwości rozwiązania problemu. Dlatego też interwencja kryzysowa polega głównie na podtrzymaniu emocjonalnym, na pomocy w odzyskaniu zdolności do samodzielnego opanowania sytuacji. Jest ona formą aktywną, wymagającą szybkiej diagnozy i oceny poziomu zagrożenia, życia i zdrowia. W interwencji kryzysowej nieodzowne jest uwzględnienie oddziaływań w środowisku. Nowoczesne formy i ośrodki interwencji kryzysowej są szczególnie potrzebne w sytuacji narastającego zagrożenia stresem społecznym, kataklizmami, przemocą i agresją.

Psycholog kliniczny może także służyć pomocą osobom zdrowym, ale przeżywającym trudności przystosowawcze i rozwojowe. W okresach zmiany zadań rozwojowych lub w obliczu nagłych i trudnych wydarzeń życiowych psycholog kliniczny prowadzi ograniczone w czasie poradnictwo, które jest nastawione na rozpoznanie trudności i stworzenie indywidualnego programu zmiany lub przezwyciężenia trudności.

W ochronie zdrowia psychicznego i somatycznego ważną rolę odgrywają także grupy samopomocy, w których psycholog kliniczny pełni najczęściej funkcję konsultanta. Są to grupy nastawione na wzajemną pomoc w rozwiązywaniu wspólnych problemów. Zrzeszają one na zasadach dobrowolności osoby o podobnych problemach i doświadczeniach. Grupy te gwarantują swoim członkom poczucie więzi, wsparcie emocjonalne i pomoc w rozwiązywaniu problemów życiowych i zdrowotnych.

Pomoc psychologiczna, podobnie jak wszelkie formy pomocy, podlega złożonym mechanizmom społecznym ułatwiającym świadczenie pomocy i gwarantującym jej skuteczność oraz czynnikom utrudniającym działalność pomocną. W przygotowaniu psychologa klinicznego do świadczenia różnych form pomocy warto na te mechanizmy zwracać baczną uwagę. Szczególne znaczenie mają tutaj motywacja działań pomocnych i zdolności wzbudzania zaufania interpersonalnego, a także empatia oraz różne kompetencje społeczne.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Na czym polega istota pomocy psychologicznej i jakie są jej uwarunkowania?
2. Jakie wyróżniamy rodzaje profesjonalnej pomocy psychologa klinicznego?
3. W czym są do siebie podobne, a czym się różnią promocja zdrowia i prewencja patologii?
4. Na czym polega interwencja kryzysowa?
5. Jakimi problemami zajmuje się w poradnictwie psycholog kliniczny?
6. Jakie funkcje pełnią grupy samopomocy?

LITERATURA ZALECANA

Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (1997). *Psychologia społeczna* (rozdz. 11.). Poznań: Zysk i S-ka.

Czabała, Cz. (1994). Promocja zdrowia psychicznego. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, 3–4*, 46–61.

Leśniak, E. (1996). Interwencja kryzysowa. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej* (s. 55–72). Kraków: Interart.

Sęk, H. (1997). Psychologia wobec promocji zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 40–61). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (1998a). Podstawowe rodzaje pomocy psychologicznej. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (wyd. 3, s. 265–389). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (1998b). Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (wyd. 3, s. 472–503). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

64

Psychologia kliniczna dziecka

Małgorzata Kościelska

Psychologia kliniczna dziecka jest dyscypliną trudną do jednoznacznego umiejscowienia w schemacie klasyfikacyjnym nauk. Zainteresowanie patologią funkcjonowania człowieka łączy ją z ogólną psychologią kliniczną, natomiast wczesny okres tworzenia się patologii czyni z niej gałąź psychologii rozwojowej. Psychologia kliniczna dziecka ma też wiele wspólnego z psychologią wychowawczą, psychologią osobowości, psychologią społeczną, neuropsychologią, ale także z psychiatrią dziecięcą, neurologią, pediatrią, pedagogiką i innymi dyscyplinami, zarówno społecznymi, jak i biologicznymi. Można powiedzieć, że ta szczególna dyscyplina zbiera i integruje wiedzę pochodzącą z wszelkich możliwych źródeł, żeby móc odpowiedzieć na **pytania**:

(1) Na czym polegają i w czym się przejawiają zaburzenia w rozwoju psychiki dzieci?
(2) Jakie są przyczyny zaburzeń, mechanizmy ich powstawania i skutki?
(3) Jak można zapobiegać zaburzeniom, jak je usuwać, minimalizować i jak z nimi najefektywniej żyć?

64.1

Specyficzne cechy psychologii klinicznej dziecka jako dyscypliny teoretycznej i stosowanej

Psychologia kliniczna dziecka jest dyscypliną zarówno teoretyczną, jak i stosowaną. Tworzone przez nią wyjaśnienia, dotyczące mechanizmów powstawania i ustępowania pato-

logii rozwoju, mają znaczenie dla rozumienia istoty samego rozwoju, procesu organizowania się osobowości, związku między tworzeniem się psychiki a funkcjonowaniem organizmu dziecka oraz jego życiem społecznym. Badania z zakresu psychologii klinicznej dziecka pozwalają też wniknąć w mechanizmy powstawania patologii w życiu dorosłych. Praktyczne wykorzystanie tej wiedzy ma znaczenie jednostkowe i społeczne: pozwala na profilaktykę, umożliwia udzielanie pomocy psychologicznej dzieciom z różnymi postaciami odchyleń w rozwoju, ułatwia ich wychowanie w rodzinie i w instytucjach, stanowi podbudowę tworzenia specjalnych systemów edukacyjnych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych; służy idei i praktyce integracji społecznej.

64.1.1
Przedmiot i zadania psychologii klinicznej dziecka

Specyficzne dla psychologii klinicznej dziecka jest wyjątkowo duże – w porównaniu z innymi dziedzinami nauki – **zbliżenie teorii i praktyki**. Jako dyscyplina naukowa, powstała ona bowiem w odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczne; badania naukowe poprzedziła w tym wypadku praktyka.

Od czasów najdawniejszych (zob. chociażby zapis biblijny) społeczeństwa rozpoznawały różne postacie anomalii w rozwoju dzieci: niedorozwój umysłowy, głuchotę, niemotę, ślepotę, porażenie kończyn, drgawki, brak kontaktu, dziwactwa w zachowaniu i inne. W różnych epokach i krajach inaczej tłumaczono te nieprawidłowości i przyjmowano różne formy ustosunkowania się i postępowania wobec dzieci niepełnosprawnych: w starożytnym Rzymie zrzucano takie dzieci ze Skały Tarpejskiej, a w starożytnym Egipcie przydawano im znamion świętości (otaczano kultem dzieci z padaczką). Stopniowo zaczęto się nimi opiekować oraz tworzyć różne formy leczenia i specjalnej edukacji (Kirejczyk, 1981).

Związek naukowej psychologii z praktyką urzeczywistniał się w sposób najpełniejszy w metodologii tak zwanego **studium przypadku**. Rozwój tej dyscypliny rozpoczął się od prób zrozumienia, wyjaśniania istoty zaburzeń i próby ich usunięcia u poszczególnych dzieci. Taki cel stawiał sobie Witmar Lightner, tworząc w 1896 pierwszą klinikę psychologiczną przy Uniwersytecie Pensylwańskim dla dzieci opóźnionych w rozwoju, głuchych i z zaburzeniami mowy. Charakter studium przypadku miała historia „Małego Hansa", leczonego psychoanalizą przez ojca pod kierunkiem Sigmunda Freuda (1909). Stworzyła ona podwaliny wiedzy o znaczeniu wczesnodziecięcych urazów i tłumionych konfliktów dla powstawania patologii rozwoju. Od czasów Freuda psychologia kliniczna dziecka wypracowała ogromną liczbę technik, służących pomiarowi i standaryzowanej ocenie różnych właściwości funkcjonowania dziecka. Jednak obserwacja jego zachowania, zmieniającego się w czasie i w relacji z innymi, jest ciągle podstawowym źródłem wiedzy klinicznej – źródłem inspiracji teoretycznej i podstawą terapii w indywidualnym przypadku.

64.1.2
Z historii kształtowania się dyscypliny w Polsce

Pierwszą placówką w Polsce, którą współcześnie moglibyśmy identyfikować z obszarem zastosowań psychologii klinicznej dziecka, była Poradnia Pedologiczna Żydowskiego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, założona przez lekarza psychiatrę Zofię Rosenblum (później Szymańską) w roku 1923 przy ulicy Elektoralnej w Warszawie.

Ta pierwsza poradnia miała wiele cech, do których aspirują współczesne placówki: pracowano w zespole wielospecjalistycznym, badaniem obejmowano dziecko i jego środowisko, współpracowano z zakładem naukowym i różnymi instytucjami opieki nad dzieckiem. Po wojnie zjednoczone Towarzystwo Przyjaciół Dzieci (TPD) odegrało wielką rolę w tworzeniu różnych form pomocy dzieciom chorym i zaniedbanym, między innymi stworzyło ogólnopolską sieć poradni wychowawczych i ośrodków adopcyjnych, a także otworzyło własne placówki szkolno-terapeutyczne. Stało się również miejscem zrzeszania się rodziców dzieci z różnymi problemami w rozwoju.

Poza ruchem TPD-owskim inną wielką siłą napędową działań na rzecz zdrowia i jakości życia dzieci (a także dorosłych) był **ruch higieny psychicznej**, zainicjowany przez Dąbrowskiego. Kazimierz Dąbrowski założył w 1935 roku Instytut Higieny Psychicznej w ramach Państwowego Zakładu Higieny; po wojnie, w roku 1949, powołał przy Instytucie Główną Poradnię Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i jej „agendy" w postaci sanatoriów dla dzieci w Rybienku, Zagórzu i Józefowie. Z Głównej Poradni, z czasem zamienionej w Stołeczną, wyrosły poradnie rejonowe w różnych dzielnicach Warszawy i w miastach wojewódzkich (Budkiewicz i Kączkowska, 1987).

W tym drugim, pionierskim, powojennym okresie działalność psychologów dziecięcych w służbie zdrowia zależała przede wszystkim od świadomości lekarzy kierujących odpowiednimi placówkami, którzy dostrzegali potrzebę współpracy z psychologami. Oddział Psychiatryczny dla dzieci w Klinice Pediatrii AM w Warszawie, kierowany przez Anielę Popielarską, był w latach sześćdziesiątych szczególnie otwarty na współpracę z psychologami.

Szczególną rolę odegrała także inna placówka medyczna, mianowicie Katedra Propedeutyki Pediatrii; w jej ramach powstała w 1958 roku Pracownia Psychologiczna, kierowana przez Hannę Olechnowicz. Stamtąd wywodzą się między innymi badania Izabeli Bielickiej i Olechnowicz (1959) nad chorobą sierocą małego dziecka i Stanisławy Lis (1966) nad rozwojem „wcześniaków"; zapoczątkowały one psychologię kliniczną małego

RAMKA 64.1

„Celem Poradni było rozciągnięcie wszechstronnej opieki nad dziećmi nieprzystosowanymi, nazywanymi wówczas «dziećmi trudnymi», specjalnej troski. Dzieci kierowały do nas szkoły, lekarze, Sąd dla Nieletnich, policja, wszelkie instytucje – i co należy podkreślić – zgłaszały się wcale nie tak rzadko same [...]. Ponieważ Poradnia była pierwszą tego rodzaju w Polsce, a nawet w Europie, i nie mieliśmy wzorów organizacyjnych, wypracowywaliśmy wspólnie metody badań, wiedzę zdobywaliśmy przez samodzielne dokształcanie się teoretyczne, a przede wszystkim przez praktykę. Każdy pacjent był starannie rejestrowany, miał swoją kartonową teczkę. Psycholog przeprowadzał bardzo dokładny wywiad środowiskowy, czasami nawet poparty wizytą w domu. Posługiwaliśmy się testami służącymi do badania sprawności umysłowej i całym szeregiem testów projekcyjnych [...]. Stopniowo udoskonalaliśmy kwestionariusze, ankiety i metody badawcze, wykorzystując doświadczenia i współpracę z Katedrą Psychologii prof. Baleya [...]. Pacjent był omawiany w zespole i wówczas postanawiano, co należy przedsięwziąć. Możliwości działania były takie: dzieci chore leczono w Poradni; działalność profilaktyczna polegała na umieszczaniu dzieci w szkołach, zakładach opiekuńczych, domach dziecka, w rodzinach zastępczych, na koloniach letnich [...]. Jeżeli pomoc miała czasem pozory filantropijne (ubrania, korepetycje, dokarmianie, nawet dorywcze zasiłki pieniężne), to podporządkowana była opiece psychicznej, była środkiem terapeutycznym" (Szymańska, 1979, s. 89–91).

ARCHIWUM AUTORA

Hanna Olechnowicz

ARCHIWUM AUTORA

Halina Spionek

dziecka w Polsce. Po latach przerwy znów do tej tematyki wracamy.

Bardzo duże zasługi dla współpracy między neurologami a psychologami dziecięcymi położył Ignacy Wald z Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Wspierał on zwłaszcza działania na rzecz dzieci z upośledzeniem umysłowym, chorobami genetycznymi i autyzmem. W dziedzinie rehabilitacji dzieci z kalectwem ruchowym i współpracy psychologów z lekarzami ortopedami podobną rolę odegrał Wiktor Dega z Poznania.

Praktyczne działania połączone z badaniami naukowymi i dydaktyką stworzyły podstawy do wyodrębnienia **psychologii klinicznej dziecka** jako samodzielnej dyscypliny. Formalnie nastąpiło to w roku 1963, kiedy na Uniwersytecie Warszawskim powstał Zakład Psychologii Kliniczno-Wychowawczej Dziecka wyodrębniony z Katedry Psychologii Wychowawczej, którego kierownictwo objęła Halina Spionek.

Później powstały także placówki akademickie w Poznaniu (Irena Obuchowska) i w Gdańsku (Marta Bogdanowicz) oraz w Lublinie, na KUL. W roku 1978 powstał zorganizowany przez Małgorzatę Kościelską pierwszy w Polsce Ośrodek Terapeutyczny dla Dzieci przy Zakładzie Psychologii Klinicznej Dziecka na Wydziale Psychologii UW. Pełni on funkcję uniwersyteckiej kliniki psychologicznej; prowadzone są w nim badania, szkoli się studentów i zdobywa nowe doświadczenia w dziedzinie diagnostyki i terapii. Powstanie tej placówki stworzyło inną jakość w pracy psychologów klinicznych dziecięcych, umożliwiło bowiem wypracowywanie nowych – w stosunku do przyjętych w służbie zdrowia – wzorów ich działalności.

64.2

Działy psychologii klinicznej dziecka

Ostatnich dwadzieścia lat to okres intensywnego rozwoju nowych metod pracy z dziećmi

o zaburzonym rozwoju zarówno w Polsce, jak i na świecie. Psychologia kliniczna jest obecnie już tak rozległą dyscypliną, że rozpada się na działy. Jedną linię podziału wyznaczają związki psychologii klinicznej dziecka z innymi dyscyplinami naukowymi i obszarami zastosowań (z tego punktu widzenia wyróżnia się psychologię sądową, kliniczno-wychowawczą, pediatryczną itp.). Drugą linię podziału wyznaczają grupy wiekowe (psychologia kliniczna małego dziecka, dziecka w wieku przedszkolnym, szkolnym, młodzieży), linię trzecią – podstawy teoretyczne, według których prowadzone są diagnostyka i terapia (psychoanaliza, psychologia behawioralna, poznawcza itd.). Uprawianie psychologii klinicznej w ramach każdej z tych dziedzin wymaga specjalistycznych kompetencji.

64.2.1

Psychologia sądowa

Psychologia sądowa należy do najwcześniej wyodrębnionych działów psychologii klinicznej dziecka. Za jej twórcę uważa się w naszym kraju Stefana Baleya, pioniera badań nad przestępczością nieletnich, założyciela pierwszej poradni dla młodzieży przy Towarzystwie Opieki nad Więźniami „Patronat" (1932). W historii rozwoju tej dyscypliny ogromne zasługi położyli też Stanisław Batawia, Janina Budkiewicz, Maria Żebrowska (1946/1947).

Współcześnie obszar psychologii sądowej jest bardzo szeroki i wykracza zarówno poza wiek dziecięcy, jak i poza ramy kliniczne, co znajduje wyraz w nowej nazwie tej nauki: **psychologia a prawo** (*psychology and law*). Wspólnym przedmiotem obu dyscyplin są psychologiczno-rozwojowe aspekty przestępczości nieletnich, patologiczna rodzina, wychowanie resocjalizacyjne oraz psychologiczne skutki dokonywania przestępstw na dzieciach. Obszarem, który częściowo zazębia się z każdą z tych dyscyplin, jest psychologia zeznań świadków – kiedy chodzi o psychologiczną ochronę dziecka zeznającego przez sądem oraz gdy dziecko – świadek jest równocześnie ofiarą przestępstwa.

Psychologiczne spojrzenie na teoretyczne i praktyczne **problemy kryminologiczne** zmieniało się wraz z postępem wiedzy, oscylując między koncepcjami skrajnie biologicznymi, skrajnie socjo- i psychologicznymi oraz ich bardziej umiarkowanymi połączeniami (zob. rozdz. 68.2).

Funkcjonowanie **placówek resocjalizacyjnych** (zakłady wychowawcze i poprawcze) podlegało również wpływom trendów epoki. Kierunki zmian można hasłowo zilustrować takimi określeniami, jak tak zwany system progresywny (łagodzenie rygorów w miarę poprawy zachowania), wychowanie przez kolektyw, grupy półwolnościowe, metody psychokorekcyjne (Drwal, 1981; Jedlewski, 1978).

W wymiarze praktycznym psychologowie na świecie i w Polsce włączali się do pomocy sądowi jako **biegli**, formułując diagnozy i zalecenia do pracy resocjalizacyjnej. Ceniony do dziś model psychologicznych ekspertyz, dokonywanych na potrzeby sądów dla nieletnich, opracowała Alicja Sokołowska (1977; por. także Toeplitz-Winiewska, 1990).

Psychologowie od dziesięcioleci zatrudniani są w zakładach wychowawczych i poprawczych, schroniskach dla nieletnich, policyjnych izbach dziecka, pracują jako **kuratorzy nieletnich** itd. Występują także przed sądami rodzinnymi, przedstawiając wyniki badań, które mają ułatwić podejmowanie decyzji w sprawach rozwodowych oraz w sprawach dotyczących przyznania opieki nad dziećmi.

W zakresie problemów opiekuńczych ważne miejsce zajmuje badanie spraw, w których rodzic krzywdzi dziecko – stosuje brutalne metody karcenia (nadużycia fizyczne) bądź poniża dziecko (nadużycia emocjonalne), popełnia czyny lubieżne wobec dziecka (wykorzystywanie seksualne) bądź nie dba o zaspokojenie potrzeb dziecka (zaniedbywanie) (Czyż i Szymańczak, 1995; Gołąb, 1966).

Szczególna odpowiedzialność i wymagania bardzo wysokich kompetencji dotyczą psychologów prowadzących badania dzieci krzywdzonych, które występują jako świadkowie dokonywanego na nich przestępstwa. Tu bowiem śledcza procedura wykrywania prawdy kłóci się z potrzebą ochrony psychiki dziecka, a przeżyta przez nie trauma może w poważnym stopniu utrudniać składanie relacji i deformować pamięć wydarzeń. Istnieje potrzeba tworzenia specjalistycznych ośrodków diagnostyczno-terapeutycznych dla takich dzieci i szkolenia dla nich kadry.

64.2.2
Psychologia kliniczno-wychowawcza

Psychologia kliniczno-wychowawcza, związana przede wszystkim z nazwiskiem Haliny Spionek, do pewnego stopnia wyrosła z psychologii sądowej. Spionek (1956) w swoich wczesnych badaniach nad zjawiskiem wykolejania się młodzieży wykazała ogromną rolę **niepowodzeń szkolnych** w tym procesie. Zainicjowane przez nią szerokie badania nad zjawiskiem niepowodzeń w nauce stworzyły podwaliny dla całej dziedziny wiedzy o zaburzeniach rozwoju, które wyrażają się w trudnościach szkolnych i które są następstwem długotrwałego doznawania niepowodzeń w nauce (Spionek, 1973). Szczególną zasługą Spionek było zwrócenie uwagi na zjawisko **dysleksji** i **dysgrafii**, przedtem nieznane nauczycielom, i powiązanie go z fragmentarycznymi deficytami funkcji słuchowych, wzrokowych i motorycznych (Spionek, 1965). Opracowane na podstawie tych badań **metody reedukacji dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu** zostały szeroko rozpropagowane w poradniach szkolno-wychowawczych i stały się na długie lata jednym z zasadniczych torów działalności psychologów kliniczno-wychowawczych (Gąsowska i Pietrzyk-Stępkowska, 1978).

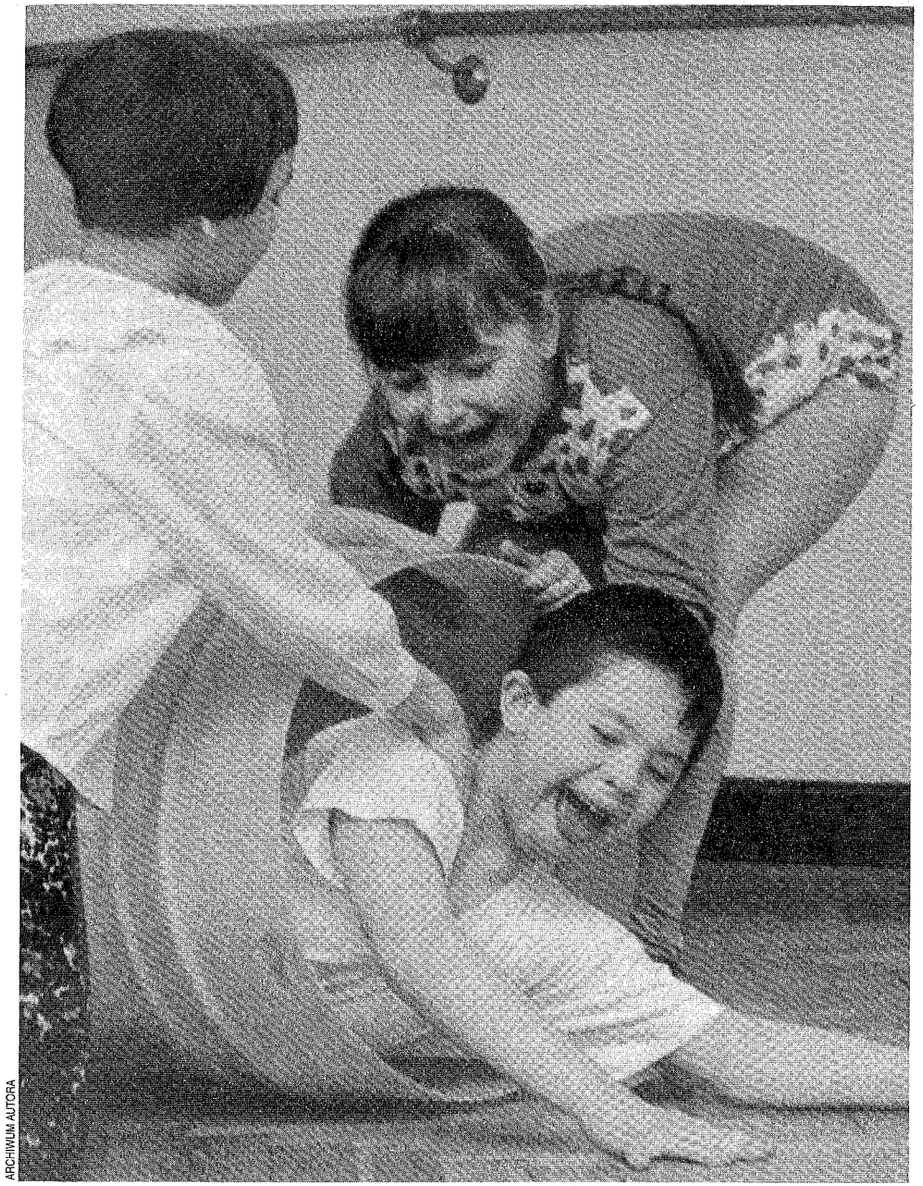
Dalszy postęp wyrażał się we wprowadzeniu metod wykrywania i wyrównywania deficytów grożących dysleksją i dysgrafią już w okresie przedszkolnym – szczególne zasługi położyły w tym względzie Hanna Nartowska (1980) i Barbara Sawa (1991). Współcześnie nurt badań nad trudnościami w czytaniu i pisaniu rozwija Marta Bogdanowicz (1995).

Program wyrównywania **deficytów w myśleniu matematycznym** u dzieci stworzyła Edyta Gruszczyk-Kolczyńska (1992). Wypracowana przez nią teoria niepowodzeń w nauczaniu matematyki i metody zapobiegania temu zjawisku stanowią wielką szansę dla nauczycieli i uczniów.

Współczesna psychologia kliniczno-szkolna czerpie w dużym stopniu inspirację z **nurtu interakcyjnego** psychologii rozwojowej i zajmuje się relacjami uczeń – nauczyciel i dziecko – grupa oraz zaburzeniami emocjonalnymi, wpływającymi na efektywność uczenia się (Kozłowska, 1996; Rylke, 1993). W interesie społecznym leży wykorzystanie wyników współczesnej psychologii do stworzenia szkoły, w której wszystkie dzieci znajdą możliwości rozwoju swych uzdolnień i umiejętności.

64.2.3
Psychologia defektologiczna

Przedmiotem psychologii defektologicznej są dzieci, które uznano za niemieszczące się w ramach systemu szkolnego z powodu zaburzeń funkcji wzroku, słuchu, mowy i inteligencji i dla których stworzono system edukacji specjalnej. Pionierskie zasługi w tym względzie położyła Maria Grzegorzewska (1948) i stworzony przez nią Instytut Pedagogiki Specjalnej. Działalność psychologów defektologicznych przez długie lata skupiała się przede wszystkim na wykrywaniu „defektów" w rozwoju dzieci, uniemożliwiających im naukę w zwykłych szkołach, oraz na **selekcji**



ARCHIWUM AUTORA

Placówki integracyjne dobrze służą dzieciom zdrowym i niepełnosprawnym

Tu razem uczą się i bawią uczniowie Szkoły Podstawowej w Warszawie.

RYCINA 64-1

tych dzieci do zakładów specjalnych. Badania naukowe w zakresie psychologii defektologicznej polegały głównie na wykrywaniu zaburzeń współtowarzyszących podstawowemu defektowi i na opisie różnic między dziećmi zdrowymi a dziećmi z upośledzeniem umysłowym, z wadami wzroku, słuchu lub innymi.

W psychologii defektologicznej dokonał się w ostatnim piętnastoleciu istotny przełom wraz ze **zmianą przedmiotu zainteresowań**: zamiast na tym, co w dziecku chore i odbiegające od normy, zaczęto się koncentrować na tym, co w nim zdrowe, prawidłowo rozwinięte i upodabniające do ogółu rówieśników (Kościelska, 1984). Ten nurt badań spowodował zmianę w psychologicznym podejściu do dzieci nie w pełni sprawnych, co wyraziło się w praktycznym zarzuceniu nazwy „psychologia defektologiczna". Zaowocował on także ruchem społecznym na rzecz **integracji**, początkowo przedszkolnej, a później także szkolnej (Bogucka i Kościelska, 1994, 1996). O ile **koncentracja na defekcie** sprzyjała izolacji dzieci i tworzeniu dla nich specjalnych miejsc pobytu, edukacji i rehabilitacji, o tyle **koncentracja na możliwościach rozwoju** – mimo różnych form niesprawności – stanowi przesłankę integracji społecznej (zob. ryc. 64-1).

Rewolucja, która się dokonała w obszarze psychologii klinicznej, zajmującej się dziećmi z poważnymi defektami w rozwoju, doprowadziła także do obalenia wielu mitów panujących w tej dziedzinie, takich jak nieodłączny związek głuchoty z obniżeniem sprawności intelektualnej (Zalewska, 1990), nieodwracalność upośledzenia umysłowego i istnienie pułapu rozwoju dzieci upośledzonych (Kościelska, 1995). Postępem było wprowadzenie psychoterapii do leczenia zaburzeń emocjonalnych dzieci z dysfunkcjami narządów zmysłu, ruchu i dysfunkcjami intelektualnymi oraz wykazanie olbrzymiego znaczenia prawidłowego rozwoju osobowego tych dzieci dla możliwości przezwyciężania i ograniczania skutków ich defektów.

64.2.4
Neuropsychologia rozwojowa i psychologia neurologiczna

Psychologii dawniej zwanej defektologiczną bliska jest psychologia kliniczna dziecka, którą przez analogię można by określić jako neurologiczną; chodzi o ten dział psychologii, którego przedmiotem są **dzieci z uszkodzeniami układu nerwowego** oraz z **wadami genetycznymi**, skutkującymi upośledzeniem rozwoju. Tradycyjnym przedmiotem zainteresowań były w tym obszarze przede wszystkim dzieci z porażeniem mózgowym, z padaczką, z wodogłowiem, przepuklinami oponowo-rdzeniowymi, a także z zespołami zaburzeń metabolicznych, takich jak fenyloketonuria, mukopolisacharydoza i inne. Działalność psychologów dotyczyła przede wszystkim diagnostyki zaburzeń występujących u dzieci z konkretnym problemem neurologicznym, a także określenia ich możliwości edukacyjnych i rehabilitacyjnych. Współcześnie skala problemów i zakres działań znacznie się rozszerzyły. W obszarze zainteresowań psychologów znalazła się **rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym** i możliwości udzielania jej wsparcia (np. Obuchowska, 1991; Pisula, 1998). Liczne badania ujawniły, jak bardzo traumatycznym przeżyciem dla rodziców jest urodzenie i wychowywanie dziecka z wadą rozwojową oraz że można poprawić zdolność rodziny radzenia sobie z tą sytuacją. Rozwinęły się także techniki pomocy psychologicznej dzieciom z uszkodzeniami układu nerwowego, ukazujące ogromne możliwości **kompensacji psychicznej defektów neurologicznych**.

Postęp nauk medycznych w zakresie bezinwazyjnej diagnostyki uszkodzeń mózgu (między innymi metoda tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego) stwarza nowe możliwości **neuropsychologii rozwojowej**. Ten dział psychologii klinicznej, badający relacje między budową i funkcjonowaniem mózgu a funkcjonowaniem psychiki, słabo się dotąd rozwijał w obszarze kliniki dziecięcej; nie znajdowały tu pełnego potwierdzenia znane z badań nad dorosłymi korelacje między uszkodzeniami określonych okolic mózgu a symptomatologią zaburzeń (Obrzut i Hynd, 1986; Spreen, Risser i Edgell, 1995).

Współcześnie ma szansę potwierdzić się w badaniach obiektywnych **hipoteza minimalnego uszkodzenia mózgu** (*minimal brain demage*), odpowiedzialnego za występowanie niektórych **fragmentarycznych opóźnień rozwoju** oraz **zespołu deficytu uwagi i nadaktywności** (*attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD). Zespół ADHD – objawowo zbliżony do nadpobudliwości psychoruchowej – jest tłumaczony w kategoriach zaburzeń kontroli zachowania i wiązany z uszkodzeniami płata czołowego (lub z problemami emocjonalnymi; Barkley, 1997).

Neuropsychologia dziecięca ma swój specyficzny charakter, związany ze stosunkowo dużymi – w okresie rozwoju – możliwościami wyrównywania skutków uszkodzeń i stąd wielka nadzieja, że badania dzieci pozwolą wniknąć w mechanizm kompensacji.

64.2.5
Psychologia pedopsychiatryczna

Psychologię kliniczną dziecka na styku psychiatrii nazywamy tu dla uproszczenia psychologią pedopsychiatryczną, choć termin ten nie jest powszechnie przyjęty. Psychologia pedopsychiatryczna to dział psychologii, którego przedmiotem są dzieci z zaburzeniami psychicznymi, a partnerami współpracy – psychiatrzy.

Skok, który dokonał się w psychologii zajmującej się dziećmi z zaburzeniami psychicznymi, to odkrycie możliwości **nawiązywania kontaktu z dziećmi autystycznymi i psychotycznymi**, a także z **głębiej upośledzonymi** umysłowo. Przez długie lata uważano te dzieci za „niebadalne" oraz niepoddające się terapii ze względu na brak kontaktu. Od lat osiemdziesiątych rozwinęły się formy pomocy dzieciom autystycznym; w Polsce wielka zasługa przypada tu Hannie Olechnowicz (1983), Magdalenie Grodzkiej (1984) i Tadeuszowi Gałkowskiemu (1984). Pewną rolę w wypracowywaniu form terapii tych dzieci odegrał też Ośrodek Terapeutyczny dla Dzieci Wydziału Psychologii UW (Czownicka, 1993; Kościelska i Czownicka, 1985).

Ważnym odkryciem ostatniego dziesięciolecia są dzieci z osobowością *borderline*, czyli z pogranicza nerwicy i psychozy. Nastąpił także postęp w badaniach nad **depresją u dzieci** i **zespołem jadłowstrętu psychicznego** (Orwid i Pietruszewski, 1993). Wzrosło zainteresowanie problematyką zaburzeń osobowości występujących u dzieci z różnymi postaciami zespołów objawowych. Marina Zalewska (1998) zajęła się **zaburzeniami tożsamości** w odniesieniu do dzieci głuchych i zaburzeniami rozwoju mowy. Kościelska (1989) akcentuje tę problematykę u dzieci wychowywanych w zakładach opiekuńczych. Postęp wiedzy wyraża się w coraz bardziej złożonych wyjaśnieniach patologii osobowości oraz w wypracowywaniu bardziej zróżnicowanych form psychoterapii dzieci i ich rodzin.

64.2.6
Psychologia pediatryczna

Psychologia pediatryczna, najmłodsza gałąź psychologii klinicznej dziecka, liczy około dwudziestu pięciu lat (Wallander, 1995). Psychologowie stosunkowo najpóźniej wkroczyli na teren szpitali dziecięcych, dostrzegając w sytuacji choroby somatycznej znaczenie czynnika psychicznego. Początkowo dyscyplina ta rozwijała się głównie w nurcie **psychosomatycznym**, to znaczy problemy, którymi się zajmowano, dotyczyły przede wszystkim różnicowania między chorobami definiowanymi jako czysto somatyczne (na przykład stany zapalne w jamie brzusznej) a stanami wywołanymi przez bodźce psy-

chiczne (kolki u niemowląt czy nerwicowe bóle brzucha u dzieci starszych). Pomoc psychologiczna, oparta na podstawach behawioralnych (na przykład *biofeedback*) albo psychoanalitycznych (psychoterapia) dotyczyła dzieci chorych, u których wykryto psychogenne podłoże zaburzeń.

Obecnie psychologia pediatryczna obejmuje znacznie szerszy krąg zagadnień. Jak twierdzą Roberts, La Greca i Harper (1988; za: Bearison, 1998, s. 635), „pediatryczna psychologia jest interdyscyplinarną nauką interesującą się fizycznym, poznawczym, społecznym i emocjonalnym funkcjonowaniem i rozwojem – w relacji do zdrowia i choroby u dzieci, młodzieży i w rodzinie". Poszerzenie tematyki obejmuje między innymi:

(1) profilaktykę – promowanie działań prozdrowotnych (na przykład opracowywanie i realizowanie programów informacyjnych dla dzieci i młodzieży na temat uzależnień, zapobiegania AIDS, zdrowego stylu życia itp.);
(2) analizę i próby zmian warunków leczenia szpitalnego, sanatoryjnego i domowego z punktu widzenia potrzeb psychicznych dzieci i pozbawiania sytuacji leczenia zbędnych elementów traumatycznych.

Innym obszarem działań psychologów „pediatrycznych" jest **rodzina chorego dziecka**. Udowodniono związek między sposobem przeżywania choroby dziecka przez rodzinę a jego stanem psychicznym i ogólnozdrowotnym. Psychologowie rozwinęli różne strategie pomocy rodzinie dziecka chorego, w tym dziecka chorego śmiertelnie (działalność hospicyjna). Podstawową formą działalności pozostaje pomoc dzieciom w radzeniu sobie ze stresem choroby, z bólem, ograniczeniami sprawności, zagrożeniem dla tożsamości; w tym celu rozwijane są różne formy psychoterapii.

W dziedzinie psychologii pediatrycznej istnieje jeszcze ogromne pole do działania dla psychologów, zarówno w sferze teorii, jak i praktyki (Bearison, 1998). Frapujący poznawczo i do końca nierozpoznany jest związek między funkcjonowaniem ustroju a funkcjonowaniem psychiki. Badania nad okresem dzieciństwa i młodości stwarzają szczególne możliwości określenia znaczenia **rozwojowych zmian adaptacyjnych** do sytuacji stresowej i nienormalnych warunków, jakie stwarza choroba. Udziału psychologów wymaga przejście od coraz bardziej krytykowanego modelu biologicznego medycyny do modelu holistycznego: ujmowania choroby w kategoriach socjo- i psychofizycznych oraz duchowych, z koncentracją na osobie człowieka chorego.

64.3

Zaburzenia rozwoju u dzieci. Elementy psychopatologii rozwojowej i pomoc psychologiczna

64.3.1

Pojęcie zaburzeń rozwoju psychiki

Wiedza o postaciach zaburzeń rozwoju psychicznego, o ich przyczynach, mechanizmach powstawania i skutkach bywa nazywana **psychopatologią rozwojową** (*developmental psychopathology*). Jest to teoretyczna podstawa psychologii klinicznej dziecka, ale także psychiatrii dziecięcej, do pewnego stopnia pediatrii i pedagogiki specjalnej. Kluczowe dla tych wszystkich dyscyplin pojęcie zaburzeń rozwoju psychicznego dziecka nie doczekało się do tej pory jednoznacznego określenia: każdy człon tego pojęcia ma swoistą interpretację w różnych teoriach rozwoju, różnych teoriach patologii i różnych teoriach psychiki.

Z tą wielością podejść teoretycznych psychologowie kliniczni dziecięcy radzą sobie w dwojaki sposób. Jedni, pozostając w sposób ortodoksyjny wierni danej szkole, są zwolennikami na przykład Melanii Klein (teoria relacji z obiektem) lub Ivara Lovaasa (teoria uczenia) i w ramach uznawanego przez siebie systemu pojęciowego wyjaśniają mechanizmy patologii, stawiają diagnozy zaburzeń rozwoju (zachowania) i prowadzą terapię. Inni zachowują otwartość wobec różnych teorii i uprawiają tak zwaną psychologię eklektyczną.

Dante Cicchetti i Sheree Toth (1998) uważają, że współczesna psychopatologia rozwojowa zmierza w kierunku integracji: w miarę postępu badań wyniki przenikają granice systemów teoretycznych i je zacierają. Na drodze do stworzenia metateorii, scalającej osiągnięcia w tej dziedzinie, stoją jednak różnorakie trudności. Jednym z istotnych problemów teoretyczno-metodologicznych jest kwestia **kwalifikacji zaburzeń**.

Psychologia kliniczna dziecka zajmowała się od swych początków i zajmuje nadal wyjaśnianiem zjawisk, które mają różne miano. Na przykład, psychologowie, wchodząc na teren sądownictwa, stawali przed zadaniem objaśnienia fenomenu różnych form przestępczości nieletnich: włóczęgostwa, kradzieży, gwałtów itp. Zachowania te mają znamiona czynów zabronionych przez prawo, ale nie są kategoriami psychologicznymi. Podobnie, jak nie są nimi trudności szkolne czy wychowawcze – pojęciowo zaczerpnięte z pedagogiki. Autyzm, depresja czy anoreksja są oczywiście terminami psychiatrycznymi, a dysleksja, akalkulia i porażenie mózgowe – terminami neurologicznymi. Opóźniony rozwój mowy, podwyższony poziom lęku, narcyzm – to już pojęcia psychologiczne, pochodzące z psychologii rozwojowej i psychologii osobowości. Te i wiele innych określeń przyswoiła psychologia kliniczna dziecka, określając zaburzenia rozwoju, ale nie wszystkie one mają w tej dyscyplinie status kategorii diagnostycznych.

Na potrzeby orzecznictwa, statystyki oraz „wspólnego języka" z lekarzami i z innymi badaczami psychologowie korzystają z kolejnych wydań medycznych klasyfikacji zaburzeń psychicznych, takich jak opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) czy ICD-10 (*International Classification of Diseases*), opracowany przez Światową Organizację Zdrowia.

Psychologia kliniczna nie stworzyła własnej klasyfikacji form patologii rozwoju i można nawet wątpić, czy jest to możliwe. Od poprawnej klasyfikacji wymaga się bowiem, by była oparta na jednej, najwyżej kilku jasnych regułach porządkowania zjawisk, a w tym obszarze reguł oraz zjawisk wymykających się regułom jest niesłychanie wiele.

W dziedzinie patologii rozwoju (podobnie jak w całej psychologii) mamy do czynienia z różnymi poziomami **organizacji funkcjonowania dziecka**. W związku z tym pojęcie **zaburzeń** może odnosić się do **zachowania** (na przykład nadaktywność), do **funkcji psychicznych** (na przykład nietrwałość uwagi) albo do osobowości (na przykład zatarcie granic Ja), a także do **relacji osoby z otoczeniem** (na przykład zaburzenie więzi).

Specyficzne dla psychopatologii jest to, że różne formy zachowań (albo ich brak) u dzieci mają różne znaczenie w zależności od **wieku** i **fazy rozwoju**. Niedokształcona artykulacja jest normą u trzylatka, a nieprawidłowością u dziecka szkolnego. Podobnie jest w wypadku trudności w kontroli impulsów. W zależności od wieku zmieniają się formy patologii, możliwości adaptacyjne, rodzaje czynników ryzyka zaburzeń i sposoby radzenia sobie z trudnościami. Z tego między innymi powodu psychologia kliniczna dziecka jest odrębną dziedziną w stosunku do psychopatologii dorosłych.

Cechą dziecięcości, wyrażaną w silniejszy sposób, niż to się zdarza u dorosłych, jest **zmienność zachowania**, uzależnienie od

aktualnie działających bodźców. To samo dziecko w domu może być radosne i aktywne, a w przedszkolu płaczliwe i wycofane z kontaktu; przy babci może jeść doskonale, a w obecności matki – ujawniać braki łaknienia. Klasyfikacja zaburzeń u dzieci powinna uwzględniać wiek, stadium rozwoju, zmienność zachowania i kontekst sytuacyjny.

Najważniejszy jest problem **społecznych znaczeń** nadawanych zachowaniu, od których zależy sposób jego oceny. Ich różnorodność – od normy do patologii – ilustruje zachowanie określane jako **niszczenie zabawek**. To częsta skarga na zachowanie dzieci, zarówno rodziców w domu, jak wychowawców w instytucjach.

Rozróżnienie tego, co normalne, rozwojowe – co indywidualne, związane z osobistym doświadczeniem – a co patologiczne, przynoszące szkodę jednostce i jej otoczeniu, tradycyjnie należy do zadań psychologów klinicznych.

RAMKA 64.2

Dorosłym chodzi zwykle o to, by dzieci nauczyły się szanować dobra materialne (owoc ich pracy) i w niszczeniu zabawek dopatrują się znamion wandalizmu (zagrożenia rozwoju moralnego, nierespektowania społecznie uznanych wartości). Z psychologicznego punktu widzenia niszczenie zabawek może być wyrazem:

(1) niespecyficznego traktowania przedmiotów jako obiektów manipulacji (normalne u małych dzieci, nieprawidłowe u starszych);
(2) nieumiejętności bawienia się zabawkami, braku doświadczeń z nimi jako symbolami rzeczywistości (charakterystyczne dla dzieci izolowanych, wychowywanych w źle prowadzonych zakładach);
(3) ciekawości poznawczej i aktywności twórczej: ważniejsze jest poznanie „jak to działa" i „co z tym można zrobić" od schematycznego posługiwania się przedmiotem (w trudnych do precyzyjnego określenia granicach – właściwe dla wszystkich normalnie i ponadnormalnie inteligentnych dzieci);
(4) trudności kontroli impulsów, ekspresji niepokoju (dopuszczalne u małych dzieci, sygnalizujące problemy u starszych);
(5) agresji nieukierunkowanej (tak zwane wyładowanie złości) albo celowej – na przykład pośrednie dokuczenie osobie dawcy (sygnał problemów interpersonalnych);
(6) autoagresji – niszczenie własnych przedmiotów jako części siebie (objaw poważnych problemów z obszaru Ja);
(7) słuchania poleceń zewnętrznych – objaw uzależnienia od innej osoby lub grupy (zdarza się jako faza przejściowa w normalnym rozwoju w okresach identyfikacji z ważnymi osobami i grupami rówieśników, ale może być wyrazem słabości ego i zapowiadać problemy w funkcjonowaniu społecznym);
(8) słuchania poleceń wewnętrznych irracjonalnych, tak zwanych głosów (objaw psychotyczny);
(9) racjonalnej działalności, polegającej na usuwaniu przedmiotów zbędnych i niepotrzebnych (wyraz indywidualnego wartościowania).

Z przedstawionego przeglądu wynika, że nie wszystkie uwarunkowania zachowań niszczycielskich mają znamiona patologii.

Współczesna psychopatologia rozwojowa w praktyce zrezygnowała już z próby ścisłego określenia, gdzie przebiega granica między normą i patologią. Przycichły ostre niegdyś spory na temat kryteriów ilościowych i jakościowych normy, zmieniło się też **podejście do istoty patologii**. Tradycyjnie była ona traktowana jako zło: cierpienie, nieszczęście, utrudnienie życia, zagrożenie społeczne, a nawet obniżenie wartości osoby. Obecne spojrzenie na patologię i zjawisko niepełnosprawności jest znacznie szersze.

W **kategoriach wartościowania** to, co było traktowane jako zaburzenie, bywa obecnie określane jako inność (na przykład homoseksualizm, leworęczność, a nawet psychoza), i to inność atrakcyjna społecznie, wnosząca do życia społecznego nowe jakości (na przykład wysoko ceniona twórczość artystyczna osób psychicznie chorych).

W **kategoriach funkcjonalnych** patologia bywa współcześnie rozumiana jako sposób przystosowania się jednostki do nienormalnych warunków życia, jako reakcja na działanie czynników zagrażających czy zakłócających funkcjonowanie, jako próba dawania sobie z nimi rady (na przykład autystyczne wycofanie z kontaktów jako obrona przed nadmiarem bodźców).

W **kategoriach interakcyjnych** objawy patologiczne bywają traktowane jako społecznie adresowany sygnał trudności w zaspokajaniu potrzeb, prośba o pomoc, komunikat o przeciążeniu, o złym stanie psychicznym (na przykład dziecko odmawia jedzenia, żeby zwrócić uwagę rodziców na swoje problemy).

Wreszcie, choroba, cierpienie, zaburzenie bywa ujmowane jako zadanie, jako **sytuacja trudna**, która wymaga uruchamiania nowych strategii adaptacyjnych i wymusza rozwój; inaczej – jest to sposób do osiągnięcia wyższego poziomu rozwoju osobowego, jak to ilustruje pojęcie kryzysów nerwicowych u Dąbrowskiego (1959) i kryzysów tożsamości u Eriksona (1956).

Znakiem czasu jest **zmiana społecznych postaw** wobec osób niepełnosprawnych i chorych psychicznie, także dzieci, w kierunku akceptacji ich ograniczeń. Ta zmiana postaw nie powinna osłabiać troski o stwarzanie dzieciom możliwie jak najlepszych warunków rozwoju i zapobieganie patologii.

Przyjmujemy, że **rozwój to ukierunkowany ciąg zmian.** Zmiany te obejmują:

(1) przyrost wiedzy i umiejętności, stosownie do wieku;
(2) wykształcenie się osobowego Ja z jego atrybutami: samoświadomością, poczuciem tożsamości, podmiotowości, zdolnością do kontroli własnego zachowania i możliwością dokonywania wyborów;
(3) rozszerzenie płaszczyzn kontaktów społecznych i form działania;
(4) wytworzenie adekwatnych ustosunkowań do rzeczywistości, z przewagą pozytywnych;
(5) budowanie społecznych więzi i kierowanie się w relacjach z ludźmi uczuciami wyższymi;
(6) doskonalenie zdolności utrzymywania psychicznej integracji i równowagi z otoczeniem w warunkach komplikowania się i bogacenia wewnętrznej struktury osoby i jej stosunków ze światem.

Długotrwałe zablokowanie możliwości rozwoju w wymienionych kierunkach prowadzi do **zaburzeń psychicznych**. Ich forma zależy od tego, który kierunek rozwoju został udaremniony. I tak:

(1) niski przyrost wiedzy i umiejętności jest właściwy dla **upośledzenia umysłowego** (niepełnosprawności intelektualnej);
(2) brak wytworzenia osobowego Ja i jego atrybutów charakteryzuje tak zwaną **osobowość borderline**;
(3) znaczne ograniczenie kontaktów społecznych i niska aktywność mieszczą się w pojęciu **autyzmu**;
(4) trwale obniżony nastrój jest typowy dla **depresji**, a chroniczny lęk cechuje osoby z **nerwicą**;

(5) brak uczuciowych więzi i przewaga popędowości nosi miano **psychopatii**;
(6) dezintegracja osobowości i niemożność adaptacji do zmian – to **cechy psychotyczne**.

Istnieje możliwość wyodrębnienia jeszcze bardziej szczegółowych kierunków rozwoju i form ich patologizacji. Wyróżnione kierunki i zespoły zaburzeń należą do najpoważniejszych i najczęściej opisywanych w psychiatrii.

64.3.2
Czynniki zaburzeń rozwoju

Ujawnianie **przyczyn zaburzeń rozwoju** – w aspekcie ogólnym i jednostkowym – należy do zadań psychologii klinicznej. Sposób realizacji tego zadania zależy od przyjęcia podstawowych założeń dotyczących natury człowieka i jego związków ze światem.

Tradycyjna psychologia kliniczna bazowała na koncepcji dwóch czynników rozwoju: biologicznych i środowiskowych, stosownie do poglądów panujących na ten temat w psychologii ogólnej i rozwojowej. Odpowiednio wyróżniano: **zaburzenia uwarunkowane organicznie** (biologicznie) i **społecznie** (środowiskowo). W psychiatrii do dziś operuje się pojęciem zaburzeń endo- i egzogennych (spowodowanych przez czynniki wewnętrzne i zewnętrzne), a siła tego rozróżnienia jest tak wielka, że ma nawet konsekwencje prawne (na przykład rozpoznanie zaburzeń osobowości na tle organicznym u przestępcy zmienia kwalifikację czynu).

W ramach paradygmatu: biologiczne – społeczne, organiczne – środowiskowe, wewnętrzne – zewnętrzne, przeprowadzono w psychologii klinicznej ogromną liczbę badań, nastawionych na wykrycie szczegółowych czynników zaburzających rozwój.

Klasyczny model badań polegał na doborze grup dzieci cechujących się występowaniem danego czynnika biologicznego (na przykład uraz głowy) albo społecznego (na przykład rozwód rodziców) i na ocenie rozwoju tych dzieci w porównaniu z grupą kontrolną. Zazwyczaj okazywało się, iż w grupach dzieci po urazach czaszki, po porodach patologicznych, chorych na gruźlicę czy padaczkę, albo też wychowywanych przez samotne matki, przez instytucję, przez rodziców alkoholików itp. obserwuje się więcej zaburzeń rozwojowych niż w grupie, w której dany czynnik nie występował, i to był powód do uznania go za tak zwany czynnik patogenny. R. Vasta, M. M. Haith i S. A. Miller (1995) podają liczbę 2400 czynników uznanych za szkodliwe dla rozwoju, a ich lista nie jest oczywiście zamknięta.

Problem interpretacyjny, który nasuwał się w związku z wynikami tego rodzaju badań, dotyczył ich niejednoznaczności w kontekście indywidualnym. Statystycznie można było dowieść szkodliwości urazów, chorób dzieci czy alkoholizmu rodziców, ale w pojedynczych przypadkach wyróżniony **czynnik patogenny** nie zawsze prowadził do patologii rozwoju. Praktycznie niemal w każdej grupie badanej można było wskazać dzieci, które mimo występowania określonego czynnika szkodliwego rozwijały się dobrze lub przynajmniej lepiej w odniesieniu do średniej dla danej grupy. W badaniach Kościelskiej (1976), charakterystycznych dla tego kręgu dociekań, stwierdzono, że w grupie dzieci z padaczką w przybliżeniu 1/3 ujawnia poważne zaburzenia rozwoju, 1/3 cechuje się nieznaczną patologią i tyle samo rozwija się w granicach normy lub powyżej.

Próby wyjaśnienia tej niejednoznaczności zmierzały najpierw w kierunku bliższego określenia jakości czynników skorelowanych z danymi postaciami patologii. Szukano zależności między różnego typu urazami czaszki (zamknięte – otwarte), rozległością i lokalizacją spowodowanych przez nie uszkodzeń mózgu, długością trwania okresów wstrząsu, rodzajem następstw bezpośrednich itd. (Popielarska, 1968). Na drodze tego rodzaju badań uzyskano znaczny postęp wiedzy, wykazując, że – ze względu na skutki dla rozwoju – uraz nie równa się urazowi, padaczka – padaczce, a nawet ta sama rodzina nie jest taką samą rodziną dla chłopca przestępcy i jego brata niewchodzącego w konflikt z prawem (Wójcik, 1977). Na tej drodze nie wyjaśniono jednak, dlaczego nawet przy maksymalnym ujednoliceniu rodzaju czynników patogennych ich skutki dla rozwoju dziecka są różne.

Pomocna okazała się następna faza badań i interpretacji, dotycząca **różnic indywidualnych** między dziećmi w zakresie „podatności na zranienie", „odporności na stres", możliwości kompensacji skutków uszkodzeń czy przyjętych przez dziecko strategii radzenia sobie z trudnościami.

Inna zmienna, do której tradycyjnie przywiązywano dużą wagę, to **wiek** (stadium rozwoju), w którym zadziałał czynnik patogenny. W odniesieniu do rozwoju psychicznego Freud pierwszy przypisał wielkie znaczenie urazom wczesnego dzieciństwa i przyjęło się za nim uważać, że im wcześniejsza faza rozwoju, tym podatność na zranienie większa, a skutki dla rozwoju donioślejsze. Psychologia rozwojowa zakwestionowała uniwersalność tezy o fundamentalnym znaczeniu urazu wczesnego dzieciństwa dla tworzenia się patologii, wskazując na znaczenie **plastyczności psychiki dzieci** i możliwości odwracania skutków wczesnej traumy (Clarke i Clarke, 1976; Kolb, 1989), co koresponduje z potocznym przekonaniem, że małe dzieci łatwo zapominają o przeżytych przykrościach i stratach. Teza ta jest przesłanką optymizmu terapeutycznego w stosunku do tak zwanej wczesnej interwencji u małych dzieci.

Od kilkudziesięciu lat powraca w coraz bardziej złożonej formie problem, czy dla tworzenia się określonych form patologii ma znaczenie **faza w rozwoju**. Wiele danych wskazuje, że okres intensywnego rozwoju danej funkcji (na przykład mowy czy lokomocji) jest okresem wyjątkowej podatności na jej zakłócenie, a także iż po przebyciu okresu właściwego dla nabycia określonej funkcji (umiejętności) w naturalnych warunkach jej późniejsze przyswojenie jest bardzo trudne lub zgoła niemożliwe (Bronfenbrenner i Ceci, 1997).

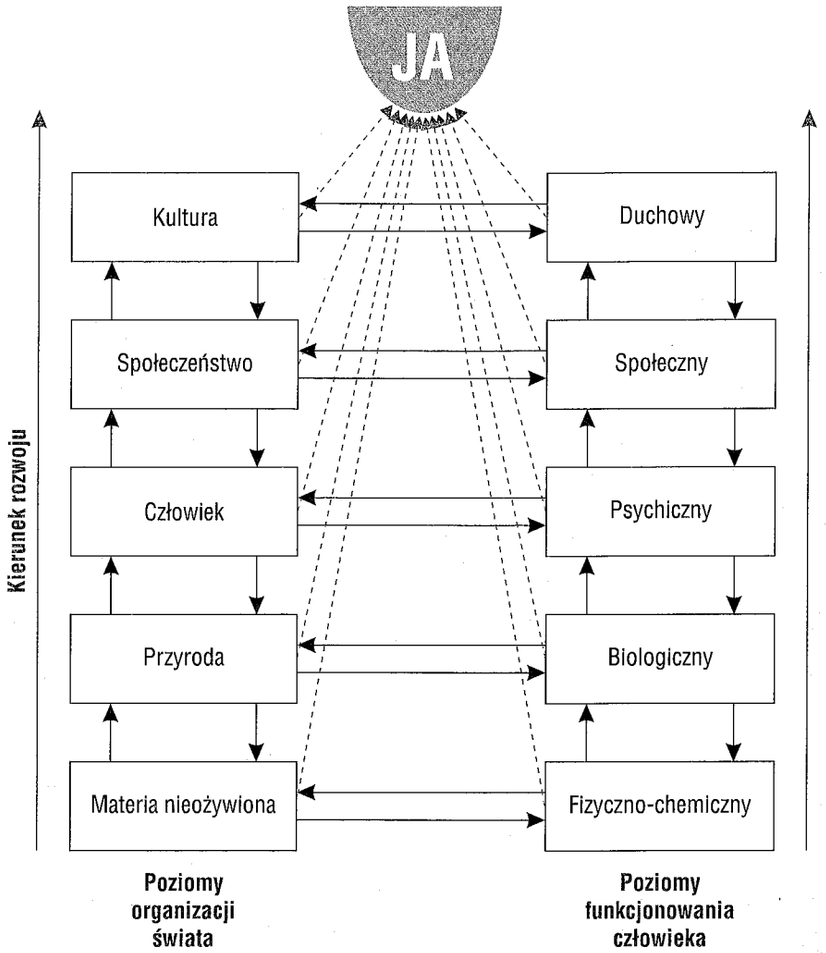
Na gruncie psychopatologii kwestia ta dotyczy szczególnie dzieci, które wzrastały w nienormalnych warunkach (były skrajnie zaniedbane, izolowane od kontaktów z ludźmi itp.) i nie nauczyły się we właściwym czasie chodzić, mówić, bawić, a przeniesione do rodziny zastępczej lub placówki opiekuńczej – nie wiadomo, czy będą mogły później te funkcje rozwinąć. Doniesienia na ten temat są różne i czyni to stale aktualnym spór o istnienie okresów krytycznych w rozwoju (np. Cicchetti, Toth i Lynch, 1995).

Wobec niejednoznaczności wyników badań dotyczących związków między występowaniem w ontogenezie czynników uważanych za szkodliwe a występowaniem zaburzeń w rozwoju współczesna psychopatologia zarzuciła właściwie pojęcie czynnika patogennego. Na to miejsce wprowadzono pojęcie **czynnika ryzyka zaburzeń**, a także dzieci z grupy ryzyka – to znaczy takich, w których historii życia wystąpiło zagrożenie; to, czy przybierze ono postać patologii rozwoju, zależy od spełnienia określonych warunków.

Rutter i Quinton (1987) przedstawili **indeks czynników ryzyka zaburzeń** u dzieci oraz ich wartość predyktywną, uzależnioną od liczby czynników. Chodziło o niekorzystne czynniki rodzinne, których zidentyfikowano sześć:

(1) poważny rozdźwięk w parze małżeńskiej,
(2) niski status socjoekonomiczny rodziny,
(3) zatłoczenie – zbyt duża liczba członków rodziny,
(4) kryminalne sprawy ojca,
(5) choroba psychiczna matki,
(6) miejsce dziecka w rodzinie poza domem.

Stwierdzono, że u dziesięcioletnich chłopców prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych wynosi 2% przy istnieniu w rodzinie jednego czynnika ryzyka (lub gdy czynnik taki w ogóle nie występuje), 6% – w wypadku obciążenia dwoma lub trzema czynnikami – i 21%, jeśli nastąpiła komasacja czterech lub więcej niekorzystnych czynników rodzinnych.



Świat – człowiek.
Poziomy funkcjonowania, relacje i kierunek rozwoju

RYCINA 64-2

Świadomość nieporównanie bardziej skomplikowanego uwarunkowania procesu rozwojowego, niż to się wydawało uczonym z początku wieku, operującym dychotomią: zewnętrzne – wewnętrzne, biologiczne – środowiskowe, skłania współczesnych badaczy do poszukiwania **układów czynników**, od których zależy reakcja ustroju dziecka i jego psychiki na działanie różnego rodzaju niedoborów i zakłóceń. Rycina 64-2 obrazuje przyjęty tu sposób widzenia złożoności powiązań – pojawiających się w toku rozwoju – między różnymi poziomami funkcjonowania dziecka i jego stosunkami ze światem.

Człowiek rozwija się poprzez **relacje dwukierunkowe**, zarówno te zewnętrzne, łączące go ze światem (umownie zaznaczone jako poziome), jak i relacje wewnętrzne, dotyczące własnej organizacji i współdziałania poszczególnych poziomów funkcjonalnych (zaznaczone jako pionowe). Dla kształtowania się psychiki najistotniejsza jest **wymiana osobowa** z drugim człowiekiem; pierwszym i najważniejszym obiektem wymiany jest **matka**.

W toku życia człowiek zachowuje zdolność funkcjonowania na wszystkich poziomach swej organizacji, ale wraz z rozwojem zmieniają się proporcje: wzrasta „moc regulacyjna" i znaczenie w egzystencji człowieka jego „psychiczności", „uspołecznienia" i „duchowości" w stosunku do „fizyczności" i „biologiczności".

Poziomy funkcjonowania człowieka (dziecka) w toku całego życia wzajemnie na siebie oddziałują, ale też w miarę postępów w rozwoju cechują się coraz większym stopniem **autonomii**. To znaczy, że im młodsze dziecko, tym większy stopień zdeterminowania jego funkcjonowania psychicznego przez czynniki biologiczne i fizykalne, a im dziecko starsze, tym większa rola w jego funkcjonowaniu przypada czynnikom psychologicznym i społecznym. Dorosły człowiek jest w stanie – do pewnego stopnia – podporządkować potrzeby fizjologiczne potrzebom psychicznym i społecznym, a te – potrzebom duchowym. **Regres psychiczny** wyraża się dominacją problemów fizjologicznych nad psychicznymi, ale ze względu na częściową autonomię poziomów funkcjonalnych może obejmować w niewielkim stopniu sferę społeczną, a nie dotyczyć duchowej.

Przedstawione na rycinie 64-2 poziomy funkcjonowania dziecka i jego stosunków ze światem są kluczowe dla rozumienia przez nas źródeł patologii rozwoju. Zagrożenia dla prawidłowego przebiegu rozwoju mogą pochodzić z każdego poziomu organizacji świata zewnętrznego i wewnętrznego oraz relacji między nimi. Roczne dziecko może źle funkcjonować (płakać, nie spać, być niespokojne, nie wchodzić w kontakt z otoczeniem) z powodu: przegrzania, zatrucia pokarmowego, nieobecności matki, przeniesienia w nieznane środowisko, bycia ofiarą praktyk kultowych albo poglądów wychowawczych zabraniających kojenia dziecka. Są to przykłady czynników zakłócających funkcjonowanie, z którymi dziecko w pewnych wypadkach może sobie poradzić (odpowiednio: rozkopać się z becika, strawić zły pokarm, przywołać matkę krzykiem, dostarczyć sobie stymulacji płynącej z ciała, wymusić swoim zachowaniem zmianę poglądów i postępowania opiekunów). Dopóki dziecko radzi sobie z brakami lub zakłóceniami, można powiedzieć, że znajduje się w **sytuacji trudnej**, zmuszającej je do podejmowania działań zaradczych, ale jest to sytuacja w sumie rozwijająca, ucząca efektywnych strategii wyrównywania deficytów. Dziecko oczywiście ponosi koszty z tym związane (emocjonalne, intelektualne, energetyczne), ale nie ujawnia patologii. **Patologia występuje wówczas, kiedy sytuacja jest za trudna, kiedy na żadnym z dostępnych poziomów funkcjonowania dziecko nie znajduje możliwości poradzenia sobie z brakami czy zakłóceniami i wówczas pojawia się tak zwana dekompensacja.** Do patologii dochodzi również wtedy, gdy sytuacje trudne pojawiają się zbyt często i następuje wyczerpanie możliwości kompensacyjnych.

Zagrożenia dla rozwoju i harmonijnego współdziałania różnych poziomów funkcjonalnych mogą mieć swoje źródło w dziecku. Dziecko z wadą genetyczną z powodu defektu programu rozwojowego może mieć szczególne trudności, jeżeli jego organizm, na przykład, nie przetwarza określonych rodzajów białek i zatruwa układ nerwowy. Może wówczas dojść do uszkodzenia niektórych części mózgu, odpowiedzialnych, na przykład, za rozwój funkcji ruchowych. Dziecko z porażeniem kończyn, niesprawne ruchowo, ma trudności w eksplorowaniu otoczenia i tworzeniu jego poznawczych reprezentacji. Brak adekwatnej wiedzy o otoczeniu i umiejętności w nim działania wywołuje

uczucie lęku, zwrotnie hamujące aktywność. Ograniczenie aktywności izoluje od otoczenia i umniejsza udział dziecka w życiu społecznym, stając się dodatkowo powodem ukształtowania poczucia mniejszej wartości oraz poczucia krzywdy. Zdarza się, że takie łańcuchy powiązań bywają przerwane – albo przez interwencję z poziomu fizykochemicznego i biologicznego (zalecenie diety, leków), albo z poziomu psychicznego i społecznego (podejmowanie przez dziecko aktywności mimo ograniczeń ruchowych, przy wspomaganiu i zachęcie rodziny).

Współczesna psychologia operuje pojęciem Ja (ego, *self*), które bywa różnie rozumiane (zob. rozdz. 36. i 44.1). Przyjmujemy, że chodzi tu o rodzaj nadrzędnej instancji w osobowości, odpowiadającej pojęciu rządu w państwie. Ja wyłania się na kolejnych etapach rozwojowych z kolejno uaktywniających się poziomów funkcjonowania. Jego siła i moc regulacyjna zależy w dużym stopniu od harmonii współdziałania i jakości wszystkich podsystemów oraz od rodzaju relacji łączących dziecko z otoczeniem (Chłopkiewicz, 1980).

Twórcom **teorii relacji z obiektem** zawdzięczamy zwrócenie szczególnej uwagi na rodzaj relacji łączących dziecko z matką w pierwszych latach życia. Prawidłowe stosunki umożliwiają rozwój Ja jako autonomicznego i „zarządzającego" odrębną od matki osobowością (proces separacji i indywiduacji, opisany przez: Mahler, Pine i Bergman, 1975). W sposobie organizacji Ja kryją się możliwości korygowania funkcjonowania różnych podsystemów funkcjonalnych i wybierania z repertuaru możliwości najlepszych strategii adaptacyjnych. Ale Ja jest też podatne na zaburzenia. Jego niedorozwój i patologia funkcjonowania może wystąpić na skutek zakłóceń wszelkich możliwych relacji zewnętrznych i wewnętrznych oraz niedających się rozwiązać konfliktów między nimi.

Reasumując, źródło patologii rozwoju psychiki może znajdować się na dowolnym poziomie organizacji świata zewnętrznego i wewnętrznego. Jednakże z dowolnego poziomu może też pochodzić szansa normalizacji.

64.3.3
Patomechanizmy wybranych zaburzeń rozwoju

Patomechanizm to droga dojścia (*pathway*) do powstania określonego zaburzenia, angażująca czynniki zewnętrzne i wewnętrzne w ich interakcjach.

Coraz więcej zwolenników zdobywa teza, że do podobnego zespołu zaburzeń może dojść na różnych drogach, a podobne czynniki patogenne mogą mieć różne skutki rozwojowe (Cicchetti, Cohen, 1995; Rutter, 1989). Teza ta jest pochodną ogólnej teorii systemów, a w obszarze psychologii klinicznej dziecka można wskazać bardzo wiele danych potwierdzających jej słuszność. Rozpatrzmy sprawę na wybranych przykładach zaburzeń.

64.3.3.1
Autyzm wczesnodziecięcy

Autyzm wczesnodziecięcy został wyodrębniony w 1943 przez Leo Kannera jako zespół objawowy, charakteryzujący się trzema kardynalnymi cechami patologii funkcjonowania: skrajnym unikaniem przez dziecko kontaktów z innymi ludźmi, potrzebą zachowania niezmienności otoczenia i poważnym zaburzeniem mowy. Sam Kanner zmieniał poglądy na temat etiologii tego zespołu; pierwotnie był przekonany o patogennej roli matki, później przychylał się do przeświadczenia o organicznym pochodzeniu zaburzenia.

Następcy Kannera dążyli – z jednej strony – w kierunku ściślejszego opisu objawów autyzmu (ich listy sięgają kilkudziesięciu symptomów), z drugiej zaś – do znalezienia specyficznych czynników etiologicznych, odpowiedzialnych za występowanie zespołu. Wśród wyodrębnionych czynników znaleźli się rodzice z ponadprzeciętnym poziomem wykształcenia, charakteryzujący się postawą nadmiernie dydaktyczną; „przedobrzenie mózgu", czyli nadmierna dojrzałość struktur korowych przy narodzinach; deprywacja sensoryczna i nadmierna sensoryczna wrażliwość; uszkodzenie tworu siatkowatego i wiele innych. Ale cały czas utrzymywała się dychotomia poglądów: autyzm jako zaburzenie psychiczne *versus* organiczne (przegląd stanowisk w: Jaklewicz, 1993; Olechnowicz, 1983).

Można – za innymi badaczami – wskazać jeszcze wiele innych powodów do wycofania się dziecka z kontaktów, jak unicestwianie jego osobowego istnienia, drastyczne niezaspokajanie potrzeb, wrogość (Zalewska, 1998). Istotne jest, że jeżeli nastąpi wycofanie z kontaktu i przybierze ono bardziej trwały charakter, uruchamiają się mechanizmy psychologiczne, prowadzące do powstania zaburzeń.

Wycofanie się z kontaktów z ludźmi na płaszczyźnie osobowej prowadzi do ich uprzedmiotowienia i niemożności dokonywania wymiany uczuciowej. Jeśli dorośli nie będą przewodnikami w poznawaniu świata i nie będą pomocni w porządkowaniu doświadczeń, ulegnie ograniczeniu rozwój intelektualny. Stanie się on „fragmentaryzowany", niespójny, myślenie nie nabierze cech logiczności. Nie będzie się mogła rozwinąć mowa w jej funkcji komunikacyjnej i symbolicznej, z czego wynikają poważne konsekwencje dla myślenia. Wystąpią natomiast – obserwowane powszechnie u dzieci autystycznych i uznawane przez otoczenie za dziwaczne – objawy świadczące o próbach zakorzenienia się w świecie i radzenia sobie z autystyczną samotnością (Barral, 1996; Czownicka, 1993). Obserwuje się przywiązanie do „talizmanów", stereotypie ruchowe, mowę echolaliczną, różne sposoby redukcji napięcia, takie jak darcie papierów, przelewanie wody czy piasku, wibrowanie przedmiotami. Te wtórne symptomy przystosowawcze bardziej upodabniają do siebie dzieci autystyczne pod względem zachowania niż pierwotne źródła patologii, stanowiące o przyczynie izolacji.

RAMKA 64.3

Punktem wyjścia do badań prowadzonych w naszym zespole (Czownicka, 1981; Kościelska i Czownicka, 1985) było przeświadczenie, że najrozmaitsze czynniki biologiczne, społeczne i psychologiczne mogą być uwikłane w **patomechanizm tworzenia się autyzmu**. Przyjęłyśmy za Olechnowicz, że istotą tego zaburzenia jest lękowe wycofanie się z kontaktów z ludźmi, i posługując się metodą kliniczno-ontogenetyczną, stwierdziłyśmy, że do tego wycofania może dojść na różnych drogach. Pierwotny powód wycofania się z kontaktów u dzieci z autyzmem, którymi zajmowałyśmy się w naszym Ośrodku Terapeutycznym (por. Kościelska, 1988), stanowiły:

(1) nadwrażliwość sensoryczna, sprawiająca, że bodźce płynące ze świata, a szczególnie od ludzi – w całym ich bogactwie i zmienności – są zbyt trudne do zasymilowania, prowokują postawę „od", a nie „do";
(2) uszkodzenie układu nerwowego, sprawiające, że integracja bodźców różnej modalności jest zbyt trudna i rodzi potrzebę ich ograniczenia, a także ograniczenia aktywności;
(3) negatywne doświadczenia kontaktu z matką, stanowiącego pierwowzór kontaktu z innymi ludźmi, wówczas gdy matka jest depresyjna, odrzucająca lub ambiwalentna (nieprzewidywalna);
(4) trauma przedwczesnej separacji, gdy dziecko odłączone od matki i oddane, na przykład, do zakładu opiekuńczego nie wytworzyło jeszcze zdolności autonomicznego funkcjonowania i kiedy uległa rozerwaniu pierwotna więź, co uniemożliwiło wytworzenie relacji przywiązania z następnymi opiekunami.

Poszukiwania niektórych badaczy zmierzały w podobnym do naszego kierunku (Bailey, Philips i Rutter, 1996); teza o wieloczynnikowym uwarunkowaniu autyzmu zdobywa coraz liczniejsze grono zwolenników. Dzięki badaniom prowadzonym w ramach różnych orientacji dysponujemy obecnie ogromnym materiałem, pozwalającym lepiej zrozumieć wewnętrzny świat przeżyć dzieci i dorosłych osób autystycznych, ujawnić **mechanizmy obronne i adaptacyjne**, którymi się posługują, a także dostrzec **cierpienie**, które towarzyszy autystycznej formie istnienia w świecie. Dysponujemy również coraz skuteczniejszymi sposobami przekraczania autystycznej izolacji i towarzyszenia przynajmniej części osób w ich przeżyciach, mamy też metody, dzięki którym udaje się pomóc niektórym osobom autystycznym wyjść z autyzmu (Grodzka, 1984; Schopler, Reichsler i Lansing, 1995).

64.3.3.2 Upośledzenie umysłowe

Drugim przykładem powstawania specyficznej patologii rozwoju jest **upośledzenie umysłowe** (*mental retardation*). Tradycyjnie było ono traktowane jako „stan zejściowy" po wczesnym uszkodzeniu mózgu albo jako rezultat wad genetycznych, ewentualnie – skutek skrajnego zaniedbania pedagogicznego, przy czym to ostatnie dotyczyło lżejszych postaci zaburzeń (Wald i Stomma, 1981).

Obecnie patrzymy na to zaburzenie inaczej – także jego nazwa uległa uwspółcześnieniu. Międzynarodowe Stowarzyszenie do Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym w 1997 roku wprowadziło do swego tytułu jako przedmiot badań **niepełnosprawność intelektualną** (*intellectual disability*) i zaleca posługiwanie się tym terminem. **Zaburzenie to jest rezultatem procesu patologizacji rozwoju, dokonującego się w czasie i przy współudziale wielu czynników** (Kościelska, 1995). Początek drogi patologizacji – podobnie jak w autyzmie – może być różny: defekt genetyczny, uszkodzenie mózgu lub wcześnie przebyta trauma psychiczna – wszystkie te czynniki zmniejszają szansę na prawidłowy rozwój. Bezpośrednio przyczyną niepełnosprawności umysłowej jest wycofanie się z aktywności intelektualnej. Może mieć ono różne źródła, ale w sumie ma dość podobne następstwa.

Zmniejszoną aktywność intelektualną wykazują dzieci z uszkodzeniami mózgu, z zaburzeniami metabolicznymi, często chorujące we wczesnym dzieciństwie, skupione na przeżywaniu traumy, izolowane od kontaktów ze środowiskiem społecznym, a także takie dzieci, które w ramach **mechanizmów obronnych** wyzbyły się możliwości uczenia się, pamiętania i rozumienia. Valery Sinason (1992) poddawała psychoterapii dzieci z upośledzeniem umysłowym, które były molestowane seksualnie w dzieciństwie i które nie mogąc uporać się inaczej z traumatycznymi wspomnieniami, przestały korzystać z pamięci i możliwości uczenia się.

Obecnie przywiązuje się dużą wagę do roli **depresji poporodowej** u matek w osłabieniu aktywności psychicznej niemowląt (Cummings i Davies, 1994; Rola, 1996). Depresja u matki może mieć różne przyczyny, ale dostrojenie się niemowlęcia pod względem emocjonalno-energetycznym do depresyjnej matki obniża jego aktywność, osłabia ciekawość świata i dążenie do jego eksploracji.

Innym ważnym czynnikiem ograniczającym aktywność dziecka i rozwój jego inteligencji jest tak zwane **przesterowanie**, nadmiar kontroli i dyrektywności (Olechnowicz, 1994). Odebranie dziecku możliwości budowania własnej podmiotowości i poczucia sprawczości w relacji ze światem, uniemożliwienie mu samodzielnego podejmowania decyzji i samodzielnego zbierania doświadczeń zdarza się w wypadku tak zwanej **relacji symbiotycznej**, przedłużonej poza okres rozwojowo właściwy, ale zdarza się też w **wychowaniu instytucjonalnym**, nieszanującym podmiotowości i godności dziecka, i prowadzi do ograniczenia jego aktywności umysłowej (Kościelska, 1989). To ograniczenie ma dalsze następstwa rozwojowe: skutkuje niskim przyrostem umiejętności, prowadzi do obniżenia ilorazu inteligencji.

Zachowania świadczące o małej sprawności intelektualnej dziecka wywołują reakcje otoczenia typu odrzucenia emocjonalnego lub wzmocnienia opieki i kontroli albo nasilenia się depresji u rodziców; wymuszają one powstanie u dziecka **mechanizmów adaptacyjnych**. Formą przystosowania się do sytuacji emocjonalnej wrogości albo nadmiernej opiekuńczości są strategie z kręgu zachowań infantylnych. Jak wiadomo – nawet z etologii – przybranie póz infantylnych zniechęca agresora do ataku. Dzieci upośledzone prezentują bardzo wiele zachowań sugerujących, że **infantylność** ich funkcjonowania (wyrażająca się w takich cechach, jak: przymilność, okazywanie bezradności, cieszenie się wszelkimi formami akceptacji, brak agresywności) to strategie przystosowawcze, umożliwiające przetrwanie w środowisku i prowokujące otrzymywanie pomocy (Hodapp i Zigler, 1995). Równocześnie te zachowania ugruntowują społecznie funkcjonujący obraz osób upośledzonych jako dużych dzieci, bezradnych i wymagających opieki. Na ten obraz nakładają się w części przypadków przejawy przeżywania depresji albo powikłania psychotyczne i zaburzenia psychosomatyczne, będące wyrazem nieradzenia sobie przez osoby upośledzone z poczuciem własnej niewielkiej wartości i ogromem trudności, jakie stwarza im codzienność (Kościelska, 1995).

W podobny sposób można opisać dochodzenie do powstania innych zespołów zaburzeń psychicznych, takich jak osobowość *borderline*, depresja, psychoza schizofreniczna itp. Niektóre z nich mają już bogate piśmiennictwo, prezentujące ten sposób myślenia (Gjerde, 1995; Rutter, 1989).

64.3.3.3 Możliwości kompensacji zaburzeń rozwojowych

Proces patologizacji nie stanowi całego obrazu rozwoju i funkcjonowania osób ujawniających zaburzenia psychiki. Zdarza się, że to, co obserwujemy jako niesprawność lub zaburzenie, jest głównie czynnikiem mobilizującym psychikę i inne poziomy funkcjonowania człowieka do poradzenia sobie z deficytem. W dzieciach, w ich organizmie i psychice, tkwi ogromny potencjał rozwoju i są one wyposażone w rozliczne możliwości tworzenia dróg „obejścia" obszaru dysfunkcjonalności, wytworzenia nowych sposobów korzystnej adaptacji do warunków życiowych.

Procesy kompensacji mogą zachodzić na wszystkich poziomach funkcjonowania; nas najbardziej interesuje poziom psychiczny. Utrudnienie w rozwoju funkcji intelektualnych nie musi prowadzić do całkowitego wycofania się z aktywności umysłowej. Deficyt spowodowany organicznym uszkodzeniem mózgu, przejawiający się w trudnościach rozumienia symboli i niemożności opanowania reguł formalnego myślenia, może otwierać drogę rozwojowi innych form poznania: intuicyjnego, emocjonalnego, niedyskursywnego. Wielu ludzi z upośledzeniem umysłowym ujawnia takie możliwości (np. Rebeka, opisana przez Sacksa, 1994). Są oni też w określonych warunkach zdolni do rozwoju różnych form aktywności życiowej (pracy, małżeństwa, sportu), a także do twórczości artystycznej i życia religijnego.

Wycofanie się z kontaktów społecznych, charakteryzujące dzieci autystyczne, może być „puste" albo „pełne". Bywa „puste", jeżeli zablokowanie kontaktów z otoczeniem prowadzi, jak to przedstawiono wcześniej, do znacznego ograniczenia rozwoju psychiki, a „pełne" – jeżeli przy zachowanych niektórych kanałach kontaktów ze światem zewnętrznym umożliwia zwrot uwagi „do wewnątrz"; bogactwo przeżyć niektórych osób autystycznych wyraża się między innymi w różnorodnych formach ich twórczości artystycznej i naukowej. **Zatrzymanie procesu patologizacji**, niedopuszczenie do uruchomienia ciągu negatywnych sprzężeń zwrotnych i stworzenie „obocznych" dróg rozwoju na ogół staje się możliwe tylko dzięki pomocy z zewnątrz. Wielu rodziców udziela takiej pomocy swoim dzieciom – bynajmniej nie wszyscy reagują na chorobę czy deficyt rozwoju u dziecka depresją lub wrogością, uruchamiającą proces patologizacji (Grodzka, 1995).

Stwarzają oni dzieciom niepełnosprawnym – w klimacie ochraniającej miłości i usamodzielniającej wolności – możliwie najkorzystniejsze warunki rozwoju.

Pomoc może przyjść także z innych źródeł. Własnym terapeutą jest dziecko, o ile tylko nie przeszkadza mu się w uruchomieniu wszystkich dostępnych możliwości kompensacji (Olechnowicz, 1995). Pewien udział w procesie wykorzystywania i powiększania zasobów rozwojowych dzieci mają także psychologowie.

64.3.4
Pomoc psychologiczna dla dzieci z zaburzeniami rozwoju

W wypadku ujawniania przez dziecko zaburzeń rozwojowych lub istnienia ryzyka takich zaburzeń pomoc psychologiczna obejmuje:

(1) dziecko;
(2) rodzinę dziecka, pojedynczych członków rodziny;
(3) inne osoby ze środowiska dziecka (nauczycieli, opiekunów, lekarzy itd.).

Pomoc może przybierać formy zinstytucjonalizowane i dokonywać się w poradniach, szpitalach, ośrodkach terapeutycznych, w szkole, a może także przybierać formę prywatnej praktyki psychologicznej.

Wyróżnić można następujące formy pomocy psychologicznej: diagnoza, porada, psychoterapia, reedukacja, rehabilitacja (rewalidacja), resocjalizacja i opieka terapeutyczna. Omówimy je kolejno.

64.3.4.1
Diagnoza

Diagnoza należy do form pomocy psychologicznej, ponieważ uzyskane dzięki niej informacje służą wszystkim zainteresowanym do zrozumienia stanu dziecka, jego potrzeb i trudności, mechanizmów funkcjonowania i możliwości dokonania zmian. Diagnoza psychologiczna pomaga ustosunkować się do ujawnianych przez dziecko problemów i ułatwić ocenę ich znaczenia. Badanie diagnostyczne stanowi zazwyczaj wstęp do udzielenia porady albo poprowadzenia terapii, zdarza się jednak, że przekazanie jego wyników dziecku i jego opiekunom, a także innym specjalistom (instytucjom) w formie orzeczenia jest jedyną i wystarczającą formą udzielonej pomocy.

Aby diagnoza była pomocna, musi być trafna, ale powinna też dokładnie odpowiadać zapotrzebowaniu odbiorców na rodzaj informacji, które niesie. Inne informacje o dziecku potrzebne są rodzicom, inne lekarzom, inne nauczycielom, a jeszcze inne samym dzieciom. Dlatego szczególnie wartościowe są te diagnozy, które nie próbują przedstawić wszystkiego, czego udało się psychologowi dowiedzieć o dziecku, ale które odpowiadają potrzebom osób zlecających wykonanie badań diagnostycznych. Ogromnie ważny jest też **język diagnozy**, na tyle komunikatywny, aby jej treść mogła być właściwie rozumiana.

64.3.4.2
Porada psychologiczna

Porada psychologiczna jest sposobem bezpośredniego wykorzystania zdobytych przez psychologa informacji do sformułowania zaleceń. Odbiorcą zaleceń może być samo dziecko, zwłaszcza jeżeli jest starsze. Innymi odbiorcami są zaangażowani w jego problemy dorośli. Nieskuteczne są porady niedobre: oparte na niewłaściwej diagnozie albo nierealistyczne. Jednak nawet wówczas, kiedy zalecenia odpowiadają wszelkim kryteriom słuszności, ich przyjęcie może być zbyt trudne dla odbiorcy. Podobnie jak zbyt trudna do przyjęcia może być diagnoza.

W procesie komunikacji między psychologiem a odbiorcą diagnozy lub porady zdarzają się **zakłócenia**, prowadzące do deformacji w odbiorze tego, co psycholog chce przekazać odbiorcy. Ich źródłem są między innymi mechanizmy obronne, które chronią osobę odbiorcy przed przyjmowaniem informacji zbyt bolesnych, zbyt zagrażających, zbyt trudnych do realizacji. Dlatego często poradę zastępuje

się procesem **psychoedukacji**, albo wręcz terapią, nastawioną na przygotowanie rodziców czy dziecka do przyjęcia niektórych rodzajów informacji. Taki proces rozłożony w czasie ułatwia otwarcie się poznawcze, umożliwia zainteresowanym osobom bardziej samodzielne dochodzenie do zdobycia wiedzy potrzebnej do dokonania zmian.

64.3.4.3
Psychoterapia

Psychoterapia ma oczywiście szerszy zakres niż tylko pomoc w dojściu do uzyskania ważnych informacji na temat funkcjonowania własnego i swoich bliskich. Jest to duży zbiór różnych metod oddziaływania, które są najogólniej skupione na Ja pacjenta i mają mu pomóc w odblokowaniu możliwości rozwoju. Psychoterapia ma zaplecze teoretyczne w różnych kierunkach psychologii – uprawia się ją w ujęciu psychoanalitycznym, poznawczym i fenomenologicznym, a w ramach każdego z nich istnieją jeszcze różne szkoły postępowania (zob. rozdz. 69.).

Tradycyjnie psychoterapię uważano za właściwą metodę w leczeniu dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi, nerwicowymi i psychosomatycznymi, mających dobry kontakt werbalny i normalny iloraz inteligencji. Współcześnie zakres psychoterapii – dzięki wzbogaceniu jej metod o techniki niewerbalne (przede wszystkim zabawowe) – rozszerzył się i obejmuje także dzieci małe, niesłyszące, autystyczne i niesprawne umysłowo, z problemami w kształtowaniu się osobowości i relacji z otoczeniem.

Odmianą psychoterapii jest wywodząca się z behawioryzmu tak zwana **modyfikacja zachowań**, polegająca na usuwaniu dolegliwych symptomów przy użyciu różnego rodzaju wzmocnień (kar i nagród), a także technik specjalnego uczenia.

64.3.4.4
Reedukacja

Reedukacja odnosi się przede wszystkim do dzieci z trudnościami w nauce szkolnej i przybiera formę zajęć ułatwiających ten proces, głównie poprzez usprawnianie funkcji intelektualnych i percepcyjnych. Najbardziej powszechne są metody reedukacji **dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu** (dysleksja i dysgrafia), a jedną z bardziej popularnych technik – metoda „dobrego startu" (franc. *bon départ*) (Bogdanowicz, 1995; Sawa, 1991).

64.3.4.5
Rehabilitacja

Rehabilitacja (rewalidacja) obejmuje działania dotyczące przede wszystkim dzieci z uszkodzeniami układu nerwowego oraz narządu ruchu, mowy, słuchu i wzroku. Najczęściej polega ona na usprawnianiu uszkodzonych funkcji i ewentualnie na tworzeniu zastępczych możliwości radzenia sobie z trwałym deficytem. Do najbardziej znanych programów rehabilitacyjnych, stosowanych wobec dzieci z uszkodzonym układem nerwowym, należy metoda Domana (1996), Bobathów, Petö oraz – najbardziej z nich kontrowersyjna – Vojty (zob. Borkowska, 1989).

64.3.4.6
Resocjalizacja

Resocjalizacja jest terminem odnoszącym się głównie do osób, które weszły w konflikt z prawem, przebywających na wolności pod opieką kuratora albo izolowanych w zakładach. Jej celem jest dostarczenie dzieciom (młodzieży) korygujących doświadczeń oraz wiedzy umożliwiającej przyswojenie norm moralnych i odzyskanie w ten sposób możliwości funkcjonowania w społeczeństwie zgodnie z wymaganiami, jakie ono stawia (Makowski, 1994).

64.3.4.7
Opieka terapeutyczna

Opieka terapeutyczna jest oddziaływaniem wobec dzieci znajdujących się w szczególnie złym stanie psychicznym i fizycznym: głęboko upośledzonych, znajdujących się w terminalnym stadium choroby, którym potrzebna jest wrażliwa obecność drugiego człowieka, zdolnego rozumieć ich potrzeby i na nie odpowiedzieć. Opiekę taką oferuje się między innymi

w ramach hospicjów i zwykle obejmuje ona całą rodzinę (Wells i Schwebel, 1987).

64.3.4.8
Sens pomocy psychologicznej

W problematyce pomocy poza stroną metodyczną najistotniejsza jest odpowiedź na pytanie: **co jest istotą pomocy**? Co naprawdę dzieciom pomaga w osiągnięciu poprawy w rozwoju? Co naprawdę może pomóc rodzicom, lekarzom i wychowawcom w lepszym prowadzeniu dziecka? Wielu badaczy w różny sposób odpowiada na to pytanie. Zgodnie z przedstawionym schematem (zob. ryc. 64-2), przyjmujemy, że w rozwoju psychiki dziecka najważniejszą rolę odgrywają inni ludzie, w początkowym okresie rodzice, w zupełnie początkowym matka, a z czasem – szersza grupa rodzinna i rówieśnicy, a także szczególnie ważne osoby dorosłych: nauczyciele, trenerzy, księża itd. Odpowiednio do odgrywanego znaczenia – największe zagrożenie dla rozwoju psychiki dziecka tkwi w niewłaściwych relacjach z otoczeniem społecznym, a największa nadzieja na poprawę rozwoju wiąże się z poprawą tych relacji.

Psychologowie starają się pomóc rodzicom w nawiązaniu uzdrawiających relacji z dziećmi. Temu celowi służą przede wszystkim **ośrodki wczesnej interwencji**, w których modeluje się wzory relacji, ucząc rodziców kontaktów z dzieckiem (kontaktu dotykowego, zabawowego, słownego i innych form; Brazelton i Cramer, 1991). W wypadku trudności opanowania przez rodziców umiejętności wychowawczo-terapeutycznych albo gdy stopień patologii rozwoju dziecka jest bardzo duży, psycholog sam podejmuje terapię. Oznacza to, że wykorzystuje on wówczas swoją osobę i kompetencje interakcyjne do nawiązania kontaktu z dzieckiem o takim charakterze, który byłby dla tego dziecka szczególnie wartościowy: pozwalał mu na zdobycie potrzebnych doświadczeń, a czasami umożliwiał „przerobienie" etapów rozwoju, które zostały zatrzymane albo wypaczone.

Poza wykorzystaniem własnej osoby jako „obiektu" współtworzącego relacje psycholog może także pracować w inny sposób: stwarzając dziecku okazję do zdobycia doświadczeń korygujących obraz jego Ja, zwiększając jego kompetencje, pozwalając na ekspresję emocji i zdobycie lepszego w nie wglądu. Szczegółowy dobór form pomocy psychologicznej jest uzależniony od diagnozy potrzeb dziecka w tym zakresie.

Psychologowie korzystają też z możliwości, jakie niesie **grupa społeczna**, i stosują czasami formy pracy z grupą dzieci albo z grupą rodziców. Grupa dziecięca jest niedającym się niczym innym zastąpić terenem nawiązywania kontaktów rówieśniczych i uczenia się przez dziecko społecznych form zachowania. W wypadku gdy nauka tych form przebiegała do tej pory z trudnościami, udział dziecka w **zajęciach socjoterapeutycznych** może być bardzo pomocny.

RAMKA 64.4

Żeby lepiej wyjaśnić sprawę „przerobienia" etapów rozwojowych, posłużmy się przykładem z **terapii dzieci autystycznych**. Dzieci te ujawniają patologiczne formy funkcjonowania, współwystępujące z normalnymi. Diagnoza może pomóc odkryć, że zachowania normalne odnoszą się do wczesnego etapu rozwoju i wskazują na ten etap kształtowania się relacji między matką, dzieckiem i otoczeniem społecznym, który przebiegał prawidłowo. W jakimś momencie coś rozwój zakłóciło (na przykład długotrwała hospitalizacja) i dziecko wycofało się z kontaktów. Od ustalenia tego momentu terapia będzie polegać na „przerobieniu" kolejnych faz rozwoju z udziałem dziecka i psychologa jako „obiektu zastępczego" w uczeniu właściwych form funkcjonowania w relacji z otoczeniem (Baral, 1996).

Psychologowie – w ramach udzielanej pomocy terapeutycznej – wychodzą niejednokrotnie poza granice kontaktu osobowego czy społecznego. W terapii zwłaszcza małych dzieci wykorzystuje się materię nieożywioną: wodę, piasek, tworzywa plastyczne. Niektórzy są wielkimi zwolennikami terapii poprzez kontakt z przyrodą; obecnie bardzo się rozwija hipoterapia, czyli terapia poprzez kontakt z końmi. Olechnowicz i Ciupa wprowadziły psy do prowadzonego przez siebie klubiku terapeutycznego dla dzieci (Olechnowicz, 1997). Oddzielne miejsce w historii oddziaływań psychologicznych zajmuje **terapia zabawą** (*play therapy*), terapia poprzez sztukę (muzykę, plastykę, rękodzieło), poprzez ruch, taniec i sport. W grupie terapii ruchem na szczególne podkreślenie zasługuje metoda Veroniki Sherborne (Bogdanowicz, Kisiel i Przasnycka, 1992), łącząca walory usprawniania ruchowego z dostarczaniem ważnych doświadczeń w kontakcie z drugim człowiekiem i w kontakcie z samym sobą.

Podobnie zróżnicowane formy ma **pomoc psychologa dziecięcego udzielana rodzinie**. Przed kilkunastoma laty psychologowie zwrócili uwagę na szczególną trudność psychologicznego i społecznego położenia rodziców, których dzieci źle się rozwijają, i w związku z tym włączyli do repertuaru swoich zadań zawodowych pomoc rodzinie. Może ona przybierać formę psychoedukacji, ale także terapii indywidualnej ojca czy matki, terapii pary małżeńskiej oraz całej rodziny, z włączeniem dziadków i rodzeństwa (Muskat i Kościelska, 1988; Namysłowska, 1997). Rodzeństwo i dziadkowie odgrywają na ogół bardzo dużą rolę w życiu dzieci, a ich sposób funkcjonowania może mieć zarówno patologizujący, jak i uzdrawiający wpływ na sytuację rodzinną oraz funkcjonowanie chorego dziecka. Zdarza się, że udzielenie pomocy właśnie dziadkom albo rodzeństwu ma decydujące znaczenie dla zmiany sytuacji w rodzinie.

Udzielanie pomocy psychologicznej nakłada na psychologów wyjątkowe **wymagania etyczne**. Obszar pracy z dzieckiem wymaga szczególnej wrażliwości moralnej, ponieważ praca ta wiąże się z różnymi zagrożeniami. Zagrożeniem dla psychologa jest pokusa pełnienia nie służby, a władzy, wynikająca z przewagi profesjonalnych kwalifikacji w kontakcie z rodziną i z dzieckiem; dalej – pokusa występowania w roli sędziego lub prokuratora oskarżającego innych: rodziców, nauczycieli, lekarzy, o zaniedbania względem dziecka; pokusa „uwiedzenia dziecka", wynikająca z ambicji dania mu więcej, niż oferowała rodzina; wreszcie pokusa zdobywania satysfakcji z tego, że się pomaga – zamiast jak najszybciej przyczynić się do takiego funkcjonowania dziecka i rodziny, by nasza pomoc była już niepotrzebna.

64.4
Podsumowanie

Po tym skrótowym przeglądzie zagadnień, którymi tradycyjnie zajmowała się i współcześnie interesuje się psychologia kliniczna dziecka, warto zwrócić uwagę na następujące zjawiska, znaczące drogę jej rozwoju.

Psychologia kliniczna dziecka z dyscypliny służebnej względem innych nauk i potrzeb społecznych stała się dyscypliną generującą własne problemy badawcze i własne strategie ich rozwiązań, proponowane służbie zdrowia, szkolnictwu, wymiarowi sprawiedliwości, rodzinie i innym dziedzinom życia społecznego.

Dziecko z obiektu badania i usprawniania – przynajmniej dla części naszego środowiska – stało się w kontakcie z psychologiem osobą, reagującą w specyficzny dla siebie sposób na zdarzenia życiowe i usiłującą sobie z nimi radzić – stosownie do możliwości. Zadaniem psychologów stało się poszerzanie tych możliwości i pomaganie dziecku w rozumieniu jego położenia i sposobu funkcjonowania.

Rodzice – w perspektywie psychologów – przestali być obiektem oskarżeń, obwinianym o patologizację rozwoju dzieci, a stali się

osobami mającymi problemy w kontakcie z dziećmi, członkami patologicznych układów rodzinnych i potencjalnymi sprawcami zmian uzdrawiających układ.

W obszarze teorii i badań obserwujemy zjawiska rozszerzania się perspektywy rozwojowej i społecznej. Perspektywa rozwojowa do pewnego stopnia wypiera perspektywę kliniczną na terenie psychologii klinicznej dziecka. Perspektywa kliniczna to koncentracja na zaburzeniu, jego przyczynach i skutkach, a perspektywa rozwojowa to ogląd dziecka i jego problemów z punktu widzenia przebiegu procesu rozwojowego, jego utrudnień i możliwości. Przez perspektywę społeczną należy rozumieć koncentrację badaczy na warunkach, w jakich żyje dziecko, przy uwzględnieniu wartości, kosztów i szkód, jakie niesie interakcja dziecka ze środowiskiem, oraz możliwości zmian, jakie tkwią w tym środowisku. Psychologowie kliniczni wnieśli ważny wkład do wiedzy o niektórych szkodliwych warunkach pobytu dzieci w szpitalach, żłobkach, domach dziecka, rodzinach i innych środowiskach. Obecnie istnieją przesłanki do zajmowania się klinicznym aspektem jeszcze szerzej pojętych zjawisk społecznych. Psychologowie kliniczni podejmują próby wyjaśnienia następstw dla rozwoju dzieci zdarzeń katastroficznych (takich jak wojny, powodzie, trzęsienia ziemi) i uchwycenia znaczenia dla jednostki wielkich przemian społecznych, takich jak zmiany ustroju, bezrobocie, migracje społeczne itd.

Innym zjawiskiem jest coraz szersze wykorzystanie postępu badań biologicznych. Postępy biologii molekularnej, genetyki, psychofarmakologii, neurochirurgii stwarzają nowe możliwości objaśniania zjawiska patologii rozwoju. Psychologia kliniczna dziecka staje się w coraz większym stopniu dziedziną, której uprawianie wymaga znajomości pogranicza różnych nauk.

Wszystkie te zmiany prowadzą do pogłębienia się tożsamości zawodowej psychologów. Rozszerzenie się perspektyw teoretycznych, stworzenie szerokiego pogranicza – wbrew pozorom – sprzyja ugruntowaniu się psychologii klinicznej dziecka jako nauki mającej własny przedmiot, to znaczy takiej, która ma za zadanie wyjaśniać zaburzenia rozwoju psychicznego u dzieci w kategoriach mechanizmów psychologicznych. Psychika – mimo związków z biologią ustroju człowieka, jego życiem społecznym i duchowym – stanowi formę bytu samą w sobie, rządzącą się własnymi prawami i podlegającą w toku rozwoju specyficznym przeobrażeniom. Badania nad formami i mechanizmami patologii rozwoju psychiki stanowią o specyficzności zawodu psychologa klinicznego dziecięcego

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Jakie czynniki kształtują tożsamość zawodową psychologów klinicznych dziecięcych?
2. Jaki aspekt „rozwojowy" może mieć psychopatologia rozwoju?
3. Jaki jest patomechanizm (droga dojścia) powstania wybranego zaburzenia rozwoju?
4. Na czym polega pomoc psychologiczna dla dzieci z zaburzeniami rozwoju?

LITERATURA ZALECANA

Kościelska, M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Olechnowicz, H. (1995). *Dziecko własnym terapeutą*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Spionek, H. (1973). *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa: PWN.
Zalewska, M. (1998). *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy*. Warszawa: Jacek Santorski.

65

Neuropsychologia kliniczna: charakterystyka dyscypliny

Danuta Kądzielawa

Neuropsychologia jest dziedziną psychologii, rozwijającą się na pograniczu neurologii klinicznej i innych nauk o układzie nerwowym oraz psychologii, ze szczególnym uwzględnieniem psychologii człowieka chorego. **Przedmiot neuropsychologii stanowią związki zachowań ze strukturami mózgu** (*brain-behavior relationships*). Poznawanie tych związków służy dwu głównym celom.

Jeden cel dotyczy opisu, kategoryzacji i wyjaśniania tych zmian w zachowaniu, które wiążą się z uszkodzeniami i/lub zaburzeniami pracy ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Realizacja tego celu ma swój wymiar poznawczy i aplikacyjny.

Drugi cel, o charakterze poznawczym *sensu stricto*, zakłada rozwój wiedzy dotyczącej czynnościowej charakterystyki struktur mózgu, uczestniczących w realizacji poszczególnych zachowań, oraz rozwój wiedzy o psychologicznej strukturze tych zachowań.

U podstaw obu celów znajduje się założenie, że wszelkie zachowania żywych organizmów są upośrednione przez procesy fizyczne. Dla złożonych form zachowań, właściwych organizmom wyższym i człowiekowi, szczególnego znaczenia nabierają procesy fizyczne zachodzące w OUN. Patologiczne zmiany w strukturze i/lub funkcjonowaniu mózgu znajdują swój wyraz w zaburzeniach zachowania i odwrotnie – wyraźne odchylenia od indywidualnej normy w zachowaniu rzutują na stan czynnościowy OUN, zwłaszcza mózgu.

Neuropsychologia jako dyscyplina akademicka została wyodrębniona w pierwszej połowie lat sześćdziesiątych XX wieku, ale specyficzna dla niej wiedza gromadzona była od dawna – w ramach teorii poznania, psychologii, pedagogiki, językoznawstwa, psychiatrii,

neurologii klinicznej i innych dziedzin. Informacje o jej historii znajdują się w większości podręczników neuropsychologii (np. Walsh, 1998), do których odsyłamy Czytelnika.

65.1

Podstawowe pojęcia

Zgodnie z interdyscyplinarnym charakterem neuropsychologii, jej pojęcia częściowo pochodzą z nauk o układzie nerwowym, a częściowo z psychologii, natomiast elementem spajającym są definicyjne związki zachowań ze strukturami mózgu, określane za pomocą metodologii korelacyjnej.

65.1.1

Metodologia korelacyjna

Metodologia korelacyjna oznacza procedury badawcze, dokumentujące współwystępowanie zmian w zachowaniu z mniej lub bardziej dokładnie zidentyfikowaną patologią mózgu. Z korelacji tej nie wynika bezpośredni wniosek o tym, że funkcja danej struktury mózgu jest w normie. J. H. Jackson (1878) twierdził, że lokalizacja uszkodzenia nie jest tożsama z lokalizacją funkcji psychicznej, a inni klinicyści podkreślali wagę hierarchicznej organizacji struktur mózgu, dynamicznych układów funkcjonalnych i związanego z nimi zjawiska wstrząsu układowego (diaschizy). Wymienione, a także inne czynniki łącznie uzasadniały postulat wnikliwej analizy porównawczej zaburzeń w zachowaniu, ich charakterystyki jakościowej, wzajemnych powiązań i dynamiki oraz dysfunkcji mózgu, z jej etiologią, typologią i lokalizacją.

65.1.2

Dysfunkcje mózgu

Dysfunkcje mózgu oznaczają odchylenia od normalnego działania, spowodowane zmianami strukturalnymi tkanki nerwowej (na przykład martwicą) i/lub zmianami czynnościowymi (na przykład napadową czynnością bioelektryczną).

RAMKA 65.1

Rozwój wiedzy o czynnościowej charakterystyce OUN wykazuje, że nie tylko **mózg** (łac. *cerebrum*) – traktowany potocznie jako synonim półkul mózgowych, a według podręczników anatomii czynnościowej OUN (Gołąb, 1990), zawierający też inne struktury kresomózgowia – ale i całe **mózgowie** (łac. *encephalon*), czyli mózg, pień mózgu i móżdżek, obejmuje układy czynnościowe, które regulują zachowania człowieka będące przedmiotem badań neuropsychologicznych. Mówiąc precyzyjnie, należałoby zatem używać terminu dysfunkcje mózgowia, w praktyce jednak precyzja ustępuje miejsca tradycji.

65.1.3

Zaburzenia zachowania – objawy

Zaburzenia zachowania traktowane są jako przejawy zniesienia, zakłócenia lub ograniczenia funkcji psychicznych, współwystępujące z patologicznymi zmianami OUN. Zaburzenia, czyli objawy, to zmiany wykraczające poza normy (definiowane według różnych kryteriów w kolejnych okresach rozwoju społecznego człowieka). Przejawiają się one

przede wszystkim w formie właściwej wyłącznie dla mózgowej patologii, jako:

(1) **objaw dodatni,** czyli nadmiar, zachowanie dodatkowe, na przykład echolaliczne powtarzanie cudzych lub własnych wypowiedzi;
(2) **objaw ujemny,** czyli brak zachowania, na przykład niepamięć wsteczna (łac. *amnesia retrograda*) po urazie czaszkowo-mózgowym.

Zaburzenia zachowania występują również w postaci, która w normie obecna jest rzadko, natomiast w patologii pojawia się z wysoką częstością – na przykład rzadkie i z reguły natychmiast korygowane przejęzyczenia u osób zdrowych przekształcają się w afazji w parafazje werbalne, uniemożliwiające komunikowanie się.

RAMKA 65.2

W początkowym okresie rozwoju neuropsychologia przejęła od neurologii klinicznej pojęcie **objawu patognomicznego** – szczególnie charakterystycznego dla określonego czynnika patologicznego lub ściśle określonej lokalizacji uszkodzenia mózgu. Znaczenie wskaźnikowe tych objawów maleje w miarę rozwoju dyscypliny, ponieważ wykazano ich obecność w różnych przypadkach, dających się uzasadnić wieloczynnikowymi uwarunkowaniami, a także istnieniem układów czynnościowych złożonych ze struktur leżących w różnych częściach mózgowia. Dodatkowy powód spadku znaczenia wiąże się z rozwojem modeli funkcjonalnej architektury procesów poznawczych, których autorzy abstrahują od struktur mózgu (zob. par. 65.2.3).

65.1.4

Zespoły objawów – syndromy

Dysfunkcje mózgu mogą istnieć i rozwijać się bezobjawowo na poziomie klinicznym albo przejawiać się w sposób niespecyficzny lub maskowany przez współwystępujące czynniki patogenne. Bywają wykrywane przypadkowo przy okazji innych chorób lub w pośmiertnym badaniu sekcyjnym.

Znacznie częściej dysfunkcje mózgu współwystępują z mniej lub bardziej liczną grupą zaburzeń, określanych mianem zespołu objawów (łac. *syndroma*). Pojęcie to zasługuje na uwagę ze względu na swe znaczenie teoretyczne i metodologiczne w kolejnych okresach rozwoju dyscypliny oraz na znaczenie dla praktyki klinicznej.

Zespół objawów oznacza współwystępowanie objawów klinicznych, laboratoryjnych i innych – charakterystycznych dla danego stanu lub procesu chorobowego. Przy dysfunkcjach mózgu wyróżnia się **zespoły nozologiczne,** odpowiadające danej jednostce chorobowej, i **zespoły lokalizacyjne,** łączące się z określonym umiejscowieniem patologii (Prusiński, 1974).

Powstaje pytanie o charakter związku zespołu objawów z chorobą. Propozycje odpowiedzi znaleźć można w literaturze przedmiotu.

Jedna z tych propozycji nawiązuje do taksonomii biologii, uwzględniającej klasyfikację monotetyczną i politetyczną. **Klasyfikacja monotetyczna** polega na stosowaniu ciągu kryteriów logicznych w celu wyodrębnienia grupy obiektów, mających zbiór cech wystarczających i zarazem koniecznych. **Klasyfikacja politetyczna** sprowadza się do utworzenia grupy obiektów, w której poszczególne egzemplarze zawierają pewną wystarczającą liczbę cech wspólnych, wykazując przy tym cechy inne, zróżnicowane. Jednocześnie żadna pojedyncza cecha nie jest ani wystarczającym, ani koniecznym kryterium klasyfikacji. Zasady wyodrębniania grup politetycznych znajdują zastosowanie przy rozpoznawaniu zespołów objawów w psychiatrii, psychologii

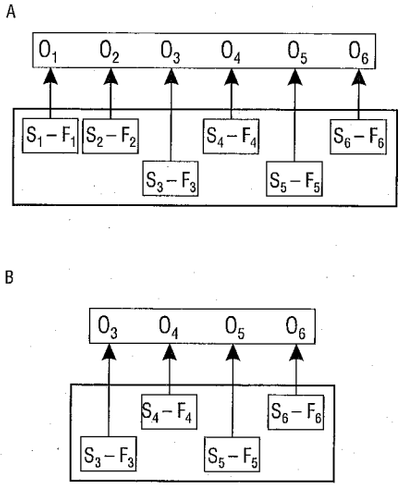
klinicznej i neuropsychologii (zob. Pużyński i Wciórka, 1997).

Inną propozycję syndromów rozpatruje A. Caramazza (1984). Wyróżnia on zespół objawów w znaczeniu słabym i w znaczeniu mocnym. **Syndrom w znaczeniu słabym to zbiór objawów współwystępujących z istotnym statystycznie prawdopodobieństwem przy danej lokalizacji dysfunkcji mózgu** (patrz: syndrom w znaczeniu lokalizacyjnym). Problem mechanizmów współwystępowania objawów pozostaje otwarty. W wypadku afazji Broca czy afazji Wernickiego syndrom może być wyznaczany przez czynnik całkowicie zewnętrzny względem funkcji poznawczych regulujących zachowania językowe, na przykład przez rozkład odgałęzień tętnicy środkowej mózgu powodujących zawał tkanki mózgowej. Patologia krążenia mózgowego może wpływać również na dysocjacje objawów związanych z wymienionymi typami afazji.

Syndrom w znaczeniu mocnym to współwystępowanie objawów uwarunkowanych przez jeden czynnik. Czynnik ten traktowany jest przez Caramazzę jako specyficzny mechanizm przetwarzania informacji w normie. Jego zniesienie lub zaburzenie pociąga za sobą w sposób konieczny pełny zespół objawów niepodlegających dysocjacji.

Jeszcze inaczej zespół objawów definiuje G. Vallar (1991), który fakty naukowe oraz przemyślenia własne i wielu innych autorów uogólnił w postaci pojęcia syndromu anatomicznego, funkcjonalnego i mieszanego.

W syndromie anatomicznym przyjmuje się założenie, że każda z rozpatrywanych struktur lub okolic mózgu realizuje specyficzną dla niej funkcję i że te struktury (okolice) sąsiadują ze sobą. Zatem **syndrom anatomiczny to zespół objawów związanych z dysfunkcją kilku sąsiadujących ze sobą**



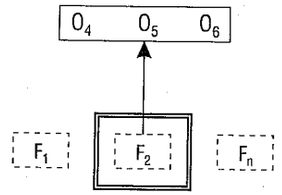
Model syndromu anatomicznego: A – wariant pełnego syndromu, B – wariant częściowego syndromu

Uwaga. Oznaczenia: S_{1-6} = poszczególne struktury (okolice) mózgu, F_{1-6} = funkcje realizowane przez poszczególne struktury (okolice) mózgu, O_{1-6} = objawy dysfunkcji struktur (okolic) mózgu. Cechą charakterystyczną syndromu anatomicznego jest ścisłe powiązanie danej struktury (okolicy) mózgu z realizowaną przez nią funkcją i z objawem dysfunkcji tej struktury: S_1-F_1-O_1.

RYCINA 65-1

RAMKA 65.3

Przykładem zespołu anatomicznego, lokalizacyjnego, w znaczeniu słabym jest zespół Gerstmanna, uważany za charakterystyczny dla uszkodzenia zakrętu kątowego (łac. *gyrus angularis*) w korze lewej półkuli mózgu. Zespół ten, obejmujący agnozję palców, dezorientację w przestrzeni, akalkulię i czystą agrafię, został poddany wnikliwej weryfikacji w latach sześćdziesiątych i w efekcie zakwestionowano jego istnienie. Dwadzieścia lat później przedstawiono przypadek zespołu Gerstmanna w czystej postaci i powrócono do dyskusji nad różnymi kategoriami syndromów (Walsh, 1998).



Model syndromu funkcjonalnego

Uwaga. Oznaczenia: F_1–F_n = funkcje realizowane przez struktury mózgu lub układy funkcjonalne o nie do końca zidentyfikowanej lokalizacji, co ilustrują kwadraty narysowane linią przerywaną, O_{4-6} = syndrom utworzony przez zbiór współwystępujących objawów, uwarunkowanych zaburzeniem danej funkcji.

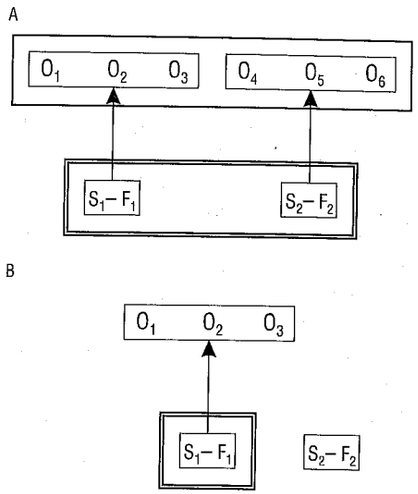
RYCINA 65-2

struktur (okolic) mózgu (zob. ryc. 65-1). W zależności od rozległości i lokalizacji uszkodzenia, syndrom może obejmować pełny zespół objawów lub któryś z podzbiorów objawów. Każdemu z wariantów zespołu anatomicznego przysługuje status zespołu w znaczeniu słabym.

Założenie wyjściowe dla syndromu funkcjonalnego dotyczy struktury mózgu (czy też całego układu czynnościowego struktur mózgu), której przypisuje się funkcję regulującą w normie szereg zachowań.

Syndrom funkcjonalny to zespół objawów współwystępujących na mocy ich związku z daną funkcją – zaburzoną lub zniesioną w efekcie uszkodzenia struktury mózgu realizującej tę funkcję (zob. ryc. 65-2). Jest to więc zespół objawów w znaczeniu mocnym, któremu przedstawiciele neuropsychologii poznawczej przypisują doniosłość teoretyczną w kontekście funkcjonalnej organizacji systemu poznawczego.

Syndrom mieszany, anatomiczno-funkcjonalny, nawiązuje do możliwości jednoczesnego uszkodzenia więcej niż jednej okolicy mózgu lub zaburzenia więcej niż jednego układu funkcjonalnego, z których każdy realizuje właściwą dla niego funkcję, a ta z kolei reguluje całą grupę zachowań.



Model syndromu anatomiczno-funkcjonalnego: A – wariant pełnego syndromu, B – wariant częściowego syndromu

Uwaga. Oznaczenia: S_{1-2} = struktury (okolice) mózgu, F_{1-2} = funkcje realizowane przez poszczególne struktury (okolice) lub układy funkcjonalne mózgu, O_{1-3} i O_{4-6} = syndromy utworzone przez zbiory współwystępujących objawów, uwarunkowanych zaburzeniem specyficznej dla nich funkcji.

RYCINA 65-3

Syndrom anatomiczno-funkcjonalny to zespół objawów powstałych w wyniku zaburzenia więcej niż jednej funkcji (regulującej więcej niż jedną formę zachowania) w następstwie uszkodzenia kilku struktur mózgu (zob. ryc. 65-3).

65.1.5
Zasada podwójnej dysocjacji

Sformułowana przez H. L. Teubera (1955) **zasada podwójnej dysocjacji oznacza przeciwstawne zróżnicowanie konfiguracji funkcji psychicznych normalnych i zabu-**

rzonych, o których wnioskuje się na podstawie zachowań (zadań) przebiegających w normie oraz w sposób patologiczny przy dwu porównywanych dysfunkcjach mózgu. Podwójna dysocjacja zachodzi wówczas, gdy uszkodzenie struktury S_1 łączy się z zaburzeniem lub zniesieniem zachowania A i prawidłowym zachowaniem B oraz gdy uszkodzenie struktury S_2 współwystępuje z zaburzeniem zachowania B i normalnym zachowaniem A. Zgodnie z założeniem, że zachowanie A jest wskaźnikiem funkcji F_1, przypisywanej strukturze S_1, a zadanie B – wskaźnikiem funkcji F_2, łączonej ze strukturą S_2, zasada podwójnej dysocjacji przyjmuje postać:

$S_1 \rightarrow F_1-$ i F_2+
$S_2 \rightarrow F_1+$ i F_2-

Ponadto wnioskuje się, że funkcje F_1 i F_2 są niezależne.

Modelowe ujęcie zasady podwójnej dysocjacji funkcji było i ciągle pozostaje aktualne w neuropsychologii, a poszczególni badacze dodają do niej kolejne uwagi metodologiczne podnoszące poprawność wnioskowania diagnostycznego (Shallice, 1979; Vallar, 1991).

65.1.6
Studium przypadku

Zmienność syndromów, dysocjacje i asocjacje objawów zaburzeń zachowania w następstwie dysfunkcji mózgu przydają szczególnego znaczenia metodzie **studium przypadku** (*single case study*) w rozwoju teorii, praktyki diagnostycznej i popularyzacji dyscypliny. Informacje o Phineasie Gage'u – pacjencie z zespołem płata czołowego po urazie czaszkowo-mózgowym – i o pacjencie H. M., pozbawionym możliwości uczenia się w wyniku dwustronnego uszkodzenia przyśrodkowych części płata skroniowego, zostały upowszechnione przez większość podręczników neuropsychologii, publikacji z innych dziedzin psychologii, opracowań popularnonaukowych, a nawet artykułów z codziennej prasy.

Prezentacja studium przypadku przyjmuje różne formy, spośród których wymienimy trzy.

(1) **Opracowanie naukowe,** to znaczy rozbudowany protokół z badań przedmiotowych ukierunkowanych na udokumentowanie charakterystycznych dla pacjenta objawów, przedstawienie mechanizmu (mechanizmów) tych objawów, omówienie zachowań i funkcji utrzymujących się w normie i sformułowanie konkluzji dotyczącej definicyjnej dla neuropsychologii relacji: mózg – zachowanie.

(2) **Opracowanie autobiograficzne**, w którym autor jest jednocześnie pacjentem skrupulatnie odnotowującym konsekwencje zaistniałej nagle dysfunkcji mózgu lub objawy rozwijającego się procesu patologicznego, jak w przypadku Wilhelma von Humboldta, opisującego w listach narastające na przestrzeni siedmiu lat objawy choroby Parkinsona (materiały te zostały opublikowane pośmiertnie, zob. Hornowski, Hornowski i Vogel, 1995).

(3) **Opracowanie popularnonaukowe** lub **zbeletryzowane**, autorstwa wybitnych klinicystów – nierzadko będących jednocześnie wybitnymi naukowcami – przedstawiających zespoły objawów danej dysfunkcji OUN z podwójnej perspektywy: przedmiotowej – właściwej dla opracowania naukowego – i podmiotowej, a więc od strony subiektywnego przeżywania patologii, utrzymywania czy kształtowania przez pacjenta na nowo swojej tożsamości (Łuria, 1976b; Sacks, 1994).

Status studiów przypadku jest zróżnicowany. Część z nich zalicza się do tak zwanych **przypadków klasycznych** (*classic cases*) ważących na rozwoju neuropsychologii. Należą do nich opracowania, które wskazały nowe funkcjonalne charakterystyki struktur mózgu, ujawniły realność psychologiczną czynników regulujących zachowanie, zainicjowały nowe

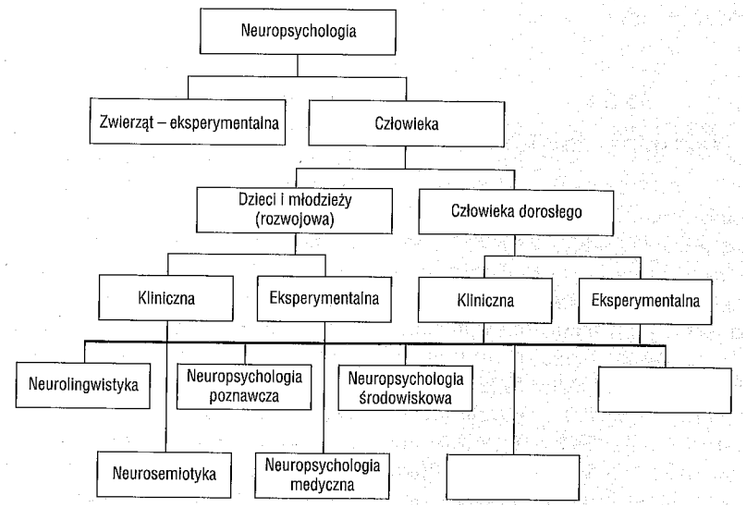
kierunki badań lub nowe interpretacje danych klinicznych i eksperymentalnych, uzasadniły wprowadzenie nowych kategorii i taksonomii zaburzeń zachowania. Jednocześnie stanowiły modelowe matryce w analizie nowych przypadków.

Inna grupa to studia przypadków interesujące przez swoją nietypowość, ilustrujące różne możliwości frakcjonowania objawów, zaliczanych wcześniej do jednego zespołu, i różne mechanizmy tego frakcjonowania. Przypadki tej grupy są przedmiotem szczególnego zainteresowania zwolenników neuropsychologii poznawczej, którzy programowo odrzucają metodę badań grupowych (jako niespełniającą kryterium homogeniczności) oraz syndromy i taksonomie zaburzeń, bazujące, ich zdaniem, na anachronicznych poglądach i modelach dalekich od aktualności i precyzji ich własnych modeli procesów poznawczych. Z drugiej strony teoretycy i badacze tego kierunku powracają do wybranych klasycznych studiów przypadku, wskazują na ich prekursorski charakter i proponują ich reinterpretację w ramach współczesnych modeli (np. Code, Wallesch, Joanette i Lecours, 1996).

Do pojęć podstawowych należą również: pojęcie **diagnozy neuropsychologicznej** i pojęcie **pomocy psychologicznej**, których obszerne omówienie znajduje się w rozdziale 67.

65.2
Kierunki rozwoju neuropsychologii

Przyjmując za punkt wyjścia wyodrębnienie się neuropsychologii jako nauki akademickiej w pierwszej połowie lat sześćdziesiątych, jej rozwój można ująć według schematu przedstawionego na rycinie 65-4.



Schemat przedstawiający kierunki rozwoju neuropsychologii

Uwaga. Puste prostokąty sygnalizują rozwój nowych kierunków, które – wzorem istniejących – będą łączyć dane neuropsychologii klinicznej i eksperymentalnej.

RYCINA 65-4

Ze względu na przedmiot badań wyróżnia się **neuropsychologię człowieka** i **neuropsychologię zwierząt.** Neuropsychologia zwierząt, zwana także neurofizjologią behawioralną, jest nauką eksperymentalną i stanowi integralną część współczesnej nauki o biologicznych mechanizmach zachowania (zob. rozdz. 3–5).

Neuropsychologia człowieka dzieli się na **neuropsychologię dziecka** (neuropsychologię rozwojową) i **neuropsychologię człowieka dorosłego**. Obie te dziedziny zawierają część eksperymentalną, ukierunkowaną na badania osób zdrowych, oraz część kliniczną, dotyczącą pacjentów z dysfunkcjami mózgu.

Analiza przedmiotu zainteresowań neuropsychologów pozwala wyróżnić kilka kierunków aktywności badawczej o zróżnicowanych założeniach teoretycznych, a niekiedy również postulatach metodologicznych, zakresach tematycznych, stażu i dorobku. Należą do nich: neurolingwistyka, neurosemiotyka, neuropsychologia poznawcza, neuropsychologia medyczna, neuropsychologia środowiskowa (ekologiczna) i neuropsychologia psychiatryczna.

65.2.1
Neurolingwistyka

Neurolingwistyka (*neurolinguistics*) przedmiotem badań uczyniła powiązania języka naturalnego i czynności mowy ze strukturami mózgu (*language–brain relationships*), rozpatrywane w patologii i w normie. Nauka ta, zainicjowana przez strukturalistyczne poglądy N. Chomsky'ego (1957) i ich rozwój w lingwistycznych i psycholingwistycznych modelach języka, integrowała dorobek lingwistyki, psychologii i neurologii klinicznej w badaniach nad mózgowymi korelatami reprezentacji systemu językowego w umyśle człowieka oraz nad mózgowymi mechanizmami czynności mowy. Wprowadzone przez Chomsky'ego konstrukty teoretyczne kompetencji językowej (*language competence*) i wykonania językowego (*language performance*) (zob. rozdz. 23.) były odnoszone do poszczególnych form afazji i innych zaburzeń językowych. Badania często miały formę analiz porównawczych, na przykład nad agramatyzmem w odmiennych strukturalnie językach (Menn i Obler, 1990), nad uniwersaliami językowymi czy powiązaniami procesów językowych z innymi procesami poznawczymi. W końcu lat dziewięćdziesiątych neurolingwistyka rozwija się podobnie intensywnie, jak w latach sześćdziesiątych, ale w znacznie szerszym zakresie, dodając do typowych badań nad kategoriami gramatycznymi słów i zdań badania nad kompetencją komunikacyjną, pragmatycznymi regułami komunikacji i dyskursem (np. Ulatowska, Sadowska, Kądzielawa i Kordys, w druku).

65.2.2
Neurosemiotyka

Neurosemiotyka (*neurosemiotics*) dotyczy relacji pomiędzy systemami znakowymi i strukturami mózgu. Podobnie jak inne kierunki o charakterze interdyscyplinarnym, neurosemiotyka odwołuje się do dorobku nauk o układzie nerwowym, nauk o języku oraz do antropologii strukturalnej i historii kultury w celu opisania i wyjaśnienia symbolicznych zachowań człowieka oraz symbolicznych mechanizmów kultury. W wyjaśnieniach tych uwzględnia zjawisko asymetrii czynnościowej półkul mózgu w zakresie typu przetwarzanych znaków (językowych – przez półkulę lewą; ikonicznych – przez półkulę prawą), jak również w zakresie strategii przetwarzania (analitycznej i sekwencyjnej – właściwych dla lewej półkuli; całościowej i symultanicznej – właściwych dla prawej półkuli). Jednocześnie w analizach fonemicznych i grafemicznych reprezentacji znaków językowych, a także metafor, utworów literackich i malarstwa dokumentuje zasadę współdziałania półkul mózgu w regulacji większości świadomych zachowań człowieka (Kordys, 1991).

65.2.3
Neuropsychologia poznawcza

Neuropsychologia poznawcza (*cognitive neuropsychology*) to kierunek badań nad związkiem funkcjonalnej architektury procesów poznawczych z architekturą mózgu, rozpatrywanym w patologii i w normie. Nurt ten wyodrębnił się w latach siedemdziesiątych pod wpływem psychologii poznawczej i innych nauk o poznaniu. Jego podstawowe założenia dotyczą struktury umysłu, ujmowanej w formie zróżnicowanych pod wieloma względami modeli. Wśród nich szczególnym zainteresowaniem cieszył się model J. A. Fodora (1983), który w swojej idei procesorów – modułów oraz idei procesu centralnego zbieżny był z pojęciem analizatorów i ich czynnościowych subsystemów (na przykład analizator wzrokowy przetwarzający informację o kształcie, ruchu, głębi, barwie), a także z pojęciem korowych okolic asocjacyjnych, ponadmodalnych, odpowiadających za integrację danych przekazywanych przez moduły i za programowanie zachowań człowieka.

Inna grupa założeń wynika bezpośrednio z badań pacjentów z dysfunkcjami mózgu. **Założenie o przezroczystości** (Caramazza, 1984) oznacza możliwość wyodrębnienia – na podstawie analizy zachowania – modułu o zaburzonym lub w pełni zniesionym działaniu, natomiast **założenie o odejmowalności** (Saffran, 1982) dotyczy udziału aparatu poznawczego, pomniejszonego o zaburzony moduł w regulacji danego zachowania.

Konsekwencją stosowania modeli umysłu w badaniach pacjentów neurologicznych była radykalizacja poglądów metodologicznych. Krytyką objęto podejście syndromologiczne (zob. par. 65.1.4), opowiadając się za metodą studium przypadku, opracowanego z uwzględnieniem analiz statystycznych wyników badania (Caramazza, 1984; Shallice, 1979). Skrajny wariant krytyki znalazł swój wyraz w konstruowaniu modeli umysłu bez odniesienia do struktur mózgu.

65.2.4
Neuropsychologia medyczna

Neuropsychologia medyczna (*medical neuropsychology*) bada mechanizmy zaburzeń zachowania, wywołanych przez patologiczne funkcjonowanie mózgu w następstwie patologii różnych organów i układów czynnościowych w organizmie człowieka oraz w następstwie metod leczenia tej patologii. Typowe problemy dotyczą:

(1) zaburzeń w pracy układu sercowo-naczyniowego i operacji serca, co w obu wypadkach łączy się z zagrożeniem niedotlenienia mózgu (zob. par. 66.2.3.2);
(2) niewydolności układu wydalniczego i niebezpieczeństwa zatrucia organizmu produktami przemiany materii, a także negatywnych konsekwencji hemodializy;
(3) zaburzeń w układzie odpornościowym, jak w wypadku zakażenia wirusem HIV (zob. par. 66.2.3.3) i w chorobach nowotworowych;
(4) uszkodzenia narządów wewnętrznych w zatruciach przemysłowych (na przykład tlenkiem węgla).

W każdym z wymienionych przykładów występuje ogniwo pośrednie – mózg, którego uszkodzenie lub dysfunkcja może powodować objawy neuropsychologiczne, będące przedmiotem diagnozy i terapii.

65.2.5
Neuropsychologia środowiskowa

Neuropsychologia środowiskowa (*ecological neuropsychology*) zajmuje się badaniem ukierunkowanym na wzajemne uwarunkowania zachowań człowieka i środowiska w wymiarze fizyczno-przestrzennym i społecznym (rodzinnym, zawodowym, towarzyskim), ze szczególnym uwzględnieniem problemów człowieka chorego.

Inspiracją do rozwoju tego kierunku były obserwacje różnic w funkcjonowaniu pacjentów neurologicznych podczas badania lub zajęć rehabilitacyjnych oraz w sytuacji nieformalnych kontaktów z rodziną lub z innymi pacjentami. Różnice te Martha Tylor (1965) ujęła dychotomicznie, mówiąc o **wykonaniu klinicznym** (w warunkach niereprezentatywnych dla danego zachowania) i o **wykonaniu funkcjonalnym** (w sytuacji naturalnej, typowej dla danego zachowania). Propozycje ustaleń teoretycznych, wyniki badań i propozycje programów rehabilitacyjnych, uwzględniających czynniki środowiskowe i powiązane z nimi zachowania, są szeroko prezentowane w literaturze (np. Przesmycka-Kamińska, 1980; Pąchalska, 1987).

Rycina 65-4 zawiera także nieopisane pola, zapowiadające nowe kierunki badań, które nie zaistniały jeszcze jako odrębne szkoły bądź paradygmaty badawcze, ale mogą być oczekiwane na podstawie narastającej liczby badań nad mózgowymi mechanizmami procesów emocjonalnych oraz ich przejawów w zachowaniu, nad mózgowymi korelatami świadomości (Herzyk i Kądzielawa, 1996) czy organicznymi uwarunkowaniami chorób psychicznych. Ostatnie z wymienionych badań wiąże się już obecnie z nazwą neuropsychiatrii lub neuropsychologii psychiatrycznej (Miller, 1986).

65.3

Modele mózgowych mechanizmów funkcjonowania człowieka

Dwa przedstawione niżej modele dobrze ilustrują specyficzny charakter neuropsychologii klinicznej, rozumianej jako łączenie poglądów dotyczących normy i patologii w celu wyjaśnienia mechanizmów funkcjonowania człowieka upośrednionych przez struktury mózgu. Model Goldberga wskazuje na możliwość powiązania w nowy sposób znanych charakterystyk kory półkul mózgowych, natomiast model Mettera objaśnia, w jaki sposób struktury podkorowe mózgu regulują czynności językowe, tradycyjnie przypisywane korze mózgowej.

65.3.1

Model gradientowej struktury kory półkul mózgowych

Autor modelu – Elkhonon Goldberg (1990) – proponuje gradientowe podejście do zagadnień korowej lokalizacji funkcji psychicznych człowieka, traktując je jako komplementarne względem dwu innych podstawowych podejść do relacji struktura – funkcje mózgu, rozpatrywanych w układzie współrzędnych w przestrzeni.

W jednym z nich punktem wyjścia jest płaszczyzna horyzontalna, opisywana przez dwa zdychotomizowane wymiary. Wymiar lewa – prawa charakteryzuje funkcje każdej z półkul mózgu (lewa półkula: analityczna, sekwencyjna, kategorialna, lingwistyczna; prawa półkula – holistyczna, symultaniczna, jednostkowa, wzrokowo-przestrzenna), natomiast wymiar przedni – tylny dotyczy czynnościowego zróżnicowania przedniej i tylnej części półkul mózgowych (część przednia: programująca zachowania, motoryczna, sekwencyjna; część tylna: interpretująca informacje, somestetyczno-słuchowo-wzrokowa, symultaniczna).

Drugie podejście ujmuje korową organizację funkcji w płaszczyźnie wertykalnej. Uporządkowanie okolic kory mózgowej na wymiarze góra – dół jest tożsame z przypisaniem im organizacji hierarchicznej, właściwej dla struktur całego mózgowia, w którym części położone wyżej regulują działanie części leżących niżej. W obrębie kory mózgowej organizacja hierarchiczna przejawia się we wzajemnych relacjach **okolic pierwszorzędowych** (bezpośrednio powiązanych z obwodem recepcyjnym i mięśniowym organizmu, modalnie specyficznych), **okolic drugorzędowych** (odpowiadających za kategorialną reprezentację informacji modalnie specyficznej) i **okolic trzeciorzędowych** (integracyjnych, ponadmodalnych). Dodatkowo okolica trzeciorzędowa przednia (czyli okolica przedczołowa) jest czynnościowo nadrzędna względem okolicy asocjacyjnej tylnej (ciemieniowo-skroniowo-potylicznej), a zatem nadrzędna wobec wszystkich wymienionych okolic kory mózgowej.

W podejściu gradientowym zakłada się, że wymiar przestrzenny, to znaczy fizyczny rozkład i fizyczne odległości pomiędzy okolicami korowymi, jest izomorficzny lub prawie izomorficzny z wymiarem funkcjonalnym, rozumianym jako relacje pomiędzy poznawczymi charakterystykami funkcji upośrednionych przez poszczególne okolice. Na mocy tego założenia **gradient poznawczy (*cognitive gradient*) to „uszeregowanie funkcjonalnie odrębnych okolic korowych wzdłuż osi oznaczonej na jej końcach przez dwie okolice pierwszorzędowe"** (Goldberg, 1990, s. 231). Gradient poznawczy obejmuje dwie okolice pierwszorzędowe, zlokalizowane na jego krańcach, dwie okolice drugorzędowe, leżące przyśrodkowo, i jedną okolicę trzeciorzędową, zajmującą pozycję środkową.

W tylnej części półkul mózgu można wyróżnić trzy gradienty: potyliczno-skroniowy, potyliczno-ciemieniowy i skroniowo-ciemieniowy.

Propozycja gradientów w wymiarze przestrzennym nie budzi zastrzeżeń, natomiast ich psychologiczna realność w wymiarze funkcjonalnym jest przedmiotem wnikliwej analizy Goldberga, rozpatrującego zespoły objawów charakterystyczne dla uszkodzeń lewej półkuli mózgu. Uszkodzenia okolic drugorzędowych wyraża wzrokowa agnozja przedmiotowa, astereognozja (asymbolia dotykowa) i agnozja słuchowa, patologię okolic trzeciorzędowych w obrębie zakrętu kątowego – apraksja wyobrażeniowa, wyobrażeniowo-ruchowa i apraktognozja przestrzenna, natomiast patologię w obrębie zakrętu nadbrzeżnego – afazja semantyczna i akalkulia.

W przedniej części półkul mózgu – zawierającej tylko płat czołowy – można mówić o częściowym gradiencie, utworzonym przez pierwszorzędową okolicę ruchową, okolicę drugorzędową – przedruchową oraz okolicę trzeciorzędową – przedczołową. Zdaniem Goldberga, gradient ten występuje w dwu wariantach. Jeden z nich odnosi się do zachowań ruchowych kończyn, drugi do mowy ekspresyjnej. Uszkodzenie okolicy drugorzędowej, odpowiadającej za programowanie ruchów kończyn, powoduje objaw apraksji kinetycznej, a w wypadku okolicy regulującej programy ruchów aparatu artykulacyjnego – apraksję oralną. Z kolei patologia w okolicy trzeciorzędowej zaburza realizację złożonych zachowań ruchowych ukierunkowanych na cel. W mowie przybiera ona postać agramatyzmu lub afazji dynamicznej (zależnie od bardziej tylnej lub przedniej lokalizacji uszkodzenia).

W konkluzji autor modelu przyjmuje, że gradientowa organizacja kory mózgowej jest charakterystyczna dla obu półkul, a ich funkcjonalna specjalizacja stanowi właściwość pochodną, nadbudowaną nad symetryczną organizacją horyzontalną i wertykalną. Model gradientowy oznacza istnienie poznawczo-neuroanatomicznego izomorfizmu. Gradient poznawczy to podstawowa jednostka funkcjonalnej organizacji kory mózgowej w płaszczyźnie horyzontalnej.

65.3.2

Model mózgowych mechanizmów zaburzeń językowych po uszkodzeniach struktur podkorowych

Model przedstawiony przez Jeffreya Mettera (1992) łączy się z trwającymi przeszło dziesięć lat studiami nad mózgowymi mechanizmami afazji korowych i podkorowych. Ce-

chą charakterystyczną tych studiów jest łączenie diagnozy zmian strukturalnych w mózgu, rozpoznawanych za pomocą tomografii komputerowej (*computer tomography*, CT), diagnozy zmian czynnościowych, identyfikowanych na podstawie pozytonowej tomografii emisyjnej (*positron emission tomography*, PET) przy użyciu ^{18}F – fluorodezoksyglukozy (^{18}F-FDG), oraz wyników badań językowych, określanych według Zachodniej Baterii Afazji (*Western Aphasia Battery*, WAB) w opracowaniu Kertesza (1981).

W modelu założono, że uszkodzenia struktur podkorowych mózgu (to znaczy jądra ogoniastego, skorupy, gałki bladej, jąder wzgórza, torebki wewnętrznej) mogą wpływać **bezpośrednio** na funkcje i zachowania językowe oraz **pośrednio** – poprzez zakłócenia mechanizmów właściwych dla kory płata czołowego i/lub płata skroniowego. Dodatkowo w modelu uwzględniono możliwość wzajemnych wpływów wymienionych płatów kory mózgowej.

Model poddano weryfikacji przy zastosowaniu analizy regresji wielokrotnej do wyników CT, PET i WAB (ograniczając się w omówieniach do dwu zachowań językowych: płynności słownej i rozumienia złożonych poleceń), obejmujących grupę 45 chorych z afazją. Uzyskano następujące wyniki:

(1) Uszkodzenia struktur podkorowych mózgu mogą bezpośrednio i wybiórczo zaburzać zachowania językowe, na przykład obniżać płynność słowną.
(2) Uszkodzenia struktur podkorowych mózgu mogą łączyć się z zaburzeniami metabolizmu glukozy w okolicy przedczołowej mózgu w większym stopniu niż w okolicy skroniowo-ciemieniowej.
(3) Patologia czynnościowa wymienionych okolic korowych współwystępuje z charakterystycznymi zaburzeniami językowymi (obniżoną płynnością przy lokalizacji czołowej i trudnościami w rozumieniu poleceń przy dysfunkcji tylnego obszaru mowy), co ilustruje mechanizm pośredniej regulacji zachowania.
(4) Hierarchicznie zorganizowany układ czołowo-prążkowiowo-wzgórzowy mózgu wydaje się wpływać na zachowanie językowe regulowane zarówno przez okolice czołowe, jak i skroniowo-ciemieniowe kory.
(5) Wyniki badań nie pozwalają na sprecyzowanie poglądów dotyczących roli hierarchicznie zorganizowanego układu korowo-podkorowego z udziałem kory skroniowo-ciemieniowej.

Szersze omówienie powiązań zaburzeń językowych ze strukturami podkorowymi mózgu znajduje się w tekście przeglądowym Danuty Kądzielawy (1997).

65.4

Podsumowanie

Neuropsychologia kliniczna jest nauką interdyscyplinarną o neurobiologicznych podstawach funkcjonowania człowieka w warunkach mózgowej normy i mózgowej patologii. Należy zarówno do nauk o charakterze podstawowym, jak i do nauk stosowanych. Jako taka łączy badania zmierzające do wyjaśnienia powiązań procesów psychicznych i zachowań z mechanizmami działania struktur mózgu w normie z badaniami tych procesów i zachowań w przypadkach dysfunkcji mózgu. Wiedza z obu wymienionych źródeł stanowi podstawę do działalności diagnostycznej i do zróżnicowanych form pomocy psychologicznej, adresowanych do pacjenta neurologicznego i jego otoczenia społecznego. Doświadczenia wyniesione z praktyki są źródłem pytań i hipotez inspirujących badania o charakterze podstawowym. Można więc mówić o ścisłych cyrkularnych związkach nauki i praktyki klinicznej.

W rozdziale zostało uwzględnione pojęcie metodologii korelacyjnej, rozumianej jako zbiór procedur dokumentujących współwystępowanie zaburzeń zachowania z patologią strukturalną i/lub czynnościową mózgu, pojęcie objawu dysfunkcji mózgu, zespołu objawów (syndromu), traktowanego jako model i jako jego egzemplifikacja w formie studium przypadku, oraz pojęcie zasady podwójnej dysocjacji według Teubera.

Równolegle z rozwojem neuropsychologii w jej najszerszym i najbardziej podstawowym zakresie wyodrębniały się aktualne do dziś, nowe kierunki badań, znane pod nazwami: neurolingwistyka, neurosemiotyka, neuropsychologia poznawcza, neuropsychologia medyczna i neuropsychologia środowiskowa. Dla każdego z nich charakterystyczna jest koncentracja problematyki badawczej na funkcjonowaniu poznawczym człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem języka i czynności mowy (w pierwszym wypadku), znaków i symboli zawartych w różnych formach twórczości (w drugim), a także uwagi, gnozji, pamięci i podejmowania decyzji oraz metaprocesów (w trzecim). Neuropsychologia medyczna i środowiskowa, obok zdecydowanie dominującej tematyki poznawczej, uwzględniają czynniki emocjonalno-motywacyjne i osobowościowe.

Modelowe ujęcia mózgowych mechanizmów zachowania, proponowane przez przedstawicieli różnych nurtów teoretyczno-metodologicznych w neuropsychologii, są próbami integrowania i rozwijania wiedzy, jak w wypadku omówionego modelu gradientowej organizacji kory półkul mózgowych, oraz restrukturyzacji i rozwijania wiedzy o korowo-podkorowych mechanizmach regulacji zachowania, co ilustruje model mechanizmów czynności językowych, opracowany przez Mettera przy wykorzystaniu metod neuroobrazowania.

Badania z ostatnich lat pozwalają zakładać dalszy rozwój zainteresowań neurobiologicznymi podstawami działalności człowieka (na przykład neurosocjologia, neuroestetyka, neuroinformatyka), ze szczególnym uwzględnieniem mózgowych mechanizmów świadomości, metareprezentacji i metaprocesów, a także procesów emocjonalnych i motywacyjnych.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Jak można wyjaśnić dysocjacje objawów danego zespołu, odwołując się do pojęcia syndromu anatomicznego i syndromu funkcjonalnego?
2. Dlaczego lokalizacja uszkodzenia mózgu nie jest równoznaczna z lokalizacją mózgowych mechanizmów danego zachowania?
3. Jakich wymiarów dotyczy izomorfizm, charakterystyczny dla gradientu poznawczego według Goldberga?
4. Dlaczego przedstawiciele neuropsychologii poznawczej krytykują badania grupowe pacjentów z dysfunkcją mózgu?
5. Na jakich zasadach łączy się uszkodzenia struktur podkorowych mózgu z zaburzeniami czynności językowych?

LITERATURA ZALECANA

Herzyk, A. (1992). *Asymetria i integracja półkulowa a zachowanie.* Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Herzyk, A., Kądzielawa, D. (red.). (1996). *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej.* Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Herzyk, A., Kądzielawa, D. (red.). (1997). *Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej.* Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Mroziak, A. (1992). *Równoważność i asymetria funkcjonalna półkul mózgowych.* Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii UW.
Walsh, K. (1998). *Neuropsychologia kliniczna.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

66

Zaburzenia neuropsychologiczne w funkcjonowaniu człowieka

Danuta Kądzielawa

Wielość i różnorodność zmian w funkcjonowaniu człowieka, które są skutkiem uszkodzeń tkanki mózgowej lub zakłóceń w działaniu mózgu, wymagają zastosowania kryteriów porządkujących. W wypadku dziedziny o interdyscyplinarnym charakterze, wynikającym z samej jej definicji, z historii rozwoju, a także ze współczesnej pragmatyki, istnieje możliwość stosowania zróżnicowanych typów kategoryzacji. W niniejszym rozdziale przedstawiamy przegląd najbardziej rozpowszechnionych typów kategoryzacji oraz przykładów podejścia do zaburzeń.

66.1

Typy kategoryzacji zaburzeń

Biorąc pod uwagę uwarunkowania towarzyszące wyodrębnieniu się neuropsychologii jako dyscypliny naukowej, która dorobek neurologii klinicznej i dyscyplin jej pokrewnych (w tym psychiatrii) integruje z dorobkiem psychologii w zakresie mózgowych mechanizmów procesów psychicznych i zachowań człowieka, można mówić o dwóch dominujących tradycjach, czy też perspektywach kategoryzacji zaburzeń spowodowanych dysfunkcjami mózgu: o perspektywie neurologii klinicznej i perspektywie psychologii.

66.1.1

Kategoryzacja zaburzeń w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neurologii klinicznej

Z perspektywy neurologii klinicznej wyróżnia się trzy typy kategoryzacji:

(1) kategoryzację strukturalno (anatomiczno)-funkcjonalną,
(2) kategoryzację funkcjonalno-funkcjonalną,

(3) kategoryzację według kryterium nozologicznego.

Kategoryzacja według **kryterium strukturalno-funkcjonalnego** jest bezpośrednią realizacją zasady diagnostyki topograficznej, właściwej dla neurologii klinicznej, a oznaczającej rozpoznanie procesu chorobowego i jego lokalizację w określonej części układu nerwowego. Ograniczając nasze zainteresowania i przykłady do struktur mózgowia, możemy mówić o zaburzeniach charakterystycznych dla dysfunkcji danej okolicy, składających się – dla przykładu – na zespół czołowy lub zespół skroniowy (Walsh, 1998), oraz o zaburzeniach właściwych dla dysfunkcji danej struktury mózgowia, jak w wypadku uszkodzenia hipokampa, ciała migdałowatego, przecięcia spoidła wielkiego mózgu czy uszkodzenia torebki wewnętrznej.

Kategoryzacja według **kryterium funkcjonalno-funkcjonalnego** również wiąże się z diagnostyką topograficzną neurologii i dotyczy zaburzeń charakterystycznych dla danego układu czynnościowego, na przykład: zaburzeń napięcia mięśniowego i ruchów dowolnych po uszkodzeniach układu piramidowego czy trudności w różnicowaniu emocjonalnych wyrazów twarzy po przerwaniu połączeń w obrębie układu limbicznego. W tej kategorii mieszczą się również konsekwencje przerwania połączeń pierścieni czołowo-podkorowych, regulujących procesy emocjonalne (Herzyk, 1996a) i zachowania językowe (Kądzielawa, 1997).

Zastosowanie **kryterium nozologicznego** w kategoryzacji zaburzeń oznacza rozpoznanie ich w ścisłym związku z danymi jednostkami chorobowymi (na przykład chorobą Wilsona; Seniów, 1998), ale także ujmowanie zaburzeń w charakterystyczne zespoły, które mogą łączyć się z różną etiologią choroby, jak w wypadku zespołu amnestycznego (Mroziak, 1997) czy zespołu otępiennego (Łuczywek, 1996).

Na pograniczu klasycznej perspektywy neurologii i psychologii w klasyfikacji zaburzeń znajduje się taksonomia tak zwanych **wyższych czynności nerwowych** (według neurologów) lub **wyższych czynności psychicznych** (według psychologów). Do repertuaru tych czynności, z definicji realizowanych przy udziale kory półkul mózgowych, należą: spostrzeganie, pamięć i uczenie się, mowa, uwaga, myślenie, emocje, ruchy i czynności dowolne, a także funkcje o charakterze integracyjnym, takie jak: świadomość, funkcje programujące i kontrolujące zachowanie człowieka, regulacyjne mechanizmy osobowości.

66.1.2
Kategoryzacja zaburzeń w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy psychologii

Perspektywę psychologii ilustrują trzy kierunki w rozwoju neuropsychologii klinicznej, z właściwymi im zasadami kategoryzacji:

(1) kategoryzacja zaburzeń inspirowana przez psychologię ogólną,
(2) kategoryzacja zaburzeń inspirowana przez psycho- i neurolingwistykę,
(3) kategoryzacja zaburzeń powstająca pod wpływem psychologii poznawczej.

Wpływ psychologii ogólnej na charakterystykę zaburzeń wyższych czynności psychicznych najwyraźniej zaznaczył się w poglądach Aleksandra Łurii (1976a). Zakładał on, że każda wyższa czynność psychiczna ma swoją psychologiczną strukturę, określoną przez zbiór funkcji o podstawowym charakterze i o specyficznej organizacji. Funkcje składowe realizowane są przez wyspecjalizowane okolice, przede wszystkim kory, które tworzą **dynamiczny układ funkcjonalny** danej czynności psychicznej. Dezorganizacja układu w wyniku zmian strukturalnych i/lub czynnościowych powoduje zaburzenia danej czynności, zróżnicowane w zależności od tego, jaki składnik układu nieprawidłowo działa.

Kategoryzacja zaburzeń wyróżnionych w kontekście **psycholingwistyki** uwzględnia rozróżnienie kompetencji językowej i wykonania językowego, wprowadzone przez Chomsky'ego (1957), oraz poziomy organizacji systemu językowego (zob. rozdz. 23.). Pojęciom tym przyporządkowane są odpowiednio zaburzenia kompetencji językowej i/lub wykonania językowego, przejawiające się na poziomie fonologicznym, morfologiczno-syntaktycznym i leksykalno-semantycznym w przypadkach afazji i po uszkodzeniach prawej półkuli mózgu (Blumstein, Baker, Goodglass, 1977; Kean, 1977; Zurif, Caramazza, Meyerson, Galvin, 1974).

Kategoryzacja zaburzeń powstała pod wpływem psychologii poznawczej charakteryzuje się odejściem od klasycznie definiowanych syndromów i wprowadzeniem rozbudowanych modeli funkcji poznawczych, rozpatrywanych w powiązaniu ze strukturami mózgu lub z ich pominięciem. Wśród wielu modeli funkcji psychicznych o znacznych walorach poznawczych i nikłej użyteczności klinicznej na uwagę zasługuje model czytania według Colthearta (1980), który umożliwia wyróżnienie i objaśnienie mechanizmów trzech kategorii zaburzeń czytania: dysleksji powierzchniowej, dysleksji głębokiej i dysleksji fonologicznej.

66.2
Wybrane formy zaburzeń

Jako kryterium wyboru proponujemy aktualność poszczególnych zaburzeń w aspekcie klinicznym i teoretycznym w odniesieniu do historii badań. Taka perspektywa pozwala wyróżnić trzy kategorie: zaburzenia dobrze znane w przeszłości (przynajmniej na poziomie kategorialnym), ciągle aktualne i rozpatrywane obecnie w nowy sposób; zaburzenia opisane dawno, po czym „odstawione na boczny tor" zainteresowań neuropsychologii, a obecnie przeżywające renesans; oraz zaburzenia nowe, pozostające w związku z postępem technologicznym w medycynie, jak również z nowymi zagrożeniami, w rodzaju infekcji wirusem HIV.

66.2.1
Zaburzenia znane w przeszłości, ciągle aktualne, obecnie rozpatrywane inaczej

Niniejszą kategorię dobrze ilustrują zaburzenia językowe zwane afazją. Jej objawy znane są od początku istnienia człowieka, a najwcześniejsze zapisy, zawarte w papirusie E. Smitha, datuje się na okres około trzech i pół tysiąca lat p.n.e. Sam termin **afazja** wprowadził do literatury neurologicznej A. Trousseau (1865), oznaczając nim **zaburzenia w słownym wypowiadaniu się i rozumieniu mowy, spowodowane uszkodzeniem kory lewej półkuli mózgu.**

Prace nad afazją, rozwijające się początkowo w środowisku neurologów klinicznych, były stopniowo podejmowane również przez psychologów, lingwistów, pedagogów oraz specjalistów w zakresie patologii i terapii mowy. Owa ekspansja badań nad afazją miała miejsce zarówno w drugiej połowie tak zwanego klasycznego okresu rozwoju afazjologii, przypadającego na lata 1860–1950 (Goodglass, 1993), jak i w latach następnych, w których odnotowano dynamiczny rozwój psycholingwistyki i związanych z nią neurolingwistycznych badań nad afazją (od lat sześćdziesiątych), a następnie równie intensywny rozwój nauki poznawczej i jej odgałęzień w postaci psychologii poznawczej i neuropsychologii poznawczej (od lat siedemdziesiątych). W efekcie tego procesu można obecnie mówić (zob. Kądzielawa, 1996), że w literaturze neuropsychologicznej współwystępuje ze sobą wiele stanowisk teoretycznych, zwią-

zanych z mnogością danych empirycznych o zróżnicowanym poziomie reprezentatywności – wyjątkowości czy kategorialności – jednostkowości. Istnieją konstrukty teoretyczne, których operacjonalizacja jest daleka od zaburzeń językowych obecnych w klinice. Obserwuje się trudności w teoretycznym wyjaśnianiu konfiguracji objawów afazji u niektórych pacjentów.

Opisany stan rzeczy widać wyraźnie w wypadku zaburzeń językowych po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu, w wypadku afazji w degeneracyjnych chorobach mózgu, a także po uszkodzeniach prawej półkuli.

66.2.1.1 Zaburzenia językowe po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu

Niektóre formy tych zaburzeń zostały wyróżnione przez klasyków afazjologii jako: **afazja kondukcyjna**, **afazja transkorowa** i **afazja podkorowa**. Ich mechanizm polega na przerwaniu włókien nerwowych, łączących korowe ośrodki mowy między sobą i z innymi ośrodkami niekorowymi (Kądzielawa, 1997). Również klasycy dostrzegli, że uszkodzeniu ośrodków towarzyszyły uszkodzenia istoty białej, okalającej te ośrodki, zwrócili też uwagę na rolę wyspy (łac. *insula*) i jej dysfunkcji w powstawaniu afazji. W późniejszych latach wykazano znaczenie wzgórza (łac. *thalamus*) i torebki wewnętrznej (łac. *capsula interna*). Ostatnio zauważono także powiązania zaburzeń językowych z jądrami podstawy (łac. *nuclei basales*), wybranymi jądrami wzgórza oraz istotą białą przykomorową (łac. *paraventricularis*) i okołokomorową (łac. *periventricularis*).

Obecny rozwój badań nad zaburzeniami językowymi przy dysfunkcji struktur podkorowych wiąże się bezpośrednio z metodami wizualizacji zmian tkanki mózgowej przy użyciu tomografii komputerowej i magnetycznego rezonansu jądrowego oraz z intensyfikacją badań nad chorobami zwyrodnieniowymi i metabolicznymi mózgu, w których dochodzi do uszkodzenia struktur podkorowych.

Przegląd literatury wykazuje nagromadzenie przede wszystkim zagadnień metodologicznych, które można pogrupować w cztery kategorie, dotyczące: (1) funkcji językowych, (2) struktur podkorowych, (3) konceptualizacji funkcji tych struktur i (4) podejść badawczych.

W pierwszym wypadku okazuje się, że wyniki poszczególnych badań są nieporównywalne ze względu na rozbieżności w kategoriach dotyczących zaburzeń językowych (różne definicje typów afazji, różne taksonomie), metod zbierania danych (próby kliniczno-eksperymentalne, procedury wystandaryzowane) i sposobów prezentowania wyników (luźny opis kliniczny, syndrom, profil zaburzeń).

W odniesieniu do struktur podkorowych najwyraźniejsze różnice dotyczą operacjonalizacji terminu „jądra podstawne" w zakresie ich zestawu, połączeń wewnętrznych i zewnętrznych (zob. Gołąb, 1990; Martin, 1989). Osobny problem wynika ze zróżnicowania metod stosowanych do diagnozy dysfunkcji mózgu, wielości interpretacji, ich zalet i ograniczeń, przyjętych modeli i map mózgu (Damasio, 1989).

W bezpośrednim związku z definiowaniem struktur podkorowych pozostają propozycje określenia ich funkcji – rozpatrywanych w izolacji albo w ramach danego układu czynnościowego (Nadeau i Crosson, 1997) – a także wskazanie na współwystępowanie funkcji danej struktury podkorowej – funkcji zarówno niezależnych od układu, jak i upośrednionych przez układ, do którego struktura ta należy (Metter, 1992).

W wypadku ostatniej z wymienionych kategorii podkreśla się, że podejścia badawcze podlegają zróżnicowaniu ze względu na cel badania, zasady doboru osób badanych, perspektywę czasową badań, dynamikę procesu chorobowego.

66.2.1.2 Afazja pierwotna postępująca

Afazja pierwotna postępująca (*primary progressive aphasia*, PPA) po raz pierwszy została opisana przez Picka (1892; za: Jodzio, 1999). Jej późniejsze nazwy to: amnezja werbalna lub semantyczna, demencja semantyczna czy **afazja wolno postępująca** (*slowly progressive aphasia*). Przypomniana i zreinterpretowana została przez Mesulama (1982) jako **wybiórcze zaburzenie językowe o zróżnicowanej postaci klinicznej (z przewagą trudności w aktualizacji nazwy) i o zróżnicowanym kilkuletnim okresie powolnego rozwijania się w wypadku zmian degeneracyjnych, zlokalizowanych wokół bruzdy bocznej w lewej półkuli mózgu.**

Przegląd literatury (Herzyk, 1996b; Jodzio, 1999) wykazuje koncentrację uwagi badaczy na klinicznej charakterystyce afazji, konfiguracji objawów, dynamice zmian w obrazie klinicznym, niejęzykowych objawach towarzyszących, mózgowych mechanizmach i ich parametrach lokalizacyjnych oraz na jej statusie.

Najczęściej formułowane pytanie zawiera alternatywę: czy afazja pierwotna postępująca jest podstawowym i – w zasadzie – jedynym przejawem choroby degeneracyjnej mózgu, ciągle niedostatecznie rozpoznanej, czy też jest objawem zwiastunowym toczącego się procesu zwyrodnieniowego w mózgu, który prowadzi do w pełni rozwiniętego zespołu otępiennego, jaki charakteryzuje chorobę Alzheimera, chorobę Picka czy Creutzfeldta–Jakoba, a więc afazją w przebiegu otępienia, wyprzedzającą inne, bardziej charakterystyczne dla niego objawy.

Wielu badaczy podejmujących powyższe pytanie starało się opracować kryteria diagnozy różnicowej. Podstawowym wynikiem szeregu badań było wykazanie, że istnieje wiele nietypowych przypadków rozwoju afazji, towarzyszących wymienionym chorobom, które w różnym stopniu odbiegają, ale i zbliżają się do PPA, przebiegającej również w kilku wariantach (na przykład z zaburzoną lub z zachowaną płynnością mowy ekspresyjnej; Karbe, Kertesz i Polk, 1993). Badania te stały się impulsem do traktowania afazji pierwotnej postępującej i afazji w przebiegu otępienia jako kontinuum zaburzeń i do zanegowania celowości porównywania profili zaburzeń językowych.

W konkluzji obszernego przeglądu badań Jodzio (1999) wyróżnił trzy główne stanowiska dotyczące relacji afazji pierwotnej postępującej i afazji w przebiegu otępienia.

Według jednego ze stanowisk, wymienione zespoły objawów składają się na odrębne kategorie zaburzeń, wykazujące zróżnicowane charakterystyki jakościowe i ilościowe.

Zwolennicy innego stanowiska uważają afazję pierwotną postępującą za zespół objawów zwiastunowych względem otępienia w przebiegu choroby Alzheimera, rzadziej choroby Picka i Creutzfeldta–Jakoba, bądź względem nierozpoznanego dotychczas procesu pierwotnie zwyrodnieniowego, niealzheimerowskiego typu.

W ramach trzeciego stanowiska przyjmuje się, że zaburzenia językowe tworzą swoiste kontinuum, którego jeden kraniec wyznacza afazja pierwotna postępująca, drugi – afazja zapowiadająca rozwój procesu otępiennego.

66.2.1.3 Zaburzenia językowe po uszkodzeniach prawej półkuli mózgu

Ostatni przykład rozpatrywanej kategorii dotyczy mechanizmów językowych, związanych z prawą – podległą dla mowy – półkulą mózgu, i zaburzeń językowych po jej uszkodzeniu.

Jedną z pierwszych wypowiedzi na ten temat datuje się na rok 1864 i przypisuje Jacksonowi (zob. wydanie zbiorowe tekstów Jacksona w opracowaniu Taylora, 1958), który wyróżnił dwa poziomy organizacji mowy: poziom dowolny, w pełni świadomy, z charakterystycznym dla niego intelektualnym użyciem języka, oraz poziom mimowolny, powiązany z użyciem języka w warunkach zaangażowania emocjonalnego. Jednocześnie Jackson sformułował hipotezy przypisujące lewej półkuli mózgu dominującą rolę w regulowaniu mowy dowolnej, a prawej półkuli – w regulowaniu mowy mimowolnej. Ponadto akcentował znaczenie przedniej części lewej półkuli dla mowy ekspresyjnej, natomiast tylnej części obu półkul, szczególnie prawej – dla percepcji mowy.

Dalszy etap w poznawaniu funkcji językowych prawej półkuli mózgu wiąże się z badaniami nad zachowaniem się pacjentów po przecięciu spoidła wielkiego mózgu (łac. *corpus callosum*) w celu ograniczenia napadów padaczkowych. Pierwsze z nich dotyczyły chorych operowanych przez Van Wagenena i Herrena (1940) i badanych na początku lat czterdziestych przez A. J. Akelaitisa. Autor ten, na tle ogólnie negatywnych wyników całkowitego lub częściowego przecięcia największego skupiska włókien spoidłowych mózgu, zgromadził dane dotyczące między innymi przejściowej agrafii, astereognozji i zaburzeń dermoleksji. Pozwoliły mu one sformułować hipotezę o reorganizacji czynnościowej mózgu w kierunku dwupółkulowej reprezentacji funkcji językowych u osób z długoletnią padaczką.

Studia eksperymentalne R. Sperry'ego i współpracowników, prowadzone od początku lat sześćdziesiątych. przy użyciu aparatury i metod umożliwiających wybiórcze adresowanie bodźców do każdej z półkul mózgowych, wykazały udział mechanizmów prawej półkuli w odbiorze nazw (słyszanych lub czytanych) oraz syntaktycznie i semantycznie prostych instrukcji, jak również w uruchamianiu reakcji lewej ręki, związanych z tymi nazwami i instrukcjami (Sperry, Gazzaniga i Bogen, 1969).

W kolejnych latach, pozostających pod silnym wpływem psycho- i neurolingwistycznych badań nad strukturą języka naturalnego oraz nad jego psychologicznymi i neuronalnymi mechanizmami, wykazano ograniczone możliwości mechanizmów prawej półkuli mózgu w przetwarzaniu informacji fonologicznej i syntaktycznej, natomiast znacznie większe w wypadku semantycznej reprezentacji języka.

W następnym okresie badań, skoncentrowanych tym razem na dyskursie, jego wymiarach leksykalno-semantycznych, paralingwistycznych (prozodia, akcent) i pragmatycznych, udokumentowano istotny wpływ mechanizmów prawej półkuli mózgu we wszystkich tych aspektach. Pacjenci mieli trudności w rozumieniu relacji semantycznych między wyrazami, w odbiorze przenośnego oraz bardziej abstrakcyjnego znaczenia słów i wypowiedzi (na przykład metaforycznych), w utrzymaniu spójności dyskursu, a także w odbiorze cech prozodycznych (Osiejuk, 1996).

W ostatnich latach odbiór cech prozodycznych nabiera szczególnego znaczenia w ramach szeroko rozpatrywanego problemu zaburzeń w komunikacji emocji u pacjentów z uszkodzeniem prawej półkuli (Herzyk, 1999). Obserwacje kliniczne i badania eksperymentalne nad prozodią wskazują na dwa hipotetyczne mechanizmy:

(1) deficyty percepcji słuchowej i agnozja słuchowych bodźców niewerbalnych (na przykład amuzja),
(2) zaburzenia w komunikacji emocji, współwystępujące ze stanami podwyższonego nastroju i/lub objawami obojętności emocjonalnej (anozodiaforia) oraz z nieświadomością własnych zaburzeń zachowania (anozognozja).

Drugi z wymienionych mechanizmów jest uwzględniany również przy wyjaśnianiu trudności w odbiorze językowych treści emocjonalnych w sytuacji odtwarzania tekstów, wypowiadania się o uczuciach bohaterów tych tekstów, budowania dyskursu narracyjnego na podstawie rysunków sytuacyjnych, kiedy pacjenci rozpoznają kontekst społeczny zdarzenia i dysponują wiedzą o repertuarze emocji, ale nie potrafią zastosować tej wiedzy do interpretacji aktualnej sytuacji własnej lub innych osób.

Wiedza o funkcjach językowych prawej półkuli mózgu stała się podstawą do opracowania szeregu metod diagnostycznych, w tym baterii testów językowych (Bryan, 1995).

66.2.2
Zaburzenia rozpoznane w przeszłości, następnie pomijane w rozważaniach teoretycznych, a obecnie wieloaspektowo badane

Do prototypowych egzemplarzy tej kategorii należą zaburzenia procesów poznawczych,

zwane otępieniem (demencją), i zaburzenia funkcjonowania emocjonalnego.

66.2.2.1
Otępienie (demencja)

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10):

> **Otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Świadomość nie jest zaburzona. Uszkodzeniu funkcji poznawczych zwykle towarzyszy, a niekiedy je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją** (Pużyński i Wciórka, 1997, s. 51).

Otępienie, w znaczeniu obłędu lub zaburzeń umysłowych w demencji starczej, rozpoznawali psychiatrzy na przełomie XIX i XX wieku. Do historii przeszedł Alois Alzheimer – autor studium przypadku, opublikowanego w 1907 roku, w którym powiązał zaburzenia procesów poznawczych (przy zachowanej osobowości) z rozsianymi zmianami neuropatologicznymi w mózgu. Zespół ten nie mieścił się jednak w rozważaniach teoretycznych neurologii behawioralnej i neuropsychologii nad relacją: mózg – zachowanie, ponieważ nie spełniał założeń dominującego wówczas paradygmatu strukturalno-funkcjonalnego (Marczewska, 1994). Pozostawał więc w sferze zainteresowań psychiatrii i analizowany był w kategoriach zespołu psychoorganicznego lub psychopatologicznego.

Renesans zainteresowań otępieniem ze strony przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych wiąże się ze zmianami demograficznymi, polegającymi na wzroście populacji osób starszych, szczególnie narażonych na otępienie w przebiegu wielu chorób, jak również z rozwojem wiedzy na temat przyczyn, mechanizmów i form zmian neuropatologicznych w ujęciu genetycznym, biochemicznym, neurofizjologicznym. Na podkreślenie zasługują także nowe możliwości lokalizowania i określania charakteru patologii mózgowej, stwarzane przez metody wizualizacji struktury i funkcji mózgu. Do głosu dochodzi nowe, interdyscyplinarne podejście do nauk o układzie nerwowym. W podejściu tym psychiatra akcentuje postępujący i nieodwracalny charakter zaburzeń funkcjonowania poznawczego, któremu towarzyszą zaburzenia osobowości i zaburzenia procesów emocjonalnych przy zachowanej świadomości. Jednocześnie zwraca uwagę na problem diagnostyczny, jaki stanowi rzekome otępienie depresyjne, zwane **pseudodemencją**, w którym objawy depresji oraz zaburzeń pamięci, myślenia i funkcjonowania społecznego mogą być rozpatrywane w układzie: przyczyna – skutek, jak również jako sekwencja objawów zwiastunowych (depresja) i właściwych (poznawczych) w rozwijającej się chorobie Alzheimera (Łuczywek, 1996).

Analogicznie: neurologia kliniczna widzi otępienie w ścisłym związku z wieloma chorobami, wywołującymi ten zespół objawów lub przebiegającymi z jego udziałem. Wielość mechanizmów powstawania i rozwoju otępienia wyjaśnia (w pewnym stopniu) różnice w definiowaniu i klinicznym opisie zespołu objawów. Dotyczą one konfiguracji i czasowej organizacji oraz dynamiki ujmowanej na wymiarze: nieodwracalne i narastające *versus* odwracalne. Nieodwracalny i postępujący przebieg otępienia charakteryzuje choroby zwyrodnieniowe mózgu o nierozpoznanej definitywnie etiologii i braku leczenia przyczynowego (na przykład chorobę Alzheimera), a odwracalność procesu otępiennego (zwłaszcza we wstępnych stadiach) bądź odwracalność charakterystycznych objawów ma miejsce w przypadkach skutecznie leczonych chorób układu nerwowego lub innych układów, co ilustruje choroba Wilsona u osób z postacią bezobjawową, poddanych leczeniu uprzedzającemu rozwój klinicznej formy choroby, lub u osób młodych we wczesnym stadium zmian neuropatologicznych (Seniów, 1998).

Spojrzenie na otępienie z perspektywy neuropsychologii wskazuje przede wszystkim na możliwość zmiany paradygmatu badań ze skoncentrowanego na relacji: struktura – funkcja (charakterystycznego dla diagnozy lokalizacyjnej), na paradygmat: funkcja – funkcja, rozumiany jako odniesienie zaburzeń funkcji psychicznych do zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego na poziomie metabolicznym, neuroprzekaźnikowym (Marczewska, 1994).

Przegląd badań neuropsychologicznych wskazuje na dominację zainteresowań badawczych otępieniem w przebiegu choroby Alzheimera (*dementia of Alzheimer type*, DAT) i chorób naczyniowych mózgu (*vascular dementia* i jej postać szczególna: demencja wielozawałowa – *multiinfarct dementia*, MID) oraz na zastosowanie dwu podejść badawczych: podejścia procesualnego i grupowych badań poprzecznych.

Podejście procesualne sprowadza się do traktowania otępienia jako zjawiska o charakterze postępującym według określonych stadiów. Elżbieta Łuczywek (1996) postuluje wyróżnienie procesu otępiennego i otępienia właściwego. **Proces otępienny to proces narastających zaburzeń funkcji poznawczych o podstępnym początku i zróżnicowanym przebiegu, od konsekwentnie postępującego, poprzez wariant z okresami plateau do wariantu z krótkimi okresami remisji – w zależności od choroby, w której się rozwija, oraz od szeregu osobowych charakterystyk pacjenta,** jego „potencjału intelektualnego i stopnia wykorzystania [...], od struktury poznawczo-emocjonalnej [...], osobniczej plastyczności" (Łuczywek, 1996, s. 129). **Otępienie właściwe** autorka proponuje rezerwować dla **„takiego stadium choroby, w którym dochodzi do zaburzenia wszystkich funkcji poznawczych, w połączeniu z rozpadem nabytych umiejętności [...]"** (s. 129).

W pierwszym stadium procesu otępiennego człowiek zaczyna odczuwać obniżenie wydolności umysłowej. Dotychczasowe działania zajmują więcej czasu i wymagają większego wysiłku przy niższych efektach. Szczególne trudności dotyczą odbioru i opracowania nowych informacji, podzielności uwagi, zapamiętywania bliskich w czasie zdarzeń.

W kolejnym stadium narastają zaburzenia zapamiętywania i uczenia się. Dołączają się trudności w aktualizacji dobrze utrwalonych informacji i programów działań oraz w przywoływaniu z pamięci epizodów z własnego życia. Pogłębiają się zaburzenia procesów myślenia, procesów językowych (poziom leksykalno-semantyczny) i wzrokowo-przestrzennych.

W trzecim stadium – zwanym otępieniem właściwym – dochodzi do głębokiego zaburzenia wszystkich procesów poznawczych, nasilenia negatywnych reakcji emocjonalnych, dezorganizacji mechanizmów regulacyjnych osobowości, rozpadu wyuczonych zachowań, znacznego ograniczenia aktywności i w końcu do utraty samodzielności życia.

Drugie z wymienionych podejść do zaburzeń funkcjonowania poznawczego pacjentów z otępieniem obejmuje przede wszystkim badania grupowe i – rzadziej – studia przypadku nastawione na precyzowanie opisów obrazu klinicznego, diagnozy różnicowej DAT i MID oraz na weryfikację hipotez dotyczących patomechanizmów. W ogromnym zbiorze badań szczególnie interesujące wydają się prace na temat zaburzeń językowych, ponieważ do nich odnoszą się istotne różnice poglądów. Jak wynika z przytoczonych neurologicznych określeń otępienia oraz z opisu stadiów procesu otępiennego według Łuczywek, cechą najbardziej charakterystyczną w pierwszym okresie choroby są zaburzenia intelektualne na najwyższym poziomie i zaburzenia zapamiętywania nowych informacji, natomiast zaburzenia językowe pojawiają się pod koniec pierwszego stadium lub na początku drugiego i przybierają bardzo różnorodne formy.

Jednocześnie w obszernym przeglądzie literatury, opracowanym przez Hannę Marczewską (1994), znajdujemy przykłady występowania zaburzeń językowych jako najwcześniejszych, a nawet zwiastunowych dla otępienia, uważanych przez wielu autorów za

zaburzenia pierwszoplanowe o szczególnym znaczeniu dla **diagnozy różnicowej otępienia**. Potwierdzenie zasadności takiego stanowiska znaleźć można również w badaniach nad afazją pierwotną postępującą (zob. par. 66.2.1.2), gdzie według jednej z hipotez, jest ona postacią zwiastunową DAT i – rzadziej – innych chorób zwyrodnieniowych. Według innej hipotezy, afazja powoli postępująca tworzy wraz ze znanymi typami afazji kontinuum zaburzeń językowych w przebiegu otępienia.

Osobne zainteresowanie badaczy wiąże się z pamięcią semantyczną, ponieważ łączy ona w sobie zarówno cechy pamięci, jak i języka – przez wielu traktowane rozłącznie i porządkowane ze względu na zwiastunowy lub pierwszoplanowy wymiar w obrazie klinicznym.

Badania nazywania, płynności słownej, skojarzeń słownych, dyskursu narracyjnego, rozumienia tekstu oraz czytania i pisania z udziałem pacjentów z otępieniem typu DAT i MID dają podstawy do sformułowania dwu hipotez wyjaśniających nagromadzenie błędów semantycznych. W jednej hipotezie mechanizm ten sprowadza się do zaburzeń bądź utraty dostępu do magazynu pamięci semantycznej, w drugiej – do zaburzenia lub utraty samej zawartości tego magazynu.

66.2.2.2 Zaburzenia funkcjonowania emocjonalnego

Wczesne informacje o powiązaniu emocji ze strukturami mózgu zawarte były w doktrynie frenologicznej Galla i Spurzheima, w powszechnie cytowanym studium przypadku Phineasa Gage'a, w założeniach teoretycznych podstaw lobotomii przedczołowej i w badaniach pacjentów poddanych tej operacji, jak również w wypowiedziach neurologów na temat zróżnicowania funkcjonalnego półkul mózgowych (Jacksona, Babińskiego, Brown-Sequarda i Goldsteina – zob. Kądzielawa 1986; Walsh, 1998).

Równolegle do rozwoju obserwacji i poglądów klinicystów o mózgowej organizacji emocji rozwijała się wiedza o neurofizjologicznych mechanizmach emocji (zob. rozdz. 25. i 28.), wyrażana w kolejnych teoriach: od Darwina, poprzez trzewną teorię emocji według Jamesa i Langego, teorię emocji Papeza, do koncepcji kręgu limbiczno-śródmózgowiowego McLeana i Nauty (Zagrodzka, 1997).

Teoriom neurofizjologicznym emocji, formułowanym na podstawie modeli zwierzęcych, nie towarzyszył równie znaczący dorobek neuropsychologii klinicznej, skoncentrowanej na badaniu procesów poznawczych oraz podkreślającej złożoność poznawczą zjawisk emocjonalnych, niepoddających się analitycznym kategoryzacjom wypracowanym w badaniach sfery poznawczej (Herzyk, 1996a).

Wyraźny postęp badań w ujęciu systemowym odnotowano w latach siedemdziesiątych XX wieku. Punktem wyjścia był trzypoziomowy model struktur mózgu regulujących emocje. Obejmował on: struktury pnia mózgu, tworzące tak zwany czynnościowy układ aktywacji – wzbudzenia *versus* hamowania (poziom I); struktury układu limbicznego („mózgu emocyjnego" według Papeza), wpływające na jakościowe zróżnicowanie emocji oraz ich powiązanie z doświadczeniem percepcyjnym (poziom II); oraz struktury kory czołowej, odpowiadające za poznawczo-społeczno-kulturowy wymiar emocji (poziom III).

Badania nad skutkami uszkodzeń i zakłóceń funkcji mózgu przy użyciu metod neuroobrazowania zaowocowały modelami mózgowych pierścieni emocjonalnych, wyjaśniających przebieg procesów i reakcji w normie i w patologii (Herzyk, 1996a).

Le Doux (1992) zintegrował wyniki badań nad funkcjonalną organizacją układu limbicznego. Stwierdził, że **ciało migdałowate** to magazyn pamięci emocjonalnej i jednocześnie swoista „centrala alarmowa", która wykrywa zagrożenie i uruchamia efektywny repertuar reakcji organizmu. Z kolei **hipokamp** rejestruje doświadczenia percepcyjne, a ocena emocjonalna tych doświadczeń należy do ciała migdałowatego. Relację tę wyraził następująco: „Hipokamp odgrywa kluczową rolę w rozpoznawaniu przez pana jakiejś twa-

rzy jako twarzy pana kuzynki. Ale to ciało migdałowate dodaje, że właściwie pan jej nie lubi" (Le Doux; za: Goleman, 1997, s. 48).

Ciało migdałowate pozostaje równocześnie w ścisłym związku z korą płatów czołowych, pełniącą funkcję modulatora reakcji emocjonalnych z punktu widzenia kryteriów społeczno-kulturowych. Zaburzenie modulującego wpływu kory na emocje, inicjowane przez ciało migdałowate, dobrze ilustrują zachowania pacjenta Phineasa Gage'a (Walsh, 1998).

Jednakże najbardziej podstawowe i zarazem najsilniejsze emocje – w odpowiedzi na zagrożenie organizmu – są uruchamiane przez ciało migdałowate drogą bezpośrednią, z pominięciem zarówno korowych okolic analizy i identyfikacji bodźca zagrażającego, jak i kory czołowej (Goleman, 1997).

W badaniach nad mózgową organizacją procesów emocjonalnych i związanych z nimi reakcji dominują prace dotyczące półkulowej, a zwłaszcza korowej regulacji emocji, które można połączyć w trzy kategorie (Herzyk, 1999):

(1) badania nad czynnościową asymetrią półkul mózgowych w zakresie emocji,
(2) badania nad percepcją i ekspresją informacji wyrażających emocje,
(3) badania nad formami komunikowania tych informacji.

Pytania i procedury badawcze oraz wyniki dotyczące tych trzech kategorii są dobrze znane Czytelnikowi z prac w języku polskim, wymienionych w niniejszym paragrafie, i dlatego zostaną pominięte na rzecz hipotez o mózgowych mechanizmach emocji oraz kwestii dyskusyjnych.

Aktualne są dwie hipotezy, sformułowane w paradygmacie czynnościowej asymetrii półkul mózgowych. Według wcześniejszej z nich, lewa półkula reguluje procesy racjonalne, prawa – emocjonalne, natomiast według późniejszej, lewa półkula odpowiada za emocje pozytywne, prawa – za negatywne.

Funkcjonowanie zdrowych osób badanych w warunkach eksperymentalnych w większym stopniu potwierdza hipotezę o dominującej, czy nawet wyłącznej roli prawej półkuli mózgu w regulacji emocji, natomiast badania pacjentów neurologicznych i psychiatrycznych wzmacniają hipotezę o dwupółkulowym mechanizmie emocji, rozdzielonym według znaku.

Hipotetycznie przyjmuje się, że zaburzenia emocjonalne mogą wynikać z nadaktywności struktur korowych zdrowej półkuli mózgu, uwolnionych od tonizującego wpływu drugiej, uszkodzonej półkuli, ale także z rozhamowania struktur podkorowych w półkuli z uszkodzoną korą, która w normie moduluje pracę podporządkowanych okolic mózgu. Inna możliwość to względnie ustabilizowana nadaktywność jednej z półkul u pacjenta w stanie długotrwałej depresji lub podwyższona napadowa czynność bioelektryczna, charakterystyczna dla padaczki.

66.2.3
Zaburzenia wywołane przez przyczyny aktualne od drugiej połowy XX wieku

W niniejszym paragrafie proponujemy rozpatrzyć zespół przejściowej amnezji globalnej, zaburzenia poznawcze występujące w związku z chirurgicznym leczeniem choroby niedokrwiennej serca oraz złożony obraz deficytów występujących u osób z infekcją wirusem HIV i z chorobą AIDS.

66.2.3.1
Przejściowa amnezja globalna

Zdaniem Fischera i Adamsa (1958), **przejściowa amnezja globalna (*transient global amnesia*, TGA) charakteryzuje się napadowym wystąpieniem zaburzeń w zapamiętywaniu nowych informacji w połączeniu z amnezją wsteczną o zróżnicowanym czasie trwania i dynamice wycofywania się, przy braku towarzyszących objawów neurologicznych.** Podczas ataku świadomość, pamięć bezpośrednia, funkcje intelektualne i krytycyzm pozostają w normie. Towarzyszy im poczucie pacjenta, że doświadcza czegoś dziwnego, co wywołuje jego niepokój. W opinii osób badanych powrót pamięci do normy następuje bardzo szybko, w ciągu jednego dnia, natomiast badania neuropsychologiczne wskazują na zróżnicowanie dynamiki ustępowania zaburzeń (Mroziak, 1997). Okoliczności występowania TGA to: migrena, stan silnego stresu, jak również zmiany patologiczne mózgu (guzy, urazy, wodogłowie), a także angiografia tętnicy kręgowej, zanurzenie w gorącej lub zimnej wodzie czy stosunek seksualny (Walsh, 1998). Z reguły odnotowuje się jednorazowy napad amnezji globalnej, ale w powiązaniu z migreną zdarzają się nawroty o charakterze amnezji częściowej, na przykład ograniczonej do bodźców werbalnych.

Hipotezy o patomechanizmie uwzględniają związek z napadem padaczkowym i z upośledzeniem ukrwienia mózgu.

66.2.3.2
Zaburzenia procesów poznawczych u osób z chirurgicznie leczoną chorobą niedokrwienną serca

Chirurgiczne leczenie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca ma na celu przywrócenie dopływu krwi do okolic zaopatrywanych w nią w stopniu niewystarczającym przez zmienione miażdżycowo naczynia wieńcowe. Operacja powtórnego unaczynienia serca nazywa się **rewaskularyzacją** i polega na wieńcowym przęsłowaniu omijającym (*coronary artery bypass grafting*, CABG), czyli na zastąpieniu zwężonej części tętnicy wieńcowej przez przeszczepiony odcinek naczynia krwionośnego danego pacjenta, tworzący swoisty most (*bypass*; Jodzio, 1996).

Wykonanie takiej operacji wymaga zastosowania pozaustrojowego krążenia i pozapłucnego oddychania, czyli sztucznego płuco-serca. Rewaskularyzacja serca łączy się z czynnikami ryzyka zaburzeń w funkcjonowaniu mózgu w postaci: wystąpienia zatorów naczyń mózgowych, zakłócenia fizjologicznych mechanizmów rozpływu krwi oraz negatywnych wpływów środków i metod anastezjologicznych. Wszystkie te czynniki mogą spowodować zaburzenia funkcjonowania psychicznego pacjenta.

Wyniki badań nad procesami poznawczymi osób po CABG są publikowane od połowy lat sześćdziesiątych i koncentrują się na określeniu dynamiki zmian w obrazie neuropsychologicznych następstw niedokrwienia serca i operacji. Z reguły stosuje się co najmniej dwukrotny pomiar: kilka dni przed operacją oraz po operacji, a niekiedy także trzeci pomiar w okresie odległym od operacji, różnie odmierzanym przez poszczególnych badaczy. Podstawowy wynik to pogłębienie się zaburzeń procesów poznawczych w następstwie operacji i wycofywanie się ich w okresie późniejszym. Zróżnicowanie stanu wyjściowego operowanych osób, warunków samej operacji, badanych funkcji poznawczych i metod ich pomiaru oraz przedziałów czasowych badania utrudnia porównywanie wyników. Stąd w charakterze ilustracji przytaczamy dane z pierwszego pomiaru, przedstawionego przez Gilmana w roku 1965 (za: Jodzio, 1996). Autor ten odnotował objawy neurologiczne (niedowład połowiczny, hemianopsję, drgawki, śpiączkę) u 34% analizowanych pacjentów i zaburzenia wyższych funkcji psychicznych (agnozję wzrokową, anomię, aleksję, agrafię, akalkulię, dezorientację w czasie, przestrzeni i własnej osobie, zaburzenia pamięci świeżej) u 17% operowanych osób.

Obok przeważającej liczby badań wykazujących remisję zaburzeń istnieją nieliczne publikacje podkreślające długotrwałą (powyżej roku) obecność zaburzeń poznawczych oraz utrzymywanie się subiektywnych odczuć deficytów poznawczych (szczególnie kłopotów z pamięcią i myśleniem) w połączeniu z lękiem lub depresją.

66.2.3.3
Zaburzenia występujące przy zakażeniu wirusem HIV i w chorobie AIDS

Zakażenie ludzkim wirusem nabytego upośledzenia odporności (*human immunodeficiency virus*, HIV) prowadzi, poprzez

szereg stadiów, do pełnego rozwinięcia się **zespołu nabytego upośledzenia odporności** (*acquired immune deficiency syndrome*, AIDS) – postępującej i wciąż nieuleczalnej choroby. Retrowirus HIV jest wirusem zarówno immunotropowym, jak i neurotropowym. Znaczy to, że atakuje limfocyty T – pomocnicze i komórki układu nerwowego, prowadząc do wystąpienia tak zwanych infekcji oportunistycznych (powodowanych przez bakterie, wirusy, grzyby i pierwotniaki), a także do zmian neuropatologicznych i odpowiadających im objawów neurologicznych i psychicznych.

Zespół AIDS po raz pierwszy został rozpoznany w roku 1981, a w ciągu następnych dwu lat wykryto kolejne grupy osób i czynniki powodujące szerzenie się zakażenia i choroby (Stern i Marder, 1991). Wyróżniono trzy główne drogi zakażenia: (1) kontakty seksualne (homo- i heteroseksualne), (2) przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych, przeszczepianie narządów i tkanek oraz posługiwanie się zakażonymi igłami i strzykawkami, a także (3) zakażenie płodu przez łożysko oraz noworodka podczas porodu i karmienia piersią.

Na podstawie obserwacji klinicznych i wyników badań zaproponowano kilka systemów definiowania i wyróżniania stadiów w rozwoju choroby. Dwie propozycje spotkały się z szeroką aprobatą: tak zwany system klasyfikacji ośrodków kontroli zachorowań (*centers for desease control*, CDC) oraz system Waltera Reeda (*Walter Reed system*).

System CDC (za: Osiejuk-Łojek i Marcopulos, 1997) odwołuje się do charakterystyk klinicznych choroby i obejmuje: stadium ostrego zakażenia HIV, stadium bezobjawowe, stadium trwałej uogólnionej patologii układu limfatycznego (*persistent generalized lymphadenopathy*, PGL) oraz stadium finalne AIDS.

System klasyfikacji Reeda (za: Stern i Marder, 1991) zawiera stadia choroby wyróżnione na podstawie zespołu wskaźników zaburzeń odporności, na przykład występowania przeciwciał anty-HIV czy liczby limfocytów T.

Neuropsychologiczne badania zaburzeń w przebiegu AIDS wykazują w bezobjawowym stadium zakażenia wirusem HIV obecność dwu grup osób: jednej – bez zaburzeń wyższych czynności psychicznych – i drugiej – z zaburzeniami uwagi, pamięci i uczenia się, myślenia, funkcji językowych i wzrokowo-przestrzennych, zdolności psychomotorycznych i konstrukcyjnych o różnym stopniu i zakresie (Osiejuk-Łojek i Marcopulos, 1997; Stern i Marder, 1991). W stadium objawowym odnotowuje się zaburzenia analogiczne, ale o większym natężeniu i zakresie, dodatkowo mogą też wystąpić ograniczenia sprawności motorycznej i trudności w wykonywaniu czynności codziennych. W późnym stadium zakażenia wirusem i w stadium finalnym AIDS najwięcej uwagi badaczy skupia zespół otępienny (AIDS *dementia complex*, ADC). Zgodnie z ICD-10 (Pużyński i Wciórka, 1997), otępienie rozpoznaje się po wykluczeniu innych niż infekcja wirusem HIV chorób i stanów patologicznych. Wyróżnia się w nim zaburzenia pamięci, uwagi i myślenia, spowolnienie psychoruchowe z towarzyszącą apatią, aspontanicznością i wycofywaniem się z kontaktów społecznych, jak również szereg objawów somatycznych.

66.3

Podsumowanie

Interdyscyplinarny charakter neuropsychologii tłumaczy współwystępowanie w niej zarówno wpływów neurologii klinicznej, jak i psychologii. Wpływy te zaznaczają się w kategoryzacji zaburzeń w funkcjonowaniu człowieka z chorym mózgiem.

Z perspektywy neurologii klinicznej można wyróżnić kategoryzację strukturalno-funkcjonalną, kategoryzację funkcjonalno-funkcjonalną i kategoryzację nozologiczną.

Z perspektywy psychologii kategoryzacja zaburzeń pozostaje – kolejno – pod wpływem psychologii ogólnej, neurolingwistyki i neuropsychologii poznawczej.

Ogromną różnorodność zaburzeń w funkcjonowaniu pacjenta neurologicznego można rozpatrywać z wielu punktów widzenia. W niniejszym tekście zaproponowaliśmy swoiste kryterium historyczne, rozdzielając na trzy grupy aktualnie badane zaburzenia według ich zróżnicowanej historii. Wyróżniliśmy zaburzenia znane w przeszłości, ciągle aktualne i w ostatnich latach rozpatrywane w nowy sposób; zaburzenia znane w przeszłości, a następnie pomijane w rozważaniach teoretycznych jako niemieszczące się w paradygmacie korelacyjnym: struktura – funkcja, a obecnie cieszące się szerokim zainteresowaniem; oraz zaburzenia aktualne od drugiej połowy XX wieku i ciągle poddawane badaniom.

Pierwszą z wymienionych grup ilustrują zaburzenia językowe typu afazja, zaburzenia językowe po uszkodzeniu struktur podkorowych mózgu i po uszkodzeniach prawej – odpowiedzialnej za mowę – półkuli mózgu.

W drugą kategorię wpisują się zaburzenia procesów poznawczych charakterystyczne dla otępienia oraz zaburzenia procesów emocjonalnych i zachowań emocjonalnych przy dysfunkcjach mózgu.

Trzecią kategorię tworzą takie zaburzenia, jak omówiona przejściowa amnezja globalna, deficyty funkcjonowania poznawczego u pacjentów z chirurgicznie leczoną chorobą niedokrwienną mięśnia sercowego oraz neuropsychologiczne objawy infekcji wirusem HIV i choroba AIDS.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Na czym polega kategoryzacja zaburzeń w funkcjonowaniu człowieka zgodnie z kryterium nozologicznym?
2. Do jakiego typu kategoryzacji należą objawy wynikające z przecięcia połączeń w układzie kontrolującym ruchy gałek ocznych?
3. Jakie relacje mogą zachodzić pomiędzy afazją pierwotną postępującą a afazją w przebiegu otępienia?
4. Dlaczego prawą półkulę mózgu uważa się za dominującą nad lewą w regulacji procesów emocjonalnych?
5. Jak przedstawia się dynamika zmian funkcji poznawczych u pacjentów po rewaskularyzacji serca?

LITERATURA ZALECANA

Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina of Poznań.

Herzyk, A., Kądzielawa, D. (red.). (1996). *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Herzyk, A., Kądzielawa, D. (red.). (1997). *Związek mózg – zachowanie w wyniku neuropsychologii klinicznej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Marczewska, H., Osiejuk, E. (1994). *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimera, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*. Warszawa: Energeia.

Walsh, K. (1998). *Neuropsychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

67

Zastosowania neuropsychologii w praktyce społecznej

Danuta Kądzielawa

Rozwój dyscyplin naukowych zainteresowanych człowiekiem i w konsekwencji rozwój wiedzy o życiu człowieka w normie i w patologii przejawia się w świadomości i praktyce społecznej w wielu zróżnicowanych formach. Jedne z nich łączą się z sukcesami w ratowaniu życia i utrzymywaniu dobrej kondycji biologicznej organizmu, inne – z jakością życia psychicznego i społecznego, a jeszcze inne – z dostrzeganiem zagrożeń ze strony nauki i techniki oraz z działaniami zmierzającymi do ich ograniczenia. Przykładem takich działań mogą być programy badań realizowanych pod patronatem Rady Europy, dotyczących praw człowieka rozpatrywanych w kontekście współczesnej medycyny, jak również publikacje prezentujące opracowania wyników badań ilustrowanych takimi problemami pacjentów, w których rozstrzygnięcia dokonywane przez lekarzy podlegają ocenie moralnej (Kleczewska, 1996). Inna forma przeciwdziałania zagrożeniom i kształtowania pozytywnego statusu to normy prawne w postaci ustawy o zawodzie i kodeksu etyczno-zawodowego (np. PTP, 1992; zob. rozdz. 72.).

Spojrzenie na praktykę społeczną z perspektywy neuropsychologii klinicznej zwraca uwagę na zjawisko popularyzacji osiągnięć naukowych i technicznych, wzrost współpracy z innymi specjalistami oraz rozwój form organizacyjnych i szkoleniowych. Lektura codziennych gazet, tygodników, czasopism popularnonaukowych, a także naukowych o międzynarodowym zasięgu, takich jak *Nature* czy *Science*, wykazuje niemal stałą obecność informacji o odkryciach dokonywanych w badaniach genetycznych uwarunkowań funkcji psychicznych i zachowania człowieka, o genetycznych determinantach chorób układu nerwowego, o prowadzonych na zwierzętach badaniach eksperymentalnych, modelujących dysfunkcje mózgu i metody ich leczenia, czy o sukcesach neurochirurgów stosujących najnowsze rozwiązania techniki w walce z kolej-

ną chorobą, a także o pacjentach i o ich sposobach radzenia sobie z objawami i skutkami choroby, o profesjonalnych i nieprofesjonalnych formach pomocy, grupach samopomocy, inicjatywach środowiskowych itp.

Odbiór tego rodzaju informacji prasowych, radiowych czy telewizyjnych wywołuje u neurologów, neuropsychologów i innych refleksyjnie nastawionych osób reakcje dwojakiego rodzaju. Z jednej strony – uznanie dla osiągnięć, będących często ukoronowaniem wielu lat pracy zespołów ludzi na świecie, aprobatę wobec działań prowadzących do wzrostu świadomości społecznej w zakresie problemów chorego człowieka, a w konsekwencji do przełamywania stereotypów my – zdrowi (normalni) i oni – chorzy (obcy, niezrozumiali, irytujący itd.), tworzenia społecznej atmosfery akceptacji i chęci niesienia pomocy. Z drugiej strony jednak hasłowe uproszczenia typu „przeszczep mózgu" – w odniesieniu do chirurgicznego leczenia pacjenta z chorobą Parkinsona – czy „rozrusznik mózgu" – w wypadku pacjenta z epilepsją – wywołują zastrzeżenia co do sensowności tak sformułowanej informacji. Osobny problem etyczny wiąże się często z przedwczesnym budzeniem oczekiwań pacjentów oraz ich rodzin co do powszechności nowych metod leczenia, które znajdują się w fazie eksperymentów laboratoryjnych lub klinicznych albo łączą się z ograniczeniami czy efektami ubocznymi i nierzadko z bardzo wysokimi kosztami.

Inne z wymienionych zjawisk praktyki społecznej dotyczących neuropsychologii klinicznej odnosi się do bogactwa form współpracy przedstawicieli różnych dyscyplin nauki stosowanej. Tworzenie zespołów diagnostycznych i terapeutycznych jest już od lat oczywistością, w tym miejscu tylko przypominaną. Wśród nowości odnotowuje się w Polsce wzrost zapotrzebowania na udział neuropsychologów w realizacji programów konferencji, kursów, szkoleń organizowanych dla lekarzy (a zwłaszcza neurologów i psychiatrów, ale też specjalistów w dziedzinie geriatrii, rehabilitacji neurologicznej, opieki społecznej nad osobami w starszym wieku). Analogicznie neuropsychologowie rozwijają i uaktualniają swoje przygotowanie zawodowe w kontaktach z neurologami i innymi przedstawicielami nauk o układzie nerwowym.

Neuropsychologowie są autorami lub współautorami tekstów w książkach neurologicznych czy psychiatrycznych, takich jak *Leksykon psychiatrii* (Pużyński, 1993) czy *Podstawy neurologii dla lekarza rodzinnego* (Kulczycki, Kuran i Sobczyk, 1992), i odwrotnie – w książkach z zakresu neuropsychologii znajdują się rozdziały opracowane przez lekarzy.

Jeszcze inne ze zjawisk charakterystycznych dla omawianej dyscypliny dotyczy wzrostu liczby towarzystw międzynarodowych, regionalnych i krajowych, jak również liczby członków tych towarzystw, skupiających neuropsychologów i przedstawicieli innych dziedzin, podzielających zainteresowania związkami mózgu i zachowania w normie i w patologii. Przykładem takich form organizacyjnych może być Międzynarodowe Towarzystwo Neuropsychologiczne (*International Neuropsychological Society,* INS), Międzynarodowa Organizacja Badań nad Mózgiem (*International Brain Research Organization,* IBRO) i jej polski odpowiednik: Polskie Towarzystwo Badań Układu Nerwowego, Komisja Neuropsychologiczna przy Komitecie Nauk Neurologicznych PAN, a także kilka różnych sekcji skupiających neuropsychologów działających w Polskim Towarzystwie Psychologicznym.

Rozwojowi form organizacyjnych i wzrostowi liczebności ich członków towarzyszą zróżnicowane instytucjonalne i nieinstytucjonalne formy kształcenia i doskonalenia zawodowego, na przykład: stopnie specjalizacyjne (I i II) dla neuropsychologów zatrudnionych w placówkach służby zdrowia w Polsce i powiązane z nimi oferty kursów i staży specjalizacyjnych, a także wykłady, seminaria, warsztaty organizowane w placówkach naukowo-badawczych PAN, na uniwersytetach, w akademiach medycznych czy w ramach towarzystw neurologicznych, psychologicznych i innych.

Wszystkie wymienione formy społecznej obecności neuropsychologów stanowią swoiste tło dla dwu kierunków aktywności zawodowej, jakimi są diagnozowanie i pomoc psychologiczna.

67.1 Diagnoza

Diagnoza neuropsychologiczna pozostaje w ścisłym związku z rzeczywistością kliniczną, której bezpośrednio dotyczy. Biorąc pod uwagę okres ostatnich trzydziestu lat (z umownie przyjętym przełomem lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych jako początkiem, z charakterystycznymi dla niego poglądami na diagnozę neuropsychologiczną; zob. Maruszewski, 1969, 1970), można stwierdzić występowanie istotnych zmian związanych z kilkoma czynnikami.

67.1.1 Czynniki modyfikujące rzeczywistość kliniczną neuropsychologii

Rzeczywistość kliniczna, będąca przedmiotem zainteresowania neuropsychologii, podlega przekształceniom pod wpływem wielu czynników, wśród których wyróżnia się rozwój wiedzy i technologii, uprzemysłowienie i urbanizację, zmiany demograficzne oraz relacje społeczne i psychologiczne.

Rozwój wiedzy o ośrodkowym układzie nerwowym – jego charakterystykach strukturalnych i czynnościowych, uwarunkowaniach genetycznych, biochemicznych i środowiskowych – łączy się z rozwojem technologicznym i organizacyjnym, przejawiającym się w trzech głównych kierunkach. Pierwszy kierunek oznacza nowe aparaturowe metody wizualizacji struktury i funkcji mózgowia. Tomografia komputerowa głowy (*computer assisted tomography,* CT) i magnetyczny rezonans jądrowy (*magnetic resonance imaging,* MRI, lub *nuclear magnetic resonance,* NMR) umożliwiają ocenę struktury tkanki kostnej, tkanki mózgowej, przestrzeni płynowych i naczyń krwionośnych, a więc także zmian naczyniowych, guzowych i zwyrodnieniowych.

Emisyjna tomografia komputerowa pojedynczego fotonu (*single photon emission computed tomography,* SPECT) i pozytonowa tomografia emisyjna (*positron emission tomography,* PET) stosowane są w badaniach zmian metabolicznych mózgowia, okolic o zmienionym przepływie krwi, zmian zwyrodnieniowych oraz ognisk padaczkowych w czasie napadu i pomiędzy napadami. Magnetoencefalografia (*magnetoencephalography,* MEG) i mapowanie mózgu (*brain mapping*) służą rejestrowaniu czynności bioelektrycznej, umożliwiają obserwowanie dynamiki zmian tej czynności i jej cech patologicznych.

Drugi kierunek zmian technologicznych odnosi się do metod chirurgicznych, związanych zarówno z samym mózgowiem, jak i z innymi organami i układami ciała. Najistotniejszą cechą nowych metod neurochirurgicznych jest wprowadzanie zmian leczniczych w sposób maksymalnie ograniczający skutki uboczne, a szczególnie dodatkowe uszkodzenia tkanki mózgowej, co umożliwia na przykład neuroradiologia interwencyjna w wypadku zmian w naczyniach krwionośnych mózgu czy zabiegi stereotaktyczne, adresowane do struktur głębokich (jąder wzgórza, jąder podstawnych, ciała migdałowatego). W obu wypadkach zabiegi na mózgu wykonywane są bez tradycyjnego otwierania czaszki, co w znaczny sposób skraca czas rekonwalescencji, a więc także czas pobytu pacjenta w szpitalu. Wszędzie, gdzie jest to merytorycznie uzasadnione, propaguje się ideę zabiegu, po którym bezpośrednio pacjent wraca do domu i kontynuuje leczenie w trybie ambulatoryjnym (model pacjenta jednodniowego – *one day-patient*). Z kolei operacje innych narządów, wymagające zastoso-

wania krążenia pozaustrojowego, niosą ze sobą zagrożenie powstawania i docierania do mózgu zatorów powietrznych, które mogą powodować zawały tkanki mózgowej (na przykład operacje rewaskularyzacji mięśnia sercowego; zob. rozdz. 66.).

Trzeci kierunek zmian wyraża się w działaniach organizacyjnych i programowych w skali międzynarodowej, ukierunkowanych na zwalczanie najczęstszych chorób układu nerwowego. Modelowy przykład to Deklaracja Helsingborska, dotycząca postępowania w udarze mózgu w Europie (*Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 1977, Suplement 1). Dokument ten został opracowany na sympozjum zorganizowanym przez Europejskie Regionalne Biuro Światowej Organizacji Zdrowia, Europejską Radę Udaru Mózgu, przy współpracy z Europejską Federacją Towarzystw Neurologicznych, Międzynarodowym Towarzystwem ds. Udaru, Światową Konfederacją Fizjoterapii i Światową Federacją Towarzystw Terapii Zajęciowych. W ślad za tą deklaracją powstały narodowe programy profilaktyki i leczenia udaru mózgu, przewidziane do realizacji w latach 1998–2005, a zmierzające do rozpoznania sytuacji epidemiologicznej, do ograniczenia zachorowań na udar mózgu oraz do zmniejszenia śmiertelności i stopnia inwalidztwa pacjentów.

Uprzemysłowienie i urbanizacja kraju niosą ze sobą istotny wzrost liczby urazów czaszkowo-mózgowych (druga, po chorobach naczyniowych mózgu, przyczyna zaburzeń czynności układu nerwowego) w następstwie wypadków komunikacyjnych i wypadków w miejscu pracy, a także zatruć przemysłowych i chorób innych układów czynnościowych organizmu, których patologiczny stan może zaburzać funkcjonowanie mózgu (na przykład choroby układu oddechowego, wydalniczego, immunologicznego).

W związku z postępem wiedzy i technologii pozostają przemiany demograficzne w społeczeństwach uprzemysłowionych. Cechą charakterystyczną tych przemian jest wydłużenie życia człowieka i wzrost populacji ludzi w starszym, emerytalnym wieku, a więc również wzrost swoistych dla tego wieku chorób, w tym – związanych z układem nerwowym.

Przemiany społeczne i związane z nimi reakcje psychiczne pozostają w kręgu zainteresowań neuropsychologii klinicznej. Z jednej strony mają one wymiar pozytywny, na przykład dlatego, że przywiązują wagę do jakości życia ludzkiego w różnych jego okresach i okolicznościach, z drugiej zaś – negatywny, widoczny w szerzeniu się infekcji wirusem HIV i zespołu nabytego upośledzenia odporności – AIDS (zob. par. 66.2.3.3), w zaburzeniach i chorobach afektywnych czy w próbach samobójczych.

W odpowiedzi na zmiany rzeczywistości klinicznej odnotowuje się szereg zmian w neuropsychologii klinicznej. Rozwój wiedzy w obrębie nauki poznawczej (*cognitive science*) w ogóle, a psychologii człowieka w szczególności, oraz w naukach o układzie nerwowym (*neurosciences*) stwarza nowe warunki dla neuropsychologicznej diagnozy funkcjonalnej, a więc dla jej podstaw teoretycznych (modeli funkcji psychicznych, definicji poszczególnych składników modelu w terminach psychologicznych dotyczących normy, a także modeli zaburzeń tych funkcji w wyniku patologii mózgu, mechanizmów, przejawów klinicznych) i założeń metodologicznych.

Na marginesie uwag o priorytetowej pozycji diagnozy funkcjonalnej warto odnotować problem komunikatywności i przydatności diagnoz neuropsychologicznych w kontaktach z przedstawicielami innych dyscyplin, współpracującymi w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta.

Rozwój metod wizualizacji struktury i funkcji mózgu ograniczył znaczenie **diagnozy różnicowej** na wymiarze: zaburzenia uwarunkowane czynnościowo *versus* organicznie, i **diagnozy lokalizacyjnej,** zawężając stosowanie tej ostatniej do sytuacji braku aparatury diagnostycznej lub istnienia przeciwwskazań do jej użycia. Jednocześnie przyczynił się do nadania wysokiej rangi **diagnozie funkcjonalnej**, stosowanej na użytek danego pacjenta, jak również na użytek badań naukowych, służących na przykład modelowaniu struktury funkcji psychicznej lub danej czynności, ale także ukierunkowanej na wybór i cenę behawioralnych korelatów dla analizowanych parametrów nowych technik diagnostycznych bądź interwencyjnych (Czernicki, Łuczywek i Fersten, 1994; Fersten, Łuczywek, Jurkiewicz i Dowżenko, 1997).

Wykonywanie zabiegów na mózgu bez tradycyjnego otwierania czaszki i dążenie do skrócenia czasu pobytu pacjenta w szpitalu oznacza również ograniczenie możliwości przeprowadzenia neuropsychologicznego badania diagnostycznego, które mogłoby być podstawą do sformułowania informacji dla pacjenta i osób opiekujących się nim w okresie rekonwalescencji oraz do propozycji ćwiczeń przeciwdziałających niekorzystnym z punktu widzenia normy kompensacjom.

Realizacja narodowych programów profilaktyki i leczenia udaru mózgu pociąga za sobą udział neuropsychologów w działaniach oświatowych promujących zdrowie, w diagnozowaniu i w terapii pacjentów we wczesnym okresie choroby, w programach profilaktycznych, ograniczających skutki udaru oraz w pracach stowarzyszeń pacjentów i ich rodzin tworzących grupy samopomocy.

Wzrost uprzemysłowienia i urbanizacji niesie ze sobą problemy kliniczne pacjentów przeżywających po urazach czaszkowo-mózgowych. Urazy te, wraz z charakterystycznymi dla nich konsekwencjami bezpośrednimi oraz odległymi, są przedmiotem diagnozy, profilaktyki i terapii.

Zmiany demograficzne, w omówionym na początku rozdziału zakresie, otwierają wiele problemów dotyczących prawidłowości, przejawów i cech starzenia się fizjologicznego. Równolegle do nich rozwija się zapotrzebowanie na wiedzę o starzeniu się w wymiarze patologicznym i o metodach różnicowania konsekwencji procesów fizjologicznych i patologicznych. W centrum zainteresowania nauk o układzie nerwowym pojawiają się problemy demencji (otępienia) oraz problemy zaburzeń emocjonalnych, zwłaszcza depresji i jej relacji z demencją. Dla neuropsychologii klinicznej oznacza to zamówienie społeczne na charakterystykę funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego osób z otępieniem i innymi zaburzeniami starszego wieku, na diagnozę funkcjonalną pacjentów, z którą łączy się problem norm uwzględniających adekwatny przedział wieku (norm tych brakuje w wielu narzędziach psychometrycznych; zob. La Rue, 1992) oraz problemy urealnienia poglądów na temat prób kliniczno-eksperymentalnych, co do których zwykło się zakładać, że osoby zdrowe wykonują je bezbłędnie. Zasadne staje się pytanie: czy bezbłędnie w każdym okresie dorosłego życia?

Zmiany w życiu społecznym otwierają nowe kierunki badań i nowe tematy diagnozy neuropsychologicznej, dotyczące pacjentów z infekcją wirusem HIV i chorobą AIDS oraz pacjentów z organicznie uwarunkowanymi zaburzeniami procesów emocjonalnych.

67.1.2
Rodzaje diagnozy

Zmiany rzeczywistości klinicznej w dziedzinie neurologii, jak również rozwój wiedzy, metodologii i metod badawczych neuropsychologii i pokrewnych dziedzin naukowych pociągnęły za sobą istotne przesunięcia w hierarchii typów diagnozy, utworzonej w pierwszym okresie rozwoju dyscypliny. Przyczyniły się też do nowych zastosowań diagnozy. Swoją pierwszoplanową pozycję utraciła **diagnoza lokalizacyjna**, co nie znaczy, że została całkowicie wyeliminowana z praktyki klinicznej, zwłaszcza przy braku aparatury umożliwiającej wizualizację patologii w zakresie struktury lub funkcji mózgu, istnienia przeciwwskazań do zastosowania danej aparatury czy niejednoznaczności w interpretacji wyników badań. Na pierwszym miejscu znalazła się **diagnoza funkcjonalna, czyli ocena funkcji psychicznych i zachowań badanego człowieka, umożliwiająca wyodrębnienie zaburzeń i wyjaśnienie mechanizmów tych zaburzeń oraz wskazanie na funkcje i zachowania pozostające w normie.** Ten ro-

dzaj diagnozy znajduje szerokie zastosowanie, związane z różnorodnością celów. Ich przykładami są: diagnoza funkcjonalna w wypadku braku innych wskaźników patologii, diagnoza dynamiki choroby, diagnoza efektów leczenia i diagnoza efektywności terapii bądź rehabilitacji neuropsychologicznej.

Znaczenie **neuropsychologicznej diagnozy funkcjonalnej** jest szczególnie oczywiste i ważne wobec pacjentów w najwcześniejszym stadium choroby. Zaburzenia funkcji psychicznych mają wówczas charakter zwiastunowy względem choroby, która jeszcze nie osiągnęła poziomu objawów neurologicznych, psychiatrycznych i innych – towarzyszących. Wobec tego diagnoza funkcjonalna to diagnoza z wyboru, stosowana wobec pacjentów z wybiórczymi zaburzeniami funkcjonowania poznawczego, które mogą zapowiadać otępienie w przebiegu choroby Alzheimera lub otępienie w chorobach naczyniowych mózgu. Analogiczny przykład dotyczy osób z przedkliniczną, to jest bezobjawową postacią choroby Wilsona, zidentyfikowaną na podstawie rodzinnych badań epidemiologicznych (Seniów, 1998).

Diagnoza funkcjonalna dynamiki choroby służy monitorowaniu jej przebiegu i konsekwencji w zakresie funkcji psychicznych oraz uwarunkowanych przez nie zachowań. W praktyce sprowadza się ona do wyboru kategorii diagnostycznych właściwych dla danej choroby i systematycznego stosowania ich w kolejnych badaniach umożliwiających określenie stanu wyjściowego, procesu narastania lub ustępowania zaburzeń, zmian w ich konfiguracji, a także nastawienia pacjenta do samej choroby, jego sposobów radzenia i nieradzenia sobie z chorobą. Ta forma diagnozy znajduje szczególne zastosowanie w wypadkach urazów czaszkowo-mózgowych, chorobach naczyniowych mózgu, w procesach rozrostowych i chorobach zwyrodnieniowych z charakterystycznym dla nich procesem otępiennym (La Rue, 1992; Łuczywek, 1996).

Diagnoza funkcjonalna efektów leczenia najczęściej znajduje zastosowanie w ocenie skuteczności operacji neurochirurgicznych (Fersten i in., 1997), operacji innych narządów ciała, których warunki mogą rzutować na stan mózgu, jak w wypadku rewaskularyzacji mięśnia sercowego (Jodzio, 1996), oraz nowych propozycji farmakoterapii. Diagnoza taka obejmuje ocenę funkcjonowania grupy pacjentów bezpośrednio przed zastosowaniem danej formy leczenia i grupy pacjentów leczonych metodą tradycyjną, a następnie powtórną ocenę funkcjonowania porównywanych grup po zastosowaniu nowej metody. Bierze się także pod uwagę trzecią ocenę, kontrolną, po upływie 6–12 miesięcy od leczenia.

Diagnoza funkcjonalna efektywności terapii i rehabilitacji neuropsychologicznej coraz częściej znajduje zastosowanie wobec pacjentów oddziałów rehabilitacji, ambulatoriów (na przykład: dla chorych z afazją) i poradni organizujących systematycznie zajęcia z pacjentami, ukierunkowane na zmniejszenie deficytów i/lub wyćwiczenie strategii i technik radzenia sobie z deficytami oraz ich konsekwencjami. Diagnoza efektywności odnosi się przede wszystkim do funkcjonowania człowieka w jego przedchorobowym środowisku, możliwości kompensowania deficytów i stosunku do okoliczności zdeterminowanych przez chorobę.

Innym, nowym rodzajem diagnozy jest **diagnoza ekologiczna**, w której przedmiot analizy i oceny stanowią relacje, jakie człowieka dotkniętego dysfunkcjami mózgu łączą z jego środowiskiem społecznym i materialnym, a także sposób, w jaki definiuje on swoje miejsce w nowych, zmienionych przez chorobę realiach środowiskowych, i to, jak w nich się odnajduje (Przesmycka-Kamińska, 1980).

67.1.3
Samoocena środowiska neuropsychologów w nawiązaniu do diagnozy

Neuropsychologowie rozwijający w pracy klinicznej działalność diagnostyczną dysponują szeregiem kryteriów oceny – zarówno zewnętrznych (na przykład w postaci wyników badań laboratoryjnych i klinicznych, potwierdzających rozwój choroby przewidzianej na podstawie psychologicznych objawów zwiastunowych), jak i wewnętrznych, należących do dyscypliny (na przykład stałość wyników badań, które potwierdzają zdiagnozowany lub tylko przewidywany deficyt niezależnie od metody badań i rodzaju materiału). W kontekście pozytywnych doświadczeń zawodowych w wymiarze indywidualnym zobiektywizowane spojrzenie w odniesieniu do całej grupy zawodowej pozwala odnotować zjawiska negatywne, rozważane także na forum publicznym. Dla przykładu chcielibyśmy przedstawić najważniejsze uwagi sformułowane przez Carla Dodrilla (1997) – przewodniczącego sekcji neuropsychologii w Amerykańskim Towarzystwie Psychologicznym. Autor ten przyjął tezę, że postęp, jaki obserwuje się w neuropsychologii klinicznej, swoim tempem odbiega jednak *in minus* od innych nauk klinicznych zajmujących się układem nerwowym. Jednej z przyczyn tego stanu rzeczy upatruje on w wyznawaniu błędnych przekonań, które nazwał **mitami neuropsychologii** (*myths of neuropsychology*) i których nieprawdziwość wykazał. Cztery mity wiążą się bezpośrednio z diagnozą i dotyczą:

(1) dysponowania wiedzą o konstruktach mierzonych przez testy;
(2) posiadania testów szczególnie czułych w odniesieniu do funkcji płatów czołowych;
(3) wartości diagnostycznej subiektywnych informacji pacjenta o jego statusie poznawczym w następstwie uszkodzenia mózgu (przy wyłączeniu symulowania);
(4) oczekiwania wyników powyżej średniej w testach neuropsychologicznych na podstawie wyższych od średniej ocen zdolności intelektualnych.

Mitologiczny charakter pierwszego poglądu wykazał Dodrill na podstawie analizy wyników testów z Baterii Testów Neuropsychologicznych Halsteada–Reitana (*Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery*; Reitan i Wolfson, 1985), w której współczynniki korelacji wewnątrzgrupowych nie były statystycznie wyższe od współczynników korelacji międzygrupowych, przy czym grupowanie odnosiło się do testów, które z założenia służyły do diagnozowania teoretycznie wyodrębnionych funkcji (na przykład funkcji abstrahowania i tworzenia pojęć, funkcji motorycznych, funkcji sensorycznych itd.).

Przydatność Testu Sortowania Kart Wisconsin (Berg, 1948) jako narzędzia do pomiaru funkcji płatów czołowych mózgu również okazała się mitem w świetle pięciu niezależnych badań, które dały negatywne wyniki.

Wypowiedź pacjenta o stanie funkcji psychicznych przed chorobą i po jej wystąpieniu nie musi być ani oceną adekwatną (w której kontekście klinicysta często planuje badanie diagnostyczne i interpretuje wyniki), ani celowo fałszowaną (przypadek symulowania zaburzeń). Jak mówi Dodrill: w grę wchodzi również *„inability as a possibility"* (niezdolność jako możliwość), a tę warto rozpatrzyć i uwzględnić w diagnozie.

W praktyce oczekuje się zbieżności wyników testów neuropsychologicznych z wynikami testów inteligencji. Oczekiwanie to jest nieuzasadnione, ponieważ testy neuropsychologiczne opracowywano latami po to, by osoby z dysfunkcjami mózgu odróżnić od osób zdrowych, stąd też wyniki badania funkcji mózgu nie układają się według rozkładu normalnego. Ponadto miary niektórych testów (na przykład siły chwytu ręki czy *tappingu*) pozostają bez związku z inteligencją. Jak wykazują badania nad Baterią Testów Neuropsychologicznych Halsteada–Reitana (Kądzielawa, 1990; Reitan i Wolfson, 1985), osoby z inteligencją powyżej średniej wielu testów neuropsychologicznych bynajmniej nie wykonują lepiej niż osoby z inteligencją przeciętną.

Listę mitów przedłożoną przez Dodrilla dopełniają kontrowersje dotyczące narzędzi diagnostycznych, stwierdzone przez Spreena i Strauss (1991) przy okazji opracowywania podręcznika testów.

Wobec faktu, iż testy neuropsychologiczne pochodzą z kilku źródeł, między innymi z badania neurologicznego, psychologii eksperymentalnej, badań naukowych neuropsychologii i psychologii klinicznej, oraz że tylko niewielka ich część od samego początku była opracowywana na użytek kliniczny, staje się zrozumiałe nieprzestrzeganie standardów psychometrycznych w wypadku wielu metod i nierozpowszechnianie tych metod na zasadach komercyjnych. W efekcie klinicyści przekazywali sobie opracowania poszczególnych testów w formie „powielaczowej" lub drukowanej przez dane laboratorium diagnostyczne „do użytku wewnętrznego". Informacje o trafności i rzetelności testu rozproszone były w mniej lub bardziej dostępnych czasopismach, materiałach konferencyjnych lub nieopublikowanych raportach z badań.

Wydanie zbioru testów neuropsychologicznych wymagało niemal detektywistycznej pracy, aby każdy z nich przedstawić według ujednoliconego schematu, obejmującego nazwę oryginalną i inne stosowane, nazwisko autora, cel badania, źródło, metody, opis, sposób użycia, przybliżony czas stosowania, zapis wyników badania, uwagi oraz dane normatywne.

W tym kontekście trudno powstrzymać się od porównań z naszą rodzimą sytuacją, która – pomimo różnic w ilości metod bezpośrednio dostępnych polskiemu klinicyście – w zasadzie wygląda podobnie. Dodać jednak należy, że nasz badacz dysponuje testami – niekiedy bez standaryzacji i normalizacji – tłumaczonymi dosłownie z języka obcego (najczęściej języka angielskiego, z zachowaniem gramatycznych form na „ty" w instrukcjach i poleceniach, co u dorosłych osób badanych wywołuje zaskoczenie).

Testy opublikowane przez Spreena i Strauss należą do najczęściej używanych (w laboratorium autorów i w placówkach współpracujących), zweryfikowanych w praktyce diagnostycznej. Tylko kilka z nich stosuje się rutynowo u większości badanych, pozostałe dobierane są do pytania specyficznego dla diagnozowanej osoby. Większość testów umożliwia posłużenie się nimi przez wyćwiczonego laboranta-psychometrę, który używa zestawu testów dobranych przez klinicystę, przekazując mu potem wyniki badania do interpretacji. Jest to wariant tak zwanej „ślepej" (*blind*) interpretacji, bez kontaktu klinicysty z osobą badaną. Autorzy nie propagują tego wariantu realizowania badania diagnostycznego. Nie jest on również rozpowszechniony w Polsce – ze względu na bogatą, europejską w swej genezie, tradycję badania kliniczno-eksperymentalnego, w którym kontakt z osobą badaną należy do cech definicyjnych, a także ze względu na niedobór etatów niemedycznych w placówkach służby zdrowia.

67.2

Pomoc psychologiczna

Pomoc psychologiczna, pozostająca w związku z dysfunkcjami oraz ich bezpośrednimi konsekwencjami psychologicznymi i behawioralnymi, charakteryzuje się cechami wspólnymi w odniesieniu do wszystkich osób potrzebujących tej pomocy oraz cechami, które wynikają z odrębności pacjentów neurologicznych i ich środowiska społecznego. W kontekście bardziej ogólnym o różnych aspektach pomocy psychologicznej traktuje rozdział 63. Osoby poważnie chore, niezależnie od rodzaju choroby, doświadczają obaw nie tylko przed śmiercią, kalectwem, cierpieniem czy nawrotem choroby, ale także przed niemożnością pełnienia ról społecznych, utratą przyjaciół i zmianami psychiki. Prócz tego pacjenci neurologiczni cierpią często jednocześnie z powodu kalectwa fizycznego i psychicznego, przy czym to drugie bywa bardziej uciążliwe niż pierwsze – zarówno w ocenie ich samych, jak i bliskich im osób. Zaburzenia pamięci i uczenia się, zaburzenia mowy uniemożliwiają orientację w nowej sytuacji, nie pozwalają wyjaśnić istoty choroby, zrozumieć jej objawów, uprzedzić przed negatywnymi doświadczeniami. Trudno w takich warunkach mówić o mobilizacji samego pacjenta, jak również o mobilizującym wpływie otoczenia.

W hierarchii form pomocy psychologicznej pierwsze miejsce zajmuje rehabilitacja neuropsychologiczna, a dalej, bez wartościowania: interwencja kryzysowa, poradnictwo psychologiczne, orzecznictwo i grupy samopomocy oraz profilaktyka patologii i promocja zdrowia.

67.2.1
Rehabilitacja neuropsychologiczna

Rehabilitacja neuropsychologiczna to zorganizowane formy oddziaływania wobec człowieka z zaburzeniami funkcji psychicznych i zachowania, wynikającymi z patologii mózgu. Mają one na celu zrozumienie przez chorego istoty swoich trudności i form ich występowania, zlikwidowanie lub zminimalizowanie zaburzeń, jak również optymalizację życia w warunkach pozostających pod wpływem patologii. Tak rozumiana rehabilitacja była i jest najczęściej wykorzystywana w pracy z pacjentami z afazją, czyli zaburzeniami czynności mowy. Wówczas jest także nazywana **terapią mowy**. Ponadto stosuje się ją wobec pacjentów z zaburzeniami procesów poznawczych, emocjonalnych oraz interakcji społecznych. Lektura książki Howarda i Hatfielda (1987) pozwala prześledzić rozwój głównych szkół terapii chorych z afazją. Najwcześniej wyodrębniła się szkoła dydaktyczna, która odwołuje się do procesu nauczania dzieci w szkole oraz cudzoziemców bez uwzględnienia wiedzy neuropsychologicznej o mózgowych mechanizmach reprezentacji języka i czynności mowy, podobnie jak szkoła modyfikacji zachowania, nawiązująca do psychologii behawioralnej i – zgodnie z jej założeniami – nastawiona na wytwarzanie zachowań językowych poprzez wzmocnienie i modelowanie. W tym wypadku zastosowanie znajdują treningowe programy komputerowe, które żmudnym z natury ćwiczeniom nadają bardziej atrakcyjną formę. Inny przykład dotyczy szkoły reorganizacji funkcji, stworzonej przez Aleksandra Łurię, jego uczniów i współpracowników. Podstawą tej szkoły są: teoria dynamicznej lokalizacji funkcji i czynnikowa teoria afazji, wyjaśniające mózgowe mechanizmy mowy i języka, a także ich reorganizację w wyniku ćwiczeń.

Szkoła pragmatyczna, szkoła neurolingwistyczna i szkoła neuropsychologii poznawczej nawiązują do teorii i kierunków badań psycho- i neurolingwistycznych oraz neuropsychologii poznawczej. Koncentrując się – w pierwszym wypadku – na procesach komunikowania się, dla których język jest tylko jednym z mediów (zob. Holland, 1980; Przesmycka-Kamińska, 1980), w drugim – na systemie językowym, na wyróżnionych poziomach jego organizacji oraz na specyficznych zaburzeniach lingwistycznych, a w trzecim – na modelach poszczególnych funkcji i procesów poznawczych oraz na zaburzeniach poszczególnych elementów tych modeli, wymienione szkoły rozwinęły bogaty repertuar strategii i metod. Przykład takiego ścisłego powiązania terapii z modelem teoretycznym i z diagnozą z kręgu neuropsychologii poznawczej przedstawiliśmy we wcześniejszej publikacji (Kądzielawa, 1996).

67.2.2
Interwencja kryzysowa

Interwencja kryzysowa to – z perspektywy neuropsychologii – forma pomocy psychologicznej, mająca na celu odzyskanie przez chorego i/lub jego najbliższych zdolności do rozwiązywania problemów, jakie wynikają z choroby mózgu i jej konsekwencji. Najczęściej kryzys ujawnia się w sy-

tuacji nagłego silnego stresu, doświadczanego bezpośrednio po wystąpieniu choroby albo po udanej interwencji chirurgicznej, a więc w okresie rekonwalescencji i przygotowań do podjęcia czasowo zawieszonych ról społecznych. W obu wypadkach znajduje zastosowanie wsparcie emocjonalne, udzielanie informacji ułatwiających zrozumienie nowej sytuacji, wskazywanie na mocne strony pacjenta, na typowość przebiegu choroby i rekonwalescencji, możliwe następstwa, a także sposoby radzenia sobie – te potencjalne i te sprawdzone już przez innych.

Interwencja kryzysowa psychologa przydaje się również w sytuacjach przewlekłego stresu traumatycznego u osób opiekujących się pacjentem z przewlekłą, postępującą i nieuleczalną chorobą mózgu, które po latach pełnej mobilizacji przestają radzić sobie z przeciążeniem, jakie wynika z psychicznego obcowania z cierpiącą czy tracącą swoje człowieczeństwo osobą i z wyczerpującej fizycznie pielęgnacji.

67.2.3
Inne formy pomocy psychologicznej

Obok zróżnicowanych form pomocy psychologicznej kierowanej do pacjentów neurologicznych, w praktyce społecznej istnieje również zapotrzebowanie na pomoc udzielaną osobom zdrowym w ramach poradnictwa, konsultacji grup samopomocy i orzecznictwa.

Poradnictwo psychologiczne jest adresowane do osób zdrowych, poszukujących pomocy w sytuacji antycypacji trudności lub ich obecności i przy braku efektywnych metod ich rozwiązywania, jak również wobec potrzeby dyskusji ze specjalistą o własnych problemach i o sposobach ich rozwiązywania. Potrzeba konsultacji z neuropsychologiem pojawia się wówczas, gdy – na przykład – u osoby starszej jej bliscy dostrzegają nietypowe dla niej, a powtarzające się zachowania i chcieliby wyjaśnić, w jakim stopniu są one przejawem fizjologicznego procesu starzenia się, w jakim zaś zwiastunowym objawem otępienia. Ponadto interesują się, jakie zachowania wpływają spowalniająco na proces patologiczny. Porady u neuropsychologa może też szukać rodzina pacjenta, która podejrzewa, że nie rozumie albo źle interpretuje jego zachowania, co może być źródłem postaw niesprzyjających zdrowieniu (Rutkowska, 1997).

Grupy samopomocy to grupy osób podzielających (przynajmniej częściowo) wspólne doświadczenia i pomagające sobie w rozwiązywaniu wspólnych problemów. Grupy takie funkcjonują najczęściej na zasadzie towarzystw i stowarzyszeń (na przykład Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego) pacjentów i/lub ich rodzin. Członkowie grupy z reguły żyją w stanie przewlekłego stresu, a w grupie odnajdują możliwości otrzymywania i dawania wsparcia emocjonalnego, uzewnętrzniania emocji, wymiany informacji i doświadczeń, jak również wzmacniają poczucie więzi i rozwijają formy pomocy. Neuropsycholog służy im jako ekspert i konsultant.

Orzeczenie lub ekspertyza neuropsychologiczna to forma diagnozy określającej psychiczne i behawioralne konsekwencje dysfunkcji mózgu, zwłaszcza w zakresie tak zwanych wyższych czynności psychicznych i zachowań adaptacyjnych. Ekspertyzy formułowane przez neuropsychologów są opracowywane najczęściej na użytek sądu i firm ubezpieczeniowych. Ich cel stanowi wyjaśnienie związku zachowań lub deficytów, przejawianych przez danego człowieka z patologią mózgu, z czynnikami, które ją wywołały.

67.2.4
Profilaktyka zaburzeń lub choroby

Profilaktyka (prewencja) zaburzeń oznacza działanie ukierunkowane na zmniejszanie prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W praktyce neuropsychologicznej problem prewencji był dobrze znany i klinicystom, i badaczom. Mimo że nie posługiwali się tą nazwą, propagowali jednak jak najwcześniejsze rozpoczynanie zajęć terapeutycznych i reedukacyjnych, aby nie dopuścić do pogłębienia się zaburzeń natury fizycznej (na przykład tworzenia się przykurczów mięśni czy narastania ich spastyczności); do występowania zaburzeń o charakterze psychogennym, traktowanych jako reakcja na głębokie deficyty językowe, które praktycznie znosiły możliwość komunikowania się; oraz do powstawania izolacji społecznej, inicjowanej przez pacjenta lub przez jego otoczenie albo przez obie strony równocześnie. Wymienione postulaty są wciąż aktualne w pracy z pacjentem i stanowią swoiste tło działań instytucjonalnych, często o zasięgu międzynarodowym, zmierzających do intensyfikacji badań nad wybraną przyczyną patologii mózgu, do zmian organizacyjnych w służbie zdrowia i placówkach opieki społecznej oraz do zmian zachowań społecznych w kierunku przeciwdziałania czynnikom ryzyka i zmniejszania negatywnych konsekwencji patologii już zaistniałej. Przykład takich zintegrowanych w skali europejskiej działań prewencyjnych, a także promujących zdrowie – w postaci Deklaracji Helsingborskiej w sprawie udarów mózgu – przedstawiliśmy w paragrafie 67.1.

67.2.5
Promocja zdrowia

Promocja zdrowia to działania mające na celu zmianę ustosunkowania indywidualnego człowieka i grup społecznych do zdrowia jako wartości i do możliwości (tych indywidualnych i tych zbiorowych, instytucjonalnych) zabiegania o tę wartość oraz jej rozwijania, a także kształtowanie zachowań służących zdrowiu. Wymienione cele z perspektywy psychologii realizowane są poprzez:

(1) upowszechnienie wiedzy o człowieku jako jedności psychosocjofizycznej, o rozwoju człowieka i o czynnikach zarówno sprzyjających, jak i niesprzyjających zdrowiu;
(2) rozwijanie wiedzy o fizycznym i społecznym środowisku człowieka, ich charakterystykach obiektywnych, niezależnych i zależnych od człowieka;
(3) popularyzację psychologicznych teorii zdrowia;
(4) rozpoznanie czynników i okoliczności zagrażających zdrowiu, tłumaczenie mechanizmów ich oddziaływania na człowieka;
(5) przedstawianie sposobów przeciwdziałania zagrożeniom i prezentowanie przykładów skutecznych działań;
(6) kształtowanie zachowań zdrowotnych;
(7) popularyzację pojęcia jakości życia – zarówno człowieka zdrowego, jak i pacjenta, któremu medycyna ratuje życie, ale jego jakość pozostawia poza zakresem swoich zainteresowań.

Ograniczając przykłady promocji zdrowia do kręgu działań chroniących człowieka przed chorobami układu nerwowego lub zwalczających negatywne skutki chorób, można mówić o następujących kategoriach:

(1) działania instytucjonalne pod postacią rozwiązań prawnych na rzecz ochrony środowiska (na przykład ustawowe ograniczenia emisji środków trujących w powietrzu, glebie i w wodzie) i na rzecz ochrony zdrowia (na przykład przepisy ruchu drogowego, nakładające obowiązek użycia kasków czy pasów bezpieczeństwa);
(2) działania towarzystw i organizacji społecznych, propagujących wiedzę i zachowania sprzyjające zdrowiu (na przykład Dzień Ziemi, obchodzony w wielu miejscach świata, w programie obchodów obejmujący między innymi: pokazy technologii przyjaznych środowisku, degustację zdrowej żywności, udział w aktywnych formach rekreacji);

(3) realizacja programów badań naukowych, o charakterze interdyscyplinarnym, nad epidemiologią chorób układu nerwowego i czynników ryzyka, a także propagowanie metod zmniejszania zagrożeń;
(4) realizacja badań nad jakością życia osób z dysfunkcjami mózgu i próby wprowadzania zmian zgodnie z uzyskanymi wynikami.

67.3

Podsumowanie

Rozwój wiedzy o życiu człowieka, o jego funkcjonowaniu w normie i w patologii znajduje swój wyraz w świadomości społecznej i w praktyce społecznej. Ograniczając rozważania do perspektywy neuropsychologii klinicznej, warto przypomnieć, że lata dziewięćdziesiąte zostały proklamowane przez parlament USA jako dekada badań nad mózgiem. Wiedza o mózgu, o technicznych metodach poznawania jego struktury i funkcji, a także wiedza o chorobach mózgu, ich konsekwencjach w wymiarze indywidualnym, rodzinnym i społecznym oraz o metodach leczenia jest przedmiotem stałej popularyzacji w środkach przekazu informacji.

Wzrostowi zagrożeń występowania chorób związanych z uprzemysłowieniem i urbanizacją, ze zmianami demograficznymi, które niosą nagromadzenie objawów patologicznego starzenia się, z kumulowaniem się napięć społecznych rozładowywanych w sposób szkodzący zdrowiu (alkoholizm, narkomania, infekcja wirusem HIV i choroba AIDS) towarzyszą jednocześnie instytucjonalne, nieinstytucjonalne i profesjonalne formy ochrony zdrowia i troski o jakość życia.

Z jednej strony można mówić o rozwoju ochrony prawnej zdrowia i o prawach pacjentów, o tworzeniu międzynarodowych, regionalnych i krajowych organizacji na rzecz zdrowia i leczenia określonych chorób, a także propagowania metod prewencji zaburzeń i promocji zdrowia.

Z drugiej strony na podkreślenie zasługuje spontaniczna, środowiskowa działalność obywateli podejmujących inicjatywy służące rozwojowi człowieka, wspieraniu go oraz jego najbliższych w chorobie, wytwarzaniu nawyków prozdrowotnych: od najprostszych, związanych z higieną, po nawyki żywieniowe i wartościowe formy rekreacji.

Jeszcze inny aspekt każe zwrócić uwagę na zmiany charakterystyczne dla dyscyplin naukowych i właściwej im praktyki społecznej. W zakresie nauk o układzie nerwowym, do których zalicza się również neuropsychologię, obserwuje się rozwój form kształcenia podyplomowego, obligujących do stałego aktualizowania wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych; tworzenie interdyscyplinarnych zespołów badawczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych; opracowywanie i realizację międzynarodowych programów walki z poszczególnymi chorobami. Równolegle do zmian o charakterze ogólnym zachodzą istotne zmiany w samej praktyce społecznej neuropsychologii klinicznej. Dotyczą one dwu podstawowych form działalności: diagnozy i pomocy psychologicznej. Traci na znaczeniu diagnoza lokalizacyjna dysfunkcji mózgu, zastąpiona przez aparaturowe metody wizualizacji mózgu w jego charakterystykach strukturalnych i czynnościowych, zyskuje natomiast diagnoza funkcjonalna, stosowana w różnych celach i zakresach. Nowością jest diagnoza ekologiczna, rozpatrująca człowieka chorego w jego ścisłych związkach ze środowiskiem.

Z kolei w ramach pomocy psychologicznej rozwija się i doskonali rehabilitacja neuropsychologiczna, która często stanowi jeden z elementów kompleksowej rehabilitacji pacjenta. Nowego znaczenia nabierają także inne, coraz skuteczniejsze formy pomocy psychologicznej, adresowanej zarówno do chorego, jak i do ludzi zdrowych, zainteresowanych opinią specjalisty w ważnej dla nich sprawie, jaką jest zdrowie czy jakość życia.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Czym przejawia się postęp w dziedzinie poznawania relacji: mózg – zachowanie?
2. W jaki sposób zmiany demograficzne wpływają na neuropsychologię kliniczną?
3. Jakie są cechy wspólne wariantów neuropsychologicznej diagnozy funkcjonalnej, a jakie cechy je różnicują?
4. Według jakich kryteriów można charakteryzować szkoły rehabilitacji chorych z afazją?
5. Jakie formy pomocy psychologicznej adresowane są do rodzin pacjentów neurologicznych?

LITERATURA ZALECANA

Kądzielawa, D. (1996). Afazja. W: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* (s. 53–86). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Łuczywek, L. (1996). Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji. W: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* (s. 111–140). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Pąchalska, M. (1999). *Afazjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Rutkowska, A. (1997). Problem psychologicznej pomocy chorym neurologicznym i ich rodzinom. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica, 1*, s. 67–78.

68

Psychopatologia zjawisk społecznych

Józef K. Gierowski, Zbigniew Lew-Starowicz i Jerzy Mellibruda

Zaburzenia funkcjonowania człowieka w relacjach z innymi ludźmi są przedmiotem zainteresowania nie tylko psychologii, lecz także innych nauk społecznych. Zrozumienie zjawisk z zakresu patologii społecznej wymaga – obok wyjaśnień psychologicznych – uwzględnienia również medycznych, prawnych i socjologicznych aspektów zachowania. W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną takie zaburzenia relacji jednostki z innymi, które rodzą najwięcej problemów społecznych, a także najbardziej degradują człowieka jako osobę.

68.1

Psychologiczna problematyka uzależnień od alkoholu i narkotyków

Jerzy Mellibruda

Alkohol jest prawdopodobnie najstarszą i najbardziej popularną substancją chemiczną zażywaną przez ludzi w celu bezpośredniego uzyskiwania pożądanych efektów psychologicznych – wzbudzania specyficznych stanów emocjonalnych, zmiany stanu świadomości i sposobu myślenia oraz zmiany zachowania.

Jednak zażywanie tej substancji związane jest z ryzykiem powstawania zaburzeń emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych oraz szkód biologicznych, które mogą poważnie zagrozić nie tylko życiu i zdrowiu osoby pijącej, ale także destrukcyjnie wpływać na jej najbliższe otoczenie. Różnorodne szkody związane z nadużywaniem alkoholu mogą obejmować około 10% populacji, a ich wymiar ekonomiczny szacowany jest nieraz na 3%–5% produktu narodowego brutto (Mellibruda,1996a).

Zjawiska i procesy psychologiczne odgrywają bardzo ważną rolę we wszystkich sytuacjach związanych ze spożywaniem i nadużywaniem alkoholu. Także zdecydowana większość współczesnych metod terapeutycznych stosowanych wobec osób uzależnionych oparta jest na oddziaływaniach psychologicznych.

Zdaniem ekspertów, rozmiary uzależnienia od narkotyków w Polsce są znacznie mniejsze niż uzależnienia od alkoholu. Szacuje się, że osób uzależnionych od alkoholu jest

około 600–700 tysięcy, uzależnionych od narkotyków zaś dziesięć razy mniej. Istnieje jednak obawa, że rozmiary tego zjawiska będą się zwiększać w najbliższych latach, na wzór innych krajów zachodnich. W niniejszym rozdziale psychologiczna problematyka uzależnień przedstawiona zostanie na przykładzie uzależnienia od alkoholu. Od wielu lat w literaturze fachowej obserwuje się tendencję do łącznego rozpatrywania zjawiska uzależnienia od różnych psychoaktywnych substancji chemicznych. W USA większość placówek terapeutycznych dla osób uzależnionych przyjmuje zarówno alkoholików, jak i narkomanów (Doweiko, 1996).

W dziesiątej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Behawioralnych (ICD-10) sformułowano sposoby diagnostycznego określania „zaburzeń psychicznych i behawioralnych, związanych z używaniem substancji psychoaktywnych". Klasyfikacja ta obejmuje blok dziesięciu zespołów zaburzeń, związanych z alkoholem i oznaczanych symbolem F10, z opiatami (F11), z konopiami (F12), ze środkami uspokajającymi i nasennymi (F13), z kokainą (F14), z innymi substancjami stymulującymi – w tym kofeiną (F15), z substancjami halucynogennymi (F16), z paleniem tytoniu (F17), ze środkami wziewnymi (F18) oraz z kilkoma substancjami równocześnie (F19) (Pużyński i Wciórka, 1997).

Do klasyfikacji zaburzeń związanych z każdą z tych substancji przygotowano dziesięć kategorii, określających specyficzne warunki kliniczne: F.1x.0 – ostre zatrucie, F.1x.1 – szkodliwe używanie, F.1x.2 – zespół uzależnienia, F.1x.3 – zespół abstynencyjny, F.1x.4 – zespół abstynencyjny wraz z majaczeniem, F.1x.5 – zaburzenia psychotyczne, F.1x.6 – zespół amnestyczny, F.1x.7 – zaburzenia psychotyczne związane z odroczonymi skutkami zażywania, F.1x.8 – inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, F.1x.9 – niespecyficzne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

Przy diagnozie zespołu uzależnienia uwzględnia się grupę zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych wskazujących, że używanie określonej substancji uzyskało u danej osoby pierwszeństwo wobec innych jej zachowań, które poprzednio miały duże znaczenie. Podstawową właściwością charakteryzującą ten zespół jest **silne pragnienie** danej substancji. Stwierdza się również, że zażycie substancji po okresie abstynencji prowadzi do ponownego ujawnienia się innych cech zespołu w większym nasileniu.

Diagnoza zespołu uzależnienia powinna opierać się na stwierdzeniu, że w ciągu minionego roku ujawniły się co najmniej trzy z poniżej wymienionych zjawisk:

(1) silne pragnienie lub poczucie przymusu zażycia substancji;
(2) trudności w kontrolowaniu zachowania związanego z zażywaniem substancji (rozpoczynanie, kończenie i rozmiary zażywania);
(3) fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące, gdy zażywanie substancji zostało przerwane lub zmniejszone, przejawiające się specyficznym dla danej substancji zespołem abstynencyjnym oraz zażywaniem tej samej lub podobnej substancji w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;
(4) stwierdzenie tolerancji (potrzeby zażywania zwiększonej dawki substancji w celu uzyskania efektów poprzednio osiąganych przy pomocy mniejszych dawek);
(5) narastające zaniedbywanie innych źródeł przyjemności lub zainteresowań z powodu zażywania danej substancji, zwiększenie ilości czasu koniecznego do zdobycia lub zażywania substancji albo do usuwania skutków jej działania;
(6) zażywanie mimo wyraźnych dowodów szkodliwych następstw, takich jak uszkodzenia wątroby, stany depresyjne występujące po okresach intensywnego używania tych substancji, uszkodzenia funkcjonowania poznawczego związane z substancjami – w tych przypadkach potrzebne jest rozpoznanie, czy zażywający był lub mógł być świadomy natury i zakresu tych szkód.

Dość częstym nieporozumieniem jest utożsamianie uzależnienia od substancji chemicznej ze szkodami powodowanymi przez jej zażywanie. Tymczasem istotą uzależnienia jest fakt, że człowiek – pomimo tych szkód – nadal zażywa daną substancję, a kiedy próbuje się od tego powstrzymać, to próby te na ogół kończą się niepowodzeniem.

Psychologiczne próby opisu i wyjaśniania zjawisk związanych z uzależnieniem najczęściej koncentrują się wokół takich tematów, jak geneza i mechanizmy uzależnienia oraz proces terapii i zdrowienia. Funkcjonowanie osoby uzależnionej obejmuje wiele wzajemnie powiązanych procesów tworzących patologiczny system, który kontroluje całość życia i prowadzi do poważnych zaburzeń zdrowia i przedwczesnej śmierci (Jellinek, 1987; Kinney i Leanton, 1996; Kulisiewicz, 1982).

Przedstawimy kilka wybranych koncepcji uzależnienia i terapii, odwołujących się do wyjaśnień psychologicznych. Zaczniemy jednak od przedstawienia koncepcji, która nie została stworzona przez psychologów i która jest przykładem nieprofesjonalnego poszukiwania zrozumienia natury alkoholizmu i sposobu na utrzymywanie abstynencji oraz zdrowienie.

68.1.1
Zdrowienie z alkoholizmu w programie Anonimowych Alkoholików

Powstanie i rozwój wspólnoty Anonimowych Alkoholików (AA) jest jednym z fascynujących zjawisk społeczno-kulturowych w naszym stuleciu. AA to nie tylko powszechnie ceniony program radzenia sobie z bardzo groźną chorobą, z którego korzysta ponad milion osób na świecie. Opisane w wielu książkach i broszurach doświadczenia tej wspólnoty dostarczyły modelu działania niezliczonej ilości innych stowarzyszeń i środowisk wzajemnej pomocy, które zrzeszają ludzi borykających się z różnymi problemami osobistymi. Szczególną rolę odegrały tu pisane i opowiadane wyznania tysięcy trzeźwiejących alkoholików, dających świadectwo zarówno swym dramatom osobistym związanym z piciem, jak i głębokim przemianom psychologicznym i duchowym, jakie się w nich dokonywały w trakcie zdrowienia.

Anonimowi Alkoholicy mówią o sobie, że są „wspólnotą ludzi, którzy dzielą się swymi doświadczeniami, swoją mocą i nadzieją, że mogą rozwiązać swój wspólny problem i pomóc innym w zdrowieniu z alkoholizmu". Jedynym warunkiem potrzebnym do uczestnictwa w tej wspólnocie jest pragnienie powstrzymania się od picia. Podstawowym celem zaś jest trzeźwość oraz pomaganie innym ludziom w jej osiągnięciu i utrzymaniu (*Alcoholics Anonymous*, 1976; Woronowicz, 1997).

Poszczególne grupy AA zachowują autonomię, powinny być samowystarczalne i nie przyjmować żadnych środków finansowych z zewnątrz. Członkowie grup uczestniczą w regularnych spotkaniach, nazywanych mityngami, i indywidualnie korzystają z zaleceń programu. Zachowują anonimowość w wystąpieniach publicznych i w czasie mityngów. Treść programu opisana jest w formie Dwunastu Kroków.

W programie AA podstawowym układem odniesienia stają się zasady egzystencji całej wspólnoty oraz idee zawarte w Dwunastu Krokach, a w szczególności – idea powierzenia Bogu kontroli nad własnym życiem oraz „poddania się", czyli zaakceptowania swej bezsilności wobec alkoholu. Istota przemian psychologicznych dokonujących się u osoby intensywnie realizującej ten program upodabnia je do zjawiska konwersji, czyli nawrócenia religijnego pod wpływem doświadczenia osobistej klęski życiowej.

RAMKA 68.1

Wspólnota Anonimowych Alkoholików ma własny program działania, który opisano w postaci następujących Dwunastu Kroków:

(1) Uznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować własnym życiem.
(2) Uwierzyliśmy, że Siła większa od nas samych może przywrócić nam zdrowie.
(3) Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, jakkolwiek Go pojmujemy.
(4) Zrobiliśmy gruntowny i odważny obrachunek moralny.
(5) Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów.
(6) Staliśmy się całkowicie gotowi, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru.
(7) Zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki.
(8) Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy, i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim.
(9) Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych.
(10) Prowadziliśmy nadal obrachunek osobisty, przyznając się do popełnionych błędów.
(11) Poprzez modlitwę i medytację dążyliśmy do ulepszenia naszej więzi z Bogiem, jakkolwiek Go pojmujemy, modląc się o zrozumienie Jego woli oraz o siłę do jej spełnienia.
(12) Przebudzeni duchowo w rezultacie Kroków staraliśmy się nieść posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach.

68.1.2 Terapia uzależnienia chemicznego według modelu Minnesota

Początki profesjonalnego podejścia do leczenia alkoholizmu sięgają lat pięćdziesiątych i związane są z tradycją lecznictwa w amerykańskim stanie Minnesota, w którym w 1949 roku utworzono eksperymentalny program leczenia alkoholików (Anderson, 1986). Przyjęto w nim nowatorskie, jak na tamte czasy, następujące założenia:

(1) Alkoholizm jest chorobą, polegającą na utracie kontroli nad piciem i na patologicznym pragnieniu alkoholu; u podłoża tej choroby tkwi zależność chemiczna podobna u wszystkich osób uzależnionych od innych substancji zmieniających nastrój.
(2) Alkoholizm jest chorobą chroniczną, rządzącą się własnymi prawami i mającą różne aspekty, które powinny być przedmiotem uwagi i interwencji terapeutycznych.
(3) Wstępna motywacja do leczenia nie jest warunkiem koniecznym do osiągania pozytywnych wyników, prawie wszyscy pacjenci są w jakiś sposób „przymusowi", a zaprzeczanie chorobie jest symptomem chorobowym, można więc leczyć pacjentów, którzy negują jej istnienie u siebie, i powinno to być także ważną wskazówką dla ich najbliższego otoczenia.

Opierając się na powyższych założeniach, przygotowano następujące zalecenia do pracy terapeutycznej:

(1) Ponieważ alkoholizm jest prawdopodobnie chorobą nieuleczalną, nie można być pewnym, czy po usunięciu objawów choroba zniknie. Dlatego celem terapii powinna być pomoc w radzeniu sobie z chorobą, przy akceptacji wynikających z tego ograniczeń, a więc pełnej rezygnacji z alkoholu.
(2) Filozofia i doświadczenia wspólnoty Anonimowych Alkoholików powinny dostarczać ważnych wskazówek dotyczących terapii – oznacza to między innymi zatrudnianie niepijących alkoholików i członków AA jako tak zwanych doradców do spraw alkoholizmu (*alcoholism counselors*) oraz bliską współpracę z grupami AA.
(3) Z faktu, że alkoholizm ma wiele aspektów, wynika zalecenie, by w zespole terapeutycznym zatrudniać przedstawicieli różnych dyscyplin – lekarzy, pielęgniarki, pracowników socjalnych, doradców czy duchownych.
(4) W celu zwiększenia intensywności oddziaływania terapeutycznego postanowiono stworzyć ściśle kontrolowane środowisko terapeutyczne, ukierunkowane na wprowadzenie gwałtownej zmiany w życiu pacjenta w ciągu krótkiego okresu – około 60 dni – pobytu w ośrodku stacjonarnym.

Przebieg całego programu można skrótowo opisać w następujący sposób. Po detoksykacji diagnozuje się stan pacjenta i wstępnie określa kierunek pomagania. Na tej podstawie zespół planuje indywidualny program leczenia. Składa się on z dwóch części – ogólnej, czyli wspólnej dla wszystkich, i specyficznej – dostosowanej do potrzeb indywidualnych każdego pacjenta. Pacjenci uczestniczą w wykładach, spotkaniach w grupach terapeutycznych, spotkaniach z osobistym doradcą oraz pracują przy obsłudze ośrodka. Wykłady dotyczą objawów alkoholizmu, różnych form zachowań i problemów alkoholika oraz sposobów pozytywnej zmiany zachowania. Spotkania w grupie zadaniowej, prowadzonej przez doradcę, obejmują takie tematy, jak: „żal", „wstyd", „zaprzeczanie", „egocentryzm", obwinianie innych" itd. Są prowadzone w sposób nieustrukturalizowany i każdy jest zachęcany do dzielenia się swoimi doświadczeniami. Celem jest zmiana destruktywnych postaw życiowych i podjęcie decyzji w sprawach związanych z alkoholem.

Osobisty doradca towarzyszy pacjentowi w realizacji programu, odgrywając rolę podobną do korepetytora. Jest powiernikiem i opiekunem, stanowi wzór do naśladowania.

Proces terapii przebiega w trzech fazach. Po przezwyciężeniu zaprzeczania i uznaniu, że jest alkoholikiem bezradnym wobec alkoholu, pacjent ma uświadomić sobie potrzebę zmiany i utwierdzić się w przekonaniu o umiejętności jej dokonania. Personel podtrzymuje go i wspiera przy podejmowaniu decyzji o zmianie. Pacjent podejmuje próbę zmiany natychmiast i jest zachęcany do sprawdzenia nowego stylu życia jeszcze w trakcie leczenia. Wypis ze szpitala nie kończy leczenia – personel planuje pacjentowi dalsze postępowanie lecznicze i wspierające zmiany (*after care*).

Model Minnesota zyskał dużą popularność w USA i w innych krajach (zob. Brown, 1990; Osiatyński, 1992; Woydyłło, 1991). Wiele placówek prowadzi terapię osób uzależnionych od substancji chemicznych, przyjmując zawarte w tym modelu założenia lub wykorzystując poszczególne elementy modelu przy projektowaniu własnych rozwiązań terapeutycznych.

68.1.3 Modele terapii uzależnienia oparte na teorii uczenia

Odmiennym nurtem przebiegały poszukiwania teoretyczne i kliniczne związane od ponad trzydziestu lat z podejściem behawioralnym. Początkowo uwzględniano przede wszystkim zasady uczenia się, wynikające z badań prowadzonych w laboratoriach psychologii eks-

perymentalnej. Później podejście zmodyfikowano, włączając do koncepcji i metod oddziaływania czynniki poznawcze. Wreszcie uzyskało ono najbardziej współczesną postać, znajdując ugruntowanie w teorii uczenia społecznego, integrującej w procesie uczenia udział czynników behawioralnych, poznawczych, emocjonalnych oraz interpersonalnych i społecznych (Monti, Kadden i Cooney 1994).

Wczesna wersja podejścia behawioralnego bazowała na modelu warunkowania i redukcji popędu, utworzonym w trakcie badań nad zwierzętami. Patologiczne picie rozpatrywane było jako prosty nawyk behawioralny, wzmacniany fizjologicznymi reakcjami na alkohol. Podejście takie sugerowało stosowanie awersyjnych metod odwykowego oddziaływania na alkoholików, to jest kształtowanie negatywnych skojarzeń związanych z piciem poprzez bolesne doświadczenia lub wzbudzanie lęku przed nimi. Mogły to być szoki elektryczne, prowokowane wymioty, kary dyscyplinarne lub stosowanie disulfiramu – substancji chemicznej, powodującej wstrząs fizjologiczny po wypiciu alkoholu. Takie negatywne doświadczenia powinny likwidować nawyk picia. To właśnie do tego, przestarzałego już, podejścia do alkoholizmu nawiązuje nazwa „lecznictwo odwykowe", do której wszyscy w Polsce już się przyzwyczaili.

W latach siedemdziesiątych wycofano się z tego podejścia, uznając je za zbyt prymitywne. Uwaga badaczy i klinicystów skoncentrowała się na analizie związków między piciem i sytuacjami stresowymi. Zakładano, że sytuacje wywołujące lęk mogą być źródłem czynników potęgujących picie. Alkohol wydawał się obniżać poziom lęku i dzięki temu stawał się coraz bardziej atrakcyjny. Picie powodowało osłabienie przykrych doświadczeń fizjologicznych towarzyszących przeżywaniu lęku. Przy powtarzających się sekwencjach lęku sytuacyjnego i nadmiernego picia redukującego lęk już sam sygnał zagrożenia mógł wywoływać pragnienie picia. Koncepcja ta uzyskiwała liczne potwierdzenia, jednak późniejsze badania wykazały, że alkoholicy bardzo często doświadczali zwiększonego lęku, napięcia i depresji od momentu, w którym zaczynali picie, co było niezgodne z hipotezą, że alkohol redukuje napięcie. Okazało się więc, że związek między stresem a piciem alkoholu jest znacznie bardziej złożony, niż pierwotnie zakładano, i że konieczne jest uwzględnienie roli czynników indywidualnych, specyficzności stresu oraz kontekstu społecznego, w którym występuje (Marlatt i Gordon, 1985).

Współczesna koncepcja uzależnienia, wywodząca się z podejścia behawioralnego, określa je jako silnie działający wzór zachowania nawykowego oraz błędne koło zachowań autodestrukcyjnych. Jest ono wyznaczone powiązaniem skutków warunkowania klasycznego (nabyta tolerancja na alkohol, częściowo wywołana przez uwarunkowane reakcje, których celem jest kompensacja szkodliwych skutków alkoholu) i warunkowania instrumentalnego (pozytywnie wzmacniająca przyjemność, występująca po zażyciu alkoholu, połączona z negatywnie wzmacniającą ulgą, związaną z uniknięciem dysforycznych stanów fizycznych lub psychicznych – także tych, które są skutkiem uprzedniego picia) (Marlatt i Gordon, 1985). Choć uzależnienie może być opisywane jako wyuczony wzór zachowania nawykowego, nie oznacza to, iż dana osoba jest odpowiedzialna za jego powstanie ani że jest w stanie przy pomocy własnej woli kontrolować to zachowanie.

68.1.3.1 Trening umiejętności zaradczych Montiego

Najbardziej dojrzałym i współczesnym modelem terapeutycznego podejścia do leczenia alkoholików, który wyłonił się z nurtu opartego na koncepcji uczenia się, jest program treningu umiejętności zaradczych, opracowany przez Petera Montiego i współpracowników (Monti i in., 1994). W programie tym zachowanie nałogowe rozumiane jest jako utrwalone i niekonstruktywne radzenie sobie ze stresem. Stres zaś wynika z braku równowagi między wymaganiami stawianymi przez środowisko a możliwościami jednostki. Jeżeli dana osoba nie ma odpowiednich umiejętności radzenia sobie z wymaganiami, to stara się przywracać utraconą równowagę przy pomocy alkoholu i w ten sposób przystosowuje się do sytuacji.

Teoria uczenia społecznego Alberta Bandury (1977b), zastosowana do wyjaśniania tych zjawisk, przyjmuje, że istotną rolę odgrywa interakcja czynników biologicznych, predysponujących do uzależnienia, i psychospołecznych, które mają decydujące znaczenie w utrwalaniu zachowań nałogowych. Ta właśnie interakcja genetycznie uwarunkowanej podatności z określonymi czynnikami psychospołecznymi powoduje powstawanie deficytów w umiejętnościach radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Pacjenci mogą jednak wziąć odpowiedzialność za opanowanie nowych zachowań i nauczyć się, jak lepiej sobie radzić ze swoją genetycznie uwarunkowaną i społecznie wyuczoną podatnością.

Badania podstawowe i kliniczne oparte na teorii uczenia społecznego doprowadziły do ustalenia kilku reguł, ważnych przy zrozumieniu uzależnienia i przy opracowywaniu programów terapeutycznych. Jedna z nich dotyczy roli modelowania społecznego i wpływu transmisji wzorów nadużywania alkoholu w najbliższym środowisku na powstawanie uzależnienia. Istotnym efektem modelowania jest kształtowanie się pozytywnych oczekiwań co do działania alkoholu. Ten istotny proces wywierania wpływu społecznego jest w programie Montiego wykorzystywany jako technika terapeutyczna. Źródłami modelowania pożądanych postaw i zachowań są terapeuci i inni uczestnicy grup terapeutycznych oraz członkowie rodziny.

Inna reguła wiąże się z kolei z oddziaływaniem poprzez wzmocnienia pozytywne i negatywne. Alkohol może być źródłem obu typów wzmocnień. Zwiększa ukrwienie naczyń podskórnych i narządów wewnętrznych, co powoduje poczucie ciepła. Ludzie, którzy nie nauczyli się naturalnych sposobów doświadczania pozytywnych uczuć, mogą być szczególnie podatni na sięganie po alkohol w celu zaspokojenia takich potrzeb. Społeczne wzmocnienia pozytywne związane są ze zwiększonym poczuciem swobody w kontaktach z ludźmi, z koncentrowaniem na sobie ich uwagi bądź z uwalnianiem się od poczucia odpowiedzialności. Natomiast negatywne wzmocnienia dostarczane przez alkohol polegają na podtrzymywaniu zachowania (picie), które łagodzi negatywne doświadczenia lub pozwala ich unikać. Przykładem jest tu redukcja negatywnych stanów emocjonalnych, zapominanie o kłopotach itd.

W czasie przygotowywania terapii zwraca się uwagę na charakter czynników i okoliczności stanowiących źródła takich wzmocnień. Pacjentom radzi się, by unikali określonych sytuacji, które mogą zwiększać ryzyko picia, oraz rozwija się w nich umiejętności radzenia sobie z bodźcami wywołującymi pragnienie alkoholu.

Jeszcze inna reguła związana jest z rolą poczucia skuteczności własnych działań oraz z oczekiwaniami dotyczącymi sposobu rozwiązywania ważnych sytuacji życiowych. Te dwa istotne i uniwersalne zjawiska psychologiczne są szczególnie znaczące zarówno w powstawaniu uzależnienia, jak i w terapii. Alkoholicy mają na ogół bardzo niskie poczucie skuteczności własnego postępowania, chociaż usilnie temu zaprzeczają, a ich oczekiwania co do finału wielu sytuacji życiowych zawierają wizję nieuchronnej porażki.

W czasie terapii pacjenci powinni kształtować mocne i oparte na realistycznych podstawach zaufanie do własnych możliwości radzenia sobie z wymaganiami, jakie stawia przed nimi życie.

Deficyty umiejętności interpersonalnych alkoholików zmniejszają poziom ich kontroli nad sytuacjami życiowymi i ograniczają możliwość podejmowania zachowań alternatywnych wobec picia. Utrudnia to również otrzymywanie wsparcia emocjonalnego od innych osób, co dodatkowo przeszkadza w utrzymywaniu abstynencji.

Istotną rolę w nadużywaniu alkoholu, a także w procesie terapii odgrywają czynniki intrapersonalne, związane z tym, jak człowiek kontaktuje się ze swoimi uczuciami,

potrzebami i pragnieniami. Istotną częścią programu powinno więc być uczenie się umiejętności zwiększających kontrolę poznawczą nad emocjami i zachowaniem oraz lepszego radzenia sobie ze stresem.

Podręcznik zawierający instrukcje dla terapeutów określa szczegóły 27 sesji treningu zachowań i umiejętności inter- oraz intrapersonalnych (Monti i in., 1994).

68.1.3.2 Behawioralno-poznawcza koncepcja zapobiegania nawrotom picia

Specyficzne dla uzależnienia jest wysokie ryzyko załamywania się prób powstrzymywania od picia, podejmowanych zarówno przy okazji pracy terapeutycznej, jak i na własną rękę przez osoby uzależnione, zanim zaczną korzystać z pomocy. Zjawisko nawrotów (*relapse*) dotyczy nie tylko alkoholu, ale i innych substancji chemicznych, a nawet zachowań nałogowych niezwiązanych z chemicznym uzależnieniem, jak hazard, dewiacje seksualne itd. (Gossop, 1997).

Powstało wiele koncepcji wyjaśniających nawroty w uzależnieniach. Opracowano też kilka oryginalnych programów zapobiegania nawrotom. Jeden z nich, znany jako poznawczo-behawioralny model Marlatta i Gordona (1985), związany jest bezpośrednio z omawianym poprzednio nurtem rozwiązań terapeutycznych. Zgodnie z tym modelem, nałogowe zachowania są wyuczonymi wzorami nawykowymi i mogą być zmieniane poprzez nowe procedury uczenia. Zapobieganie nawrotowi jest programem rozwijania samokontroli, który ma pomagać pacjentowi utrzymywać pozytywne zmiany, służące zachowaniu abstynencji. Program zapobiegania nawrotowi angażuje pacjenta do roli współterapeuty i czyni go odpowiedzialnym za utrzymywanie pozytywnych zmian.

Autorzy wskazują na różne czynniki wpływające na występowanie nawrotu i dzielą je na kategorie czynników interpersonalnych (na przykład naciski społeczne, konflikty) i intrapersonalnych (na przykład negatywne stany emocjonalne, pragnienia, pokusy). Zjawiska te nazywane są **czynnikami ryzyka nawrotu**, ponieważ stanowią źródła zagrożenia dla utrzymywania abstynencji przez pacjenta. Diagnozowanie czynników i sytuacji o wysokim ryzyku obejmuje pomaganie pacjentowi w rozpoznaniu takich sytuacji w przyszłości oraz szacowanie umiejętności zaradczych pacjenta poprzez obserwację jego postępowania w aktualnych sytuacjach problemowych.

Czynniki poznawcze, od których zależy proces nawrotu, to poczucie osobistej skuteczności, oczekiwanie efektów i przekonania na temat natury czynników sprawczych określonych zachowań lub sytuacji.

Poczucie skuteczności to osobista ocena własnych możliwości poradzenia sobie z trudnymi, stresowymi sytuacjami o wysokim stopniu ryzyka. Przy niskim poziomie tego poczucia prawdopodobieństwo nawrotu jest większe. Oczekiwanie efektów to z kolei subiektywne przewidywania skutków określonych zachowań. U osoby uzależnionej, która oczekuje silnych pozytywnych efektów picia, prawdopodobieństwo nawrotu również jest większe.

Sądy na temat przyczyn są szczególnie istotne, gdy człowiek angażuje się w zachowania sankcjonowane lub zagrażające. Picie lub nawrót mogą być wyjaśniane przyczynami wewnętrznymi (związanymi z własną osobą) lub zewnętrznymi (związanymi z sytuacją lub okolicznościami). Na przykład, osoba, która wierzy, że drobna „wpadka" będzie prowadzić do całkowitej utraty kontroli oraz że przyczyną tego jest jej osobista „słabość", ze znacznie większym prawdopodobieństwem narażona jest na pełen nawrót.

W zapobieganiu nawrotom stosowane są specyficzne strategie. Strategia treningu umiejętności pomaga pacjentowi w radzeniu sobie z sytuacjami wysokiego ryzyka poprzez odpowiednie reakcje behawioralne i poznawcze. Strategia poznawczego przeprogramowania (*reframing*) uczy pacjenta takich technik, jak alternatywne myślenie, kierowanie wyobrażeniami, wymyślanie konstruktywnych reakcji na sygnały rozpoczynające nawrót. Strategia interweniowania w sposób życia obejmuje ćwiczenia mające na celu zwiększenie zdolności zaradczych i redukujące pokusy i pragnienia alkoholowe.

Behawioralno-poznawcze podejście do zapobiegania nawrotom, wzbogacone o trening umiejętności oparty na teorii uczenia społecznego, wydaje się szczególnie użyteczne w pracy z osobami nieuzależnionymi, ale szkodliwie nadużywającymi alkoholu i innych substancji chemicznych, które pragną skutecznie ograniczać rozmiary tych szkód i kontrolować swoje picie. W odróżnieniu od podejścia zbudowanego na modelu Minnesota, gdzie jedynym akceptowanym zadaniem terapii jest doprowadzenie do pełnej abstynencji, w tym nurcie często zdarza się, że celem kontraktu terapeutycznego jest wykształcenie u pacjenta zdolności do tak zwanego picia kontrolowanego.

68.1.4 Koncepcja uzależnienia w ujęciu psychologii Ja

Psychologia Ja (*self psychology*) stanowi jeden ze współczesnych nurtów psychoanalizy. Intelektualny lider tego nurtu, Heinz Kohut, rozwinął koncepcję rozwoju i funkcjonowania Ja (*self*) oraz zaburzeń osobowości narcystycznej (Levin, 1997). Z perspektywy psychoanalitycznej alkoholizm i inne uzależnienia rozpatrywane są jako forma autodestrukcji i zaburzenia Ja. Alkohol dla alkoholika stanowi szczególny obiekt miłości i jest doświadczany jako część własnej osoby.

Psychoanaliza rozróżnia zdrowy i patologiczny narcyzm, w którym chora forma miłości do siebie alienuje człowieka od otoczenia społecznego i może doprowadzić do zniszczenia prawdziwego i zdrowego Ja. Proces rozwoju zdrowych form miłości własnej osoby stanowi jedno z trudniejszych zadań życiowych.

Zdaniem Kohuta, rozwój Ja przechodzi przez trzy fazy. Zaczyna się u bardzo małego dziecka od stanu fragmentacji i rozproszenia Ja, w którym doznania oraz wyobrażenia nie tworzą zjednoczonego Ja. W późniejszym dzieciństwie przekształca się w prymitywną i nuklearną formę Ja o sztywnej i kruchej spójności. Następnie, gdy przebieg rozwoju jest prawidłowy, Ja osiąga formę dojrzałą. W obrębie struktury Ja Kohut wyróżnia: biegun celów i ambicji, z którego wyłaniają się dążenia do mocy i do uznania, biegun ideałów i norm oraz łuk napięcia pomiędzy tymi biegunami, który dynamizuje podstawowe zdolności i umiejętności. Przy zdrowym Ja między tymi biegunami utrzymuje się funkcjonalne kontinuum, które integruje odrębne dążenia do mocy i do wartości (Levin, 1997).

U alkoholików najczęściej można obserwować archaiczną formę Ja nuklearnego, z której wynikają zaburzenia narcystyczne. Czasem jest to rezultat zatrzymania się, czyli fiksacji procesu rozwojowego w tej fazie, czasem zaś bywa to spowodowane regresją, czyli cofnięciem się pod wpływem patologicznego picia z bardziej dojrzałej fazy rozwoju. Archaiczne Ja alkoholika jest dwubiegunowe i obejmuje dwie struktury, spośród których jedna, to jest „wyolbrzymione Ja" (*grandiose*

RAMKA 68.2

Psychoanaliza w celu nazwania miłości do samego siebie posługuje się terminem „narcyzm", odwołując się do greckiego mitu o pięknym młodzieńcu Narcyzie, który za odrzucenie miłości nimfy Echo został ukarany miłością do własnego odbicia w wodzie, co doprowadziło go do śmierci z powodu niezaspokojonej tęsknoty. Z mitu tego wynika przestroga, że w nadmiernej miłości do samego siebie kryje się zagrożenie. Nie ulega jednak wątpliwości, że pozytywny stosunek emocjonalny do samego siebie jest czymś cennym psychologicznie i niezbędnym dla poczucia własnej wartości i dobrostanu.

self), próbuje sprawować wszechogarniającą kontrolę nad drugą, to jest wyidealizowanym obiektem Ja (*self-object*).

Zaburzenia narcystyczne u alkoholików powodują, że ich Ja jest mało spójne i łatwo podlega dezintegracji, co sprzyja powstawaniu stanów paniki i zagrożenia. Brak stabilnej struktury życia psychicznego jest źródłem deficytu zdolności do regulacji napięcia, do uspokajania się i do regulacji poczucia wartości. Dla alkoholika picie jest formą zastępowania tej brakującej struktury lub wypełniania pustki w Ja. Alkoholizm służy więc do redukowania napięcia i utrzymywania poczucia wartości, ponieważ osobie uzależnionej brakuje zasobów intrapsychicznych, niezbędnych do zdrowego zaspokajania tych potrzeb.

Jerome Levin (1997) zwraca uwagę, że teza o narcystycznie zdeformowanym i dziecinnym Ja alkoholika, który nie jest zdolny do kierowania własnym życiem, jest uwikłany w beznadziejne próby wypełnienia alkoholem pustki swego Ja i uzyskania w ten sposób nad nim kontroli, bardzo przypomina określenie podstawowego problemu alkoholika zawarte w tekstach wspólnoty Anonimowych Alkoholików.

Program Dwunastu Kroków proponuje alkoholikowi uznanie własnej bezsilności wobec alkoholu, pogodzenie się z utratą zdolności do kontrolowania własnego życia i rezygnację z wyolbrzymionego Ja. Wskazuje mu też możliwość ponownego odzyskania mocy przez poddanie się wpływowi siły wyższej oraz wspólnoty i osiągnięcie integracji na drodze samopoznania i przemiany duchowej.

Psychoterapia analityczna, oparta na psychologii Ja, proponuje utworzenie głębokiego związku z terapeutą, w którym uruchomiony zostanie proces przeniesienia, umożliwiający terapeutyczną regresję do wcześniejszych faz rozwojowych, a następnie – poprzez przepracowanie problemów emocjonalnych – stworzenie warunków do powstania dojrzałej formy Ja, która pozwoli na skuteczne i samodzielne radzenie sobie z problemami życiowymi bez alkoholu.

68.1.5 Poszukiwanie syntezy – koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia

Próbę syntezy przedstawionych wcześniej koncepcji teoretycznych i praktycznych, wykorzystującą polskie doświadczenia terapeutyczne, opracowano w Instytucie Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP (Mellibruda, 1990). Do analizy funkcjonowania osoby uzależnionej oraz do przygotowania wskazań do terapii zbudowany został psychobiospołeczny (PBS) model uzależnienia. Obejmuje on trzy specyficzne mechanizmy patologiczne tworzące uzależnienie oraz zbiór innych zjawisk i czynników aktywizujących te mechanizmy.

Podstawowym zadaniem terapii uzależnienia jest więc zatrzymanie działania tych mechanizmów oraz ich usunięcie. Struktura owych mechanizmów oraz sposób ich funkcjonowania odróżnia je wyraźnie od patologicznych mechanizmów występujących w innych zaburzeniach emocjonalnych, na przykład w nerwicy.

Mechanizmy uzależnienia powstają na skutek intensywnego psychofarmakologicznego działania alkoholu, wzmacnianego przez doświadczenia intrapersonalne i interpersonalne towarzyszące piciu. Stanowią one podstawowe przyczyny patologicznego picia u osób uzależnionych oraz załamywania się prób powstrzymywania się od picia. Mechanizmy te są aktywizowane przez negatywne stany emocjonalne i doświadczenia związane ze stresem oraz przez specyficzne okoliczności zewnętrzne. System patologicznego funkcjonowania osoby uzależnionej tworzony jest przez współdziałanie mechanizmu nałogowego regulowania emocji, mechanizmu iluzji i zaprzeczania oraz mechanizmu rozpraszania i rozdwajania Ja.

Do wewnętrznych źródeł czynników aktywizujących mechanizmy uzależnienia należą: uszkodzenia organizmu oraz choroby somatyczne i psychiczne, deficyt praktycznych umiejętności życiowych oraz destrukcyjna orientacja życiowa.

Do zewnętrznych, sytuacyjnych źródeł czynników aktywizujących należą: sytuacje stresu i podwyższonego ryzyka, trwałe uszkodzenia ważnych relacji społecznych oraz negatywne konsekwencje społeczne szkodliwego picia w przeszłości.

W świetle współczesnej wiedzy należy sądzić, że do uzależnienia prowadzi wiele dróg, a do jego powstania przyczynia się współwystępowanie czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych. Żaden z nich samodzielnie nie powoduje uzależnienia, chociaż w wypadku różnych pacjentów wpływ i znaczenie poszczególnych czynników mogą być różne. Powstanie uzależnienia musi jednak zostać poprzedzone jakimś okresem picia alkoholu – czasem dłuższym, a czasem krótszym. Uzależnienie od alkoholu nie jest chorobą genetyczną. Jednak u części pacjentów czynniki biologiczne odgrywają istotną, lecz nie samodzielną rolę w powstawaniu uzależnienia – są więc czynnikami ryzyka uzależnienia od alkoholu (*Alkohol i zdrowie*, 1995).

W niektórych przypadkach stosunkowo wcześnie ujawniają się specyficzne reakcje na alkohol, które przyśpieszają proces uzależnienia i zwiększają siłę wpływu alkoholu na psychikę i organizm tych osób. Należy do nich między innymi stosunkowo wysoki poziom tolerancji na alkohol, czyli tak zwana „mocna głowa", mała intensywność reakcji awersyjnej, duża intensywność działania euforyzującego. Podłożem takiego sposobu reagowania jest konstytucja biologiczna danej osoby. Reakcje takie występują także u osób, które mimo iż nadal piją, nie dochodzą do stanu uzależnienia. Ponadto u części osób, u których dochodzi kiedyś do uzależnienia, nie obserwujemy wcześniej tego typu reakcji.

Bezsilność osoby uzależnionej wobec postępującego procesu samozniszczenia oraz stopniowa dezorganizacja całego życia tej osoby i jej najbliższego otoczenia wskazują, że silne działanie patologicznych mechanizmów jest zakorzenione w podstawowych elementach struktury psychofizycznej jednostki. Intensywne i długotrwałe picie pozostawia trwałe ślady w następujących obszarach funkcjonowania psychologicznego:

(1) w sferze doświadczania stanów emocjonalnych,
(2) w sferze aktywności umysłowej tworzącej system orientacji poznawczej,
(3) w centrum osobowości, określającym tożsamość i poczucie wartości, w którym powstają decyzje sterujące postępowaniem człowieka, czyli w systemie Ja.

68.1.5.1 Mechanizm nałogowej regulacji emocji

Długotrwałe i intensywne picie alkoholu powoduje poważne uszkodzenia w sferze emocjonalnej (Johnson, 1992). Patologiczny przebieg procesów emocjonalnych osoby uzależnionej prowadzi do wytworzenia się specyficznego systemu regulacji psychicznej w tym obszarze. Niżej podajemy syntetyczny opis zjawisk właściwych dla tego mechanizmu (zob. Mellibruda i Sobolewska, 1999).

(1) Różnorodne stany i reakcje emocjonalne, niezależnie od ich rzeczywistych źródeł, są doświadczane przez osobę uzależnioną jako pragnienie alkoholu. Dążenie do szybkiego złagodzenia lub uśmierzenia przykrych stanów emocjonalnych przy pomocy alkoholu staje się dominującym motywem działania.
(2) Rozwija się silna tendencja do reagowania na stres poczuciem zagrożenia, któremu często towarzyszą lęk, złość, smutek i ból, oraz gotowość do radzenia sobie ze stresem przy pomocy prób bezpośredniego łagodzenia przykrych emocji zamiast prób zmiany okoliczności tworzących stres. Stres stanowiący podstawowe źródło przykrych stanów emocjonalnych jest wzmacniany przez negatywne konsekwencje picia alkoholu.

(3) Niski poziom odporności na cierpienie, osłabianej przez biochemiczne skutki nadużywania alkoholu, powoduje, że do przykrych stanów emocjonalnych, takich jak niepokój, rozdrażnienie czy przygnębienie, dołącza się poczucie „bolesności", co nasila dążenie do szybkiego ich uśmierzenia przy pomocy alkoholu.

(4) W chwilach nasilania się cierpienia i lęku zaczyna się rozwijać proces panicznego poszukiwania ulgi, który nadaje pragnieniu alkoholu charakter wewnętrznego przymusu i konieczności picia. Dynamizowana lękiem i cierpieniem ucieczka do alkoholu z nadzieją na uśmierzenie i uspokojenie jest często doświadczana jako tak zwany głód alkoholu, a największym zagrożeniem staje się wtedy perspektywa utraty dostępu do alkoholu.

(5) Dodatkowym źródłem stresu jest obniżona tolerancja na monotonię, określana również jako zwiększone zapotrzebowanie na stymulację. Oznacza to nasiloną potrzebę wzbudzania szybkich i bezpośrednich zmian w stanie emocjonalnym. Osoba uzależniona gotowa jest do osiągania tego przy pomocy alkoholu, gdyż ogarnia ją przykry niepokój nawet wtedy, gdy jej sytuacja życiowa uspokaja się i stabilizuje. Podwyższona potrzeba stymulacji i zmiany własnych stanów psychicznych u części osób uzależnionych wynika z indywidualnych cech temperamentalnych, jednak intensywne picie przyczynia się do nasilenia tej cechy na skutek biochemicznych zmian pod wpływem alkoholu.

(6) Część minionych doświadczeń związanych z piciem alkoholu ukształtowała u osoby uzależnionej przyjemne oczekiwania pozytywnych skutków alkoholu. Tworzy to pokusę ponownego przeżycia takich stanów. Dlatego też osoba taka wzmaga dynamikę dążenia do uśmierzenia przykrych przeżyć. Siła pragnienia alkoholu pochodzi więc zarówno z dążenia do uśmierzenia przykrych stanów związanych z niepokojem i cierpieniem, jak i z pokusy osiągnięcia przyjemności bezpośrednio po uwolnieniu się od przykrości.

(7) Przeżywanie przez osobę uzależnioną przykrych stanów emocjonalnych nabiera specyficznej dwoistości. Przykry stan emocjonalny jest z jednej strony negatywnym sygnałem, który powinien wzbudzać odruch awersyjny, czyli tendencję do unikania źródła przykrości, z drugiej strony zaś jest równocześnie sygnałem zapowiadającym chwilę przyjemności po uśmierzeniu przykrości. Ponieważ u osoby uzależnionej nastąpiło poważne zredukowanie wielu naturalnych źródeł przyjemnych stanów, uśmierzanie przykrości staje się głównym sposobem zdobywania przyjemnych doświadczeń.

(8) Mechanizm ten wyjaśnia przede wszystkim pojawianie się tak zwanych przymusowych pragnień alkoholowych, a w szczególności ogromną siłę ich działania. Wskazuje również na niezwykle istotne zjawisko rozluźnienia, a często nawet zerwania związków emocjonalnych z realną rzeczywistością, co wpływa na poważne osłabienie możliwości zewnętrznego wpływu najbliższych osób na funkcjonowanie alkoholika.

(9) Silne pragnienie alkoholu u osoby uzależnionej wpływa w istotny sposób na zniekształcenia poznawcze. Dążenie do złagodzenia przykrości zawęża świadomość i koncentruje ją wokół alkoholu jako podstawowego środka uśmierzającego oraz neutralizuje sygnały utrudniające dostęp do alkoholu. Pokusa i nadzieja na szybką przyjemność sprzyjają tworzeniu pozytywnych złudzeń.

68.1.5.2 Mechanizm iluzji i zaprzeczania

Świadomość osoby, u której rozwija się proces uzależnienia, coraz częściej rejestruje dysonansowe ścieranie się negatywnych informacji o szkodach powodowanych przez picie z sygnałami wskazującymi na rosnące zapotrzebowanie na pozytywne emocjonalne efekty picia. Dysonans redukowany jest przez zaprzeczanie informacjom o szkodach, co doprowadza do wytworzenia się patologicznego systemu regulacji psychicznej w tej sferze. Jest on zakorzeniony w systemie myślenia magiczno-życzeniowego, które odgrywa dominującą rolę w pracy umysłu osoby uzależnionej. Nazywamy go **mechanizmem iluzji i zaprzeczania** (Mellibruda i Sobolewska, 1999). Opis zjawisk charakterystycznych dla funkcjonowania tego mechanizmu jest następujący:

Emocjonalna dynamika pragnienia alkoholu prowadzi do potężnych i wybiórczych zniekształceń pracy umysłu, które służą podtrzymywaniu picia mimo szkód, które ono powoduje. Powstaje mechanizm utrudniający rozpoznawanie szkód i ich alkoholowej przyczyny, co prowadzi do złudnej i pozytywnej wizji życia z alkoholem. Przeszkadza on w powstrzymaniu uzależnienia.

Mechanizm ten działa okresowo, tematycznie i bez udziału świadomości. Aktywizuje się wtedy, gdy nasila się dążenie do uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych i pokusa doświadczenia pozytywnych skutków picia oraz gdy tematem procesów umysłowych stają się sprawy związane z piciem alkoholu.

Powoduje powstawanie całościowego i zwartego systemu przekonań budujących subiektywną wizję życia i świata, która w znacznym stopniu oderwana jest od rzeczywistości i podporządkowana pragnieniu picia. Obniża się zdolność do weryfikacji spostrzeżeń i przekonań oraz sprawdzania ich zgodności z realiami życiowymi.

W obrębie tego wewnętrznego świata obowiązuje specyficzna „nałogowa logika", która obejmuje zbiór reguł sterujących procesami umysłowymi osoby uzależnionej. Zbudowana jest w szczególności na następujących zasadach: „To nie ja", „To nie dlatego", „To nie tak było", „Tym razem na pewno się uda", „Od jutra będzie zupełnie inaczej", „Oni są do mnie uprzedzeni", „Niewygodne fakty znikają, gdy się o nich nie myśli", „Wystarczy mocno chcieć, aby to mieć – silne pragnienia tworzą fakty", „Cokolwiek by się stało, to jakoś to będzie", „Co się stało, to się nie odstanie".

Ponieważ doświadczenia uzyskiwane bezpośrednio po wypiciu alkoholu są niezwykle atrakcyjne, nadzieja na powstrzymanie uzależnienia opiera się jedynie na występowaniu rozmaitych szkód związanych z piciem. Mechanizm iluzji i zaprzeczania utrudnia dostrzeganie tych szkód i ich związku z piciem. Jednak od czasu do czasu alkoholik staje się świadomy, przynajmniej częściowo, obecności szkód i zaczyna myśleć o ograniczeniu picia. Powoduje to napływ przykrych przeżyć, które nasilają pragnienie picia, co ponownie aktywizuje opisany mechanizm i ogranicza zdolność do racjonalnego kierowania postępowaniem.

Powtarzanie się faktów wskazujących na bezsilność wobec negatywnych skutków picia oraz deficyt kontroli nad własnym postępowaniem i sytuacjami życiowymi powoduje załamywanie się poczucia własnej wartości. Mechanizm iluzji i zaprzeczania odgrywa istotną rolę w tworzeniu i podtrzymywaniu złudnych przekonań o własnej mocy i kontroli oraz wartości.

68.1.5.3 Mechanizm rozpraszania i rozdwajania Ja

Znaczna część procesów emocjonalnych i poznawczych związanych z piciem alkoholu występuje w centrum osobowości osoby uzależnionej, co doprowadza do wytworzenia się patologicznego systemu regulacji psychicznej w tej sferze. Procesy emocjonalne i poznawcze związane z dwoma poprzednimi mechanizmami sięgają do struktury Ja – centralnego elementu osobowości. Tamte mechanizmy tworzyły patologiczne pragnienie alkoholu i upośledzenie czynności poznawczych. W strukturze Ja powstaje trzeci mechanizm, który uszkadza zdolność do kierowania postępowaniem i do podejmowania decyzji przez osobę uzależnioną. Nazywamy go **mechanizmem rozpraszania i rozdwajania Ja** (Mellibruda i Sobolewska, 1999).

Uszkodzenia Ja, charakterystyczne dla uzależnienia, można określić jako rozpraszanie, rozdwajanie i wydrążenie Ja. Dotyczą one podstawowych funkcji struktury Ja, którymi są: utrzymywanie poczucia tożsamości i indywidualności, poczucia kompetencji i wpływu na własne postępowanie, poczucia wartości osobistej i sensu życia oraz poczucia moralności. Zjawiska właściwe dla funkcjonowania tego mechanizmu są następujące:

(1) Powtarzanie doświadczeń rozmywania się poczucia Ja w stanach zmienionej świadomości, towarzyszących nietrzeźwości, czyli tak zwanych „odlotów", wytworzyło gotowość do łatwego rozpraszania i rozluźniania się granic Ja pod wpływem pragnień i oczekiwań alkoholowych. Powoduje to istotne osłabienie spoistości i dezintegrację struktury Ja, co uniemożliwia budowanie stabilnych podstaw do kierowania własnym postępowaniem.

(2) Ekstremalność doświadczeń alkoholowych związanych z własnym Ja doprowadziła do utworzenia się biegunowych wersji Ja, reprezentujących z jednej strony „pijane" złudzenia o własnych zaletach, osiągnięciach i możliwościach, z drugiej zaś – negatywne sądy o własnych klęskach, grzechach i stratach. Biegunowe przekształcenia tożsamości osobistej, związane ze wzbudzeniem wyobrażeń potęgi i doskonałości albo wyobrażeń bezsilności i zła osobistego, dokonują się sytuacyjnie. Stają się dominującymi stanami wewnętrznymi i rozdzierają słabo zintegrowaną strukturę Ja. Uniemożliwiają określenie realnych granic własnego Ja ze światem zewnętrznym.

(3) Osoba uzależniona traci poczucie wpływu na bieg własnego życia, ale tym bardziej pragnie sprawować kontrolę nad własnymi emocjami przy pomocy alkoholu. W momentach gdy Ja jest zdominowane przez wyobrażenia o własnej mocy i gdy przy pomocy alkoholu poprawia swoje samopoczucie, zaczyna wierzyć w swoją zdolność do sprawowania kontroli nad sytuacją i do uratowania się przed klęską. Gdy trzeźwieje, traci te złudzenia, tak więc walka o panowanie nad alkoholem staje się ostatnią formą obrony poczucia mocy i wartości osobistej.

(4) Okresowe poddawanie się wpływowi alkoholu przynosi ulgę poprzez utratę świadomości i chwile wypoczynku w walce, ale prowadzi do załamania wizji własnej mocy, do poczucia upadku i poniżenia, stanowiącego treść negatywnej wersji Ja. To wahnięcie na przeciwstawny biegun tożsamości pociąga za sobą falę przykrych przeżyć, przekształcających się w silne pragnienie alkoholu.

(5) Wśród doświadczeń związanych ze wzbudzaniem negatywnej wersji Ja szczególną rolę odgrywają złożone stany uczuciowe, przeżywane jako poczucie winy i wstydu, poczucie krzywdy, poczucie bezsilności i niższości oraz utraty sensu i znaczenia życia. Nadają one specyficzną i dominującą jakość obrazowi własnej osoby oraz często uruchamiają dążenie do ucieczki od tych uczuć przy pomocy alkoholu. Tworzą fundamenty destrukcyjnej orientacji życiowej, która występuje u większości osób uzależnionych i odgrywa istotną rolę nie tylko w dynamice uzależnienia, ale i sama w sobie stanowi bardzo poważny problem osobisty.

(6) Mechanizm rozpraszania i rozdwajania Ja odgrywa istotną, choć zróżnicowaną rolę w wypadku moralnej regulacji zachowań. Osoby uzależnione bardzo często mają niską zdolność do przestrzegania norm i wartości osobistych. Stopień przyswojenia norm może być u poszczególnych osób zróżnicowany – w zależności od historii ich życia przed wystąpieniem uzależnienia. U dużej liczby pacjentów obecność tych wewnętrznych standardów uwidacznia się jednak w momentach, gdy ich Ja jest zdominowane przez negatywną wersję własnej osoby i gdy ogarnia ich poczucie winy. Dramatyczne przeżywanie tych wahnięć między biegunami Ja może podtrzymywać obecność standardów moralnych przy niemal całkowitym braku ich wpływu na postępowanie. Służą więc głównie jako dodatkowe źródło przykrych przeżyć, przekształcanych w pragnienie picia. Istotną przyczyną nieskuteczności standardów moralnych u osób uzależnionych jest proces rozpraszania Ja. Gdy rozpraszają się granice Ja, wówczas rozsypują się i stają się niewyraźne również granice postępowania zgodnego z tymi standardami. Ułatwia to unikanie poczucia winy i utrudnia sprawowanie kontroli moralnej nad negatywnymi czynami.

(7) Rozpraszanie granic Ja i rozdwajanie tej struktury przez jej biegunowe wersje – „potężnego Ja" i „upadłego Ja" – przyczynia się do tego, że aktywność psychiczna tej struktury osobowościowej lokuje się przede wszystkim na jej peryferiach. W centrum Ja bardzo często pojawia się „próżnia psychiczna", to znaczy pusty obszar, pozbawiony trwałych i znaczących treści, wokół których mogłaby się dokonywać koordynacja funkcjonowania całego Ja. Stabilne i treściowo zakotwiczone centrum Ja jest konieczne do podejmowania i realizowania decyzji, szczególnie tych, które są trudne, gdyż muszą być spełnione, pomimo że powodują doraźnie przykre stany emocjonalne.

(8) Wydrążenie Ja przyczynia się również do utrzymywania się poczucia braku sensu i znaczenia życia osoby uzależnionej, czyli do tak zwanej „pustki egzystencjalnej". Nawet gdy w jakimś okresie jej życia takie drogowskazy i źródła osobistego sensu się pojawiły, to w wydrążonej strukturze Ja brakuje dla nich trwałego zakotwiczenia, niezbędnego do stabilizacji poczucia pozytywnego znaczenia własnej egzystencji i do skutecznego ukierunkowania postępowania.

(9) Różnorodne formy uszkodzenia struktury Ja potęgują koncentrację osoby uzależnionej na własnym Ja, w którym dominuje chaos i bolesne rozdarcie, a równocześnie odizolowują ją od otaczającego świata i przynoszą poczucie osamotnienia oraz utratę nadziei na pomoc z zewnątrz.

(10) Rozpraszanie, rozdwajanie i wydrążanie Ja pod wpływem pragnień i oczekiwań alkoholowych pozbawia mocy wykonawczej postanowienia o zaprzestaniu picia. Jest również źródłem wielu problemów osobistych i poważną przeszkodą w prowadzeniu racjonalnego i konstruktywnego trybu życia.

68.1.6 Funkcjonowanie osoby uzależnionej

Opisane mechanizmy uzależnienia tworzą całościowy system kontrolujący funkcjonowanie osoby uzależnionej, związane z piciem alkoholu. Obecność silnych pragnień alkoholu, podporządkowanie pracy umysłu tym pragnieniom oraz dezintegracja centrum osobowości, niezbędnego do kierowania zachowaniem, powodują, że osoba uzależniona jest niezdolna do sprawowania skutecznej kontroli nad piciem.

Pragnienie alkoholu może wyłonić się w zasadzie z każdego przykrego stanu emocjonalnego i z każdej pokusy doznania przyjemności oraz z sytuacyjnych okoliczności, tworzących tak zwane okazje. Osoba uzależniona jest w gruncie rzeczy bezbronna wobec tych pragnień – nie tylko z powodu ich siły, ale też dlatego, że uruchamiają one magiczno-życzeniowe czynności umysłowe, które uniemożliwiają prawidłową orientację w sferze zagrożeń wynikających z picia, czyli powodują tak zwane „pijane myślenie".

Od czasu do czasu jednak docierają do niej sygnały o szkodach spowodowanych piciem, ponieważ mechanizm iluzji i zaprzeczania włącza się tylko okresowo. Pod wpływem takich sygnałów osoba uzależniona zaczyna

doznawać niepokoju, wstydu i poczucia winy oraz postanawia, że ograniczy lub przerwie picie. Jednak przykre uczucia zaczynają się przekształcać w pragnienie alkoholu i ponownie zostaje włączony mechanizm iluzji i zaprzeczania.

Czasem, mimo zamglonej i zafałszowanej świadomości, osoba uzależniona podejmuje próbę abstynencji i postanawia: „Od jutra nie piję". Zrealizowanie tego zamiaru wymaga utrzymania przez jakiś czas w strukturze Ja koncentracji uwagi i energii na tym postanowieniu oraz podtrzymywania wewnętrznej ciągłości decyzji. Mechanizm rozpraszania i rozdwajania Ja powoduje jednak dezintegrację tego wewnętrznego wsparcia dla postanowienia, wskutek czego ciągłość podtrzymywania decyzji zostaje przerwana. Decyzja traci swą moc i pozostaje jedynie wspomnienie werbalnego aktu. Rozpoczyna się proces nawrotu i następny cykl picia lub zażywania innej substancji.

Zjawiska głodu alkoholowego i utraty kontroli nad piciem zalicza się do fundamentalnych kryteriów uzależnienia. Ich obecność jest efektem współdziałania wszystkich trzech mechanizmów uzależnienia, opisanych w paragrafie 68.1.5. Doświadczenie intensywnego pragnienia alkoholu, określane jako głód alkoholu, obejmuje wszystkie trzy obszary funkcjonowania psychologicznego jednostki, a więc sferę regulacji emocjonalnej, orientacji poznawczej oraz struktury Ja, tworzącej podstawy tożsamości (Mellibruda, 1997).

Nałogowe regulowanie emocji tworzy elementarne nastawienie emocjonalne, prawdopodobnie o charakterze presymbolicznym, to znaczy nieujęte jeszcze w rozbudowane wzory myślowo-wyobrażeniowe. Czuciowym podłożem tych nastawień jest doznanie bólowe, a jego instynktowne podłoże prymitywizuje poziom skojarzeniowy, na którym łączy się doznanie potrzeby z sygnałem o źródle jej zaspokojenia, czyli o wypiciu. Możemy to sobie wyobrazić poprzez analogię do innego głodu, przy którym specyficzne doznanie czuciowe wywołuje automatyczne rozpoznanie czynności jedzenia jako sposobu zredukowania przykrego stanu.

Analogia ta nie powinna być rozumiana dosłownie. W doświadczanie głodu (i wszystkich potrzeb) zaangażowane są inne, „wyższe" sfery funkcjonowania psychologicznego. Należy do nich przede wszystkim system orientacji poznawczej i system Ja. W wypadku faktycznego deficytu pokarmowego, na każdym z tych poziomów – jeżeli funkcjonują prawidłowo – mogą pojawiać się potwierdzenia prymitywnego sygnału, by głód zaspokoić jedzeniem. W wypadku „głodu" u osoby uzależnionej takie potwierdzenie też się pojawia – w postaci pragnienia alkoholu – ale właśnie dlatego, że te wyższe poziomy są zdominowane przez patologiczne mechanizmy uzależnienia.

Mechanizm nałogowego regulowania uczuć powoduje, że uśmierzanie stanów przykrych przy pomocy alkoholu oraz bezpośrednie manipulowanie własnymi stanami stają się najmocniejszymi dążeniami emocjonalnymi. Lęk przed stratą tego, co pozwala na szybkie złagodzenie cierpienia i stresu, ma znacznie większą wagę dla osoby uzależnionej niż strach przed odległymi w czasie skutkami picia. Jest to bardzo ważna przyczyna unikania terapii i negowania własnej choroby.

Ponadto mechanizm iluzji i zaprzeczania usuwa ze świadomości informacje o konkretnych zagrożeniach i podtrzymuje złudzenia o możliwości uniknięcia tak wielkiej straty, jaką byłoby zrezygnowanie z alkoholu. Dynamika poczucia specyficznej dumy alkoholika i potrzeby kontroli podnosi subiektywną wartość stanów upojenia i zmniejsza niektóre koszty społeczne i moralne patologicznego picia.

Należy przypomnieć, że w znacznej liczbie przypadków osoba uzależniona znajduje się pod stałym wpływem problemów medycznych, związanych z zaburzeniami zdrowotnymi towarzyszącymi uzależnieniu, oraz problemów psychologicznych, związanych z destrukcyjną orientacją życiową i z deficytem umiejętności intra- oraz interpersonalnych. Tworzą one stałe wewnętrzne obciążenie psycho-

fizyczne osoby uzależnionej. Z jednej strony towarzyszące tym problemom negatywne stany emocjonalne aktywizują działanie mechanizmów uzależnienia, z drugiej zaś problemy te same w sobie wymagają rozwiązania, ponieważ utrudniają normalne funkcjonowanie.

U uzależnionych pacjentów rozpoznaje się wiele różnych zaburzeń zdrowia somatycznego oraz zaburzeń psychicznych, wymagających uważnego diagnozowania i różnorodnych interwencji medycznych. Zaburzenia te, chociaż często stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, nie należą jednak do bezpośredniego zakresu podstawowej choroby, nazywanej zespołem uzależnienia od alkoholu, a są jedynie konsekwencją nadmiernego picia alkoholu. Skuteczne usuwanie lub łagodzenie tych zaburzeń jest konieczne, nie przynosi jednak zasadniczych postępów w terapii podstawowej choroby, jaką jest uzależnienie od alkoholu.

Przy uważnej analizie roli, jaką te schorzenia odgrywają w życiu osoby uzależnionej, możemy jednak dostrzec, że w sposób pośredni wpływają one na jej postępowanie związane z piciem alkoholu. Wpływ ten obejmuje dwie podstawowe sprawy: dolegliwości somatyczne są częstym źródłem negatywnych stanów emocjonalnych i chronicznego stresu pacjenta, a obniżenie ogólnego poziomu jego kondycji fizycznej przejawia się w postaci deficytu energii i obniżonej odporności na stany przeciążenia i trudności życiowe. Zjawiska te aktywizują charakterystyczne dla uzależnienia mechanizmy patologiczne, które przyczyniają się do dalszego picia alkoholu.

U większości pacjentów możemy obserwować kilka wspólnych zjawisk, tworzących wewnętrzne źródła stresu i trudności osobistych oraz ukierunkowujących destrukcyjne funkcjonowanie człowieka. Nie są one właściwością wyłącznie uzależnień, ale występują również u osób z innymi formami zaburzeń. U osób uzależnionych spełniają jednak specyficzną funkcję, ponieważ aktywizują mechanizmy uzależnienia, powodujące picie alkoholu. Należą do nich przede wszystkim:

(1) **nastawienie autodestrukcyjne** – niskie poczucie wartości, dręczenie i poniżanie siebie, myśli samobójcze, negatywny obraz własnej osoby i własnego życia;
(2) **destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich** – nastawienia obronne lub agresywne, gotowość do wycofywania się i izolacji, podejrzliwość i brak zaufania, nastawienia lub tak zwane cechy antyspołeczne bądź aspołeczne;
(3) **rozpad systemu wartości i brak konstruktywnej wizji życia** – zwątpienie, nihilizm, brak wiary w pozytywne wartości i w możliwość ich realizacji, manipulowanie destrukcyjnymi wizjami własnego życia.

U wielu pacjentów możemy stwierdzić również istotne deficyty w zakresie umiejętności interpersonalnych (związanych z komunikowaniem się z innymi ludźmi, z przyjmowaniem i wywieraniem wpływu na innych ludzi), a także intrapersonalnych (związanych z samoświadomością i rozumieniem samego siebie, kontaktem z własnymi uczuciami i pragnieniami itd.) i zadaniowych (związanych z samoobsługą oraz z wykonywaniem różnych czynności praktycznych w sferze zawodowej i rodzinnej). Niski poziom tych umiejętności jest źródłem wielu trudności osobistych i powoduje, że nawet niezbyt skomplikowane sytuacje życiowe stają się przyczyną stresu i negatywnych stanów emocjonalnych, które uruchamiają mechanizmy uzależnienia, co na ogół prowadzi do picia.

W wypadku większości pacjentów, oprócz stałych wewnętrznych źródeł negatywnych stanów emocjonalnych i stresu, można mówić o występowaniu kilku ważnych czynników środowiskowych, które także uruchamiają mechanizmy uzależnienia.

Pomaganie osobie uzależnionej wymaga więc oddziaływań skierowanych zarówno na powstrzymanie funkcjonowania mechanizmów specyficznych dla uzależnienia, jak i na rozwiązywanie problemów osobistych, stanowiących stałe źródło czynników aktywizują-

cych te mechanizmy. Należy przy tym pamiętać, że mechanizm nałogowego regulowania emocji, odgrywający podstawową rolę motywacyjną w piciu alkoholu, jest pobudzany także przypadkowymi i okolicznościowymi przykrymi przeżyciami oraz stresem codziennego życia.

Połączone działanie trzech opisanych poprzednio mechanizmów tworzy – właściwe dla uzależnienia – wewnętrzne i całościowe „zaprogramowanie autodestrukcyjne", które niszczy całe życie pacjenta i koncentruje je wokół picia alkoholu. Obecność tego całościowego i utrwalonego programu samoniszczenia sugeruje istotne wskazania do budowy programu terapii.

68.1.7
Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia

Przedstawiona koncepcja mechanizmów uzależnienia posłużyła do opracowania specyficznego modelu psychoterapii. Został on nazwany strategiczno-strukturalną psychoterapią uzależnienia, ponieważ z jednej strony obejmuje zalecenia dotyczące strategii postępowania terapeuty w kolejnych etapach procesu terapii, z drugiej zaś wskazuje procedury kształtujące strukturę sytuacji terapeutycznych, niezbędnych do realizacji tych strategii (Mellibruda i Sobolewska, 1999). W latach dziewięćdziesiątych wprowadzono go do praktyki klinicznej wielu polskich placówek odwykowych oraz zweryfikowano w kilkuletnim programie badań oceniających efekty terapii (Kucińska i Mellibruda, 1997).

68.1.7.1
Podstawowe zadania i tematy pracy w psychoterapii uzależnienia

Zadania terapeutyczne określane są w odniesieniu do następujących tematów pracy psychoterapeutycznej:

(1) **rozpoczynanie procesu zdrowienia**
   (a) nawiązanie wstępnego kontaktu,
   (b) rozpoznanie problemów życiowych i ich związku z piciem,
   (c) wzbudzenie motywacji do zmiany i leczenia,

(2) **uznanie własnego uzależnienia i powstrzymywanie się od picia**
   (a) zrozumienie uzależnienia i zasad terapii,
   (b) rozpoznanie własnego uzależnienia i bezsilności wobec alkoholu,
   (c) zmiana tożsamości alkoholowej pacjenta,
   (d) wspieranie wczesnej abstynencji,
   (e) wycofywanie się z sytuacji wysokiego ryzyka,
   (f) budowa konstruktywnego środowiska osobistego,

(3) **rozbrajanie mechanizmów uzależnienia**
   (a) zmiana mechanizmu nałogowej regulacji emocji,
   (b) zmiana mechanizmu iluzji i zaprzeczania,
   (c) zmiana mechanizmu rozpraszania i rozdwajania Ja,
   (d) uczenie konstruktywnych form kontaktu z emocjami,
   (e) uczenie racjonalnego myślenia,
   (f) budowanie realistycznego obrazu siebie i integracja Ja,

(4) **radzenie sobie z nawrotami**
   (a) rozpoznawanie nawrotu,
   (b) zatrzymywanie nawrotu,
   (c) uczenie się umiejętności zapobiegania nawrotom,

(5) **rozwijanie umiejętności życiowych pacjenta**
   (a) rozwijanie umiejętności intrapersonalnych,
   (b) rozwijanie umiejętności interpersonalnych,
   (c) rozwijanie umiejętności zadaniowych,

(6) **rozwiązywanie problemów osobistych**
   (a) zmiana tendencji autodestrukcyjnych,
   (b) zmiana destrukcyjnych form relacji z otoczeniem,
   (c) praca nad innymi problemami emocjonalnymi,
   (d) budowanie pozytywnej wizji własnego życia,
   (e) rozwój osobisty i realizacja wartości.

68.1.7.2
Podstawowe elementy technologii psychoterapii uzależnienia

Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia opiera się na założeniach strategicznych – specyficznych dla poszczególnych tematów. Natomiast technologia terapii, czyli procedury i techniki określające wstępną strukturę sytuacji terapeutycznych, obejmuje następujące elementy:

(1) **Instrumentalne oddziaływania poznawcze.** Składa się na nie zorganizowany system działań edukacyjnych, dostarczających wiedzy o sprawach ważnych dla procesu terapii. Oddziaływania te mogą być prowadzone w postaci mikroedukacji, czyli krótkich wykładów, indywidualnych lektur, nagrań audiowizualnych, plakatów i ćwiczeń. Wiedzę tę pacjent powinien na bieżąco odnosić do samego siebie i do swojego życia, gdyż ma ona przyczyniać się do zmiany jego myślenia i postępowania.

(2) **Autoanaliza zdarzeń, osobistych schematów postępowania i myślenia.** W programie terapii jest wiele specjalnie zaplanowanych okazji do autoanalizy konkretnych elementów własnego życia. Dostarczają one pacjentowi materiału do lepszego poznawania swojego sposobu życia i sposobu myślenia oraz do rozwijania umiejętności rozpoznawania zjawisk, które będą zagrażać jego abstynencji. W odróżnieniu od spontanicznego i skojarzeniowego samopoznania w psychoterapii zaburzeń nerwicowych, autoanaliza w terapii uzależnienia prowadzona jest w sposób ustrukturalizowany i koncentruje się na określonych przez terapeutę obszarach.

(3) **Dostarczanie przykładów i wzorów postępowania.** Częścią programu terapii uzależnienia jest wykorzystywanie jednej z najbardziej skutecznych metod uczenia społecznego, jaką jest modelowanie. Podstawowym rodzajem treści, które docierają tą drogą do pacjentów, są wzory konstruktywnego postępowania służącego trzeźwemu życiu. Można to osiągnąć na przykład przez udział w programie osób, które same kiedyś patologicznie piły, ale odniosły sukces w prowadzeniu trzeźwego życia.

(4) **Wpływ interpersonalny – indywidualny i grupowy.** W terapii ważną rolę odgrywają bezpośrednie i wszechstronne uniwersalne oddziaływania interpersonalne, dokonujące się pomiędzy wszystkimi uczestnikami sytuacji terapeutycznych, a w szczególności bezpośrednie konfrontowanie pacjenta z realiami jego zachowań i sytuacji, w których się znajduje.

(5) **Ćwiczenie umiejętności.** Do utrwalania abstynencji i budowania nowego sposobu życia bez alkoholu potrzebne jest rozwijanie konstruktywnych wzorów zachowania i myślenia, czyli trenowanie umiejętności. Służą temu zarówno drobne, czasem doraźnie improwizowane ćwiczenia dostosowane do konkretnych umiejętności, jak i systematycznie zorganizowane procedury, na przykład trening zapobiegania nawrotom picia, trening asertywności, trening interpersonalny.

(6) **Przygotowanie do uczestnictwa w środowiskach wzajemnej pomocy.** Dotyczy to przede wszystkim zachęcania pacjentów do uczestnictwa w spotkaniach AA oraz zapoznawania ich z wybranymi treściami programu Dwunastu Kroków (zob. ramka 68.1).

68.1.7.3 Osobisty plan terapii osoby uzależnionej

Przygotowanie przez terapeutę i realizacja przez pacjenta osobistego planu terapii stanowią centralny aspekt nowoczesnego programu intensywnej psychoterapii uzależnień. Ten element technologii terapeutycznej rozpoczyna się od systematycznego rozpoznania wybranych fragmentów biografii i aktualnego sposobu życia pacjenta, szczególnie zjawisk związanych z uzależnieniem. Na podstawie tych danych buduje się ogólną mapę problemów wymagających konstruktywnego rozwiązania, po to by móc zrealizować cele terapii. Prowadzi to do opracowania – wspólnie z pacjentem – pisemnego dokumentu zawierającego konkretny plan jego terapii.

Plan zawiera zbiór ściśle określonych problemów, celów i zadań do osiągnięcia w czasie terapii oraz szczegółowe omówienie sposobów realizacji tych zadań, ich terminów i okoliczności towarzyszących (Mellibruda i Sobolewska, 1999). Ten dokument jest dla pacjenta podstawowym przewodnikiem, wskazującym mu, co i kiedy powinien zrobić. Terapeuta jest konsultantem i osobą, która tworzy okazje do realizacji niektórych fragmentów tego planu. Pacjent zawiera z zespołem terapeutycznym kontrakt na realizację tego programu i jest odpowiedzialny za wypełnianie poszczególnych kroków. Uczestniczy także w zajęciach terapeutycznych, które służą rozwijaniu lub pogłębianiu pracy psychologicznej, jaką wykonuje indywidualnie.

Proces psychoterapii przebiega więc dwoma równoległymi i wzajemnie dopełniającymi się nurtami. Jeden związany jest z realizacją osobistego planu i kształtuje przede wszystkim podmiotowe zaangażowanie pacjenta w proces zdrowienia i zmiany osobistej. Drugi oparty jest na uczestnictwie pacjenta w grupowych zajęciach terapeutycznych i w indywidualnych spotkaniach z terapeutą, w czasie których pogłębiają się i utrwalają przemiany wynikające z całego procesu terapii.

68.2 Psychologiczne wyznaczniki przestępczości

Józef K. Gierowski

Spośród zjawisk określanych jako **„społecznie patologiczne"**, zdefiniowanych przez A. Gaberlego (1993) jako zachowania działające destruktywnie na społeczeństwo (lub na jego elementy), a przy tym niezgodne z wartościami powszechnie uznawanymi w danym kręgu kulturowym, szczególną rolę odgrywa przestępczość. Należy przy tym podkreślić, że przestępczość nie jest zjawiskiem jednolitym – zarówno jeśli chodzi o jego genezę, jak i zakres oraz rodzaje.

Przestępstwo pojmowane jest najczęściej w sensie prawnokarnym, to jest jako zachowanie społecznie niebezpieczne, zabronione pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia. Wśród różnych sposobów rozumienia pojęcia „przestępstwa" szczególnie przydatne dla celów niniejszego opracowania jest podejście określane w kryminologii jako „zorientowane na sprawcę". Oznacza ono spojrzenie na przestępstwo z perspektywy jego sprawcy, zmierzające do uzyskania odpowiedzi na pytanie, jakimi cechami charakteryzują się osoby popełniające przestępstwa oraz jakie zewnętrzne okoliczności tworzą układy sprzyjające dokonywaniu takich czynów.

Z przedstawionych tu założeń jasno wynika potrzeba wielostronnej analizy zjawisk łamania zakazów prawnokarnych oraz konieczność traktowania przestępczości jako kategorii niejednolitej, wewnętrznie zróżnicowanej. Oczywisty staje się również brak podstaw do tworzenia jednej generalnej i wszechogarniającej teorii przestępczości. Znaczne zróżnicowanie **przestępstw** pod względem ich typu,

charakteru oraz okoliczności ich popełnienia, zmienność ustawowych regulacji i prawnych kryteriów kwalifikacyjnych wykluczają tym samym sensowność poszukiwania takich czynników psychologicznych, co do których można by przypuszczać, iż będą charakterystyczne dla każdego człowieka naruszającego porządek prawny. Zdarzyć się może, że określone zachowanie człowieka oceniane będzie z perspektywy jednego kodeksu karnego jako czyn przestępny, w innym zaś nie zostanie w ogóle ujęte i traktowane będzie jako dozwolone.

Zasygnalizowana względność prawa, jego relatywizm, czy też konserwatywny i dogmatyczny charakter muszą rzutować na próby ustalania psychologicznych uwarunkowań przestępczości. Staje się oczywiste, że przestępczość i prawidłowości opisywane przez psychologię to bardzo różnorodne kategorie zjawisk. Odwołując się do samych tylko zdroworozsądkowych ocen, trudno sobie wyobrazić, by takie zachowania człowieka, jak zabójstwo, gwałt, kradzież, wyłudzenie, fałszowanie dokumentów, szpiegostwo czy nieumyślne spowodowanie katastrofy, dały się sprowadzić do jakiejkolwiek wspólnej kategorii psychologicznej. Zawodzi tu nawet tak szeroki i ogólny czynnik, jakim jest stopień socjalizacji sprawcy. Z psychologicznego punktu widzenia jedyną rozsądną propozycją jest postulat możliwie daleko idącej indywidualizacji w ocenie czynników i mechanizmów prowadzących do naruszenia przez sprawcę porządku prawnego.

Wyjaśnianie genezy i przyczyn czynów przestępnych poprzez zastosowanie wiedzy i praw współczesnej psychologii jest więc zadaniem skomplikowanym i trudnym metodologicznie. Wyniki dotychczasowych poszukiwań psychologii sądowej i kryminologii uzasadniają jednak celowość i sensowność tych działań badawczych, które zmierzają do ustalenia roli, jaką w genezie inkryminowanego czynu odgrywały zmienne biopsychiczne, do rekonstrukcji pełniejszego obrazu osobowości sprawców przestępstw różnego typu, do psychologicznej oceny sytuacji kryminogennej, czy wreszcie do odtworzenia przebiegu procesów motywacyjnych, prowadzących

RAMKA 68.3

Wiadomo powszechnie, że takie zjawiska, jak homoseksualizm, prostytucja, pornografia, używanie środków odurzających czy aborcja, oceniane są w jednych krajach jako zabronione i karane, w innych zaś nie przypisuje się im przestępnego charakteru. Zmianie ulegają również przepisy obowiązujące w konkretnym państwie. Przykładem jest tu Polska, w której do 1932 roku obowiązywały trzy kodeksy karne odziedziczone po zaborcach, po czym w życie wszedł kodeks karny, który swój prawny byt zakończył w 1970 roku. Aktualne ustawy karne zaczęły obowiązywać od 1998 roku. Pobieżne nawet porównanie wymienionych kodeksów doskonale ilustruje zjawisko względnego charakteru przestępczości. Czyny, które kiedyś były zabronione, dziś są dozwolone – dotyczy to szeregu tak zwanych przestępstw politycznych. Ich miejsce zajęły przestępstwa przeciwko pokojowi, ludzkości oraz przestępstwa wojenne. Zmieniają się również kryteria kwalifikacyjne czynów. Na przykład, nowy kodeks karny wprowadził nieznaną dotychczas formę tak zwanego zabójstwa kwalifikowanego (ciężkiego). Z taką sytuacją mamy do czynienia, gdy sprawca działa „z motywacji zasługującej na szczególne potępienie". Grozi mu wtedy najwyższy wymiar kary. Obniżono również wiek nieletniego; w sytuacji szczególnie drastycznych przestępstw nieletni będzie wcześniej odpowiadał na zasadach ogólnych, niż działoby się to zgodnie z poprzednim kodeksem karnym.

do naruszenia przez sprawcę obowiązującego prawa. Inaczej mówiąc, **przestępca** to człowiek, który ze względu na swoje właściwości osobowościowe oraz sytuację, w jakiej się znajdował, uruchomił motywację prowadzącą do celu, który nie jest społecznie akceptowany i jest prawnie zabroniony.

68.2.1
Rola czynników biopsychicznych w etiologii zachowania przestępczego

Pojęcie **„czynnika biopsychicznego"** (Firkowska-Mankiewicz, 1972; Ostrowska i Wójcik, 1986), czy też **„biologicznych czynników pośrednich"** (Gaberle, 1993) nie jest pojęciem jasnym i ostrym. Posługiwanie się nim jest ściśle związane z pewnym etapem rozwoju kryminologii jako odrębnej nauki, usiłującej rozwiązać odwieczny dylemat dotyczący przewagi biologicznych bądź środowiskowych uwarunkowań przestępczości. Obecnie ta rozbieżność straciła na ostrości, wiadomo bowiem, że wszelkie zachowanie – w tym również przestępcze – uwarunkowane jest zarówno przez czynniki biologiczne, jak i społeczne. Psychologia jest nauką, która wydaje się najbardziej uprawniona do stawiania hipotez o czynnikach warunkujących ludzkie zachowanie. Leży ona na pograniczu nauk społecznych i przyrodniczych i na pierwszy plan wysuwa problem osobowości jednostki, kształtującej się w procesie nieustającej interakcji czynników biologicznych i środowiskowych. Pojęcie osobowości bywa jednak różnie rozumiane przez poszczególnych badaczy. W naszych rozważaniach zawężimy je do tych struktur, które w znaczący sposób determinowane są przez kod genetyczny oraz stan funkcjonowania organizmu, w tym przede wszystkim – ośrodkowego układu nerwowego. Wymienione wcześniej czynniki różnią się jakościowo od czynników psychologicznych i opisywane są w terminach biologicznych, anatomii i fizjologii. Wiadomo również o nich, że warunkują jedynie ujawnienie się określonych cech i zjawisk psychicznych, zwiększając prawdopodobieństwo ich występowania.

Zanim omówione zostaną ważniejsze wyniki badań nad czynnikami biopsychicznymi w genezie czynów przestępnych, należy wspomnieć o próbach wyjaśniania zjawiska przestępczości przez bezpośrednie odwołanie się do zmiennych biologicznych. Chodzi tu z jednej strony o koncepcje czynników genetycznych lub wrodzonych, z drugiej – o nieprawidłowości układu chromosomalnego, czy też zaburzenia hormonalne lub biochemiczne. Jak zauważa Gaberle (1993), historycznie rzecz ujmując, koncepcja wrodzonych czynników wywołujących zachowania przestępcze legła u podstaw pierwszej poważnej próby rozszyfrowania etiologii takich zachowań. Zgodnie z poglądami Cesare Lombrozo, niektórzy ludzie są „przestępcami z urodzenia", czyli wykazują nieodpartą tendencję do popełniania przestępstw. Z tradycji szkoły antropologicznej, utworzonej przez Lombrozo, wywodzą się współczesne próby ustalenia dziedziczenia skłonności do popełniania przestępstw.

Wyróżnić tu należy badania nad rodzinami przestępczymi oraz nad bliźniętami (zob. tab. 68.1). W badaniach tych usiłowano weryfikować hipotezę o przekazywaniu skłonności przestępczych za pomocą kodu genetycznego. Podobny cel, zmierzający do wskazania kryminogennego charakteru niektórych czynników biologicznych, usiłowali realizować badacze zajmujący się zaburzeniami struktury chromosomów u przestępców lub zaburzeniami hormonalnymi i biochemicznymi. Szerokie omówienie takich badań zawiera opracowanie Krystyny Ostrowskiej i Dobrochny Wójcik (1986). Cytowany przez wymienione autorki K. O. Christiansen krytycznie ocenił badania dotyczące bliźniąt kryminalnych, w tym także badania bliźniąt monozygotycznych wychowywanych oddzielnie, stwierdzając, że choć nie można wykluczyć wpływu czynników genetycznych w przestępczości, to jednak nie można im przypisać decydującej roli w porównaniu z oddziaływaniem środowiska.

TABELA 68.1

Zgodność przestępczości u bliźniąt mono- i dyzygotycznych

ŹRÓDŁO	MZ		DZ	
	LICZBA PAR	ZGODNOŚĆ %	LICZBA PAR	ZGODNOŚĆ %
Lange (1929)	13	76,9	17	11,8
Legras (1932)	4	100,0	5	0,0
Rosanoff i in. (1934)	37	67,6	28	17,9
Kranz (1936)	31	64,5	43	53,5
Stumpfl (1936)	18	64,5	19	36,8
Borgstrom (1939)	4	75,0	5	40,0
Yoshimasu (1961)	28	60,6	18	11,1
Razem	**135**	**66,7**	**135**	**30,4**

Według: Eysenck i Gudjonsson (1989, s. 97), za zgodą wydawcy; *copyright* Plenum Press.

Badania nad czynnikami genetycznymi lub wrodzonymi w przestępczości wywoływały od początku poważne sprzeciwy i wątpliwości. Wydaje się, że ostateczny cios zadał im rozwój genetyki, który doprowadził do ustaleń wykluczających możliwość genetycznej transmisji tendencji do zachowania się w określony sposób (Gaberle, 1993). Podobny los spotkał badania próbujące tłumaczyć fenomen przestępczości **aberracjami genetycznymi** (kariotyp 47, XYY oraz nadmiarowy chromosom X w zespole Klinefeltera). Przeprowadzone do tej pory badania empiryczne nie dostarczyły przekonujących dowodów na potwierdzenie hipotezy o kryminogennej roli czynników genetycznych oraz na istnienie „chromosomu przestępczości". Zachowanie przestępcze jest zazwyczaj wypadkową działania czynników biologicznych i środowiskowych.

Otwarte jest również, zdaniem Ostrowskiej i Wójcik (1986), pytanie, czy rzeczywiście zaburzenia hormonalne i biochemiczne (takie na przykład, jak alergia mózgu czy hipoglikemia) mogą stanowić przyczyny zachowań przestępczych. Zdaniem autorek, do wyników dotychczas przeprowadzonych badań należy podchodzić z dużą ostrożnością, można też mieć do nich wiele zastrzeżeń metodologicznych. Ten kierunek badań jest interesujący i warto w studiach kryminologicznych uwzględnić najnowsze zdobycze biochemii. Ostatnie lata dostarczyły nowych interesujących wyników, związanych z próbami wprowadzenia do psychiatrii i psychologii sądowej koncepcji zespołu stresu pourazowego (PTSD) i ostrej reakcji na stres. J. Heitzman (1997), relacjonując badania nad biologicznymi aspektami PTSD, pisze, że koncentrują się one głównie wokół reakcji endokrynnych na stres w osi podwzgórze–przysadka–nadnercza oraz wokół receptorów neuroprzekaźników.

Badania i eksperymenty ostatnich kilkudziesięciu lat upoważniają do wyodrębnienia czterech podstawowych czynników biopsychicznych:

(1) **Charakteropatii, rozumianej jako specyficzny zespół cech osobowości, charakterystyczny dla jednostek, u których stwierdza się zmiany w strukturze i funkcjonalnych właściwościach ośrodkowego układu nerwowego.** Zmiany te wywołane są najczęściej działaniem szkodliwego, uszkadzającego bodźca.

(2) **Temperamentu**, czyli zespołu stałych, formalnych cech zachowania, takich jak tempo procesów psychicznych, pobudliwość, siła i szybkość reagowania. Cechy te dotyczą głównie emocji i czynności ruchowych, a przejawiają się w różnych formach działania jednostki.

(3) **Psychopatii jako wymiaru osobowości, czyli zespołu względnie stałych cech zachowania, dotyczących sfery emocjonalno-popędowej i motywacji człowieka.** Psychopatie oznaczają odchylenia w zakresie charakteru, temperamentu i życia popędowego, nie osiągają jednak rozmiarów psychozy.

(4) **Inteligencji**, odzwierciedlającej poziom rozwoju umysłowego człowieka i jego możliwości poznawczych – rozumianej najczęściej jako plastyczność działania i umiejętność wykorzystania posiadanej wiedzy i doświadczenia w nowych sytuacjach.

Wspólną cechą przyjętych zmiennych jest fakt, że wszystkie one uwarunkowane są funkcjonalnymi i strukturalnymi właściwościami ośrodkowego układu nerwowego człowieka. Należy przy tym podkreślić, iż same nie określają jeszcze postaw, celów, dążeń i preferowanych wartości jednostki; opisują jedynie pewne formalne cechy zachowania. Treść tego zachowania kształtuje się dopiero w interakcji pomiędzy wrodzonymi predyspozycjami a określonymi kategoriami bodźców środowiskowych. Analizując konkretne, niekorzystne postawy społeczne sprawców czynów zabronionych, czy też cechy i mechanizmy funkcjonowania ich osobowości, trzeba ustalić mechanizmy psychologiczne, wyjaśniające zależność pomiędzy określonymi psychicznymi właściwościami ludzkiej aktywności a modyfikującymi je oddziaływaniami społecznymi.

Badania nad kryminogenną rolą czynników biopsychicznych nie doprowadziły do ustaleń pozwalających na uznanie za udowodnioną tezy, że wystąpienie któregokolwiek z wymienionych czynników, zwłaszcza w sytuacji, gdy odbiega on od przyjętej normy, jest warunkiem wystarczającym lub koniecznym do pojawienia się zachowania przestępczego. Dostarczyły natomiast materiału, który pozwala na stwierdzenie, że każda z wymienionych zmiennych może powodować wystąpienie zachowań przestępczych, jeżeli dołączą do nich dodatkowe okoliczności. Zmiennym biopsychicznym można więc przypisać charakter czynnika fragmentarycznego, cząstkowego, pozwalającego jedynie w niewielkim stopniu odpowiedzieć na pytanie o psychologiczne uwarunkowania przestępczości. Ze względu na dużą liczbę badań empirycznych oraz niejednoznaczność uzyskiwanych wyników czynniki biopsychiczne zasługują na nieco szersze omówienie.

68.2.1.1 Organiczne uszkodzenia mózgu a skłonności do zachowania przestępczego

Wśród badań nad rolą czynników biopsychicznych w etiologii przestępczości wiele uwagi poświęcono zagadnieniom związku pomiędzy uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego (OUN) a skłonnościami do zachowania przestępczego. Dotychczasowe badania wskazują na istnienie współzależności obu zjawisk. Organiczne uszkodzenia mózgu są często źródłem zaburzeń psychicznych, określanych w polskiej literaturze psychiatrycznej jako **charakteropatie**, będące jedną z form zespołu psychoorganicznego. Utrudniają one bądź uniemożliwiają przystosowanie psychiczne, pociągając za sobą dezadaptację społeczną. Ta ostatnia przejawia się nierzadko tendencjami do zachowania przestępczego.

Pojęcie charakteropatii wprowadził do naszej psychopatologii Tadeusz Bilikiewicz

(1972). Poddał on badaniom pneumoencefalograficznym osoby, które według powszechnie obowiązującej w owym czasie klasyfikacji psychiatrycznej zdiagnozowane zostały jako psychopaci. Badania wykazały, że w przeważającej liczbie przypadków udało się wykryć zmiany w OUN, świadczące o przebytych uszkodzeniach mózgu. Charakteropatie, czyli organiczne zaburzenia charakteru, nigdy nie trafiły do międzynarodowych wykazów chorób i zaburzeń psychicznych. Są jednak do dziś używane w psychopatologii, pomimo że w najnowszych klasyfikacjach (ICD-10 czy DSM-IV) znaleźć można takie jednostki nozologiczne, jak „organiczne zaburzenia osobowości" (ICD-10) czy „osobowość antysocjalna" lub „osobowość z pogranicza, typu *borderline*" (DSM-IV).

Przeprowadzone dotychczas badania nad wpływem organicznego uszkodzenia OUN na zachowanie przestępcze wychodzą z dwóch zasadniczych modeli teoretycznych. Pierwszy z nich zakłada, że uszkodzenie mózgu, pociągające za sobą poważne zaburzenia w procesach socjalizacji, może mieć charakter generalnego czynnika kryminogennego – predysponując tym samym zaburzone jednostki do wszelkiej aktywności przestępczej, niezależnie od jej charakteru i nasilenia. Wyniki przeprowadzonych badań psychiatrycznych i psychologicznych uzasadniają częściowo takie stanowisko (zob. Firkowska-Mankiewicz, 1972; Namowicz-Chrzanowska, 1965). O wiele bardziej słuszne i przekonujące wydają się jednak te badania, które zmierzają do wykrycia i opisania zależności pomiędzy uszkodzeniami OUN a pewnymi wybranymi typami przestępstw, zwłaszcza agresywnych (zob. Gierowski, 1979; Ostrihańska, Szamota i Wójcik, 1982). Jest przy tym charakterystyczne, że wymienieni autorzy usiłowali uprzednio traktować zmienną „organiczną" jako czynnik predysponujący do przestępczości w ogóle, niezależnie od jej różnorodności i typologii.

Trudności w uzyskaniu jednoznacznych wyników, nieadekwatność kryteriów prawnych do zmiennych psychiatryczno-psychologicznych oraz brak możliwości bardziej precyzyjnego opisu psychologicznych mechanizmów wyjaśniających stwierdzane zależności skłoniły badaczy do wprowadzenia zróżnicowania typologicznego sprawców i ich czynów, opartego na kryteriach ściśle psychologicznych. Spośród nich szczególną uwagę poświęcono agresywności, będącej jedną ze stałych właściwości badanych sprawców, a więc cechą ich osobowości, albo też zmienną opisującą i charakteryzującą jedynie popełniony przez nich czyn przestępny. Takie założenia teoretyczne, obejmujące typologię sprawców bądź ich zachowań przestępczych, umożliwiły uzyskanie o wiele bardziej interesujących wyników, wskazujących na istotną rolę organicznych uszkodzeń OUN w genezie przestępczości agresywnej. Słuszność tych założeń potwierdzają wyniki badań Józefa Gierowskiego (1989) nad motywacją sprawców zabójstw. Badania wykazały, że nawet motywy, z których zabójcy pozbawiają innych życia, pozostają w różnych relacjach do zmiennych „organicznych". I tak, u osób zabijających z takich motywów emocjonalnych, jak poczucie krzywdy i urazy oraz przeżywane zagrożenie i lęk, zdecydowanie częściej stwierdzano uszkodzenia mózgu niż u zabójców seksualnych i tych, którzy działali z motywów urojeniowych (psychotycznych).

68.2.1.2 Czy temperament człowieka może być czynnikiem kryminogennym?

W badaniach nad genezą przestępczości wyodrębnić można nurt, w którym poszukuje się zależności pomiędzy skłonnościami do naruszania porządku prawnego a właściwościami układu nerwowego sprawcy, określanymi przez wielu badaczy jako typ **temperamentu** człowieka. W tego rodzaju badaniach przedmiotem zainteresowania są nie tyle uszkodzenia struktury czy zakłócenie funkcjonowania układu nerwowego jednostki, co wskazanie na pewne cechy prawidłowo funkcjonującego układu nerwowego, które mogą sprzyjać niewłaściwym formom zachowania, w tym również i przestępczym. Najbardziej znaną kon-

cepcję łączenia niektórych cech osobowości i zachowania przestępczego z właściwościami układu nerwowego człowieka przedstawił Hans Eysenck (1964). Koncepcja przestępczości Eysencka przedstawiona zostanie bardziej szczegółowo w następnym podrozdziale, poświęconym psychologicznym teoriom usiłującym wyjaśnić zjawisko przestępczości. W tym miejscu skoncentrujemy się na wynikach badań, które dotyczą poziomu ekstrawersji i neurotyczności – podstawowych, zdaniem Eysencka, wymiarów osobowości (zob. rozdz. 34.). Ekstrawertycy charakteryzować się mają przewagą procesu hamowania nad procesami pobudzenia, dlatego też trudno się warunkują, co utrudnia im socjalizację. Neurotyczność natomiast odzwierciedla poziom labilności i pobudliwości emocjonalnej. Przestępców winien przy tym charakteryzować wyższy niż u nieprzestępców poziom obu wyodrębnionych wymiarów. Sygnalizując jedynie, że samemu Eysenckowi nie udało się zweryfikować swojej koncepcji, przejdziemy do omówienia wyników badań polskich psychologów. Są one łatwiej porównywalne, a proste narzędzia pomiaru, jakimi są kwestionariusze MPI i EPI (ich opis – zob. rozdz. 34.), sprawiły, że badacze chętnie po nie sięgali.

RAMKA 68.4

W. Sanocki (1974), porównując przestępców i nieprzestępców, ustalił, że tych pierwszych charakteryzuje wyraźnie wyższy poziom ekstrawersji, w mniejszym stopniu różnicujący zaś był poziom neurotyczności. Ostrowska i Wójcik (1986) nie stwierdziły natomiast różnic w skali ekstrawersji między sprawcami przestępstw chuligańskich a młodzieżą szkół podstawowych. Zdecydowanie bardziej interesujące są wyniki badań, które uwzględniały zróżnicowanie populacji przestępczej. K. Pospiszyl (1973) ustalił, że najwyższe wyniki w skalach ekstrawersji i neurotyczności uzyskali sprawcy czynów chuligańskich i sprawcy gwałtów. Różnili się oni od sprawców przestępstw przeciwko mieniu. Badania J. Stanika (1975) wskazują, że istnieje ścisła zależność pomiędzy poziomem agresywności sprawców przestępstw o charakterze chuligańskim a ekstrawersją i neurotycznością. Bardzo zbliżone wyniki uzyskali Ostrihańska i inni (1982). Podobne badania Gierowskiego (1979) potwierdziły tę zależność jedynie w odniesieniu do neurotyczności. Późniejsze badania tego autora (Gierowski, 1989) nad motywacją sprawców zabójstw pozwoliły na ustalenie, że populację zabójców charakteryzuje ogólnie wysoki wynik neurotyczności, natomiast poziom ekstrawersji jest bardzo różny, gdy uwzględni się motywy działania sprawców. Zabójcy z motywów seksualnych są zdecydowanymi introwertykami, ponadprzeciętna ekstrawersja jest natomiast typowa dla zabójców działających z motywów rabunkowo-ekonomicznych i dla tych, którzy zabójstwa dopuścili się pod wpływem intensywnie przeżywanego poczucia krzywdy i urazy (zob. tab. 68.2). W znacznym stopniu potwierdzałoby to stanowisko J. Strelaua (1978), że wyjaśnienia zależności między właściwościami osobowości a rodzajem przestępstwa należy szukać w okolicznościach samego czynu i w odmiennym zapotrzebowaniu na stymulację bodźcową ekstra- i introwertyków.

TABELA 68.2

Motywy sprawców zabójstw a poziom ich neurotyczności i ekstrawersji

CECHY OSOBOWOŚCI	BEZPOŚREDNIE MOTYWY SPRAWCÓW					
	ekonomiczne (grupa 1)	seksualne (grupa 2)	urojeniowe (grupa 3)	zemsty (grupa 4)	poczucia krzywdy (grupa 5)	poczucia zagrożenia# (grupa 6)
Neurotyczność	7,0	7,1	7,2	7,0	7,2	8,2
Ekstrawersja	5,6	3,8*	4,2*	4,5*	5,7	4,6

Uwaga, # lub brak motywu; * istotna różnica ($p < 0,01$) w porównaniu z grupami 1. i 5.
Według: Gierowski (1989, s. 188), za zgodą wydawcy; *copyright* Wydawnictwo Akademii Medycznej.

Podsumowując, należy podkreślić, że nie ma prostej zależności pomiędzy właściwościami temperamentalnymi człowieka a ogólniejszą tendencją do naruszania prawa. Na zależności takie liczyć można jedynie w wypadku wprowadzenia typologii sprawców, uwzględniającej charakter popełnionych czynów, ich okoliczności i zmienne motywacyjne.

68.2.1.3 Psychopatia a przestępczość

Klasyfikacje psychiatryczne nie charakteryzowały się nigdy nadmierną dbałością o jasność, jednoznaczność czy precyzję w opisie uwzględnianych przez nie pojęć i rozpoznań nozologicznych. Usprawiedliwiały to w znacznym stopniu trudności, jakie wiążą się z wszelkimi próbami uporządkowania i uogólnienia wyników badań empirycznych oraz z różnorodnością wyjaśniających je koncepcji teoretycznych. Zarówno opis zjawisk psychopatologicznych, jak i próby ich etiologicznego wyjaśnienia charakteryzuje znaczna zmienność, wynikająca z konieczności uwzględniania coraz to nowszych badań, doskonalenia metod badawczych i rozwoju medycznej wiedzy o biologicznych bądź społecznych uwarunkowaniach zaburzeń psychicznych. Historia pojęcia **psychopatii** doskonale ilustruje podstawowe dylematy poznawcze i metodologiczne współczesnej psychiatrii.

Psychopatia, wprowadzona do psychiatrycznego nazewnictwa pod koniec XIX wieku, zakończyła swój byt w drugiej połowie lat siedemdziesiątych, kiedy to kolejna, ósma rewizja Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD) zastąpiła ją pojęciem „osobowości nieprawidłowej". Najnowsze klasyfikacje (ICD-10, DSM-IV) traktują psychopatie jako różnorodne „zaburzenia osobowości" (na przykład osobowość paranoiczna, schizoidalna, dyssocjalna czy chwiejna emocjonalnie). Trudno jednak zapomnieć o psychopatii i wymazać ją z aparatury pojęciowej współczesnej psychiatrii. Setki badań naukowych, zarówno psychiatrycznych, jak i psychologicznych, dostarczyły bowiem tak bogatego materiału empirycznego, że długo jeszcze będzie on przedmiotem analizy tych działań poznawczych, które zmierzają do opisu etiologii czy patogenezy zaburzeń psychicznych. Przypisywane psychopatom skłonności do zachowań charakteryzujących się nagłymi wybuchami i niekontrolowaną agresją, nieliczeniem się ze skutkami własnego postępowania, brakiem zdolności do nawiązywania bliskich związków uczuciowych z innymi ludźmi, deficytem poczucia lęku czy zwiększonym zapotrzebowaniem na stymulację, sugerują występowanie silnego związku pomiędzy przestępczością a omawianym typem zaburzeń osobowości. Związek taki potwierdzany był wielokrotnie (zob. Kępiński, 1977; Pospiszyl, 1985) i chociaż nigdy nie było zgodności co do samej istoty psychopatii, jej definicji, a zwłaszcza etiologii, trudno wątpić w kryminogenny charakter zaburzeń psychopatycznych.

Podkreślić w tym miejscu należy, że w miarę rozwoju badań zawężano zakres definicji psychopatii. Wyłączono z niej zaburzenia socjopatyczne i charakteropatyczne, koncentrując się na roli, jaką w kształtowaniu się zaburzonej osobowości odgrywają czynniki biologiczne (genetyczne), utrudniające

prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny. Wśród współczesnych psychologicznych koncepcji psychopatii szczególne miejsce zajmuje teoria Eysencka (1975; Eysenck i Eysenck, 1996). Wprowadzenie nowego wymiaru osobowości – **psychotyczności** – zdecydowanie poszerzyło wiedzę o roli zmiennych biopsychicznych w genezie czynów przestępnych. Zdaniem Eysencka, istnieje ortogonalny w stosunku do neurotyczności, ekstrawersji i inteligencji czynnik, który odzwierciedla stopień podatności jednostki na zaburzenia typu psychotycznego. Należy przy tym podkreślić, że wymiar ten znajduje zastosowanie przy ocenie niespecyficznej podatności na psychozy u jednostek zdrowych, nie opiera się bowiem na symptomach psychiatrycznych, lecz jest związany z tkwiącą u ich podłoża strukturą osobowości.

Zanim przejdziemy do omówienia wspomnianych cech osobowości, przedstawimy jeszcze poglądy Eysencka na zaburzenia typu psychopatycznego. W ostatnich latach uległy one pewnym zmianom i modyfikacjom. Autor wprowadził podział **psychopatii** na pierwotną i wtórną. Ta ostatnia występuje, gdy mamy do czynienia z jednostkami, które ze względu na trudności warunkowania i ponadprzeciętną pobudliwość emocjonalną predysponowane są do zachowań antyspołecznych. Są to więc ekstrawertywni neurotycy, a o tym, czy staną się oni psychopatami, decydują ostatecznie warunki i wpływy środowiskowe, w jakich przebiega rozwój i kształtowanie się ich osobowości. **Psychopatia pierwotna** natomiast jest w znacznie mniejszym stopniu efektem procesów warunkowania, niekorzystnych z perspektywy interesów społeczeństwa. Struktura osobowości pierwotnego psychopaty zdeterminowana jest przede wszystkim genetycznie, przez predyspozycje psychotyczne. Na drodze analizy czynnikowej Eysenck wyodrębnił listę cech charakterystycznych dla osób o wysokim poziomie psychotyczności. I tak, psychotycy to ludzie samotni, niedostosowani społecznie, nieufni, dziwaczni, zimni, pozbawieni uczuć, niewrażliwi, szukający mocnych wrażeń, niezważający na niebezpieczeństwa, nierozsądni, agresywni (Eysenck, 1973; Eysenck i Eysenck, 1996). Eysenck uważa, iż istnieje ścisły związek pomiędzy poziomem psychotyczności a skłonnościami do zachowania przestępczego. Potwierdziły go w znacznym stopniu badania samego autora, ale jedynie w odniesieniu do sprawców przestępstw agresywnych. Podobne wyniki uzyskał w Polsce Gierowski (1980), badając kwestionariuszem MPI młodocianych sprawców przestępstw. Istotnie wyższym poziomem psychotyczności charakteryzowali się nieprzystosowani społecznie recydywiści, w tym zwłaszcza sprawcy czynów agresywnych (Gierowski, 1979).

Podejmowane przez Eysencka próby przypisania psychotyczności roli generalnego czynnika kryminogennego należy uznać – w świetle wyników wielu badań empirycznych – za niezweryfikowane. Opisany wymiar osobowości jest jednak zmienną, która dość dobrze charakteryzuje sprawców o skłonnościach agresywnych, którzy – zgodnie z tradycyjną diagnostyką psychiatryczną – klasyfikowani byli jako psychopaci. Na ostateczną weryfikację czeka jeszcze teza o psychotycznym uwarunkowaniu psychoz.

Warto też w tym miejscu podkreślić, że wbrew powszechnemu przekonaniu nie ma dowodów na to, iż chorzy psychicznie są bardziej skłonni niż tak zwana zdrowa populacja do popełniania poważnych przestępstw kryminalnych. Częstość popełniania czynów przestępnych przez chorych na psychozy jest taka sama jak wśród ludzi zdrowych. Nie znaczy to, że psychotycy nie naruszają porządku prawnego. Zdarza się to zwłaszcza osobom z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, paranoi, psychozy afektywnej jednobiegunowej (depresji endogennej), czy też krótkotrwałych stanów psychotycznych, zwanych dawniej „stanami wyjątkowymi". Należy do nich na przykład afekt patologiczny czy upojenie patologiczne (Cieślak, Spett, Szymusik i Wolter, 1991).

Teoria psychotyczności Eysencka obrazuje trudności metodologiczne, jakie napotkać muszą próby wyjaśniania zjawiska przestępczości poprzez odwołanie się do jednego, wybranego wymiaru osobowości. Ta uwaga ma zresztą bardziej ogólny charakter i dotyczy wszelkich badań wskazujących na kryminogenny charakter tych zaburzeń osobowości, które przez lata nazywano psychopatią. Pozostaje ona w związku z przestępczością, ale tylko wtedy, gdy uwzględni się jej złożony, niejednorodny charakter.

68.2.1.4 Kontrowersje wokół roli poziomu sprawności intelektualnej sprawcy w genezie przestępstwa

Przez wiele lat badacze zajmujący się zagadnieniem etiologii przestępczości wyrażali pogląd, że niski poziom intelektualny, a zwłaszcza **upośledzenie umysłowe**, jest istotnym czynnikiem kryminogennym. Już Lombrozo tłumaczył skłonności do przestępstwa „zwyrodnieniem organicznym", które w sferze życia psychicznego odpowiadać miało upośledzeniu umysłowemu. W 1920 roku Goddard stwierdził, że mniej więcej połowa młodzieży przestępczej jest upośledzona umysłowo. Podobne wyniki, dotyczące populacji amerykańskich więźniów, uzyskał w 1947 H. Sutherland (za: Tuhan Mirza-Baranowska i Namowicz-Chrzanowska, 1972). Wiele wskazuje na to, że przedstawione poglądy mają dzisiaj znacznie jedynie historyczne.

Polskie badania dotyczące poziomu rozwoju umysłowego przestępców nie są zbyt liczne i dotyczą przede wszystkim sprawców nieletnich i młodocianych. Z badań Firkowskiej-Mankiewicz (1972) i Namowicz-Chrzanowskiej (1965) nie wynika, by można było pozytywnie zweryfikować hipotezę o kryminogennej roli obniżonej inteligencji, traktowanej jako ogólna predyspozycja do zachowania przestępczego. Raz jeszcze ujawniła się nieadekwatność kryteriów prawnych w stosunku do psychologicznych. Wiele natomiast wskazuje na to, że niska inteligencja może odgrywać istotną rolę w procesach socjalizacji przestępców, utrudniając jednostkom przystosowanie społeczne, i w ten pośredni sposób przyczyniać się do naruszania porządku prawnego.

Zdecydowanie bardziej przekonujące wydaje się stanowisko, zgodnie z którym o kryminogennym charakterze obniżonego poziomu inteligencji można mówić jedynie w wypadku sprawców pewnego typu czynów przestępnych, czy też określonego stopnia społecznej dezadaptacji (dotyczy to na przykład recydywistów). Istnieją badania potwierdzające tę prawidłowość (Gierowski, 1979; Ostro-

RAMKA 68.5

H. Schröder (1964) zauważył interesującą prawidłowość w wynikach, jakie uzyskiwali niemieccy psychiatrzy i psychologowie. Stwierdził on mianowicie, że w miarę upływu lat, a co za tym idzie – doskonalenia metod i technik badawczych, naukowcy uzyskiwali coraz mniejszy odsetek przypadków niedorozwoju w populacji przestępczej. I tak, Riedl w 1933 roku podał, że 49% przestępców to oligofrenicy, Werner w 1945 roku ocenił rozmiary badanego zjawiska na 25%, a Horn w 1961 roku – jedynie na kilkanaście procent. Sam Schröder przedstawia wyniki własnych badań, bardzo poprawnych metodologicznie. Wskazują one na to, że częstość występowania niedorozwoju umysłowego u przestępców jest taka sama jak w pozostałej części populacji (Schröder, 1964). Jedyne istotne różnice pomiędzy przestępcami a grupą kontrolną uzyskał Schröder w podteście „rozumienia" skali Wechslera. Przestępcy uzyskali wyniki znacząco niższe, świadczące o niskim stopniu uznania i akceptowania reguł społecznych.

wska i Wójcik, 1986). Spotkać też można prace wskazujące na to, że czyny pewnego typu (na przykład fałszerstwa czy wyłudzenia) związane są z wyższą niż przeciętna sprawnością procesów poznawczych sprawców. Reasumując, należy stwierdzić, że jakkolwiek badania nad kryminogennym charakterem obniżonego poziomu inteligencji prowadzone są od kilkudziesięciu lat, a testy inteligencji były pierwszymi obiektywnymi narzędziami pomiaru zjawisk psychicznych, to wciąż jeszcze nie uzyskano danych pozwalających na bardziej pogłębioną analizę badanej relacji.

Przeprowadzone dotychczas badania nad rolą zmiennych biopsychicznych w genezie zachowania przestępczego skłaniają do kilku ogólniejszych refleksji. Pomimo że poszukiwania biopsychicznych uwarunkowań przestępczości mają stosunkowo długą historię, trudno przyjąć za udowodnioną hipotezę o ich znaczącej roli w genezie przestępczości, rozumianej jako względnie jednorodne zjawisko patologii społecznej. Różnorodność stosowanych metod i technik badawczych, poważne braki metodologiczne przeprowadzonych badań, zróżnicowanie w doborze grup badawczych i prawnych kryteriów kwalifikacyjnych, a także nieuwzględnianie relacji, jakie zachodzą pomiędzy badanymi zmiennymi a innymi cechami i mechanizmami osobowości, jak również niedocenianie szerszego kontekstu społecznego i sytuacyjnego, w jakim dochodzi do naruszenia prawa, nie mogą pozostawać bez wpływu na wycinkowy i fragmentaryczny charakter uzyskiwanych wyników.

Z przedstawionego przeglądu badań wynika jasno, iż żadna z wymienionych zmiennych nie ma charakteru ogólnego czynnika kryminogennego. Zdecydowanie ważniejszą rolę przypisać można czynnikom biopsychicznym w sytuacji, gdy przestępczość potraktuje się jako zjawisko niejednorodne i zróżnicowane typologicznie. Charakter czynów przestępnych, stopień socjalizacji sprawców, czy też typ sytuacji kryminogennej stanowią istotne zmienne, pozwalające na bardziej precyzyjne odtworzenie roli i znaczenia, jakie w złożonych i skomplikowanych psychologicznie procesach naruszania porządku prawnego przypisać można wyodrębnionym czynnikom biopsychicznym.

Omówione badania wskazują na to, że zdecydowanie ważniejszą rolę odgrywają wyróżnione zmienne w etiologii przestępczości agresywnej. Ich wpływ na motywację do łamania prawa jest przy tym zazwyczaj pośredni. Zaznaczyć też należy, że czynniki biopsychiczne nie funkcjonują poza osobowością badanych. Oznacza to, iż muszą one odgrywać znaczącą rolę w genezie zakłóceń psychicznych procesów regulacyjnych i integracyjnych człowieka, pozostając w funkcjonalnym związku z całą strukturą osobowości. Pogłębienie wiedzy o psychologicznych wyznacznikach przestępczości nie będzie więc możliwe bez odwołania się do bardziej ogólnych koncepcji psychologicznych, wyjaśniających kryminalną patologię społeczną.

68.2.2
W poszukiwaniu psychologicznych koncepcji wyjaśniania przestępczości

Dotychczasowe rozważania nad rolą zmiennych biopsychicznych w etiologii przestępczości wykazały, że niemożliwa jest głębsza i pełniejsza analiza badanego zjawiska bez odwołania się do szerszych koncepcji psychologicznych, uwzględniających złożoność, funkcjonalną współzależność i wieloczynnikowość mechanizmów leżących u podstaw procesów prowadzących do zachowań przestępczych. Poszukiwania bardziej ogólnych koncepcji wyjaśniających zjawisko przestępczości mogą zmierzać w różnych kierunkach. I tak, z jednej strony możliwe są próby wykorzystania istniejących już koncepcji osobowości do opisu mechanizmów psychologicznych odgrywających istotną rolę w genezie konkretnego czynu zabronionego. Możliwe jest także nieco odmienne podejście badawcze.

Polega ono na odwołaniu się do wybranych koncepcji i teorii psychologicznych, dotyczących na przykład agresji, socjalizacji czy motywacji, których związek z teoriami osobowości ma charakter zdecydowanie bardziej pośredni.

68.2.2.1
Osobowość a przestępstwo w świetle koncepcji Eysencka

Nawiązując do omówionych już trudności metodologicznych, jakie napotkać muszą wszelkie próby tworzenia generalnej koncepcji psychologicznej wyjaśniającej zachowania przestępcze, trudno oczekiwać, aby takie działania badawcze mogły się skończyć pełnym sukcesem. Nie zniechęcało to jednak psychologów do podejmowania takich prób. Jednym z nich był Eysenck, który przez kilkadziesiąt lat usiłował wykorzystać swoją koncepcję osobowości do wyjaśnienia zjawiska przestępczości. Sukcesy i porażki, jakich w związku z tym doznał, mają niemal modelowy charakter, dlatego omówione zostaną nieco dokładniej.

Integralną część psychologicznej teorii osobowości Eysencka stanowią próby wyjaśnienia przyczyn zachowania przestępczego. Autor zakłada, że u osób, które równocześnie cechuje mniejsza łatwość warunkowania i ponadprzeciętna labilność emocjonalna – a więc wysoka ekstrawersja i neurotyczność – częściej niż u pozostałych jednostek występują zaburzenia zachowania określane mianem psychopatii i przestępczości. Zachowaniom przestępczym sprzyja również wysoki poziom psychotyczności. Eysenck podkreśla, że do zachowania przestępczego dochodzi najczęściej, gdy jednostka nie nauczy się, poprzez warunkowanie klasyczne, reagować lękiem na wszelkie sytuacje zawierające wyraźnie antyspołeczne elementy postępowania (Eysenck, 1973). Empiryczne próby weryfikacji typologiczno-kontrolnego modelu osobowości Eysencka potwierdziły w niewielkim tylko stopniu oczekiwania autora. Dziesiątki badań przeprowadzonych inwentarzami osobowości Eysencka na całym świecie okazało się tak niejednoznacznych, iż po trzydziestu latach od zaprezentowania swojej koncepcji autor zmuszony był przyznać, że:

> [...] byłoby ogromnym uproszczeniem twierdzić, iż przestępcy tworzą jednorodną grupę i że można w odniesieniu do „przestępców w ogóle" dokonywać jakichkolwiek generalizacji. Prowadząc szeroko zakrojone badania odkryliśmy, że praktycznie każde przestępstwo może zostać popełnione przez osoby o różnych profilach osobowości (Eysenck i Eysenck, 1996, s. 262).

Nie znaczy to, że koncepcja Eysencka nie ma żadnej wartości dla kryminologii i psychologii sądowej. Poszukiwania współzależności pomiędzy skłonnościami do zachowań przestępczych określonego typu a wyodrębnionymi przez Eysencka wymiarami osobowości mają istotny walor poznawczy i praktyczny. Poszerzają wiedzę o psychologicznych wyznacznikach przestępczości i dostarczają wartościowego narzędzia badawczego sądowej diagnostyce opiniodawczej.

68.2.2.2
Teoria kontroli Recklessa

Ostrowska i Wójcik (1986) w swoim przeglądzie psychologicznych koncepcji wyjaśniania zachowań przestępczych słusznie wskazują na dwie teorie, które nadają się do szerszego wykorzystania w badaniach nad etiologią przestępczości. Są to: **teoria kontroli** W. C. Recklessa i **koncepcja umiejscowienia kontroli** J. B. Rottera.

Reckless uważa, że tym, co decyduje o zaangażowaniu lub nie w przestępczość i dewiację, jest stopień odporności człowieka na pokusę stania się dewiantem lub przestępcą. Jednostka w swoim społecznym funkcjonowaniu jest nieustannie wystawiana na możliwość „zarażenia się przestępczością". Istnieją przy tym mechanizmy, które umożliwiają skuteczne opieranie się naciskom w kierunku przestępczej kariery oraz umożliwiają nieuleganie pokusom. System ten to **zewnętrzna i wewnętrzna kontrola**. Zmienne określone jako „zarażające przestępczością"

występują w dwóch postaciach: tak zwanych „pociągaczy" i „popychaczy". Pierwsza z nich dotyczy takich warunków społecznych, jak wzorce zachowań, normy wyznaczające legalne drogi osiągania sukcesu, wzorce zaspokajania własnych aspiracji i dążeń. „Popychacze" natomiast to takie czynniki psychologiczne, jak motywy, poglądy i postawy, napięcia, lęki i niepokoje, agresywność, silne przeciwstawianie się autorytetom, potrzeba natychmiastowych gratyfikacji, czy też różnorodne zaburzenia emocjonalne, organiczne czy psychotyczne. **Kontrolę zewnętrzną** stanowią wszystkie te czynniki środowiskowe, które utrzymują jednostkę w pewnych ryzach. Są nimi normy prawne i moralne oraz przypisane im sankcje, a także zinstytucjonalizowane cele i oczekiwania społeczne. **Kontrola wewnętrzna**, a więc samokontrola, kształtuje się w procesie socjalizacji i jest wyznacznikiem moralnego rozwoju i wychowania. Zdaniem Recklessa, prawidłowo ukształtowaną kontrolę poznaje się za pomocą takich wskaźników, jak adekwatny obraz siebie, nastawienie na realizację żądań przy jasno sformułowanych celach życiowych, realistyczny – w stosunku do możliwości – poziom aspiracji, odporność na frustrację oraz identyfikacja z normami moralnymi i prawnymi. Posiadanie rozwiniętej samokontroli umożliwia przeciwstawianie się zewnętrznym presjom, radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych, unikanie ryzyka itp.

Oceniając koncepcję Recklessa, Ostrowska i Wójcik zwróciły uwagę na to, że koncentracja na poszukiwaniu zmiennych, które ułatwiają powstrzymywanie się od przestępstw, wydaje się nowym, obiecującym nurtem badań kryminologicznych. Mankamentem koncepcji jest brak odpowiedzi na pytania o warunki kształtowania się adekwatnej i silnej kontroli zewnętrznej i wewnętrznej, o mechanizmy uruchamiania i podtrzymywania oddziaływań systemu kontrolującego i o to, jakie są ich empiryczne wskaźniki. Brak też danych o wzajemnych relacjach między kontrolą zewnętrzną i wewnętrzną. Jednakże część odpowiedzi na wymienione pytania można znaleźć w wielu współczesnych koncepcjach osobowości i warto podjąć szersze próby empirycznej weryfikacji teorii Recklessa. Przez swój ogólny, a zarazem „otwarty" charakter stwarza ona bowiem możliwości pogłębienia wiedzy o psychologicznych procesach i mechanizmach prowadzących do przestępczości.

68.2.2.3 Koncepcja umiejscowienia kontroli Rottera

J. B. Rotter (1954) w swojej **koncepcji umiejscowienia kontroli** przyjął, że kontrola jest mechanizmem wyuczonym, zgodnym z zasadami warunkowania instrumentalnego. W procesie uczenia się człowiek zdobywa wiedzę o przyjemnych i przykrych skutkach swojego zachowania i o różnych możliwościach zaspokajania potrzeb. Podejmując w podobnych sytuacjach decyzję o określonym zachowaniu, jednostka oczekuje tych samych rezultatów – wzmocnień – co poprzednio. Wzmocnienia mają przy tym określoną subiektywnie wartość zaspokajania potrzeb. Istnieje więc prawdopodobieństwo wystąpienia danego skutku po podjęciu zachowania należącego do pewnej klasy.

Prawdopodobieństwo wystąpienia określonych skutków nosi nazwę „oczekiwań" i występuje w dwóch postaciach: zgeneralizowanej i specyficznej. Ta pierwsza to uogólnienie wszystkich dotychczasowych związków pomiędzy zachowaniem a wzmocnieniem w postaci zaspokajania potrzeb. Natomiast oczekiwania specyficzne związane są z pewną wyodrębnioną klasą zachowań, wynikających z pełnienia konkretnych ról społecznych. Przy takich założeniach przewidywanie skuteczności własnych działań jest wypadkową aktualnych wzmocnień i zgeneralizowanych oczekiwań.

Nabieranie przekonania o związku pomiędzy zachowaniem a wzmocnieniem prowadzi do ukształtowania się poczucia kontroli wewnętrznej. Brak przekonania o występowaniu wspomnianego związku określa poczucie kontroli zewnętrznej. O tym, czy

w procesie rozwoju osobowości wytworzy się wewnętrzne lub zewnętrzne umiejscowienie kontroli, decydują uzyskiwane w życiu wzmocnienia oraz sytuacja psychologiczna. Ostatecznie zachowanie jest funkcją swobody wyboru między różnymi możliwościami, realizującymi potrzebę i wartości wzmocnienia oczekiwanego przez jednostkę w wyniku podjęcia działania (za: Ostrowska i Wójcik, 1986).

Brak jest, niestety, szerszych badań nad poziomem poczucia kontroli wśród przestępców, a te, które istnieją, przeprowadzone zostały na więźniach, a więc sprawcach znajdujących się w bardzo specyficznej sytuacji psychologicznej. Można przypuszczać, że przestępców charakteryzuje zewnętrzny typ umiejscowienia kontroli. Przemawiałyby za tym wyniki wielu badań świadczących o niekorzystnych warunkach rozwojowych, takich jak brak poczucia bezpieczeństwa, odrzucenie emocjonalne przez bliskich czy brak konsekwencji w stosowanych metodach wychowawczych. Zgodnie z koncepcją Rottera, wymienione czynniki winny utrwalać zewnętrzne usytuowanie kontroli. Jedyne znane nam polskie badania, uwzględniające omawianą koncepcję, przeprowadzone zostały na grupie wychowanków zakładów poprawczych. Nie dały one jednak jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o umiejscowienie kontroli w badanej populacji (Drwal, 1981).

Pomimo iż koncepcja Rottera ma ograniczony zasięg, jako że odwołuje się do jednego, wybranego wymiaru osobowości, warto podjąć dalsze próby jej weryfikacji na populacji przestępczej. Samokontrola bowiem jest, jak się wydaje, mechanizmem ściśle związanym z zachowaniem przestępczym. Wyjaśnienie jej umiejscowienia u sprawców czynów zabronionych miałoby nie tylko walor poznawczy, lecz byłoby też ważną informacją dla sporządzającego opinię sądowo-psychologiczną biegłego psychologa.

Przedstawione wcześniej próby stworzenia ogólniejszych psychologicznych koncepcji osobowości, wyjaśniających zachowanie przestępcze, mimo wielu ograniczeń i wątpliwości metodologicznych, mają istotne walory poznawcze i praktyczne. Nie tłumaczą one zjawiska przestępczości „w ogóle", zawierają jednak szereg interesujących hipotez i informacji, pozwalających lepiej zrozumieć złożone uwarunkowania przestępczości oraz mechanizmy i procesy leżące u jej podstaw.

68.2.2.4 Próby wykorzystania teorii agresji do wyjaśniania zjawisk kryminalnych

Omówione dotąd koncepcje związane są najsilniej z psychologią osobowości, w związku z czym koncentrują się na opisie procesów i zjawisk intrapsychicznych. Wyjaśniając zjawisko przestępczości, można odwołać się do innych jeszcze działów psychologii, takich jak psychologia agresywnego zachowania się, socjalizacji, czy też motywacji.

Samo intuicyjne tylko odczucie pojęcia **agresji** zdaje się wskazywać na jego przydatność metodologiczną w badaniach nad przestępczością. Takie pojęcia, jak „agresor", „przemoc", „zachowania szkodliwe dla ich przedmiotu", „napaść fizyczna lub słowna" czy „zamierzone szkodzenie innym", sugerują, że wiele zachowań uznanych przez prawo za przestępcze scharakteryzować można za ich pomocą.

Mimo że zagadnienie **agresji kryminalnej** od wielu już lat jest przedmiotem rozważań i badań naukowych, nie zdołano dotychczas wystarczająco jednoznacznie określić stosunku pojęć „zachowania agresywnego" i „przestępstwa". Psychologowie zajmujący się teorią agresji byli początkowo skłonni uznawać każde przestępstwo za przejaw agresji. Poglądy takie reprezentowali na przykład Dollard i Berkowitz. Pierwszy z nich wychodził z założenia, że zachowanie agresywne, podobnie jak przestępstwo, skierowane jest przeciwko prawu, które broni interesów jednostek lub społeczeństwa jako całości. Wynika z tego, że zachowanie takie skierowane jest przeciwko interesom jednostek lub ich społecznym agregatom (Dollard,

Doob, Miller, Mowrer i Sears, 1939). Nieco inną argumentacją, chodź prowadzącą do podobnego wniosku, posługuje się Berkowitz (1962).

Te mało precyzyjne uogólnienia, identyfikujące przestępstwo z agresją, budzą poważne zastrzeżenia. Nie ulega bowiem wątpliwości, że nie wszystkie czyny przestępne zmierzają do wyrządzenia krzywdy ofierze i do zastosowania wobec niej przemocy. O wiele mniej kontrowersyjne jest stanowisko, zgodnie z którym oba omawiane pojęcia zachodzą na siebie i krzyżują się. Nie każde przestępstwo jest więc zachowaniem agresywnym i nie każda agresja jest przestępstwem. Wniosek ten potwierdzają wyniki badań empirycznych, wskazujące na to, że o ile trudno mówić o agresywności jako cesze osobowości przestępczej w ogóle, o tyle łatwo potwierdzić tezę, iż bywają przestępcy o agresywnej strukturze osobowości oraz tacy, których określić można jako nieagresywnych. Zastrzeżeń nie budzi również teza, że niektóre zachowania przestępcze spełniają wszelkie kryteria **zachowania agresywnego.** Nie muszą one przy tym wynikać bezpośrednio z przypisywanej sprawcy agresywności, lecz mogą być na przykład efektem działania silnej presji zmiennych sytuacyjnych.

W literaturze znaleźć można również poglądy, że **„agresja kryminalna"** (a więc zabroniona prawem) nie może być traktowana jako odrębne zjawisko psychologiczne, tak samo jak przestępstwo nie jest zjawiskiem psychologicznym, lecz społecznym. Autor cytowanej tezy, M. Kosewski (1977), uzasadnia ją wynikami swoich badań, które wskazują na to, że agresywność nie różnicuje przestępców i nieprzestępców, a różnice pomiędzy obiema grupami sprowadzają się jedynie do wyuczonych społecznie sposobów przejawiania agresji.

Analiza literatury psychologicznej, dotyczącej konceptualizacji regulacyjnych mechanizmów agresji interpersonalnej, upoważnia do sformułowania kilku, względnie ogólnych, zasad i prawidłowości. Badania empiryczne, ich wyniki i wyprowadzone z nich sądy ogólniejszej natury wykazały, że agresję interpersonalną należy traktować heterogennie, zarówno gdy mowa o jej manifestacjach, jak i o psychologicznej regulacji.

Cytując dalej poglądy A. Frączka (1986), trudno nie przyznać mu racji, iż teza o tym, że agresja w świecie ludzi stanowi realizację filogenetycznie uformowanego instynktu, jest raczej powszechnie odrzucana. Również koncepcja agresywności jako wyuczonej i utrwalonej w doświadczeniu osobniczym reakcji na frustrację okazuje się nazbyt ogólna: nie każda frustracja prowadzi do agresji, a nabywanie agresji jest możliwe bez doświadczeń frustracyjnych. Z kolei tak zwane teorie uczenia się społecznego, sprowadzające mechanizmy agresji interpersonalnej do pewnych tendencji i organizacji przekonań, nie pozwalają wyjaśnić impulsywnych form interakcji agresywnych.

Uwzględniając strukturę agresywnych czynności, a także uczestniczące w ich regulacji procesy i struktury intrapsychiczne, można mówić o co najmniej kilku **postaciach agresji interpersonalnej**: agresji reaktywno-impulsywnej, wrogości, agresji instrumentalno-zadaniowej oraz agresji immanentno-spontanicznej. W każdym wypadku inny jest mechanizm uruchamiania agresywnej motywacji i motywacji blokującej te czynności. Psychologiczna wiedza o agresji interpersonalnej charakteryzuje się tym, że z jednej strony występują w tym obszarze dobrze ugruntowane pojęcia wyjaśniające (złość, frustracja, pobudzenie, lęk, zahamowanie, czynniki wzbudzające agresję itd.), a z drugiej – wciąż brakuje ogólnej syntetycznej teorii zjawiska.

Z przeglądu literatury poświęconej różnorodnym uwarunkowaniom agresywnych czynów przestępnych wynika olbrzymie zróżnicowanie zewnętrznych i wewnętrznych czynników mogących prowadzić do takich zachowań. Heterogenność psychologicznych i psychopatologicznych zmiennych osobowościowych sprawców oraz procesów motywacyjnych, które regulowały już bezpośrednio zachowania przestępcze, koresponduje z ogólnym stanem badań nad agresją, znajdując przy tym potwierdzenie w wynikach empirycznych.

Z polskich badań wynika, że sprawcy czynów agresywnych charakteryzują się brakiem dojrzałości struktur popędowo-emocjonalnych i poznawczych, nieumiejętnością modulowania swoich reakcji, impulsywnością, drażliwością, nadpobudliwością, wysokim pogotowiem lękowym (Gierowski, 1989; Kubacka-Jasiecka, 1975). Przejawiają oni trudności w akceptowaniu i przestrzeganiu norm i zasad społecznych, brak im umiejętności wyciągania wniosków z popełnianych błędów, ich zdolności planowania i przewidywania są niskie, rozwiązywanie konkretnych trudności i sytuacji problemowych sprawia im wiele kłopotu (Gaś, 1981). Agresywni przestępcy charakteryzują się względnie silnymi mechanizmami obronnymi (najczęściej zaprzeczeniem i wyparciem) i niską oceną samych siebie (Kubacka-Jasiecka, 1975; Poznaniak, 1982). Zdaniem Doroty Kubackiej-Jasieckiej, agresji sprzyjać może zarówno bardzo niska, jak i bardzo wysoka samoocena. Wiele badań dowodzi, że sprawcy agresywni są podejrzliwi, nieufni, wrodzy, egocentryczni, innych ludzi spostrzegają jako niesympatycznych i niepodobnych do siebie (Poznaniak, 1982). Nie wszystkie agresywne zachowania przestępcze wynikają z agresywnej struktury osobowości ich sprawców. Gierowski (1995) ustalił, że aż w 30% sprawcy zabójstw to osoby zdecydowanie nieagresywne, a zarzucane im czyny były niekiedy jedynymi w ich życiu agresywnymi zachowaniami.

Mechanizmy prowadzące do agresywnych zachowań przestępczych mają więc bardzo zróżnicowany charakter, różna jest także ich geneza. I tak, z jednej strony zależą od poziomu zmiennych biopsychicznych i struktury osobowości, z drugiej natomiast – od sytuacji, w której dochodzi do naruszenia prawa. Szczególny charakter w wypadku sytuacyjnego uwarunkowania zachowań agresywnych ma fakt działania w grupie społecznej. Wiadomo, że sprzyja on takim zachowaniom, po pierwsze – ze względu na występujące w grupie tendencje do ujednolicenia zachowań i facylitację społeczną, a po drugie – dzięki zapewnieniu większej anonimowości zachowania i rozłożeniu odpowiedzialności. Wszystkie te prawidłowości obniżają samokontrolę zachowania. Agresywność jest więc istotnym wskaźnikiem przestępczości. Bardziej przyczynowa analiza omawianego zjawiska nie jest jednak możliwa bez odwołania się do wywołujących je mechanizmów, w tym przede wszystkim do przebiegu procesów socjalizacji sprawców.

68.2.2.5 Zaburzenia socjalizacji a zachowania przestępcze

Przez socjalizację rozumie się najczęściej proces rozwoju społecznego człowieka, będący efektem zarówno kierowanych i zamierzonych (wychowanie), jak i niezamierzonych oddziaływań otoczenia społecznego. Mówiąc o prawidłowo przebiegającym procesie socjalizacji, mamy na myśli zjawisko stawania się pełnowartościowym członkiem społeczeństwa, przestrzegającym obowiązujących norm. Socjalizacja to proces uczenia się norm i zasad obowiązujących we współżyciu z innymi ludźmi. Kształtowanie się prawidłowych postaw społecznych i moralnych jest długotrwałym procesem rozwojowym, przebiegającym zgodnie z najogólniejszymi prawami psychologii, takimi jak warunkowanie klasyczne i instrumentalne, naśladownictwo, identyfikacja.

Decydującą rolę w procesie socjalizacji odgrywają warunki środowiskowo-wychowawcze, w jakich przebiega rozwój człowieka. Warunki te mogą nie sprzyjać prawidłowemu uspołecznianiu. Dzieje się tak bardzo często w populacji przestępców i w związku z tym procesowi nieprawidłowej socjalizacji przypisuje się istotne znaczenie kryminogenne. Takie czynniki, jak negatywna atmosfera życia rodzinnego, częste kłótnie i nieporozumienia pomiędzy rodzicami, brak akceptacji i właściwego kontaktu emocjonalnego z najbliższymi, duża częstość występowania sytuacji stresowych i frustracyjnych, przewaga niekonsekwentnie stosowanych kar fizycz-

nych w wychowaniu, autokratyczny bądź niekonsekwentny system wychowawczy czy częste wzory agresywnego zachowania się w rodzinie i w środowisku rówieśniczym doprowadzają do zaburzeń procesów socjalizacji sprawców przestępstw oraz do manifestowania przez nich różnorodnych objawów nieprzystosowania społecznego już w okresie dzieciństwa i adolescencji. Sprawiali oni poważne trudności wychowawcze, wagarowali, uciekali z domu, należeli do grup zdemoralizowanych rówieśników, pomiędzy nimi a rówieśnikami dochodziło do częstych konfliktów.

Rozważając problem nieprawidłowej socjalizacji, mówimy jednak najczęściej o zaburzonym rozwoju osobowości – jej podstawowych struktur i funkcji. Zaburzenia te mogą przejawiać się w dwóch podstawowych postaciach. Po pierwsze, u młodego człowieka może dojść do identyfikacji z wartościami i celami obowiązującymi w podkulturze przestępczej. Mówimy wtedy o kształtowaniu się **osobowości antysocjalnej**. Może się jednak zdarzyć, że z różnych powodów w ogóle nie dojdzie do wykształcenia się tych mechanizmów psychologicznych, które odpowiadają za uspołecznienie. W tym drugim wypadku istotną rolę odgrywają zmienne biopsychiczne (na przykład obniżona inteligencja, uszkodzenia OUN), upośledzające tak poważnie zdolności adaptacyjne jednostki, że nie jest ona w stanie zintegrować się z jakąkolwiek grupą społeczną, przejąć jej norm i wartości. Takie zaburzenia regulacyjnych i integracyjnych funkcji osobowości nazywamy **asocjalnością**. Zaburzenia procesu socjalizacji są bardzo silnym predyktorem przestępczości, ale nie znaczy to, iż stanowią warunek konieczny i niezbędny do jej wystąpienia. Istnieje bowiem możliwość naruszenia porządku prawnego przez osoby prawidłowo uspołecznione. Dzieje się tak na przykład w sytuacji silnej presji zewnętrznych czynników sytuacyjnych, czy też działania zmiennych psychopatologicznych (na przykład psychoz). Warto przypomnieć, że większość regulacji prawnych zna również pojęcie przestępstwa nieumyślnego.

68.2.2.6 Motywacja sprawcy – próba stworzenia generalnej koncepcji wyjaśniania czynów przestępczych

Koncepcją psychologiczną, która jest w stanie uwzględnić i opisać wszystkie zmienne leżące u podstaw zachowania przestępczego w ich wzajemnych funkcjonalnych relacjach, jest **psychologia motywacji**. Podejmując próby zastosowania wiedzy o motywacji człowieka do badań nad przestępczością, musimy jasno określić ważniejsze założenia metodologiczne takiego podejścia. Punktem wyjścia jest indywidualna, kliniczna diagnoza sprawcy, jego osobowości oraz sytuacji psychologicznej, w której doszło do przestępstwa. Przedmiot diagnozy motywacji utożsamić można z procesami wywierającymi pobudzający wpływ na działanie, a funkcje motywów, czyli wewnętrznych czynników inspirujących, ukierunkowujących i integrujących zachowanie, spełniają na przykład uczucia, potrzeby, poziom aspiracji, czy też normy postępowania.

Istnieje tendencja do zastępowania terminu „**motyw**" pojęciem „**procesu motywacyjnego**", rozumianego jako zjawisko regulacyjne, sterujące czynnościami tak, aby doprowadziły one do określonego wyniku. Trudno więc dziś traktować czyn przestępny jako efekt działania jednego motywu, bez uwzględnienia i analizy całego złożonego i dynamicznego procesu składającego się na proces motywacyjny.

Pojęcie **motywacji** rozumieć można dwojako (zob. rozdz. 30.). Traktować ją można jako względnie stałą tendencję człowieka do realizowania określonych celów, zadań życiowych i wartości. Takie rozumienie motywacji pozostaje w bezpośrednim związku z psychologią osobowości. W węższym znaczeniu motywacja utożsamiana bywa z pojęciem procesu motywacyjnego, leżącego u podstaw określonego, konkretnego zachowania człowieka. Chcąc zrozumieć przyczyny działania, czy też zachowania, stawia się pytanie, „dlaczego" dana osoba postąpiła w ten sposób. Tak sformułowane pytanie zawsze dotyczy motywacji.

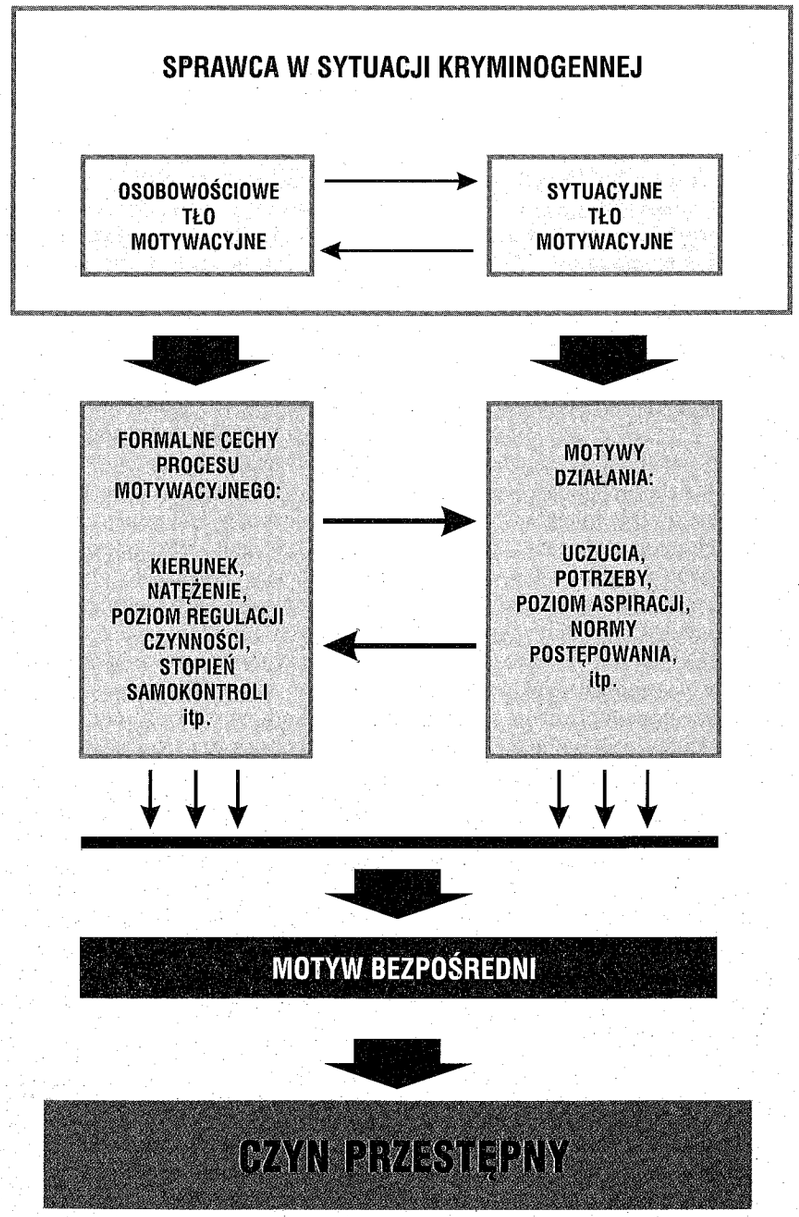
Przedstawione rozróżnienie motywacji i procesu motywacyjnego jest szczególnie ważne w analizie zachowań przestępczych. Konkretne przestępstwo może być bowiem motywowane w sposób sprzeczny z manifestowanymi przez człowieka wartościami, przekonaniami lub celami. O zachowaniu takim mówimy wtedy, że jest ono sprzeczne ze stałymi właściwościami osobowościowymi sprawcy. Wynika ono najczęściej albo z działania zmiennych psychopatologicznych, albo z silnej presji pozaosobowościowych czynników sytuacyjnych, zaburzających bądź wykluczających możliwość pełnienia przez osobowość jej adaptacyjnych i regulacyjnych funkcji.

Wychodząc z minimalistycznych założeń, można wyróżnić dwie zasadnicze grupy problemów, których uwzględnienie w sądowej diagnozie psychologicznej może okazać się przydatne zarówno dla psychiatry wypowiadającego się o poczytalności sprawcy, jak i dla organu procesowego, poszukującego prawdy obiektywnej. Problemy należące do pierwszej grupy dotyczą **osobowościowych** i **sytuacyjnych przesłanek procesu motywacyjnego** – chodzi tu o wskazanie tych zmiennych, które usposabiają, lub też predysponują do określonego przestępstwa bądź odegrały znaczącą rolę w etiologii zachowania przestępczego. Owe zmienne można określić jako **ogólne tło motywacyjne**. Druga grupa zagadnień dotyczy wybranych właściwości procesu motywacyjnego – określenie kierunku, nasilenia, poziomu regulacji czynności, uruchamianych przez sprawcę mechanizmów obronnych, a także stopnia samokontroli. Takie postępowanie diagnostyczne nie gwarantuje, oczywiście, pełnej i szczegółowej diagnozy motywacji sprawcy. Jest jednak przydatne w osiąganiu celów diagnozy sądowo-psychologicznej nawet wówczas, gdy mamy do czynienia z tak zwaną motywacją patologiczną, niezrozumiałą i irracjonalną, kiedy to precyzyjne określenie czynników inspirujących i ukierunkowujących zachowanie jest trudne, lub nawet niemożliwe (Gierowski, 1989; Majchrzyk, 1995).

Osobowościowe tło motywacyjne omówione zostało w zasadzie przy okazji rozważań dotyczących przeglądu badań nad biopsychicznymi i osobowościowymi wskaźnikami przestępczości. Czynniki sytuacyjne, niedoceniane dotychczas w badaniach nad przestępczością, zostaną omówione nieco bardziej szczegółowo. Mogą mieć one charakter sytuacji ciągłej, mogą też bezpośrednio poprzedzać zachowanie przestępcze. Na podstawie prac polskich psychologów zajmujących się sytuacyjnymi aspektami ludzkiej aktywności można wymienić najbardziej typowe sytuacje trudne i kryminogenne. Są to: deprywacja ważnych potrzeb biologicznych i psychologicznych; przeciążenie, to jest konieczność wykonywania zadań przekraczających możliwości fizyczne lub psychiczne jednostki; sytuacja bolesna, to jest konieczność znoszenia bólu fizycznego lub „moralnego"; konflikt motywacyjny; zagrożenie, to jest układ bodźców samych w sobie niegroźnych, ale sygnalizujących pojawienie się przykrości; utrudnienie czynności z powodu braku elementów potrzebnych do jej wykonania lub z powodu przeszkody w realizowaniu czynności (frustracja) oraz sytuacje nowe, nieznane, zaskakujące, w których zawodzą wypróbowane do tej pory sposoby działania.

Ostatecznym efektem postępowania diagnostycznego jest – w wypadku motywacji – określenie stopnia samokontroli, z jakim działał sprawca, naruszając porządek prawny. Samokontrola, omówiona w poprzednich częściach rozdziału, jest bowiem psychologicznym odpowiednikiem prawnych kryteriów **niepoczytalności**, w tym zwłaszcza tak zwanych kryteriów psychologicznych, to jest „zdolności rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania postępowaniem" (art. 31. k. k.).

Powyższa próba sformułowania ogólnych zasad metodologicznych i praktycznych w diagnozowaniu sprawców przestępstw nie ma charakteru pełnego i zamkniętego modelu. Zmierza ona raczej do wskazania tych możliwości i zasad diagnozowania, które przy dzisiejszym stanie wiedzy i wobec specyficzności sytuacji diagnostycznej można zastosować



Schemat ilustrujący diagnozowanie motywacji kryminalnej

RYCINA 68-1

w praktyce. Omówione i przedstawione w formie graficznego schematu (zob. ryc. 68-1) propozycje diagnozowania motywacji kryminalnej wynikają zarówno z analizy literatury przedmiotu, jak i z wieloletnich doświadczeń J. K. Gierowskiego w badaniach psychologicznych prowadzonych na potrzeby wymiaru sprawiedliwości. Wydaje się przy tym, że istnieje możliwość dalszego rozwinięcia proponowanych metod i zasad oraz pogłębiania analizy tych zjawisk, które składają się na procesy motywacyjne sprawców przestępstw, zwłaszcza agresywnych.

Przedstawione tu holistyczne i systemowe podejście do wykorzystania wiedzy psychologicznej w badaniach zjawiska przestępczości zostało częściowo zweryfikowane na populacji zabójców (Gierowski, 1989; Majchrzyk, 1995). Potwierdziło przy tym tezę o wciąż niewykorzystanych możliwościach psychologii w praktyce wymiaru sprawiedliwości.

68.3

Psychologiczne aspekty zaburzeń seksualnych

Zbigniew Lew-Starowicz

68.3.1

Koncepcje zdrowia i choroby w zakresie seksualności

W kulturach zwanych prymitywnymi zdrowie seksualne *(sexual health)* oznacza zdolność do prokreacji i sprawność seksualną. Zaburzenia seksualne są spostrzegane jako wyraz działania złych mocy, czarnej magii i przekroczenia tabu. Informacje na ten temat członkowie społeczności uzyskują w rytuałach inicjacyjnych. W kulturze wedyjskiej zdrowie seksualne jest elementem elipsy życia, śmierci i bycia we wszechświecie. Zarówno patologia, jak i terapia seksualna ma podtekst sakralny. W świecie islamu przyczyn zaburzeń seksualnych upatruje się w urokach, działaniu demonów i karze Allacha. Qureshi Bashir (1989) stwierdza, że islam sam w sobie ma działanie prozdrowotne. Na przykład ramadan (miesięczny post) sprzyja samodyscyplinie i zacieśnianiu więzi rodzinnych, a codziennych pięć modlitw stanowi formę terapii grupowej i wzmacnia poczucie więzi społecznych.

Najbardziej spójną koncepcję zdrowia i choroby stworzyła tradycyjna kultura chińska. Organizm jest w niej spostrzegany jako mikrokosmos, jedność pierwiastka męskiego (*yang*) i żeńskiego (*yin*). Wszystko na siebie oddziałuje: pory roku, klimat, barwy, dźwięki, seks, emocje, życie rodzinne, relacje społeczne. Nie przywiązuje się znaczenia do detali anatomiczno-fizjologicznych, lecz do wzajemnych zależności. Stąd narządy płciowe należy rozpatrywać w powiązaniu z całym organizmem, emocjami, przepływem energii. Podstawą koncepcji zdrowia jest zasada równowagi. Zaburzenia seksualne mogą być następstwem stylu życia, konfliktów rodzinnych bądź społecznych – naturalną konsekwencją utraty równowagi, harmonii. Działania prozdrowotne opierają się na profilaktyce, aktywności ruchowej, dietetyce i poszukiwaniu mądrości.

W różnych kulturach świata leczeniem zaburzeń seksualnych zajmują się tubylczy terapeuci: szamani, znachorzy, kapłani, przywódcy społeczności. Metody leczenia opierają się na uzewnętrznieniu nieświadomych problemów i konfliktów oraz na ich neutralizowaniu – mają więc cechy psychoterapii. I tak, metody sugestywne stosują szamani Apaczów i Luo (Kenia); szamani Irokezów interpretują treść marzeń sennych, podobnie czarownicy w Sierra Leone, w Ghanie; szamani Indian Navaho stosują psychoanalizę, to znaczy sięgają do uczuć kazirodczych, spostrzeganych jako przyczyna zaburzeń seksu-

TABELA 68.3

Historia seksualnych praw człowieka

ROK	MIEJSCOWOŚĆ	POSTAWY WOBEC ZDROWIA SEKSUALNEGO
1968	Teheran	Międzynarodowa Konferencja ONZ na temat Praw Człowieka: uznanie prawa rodziców do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania o tym, czy, ile i w jakich odstępach czasowych mieć dzieci.
1978	Ałma-Ata	Międzynarodowa Konferencja na temat Podstawowej Opieki Zdrowotnej: stwierdzono, że usługi w zakresie planowania rodziny wchodzą w skład podstawowych usług, jakie powinny być świadczone w ramach ochrony zdrowia.
1979	Nowy Jork	Konwencja ONZ o Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji Kobiet: zalecono państwom członkowskim likwidowanie przejawów dyskryminacji kobiet w dostępie do opieki zdrowotnej, łącznie z metodami planowania rodziny, oraz we wszystkich sprawach związanych z małżeństwem i stosunkami małżeńskimi.
1984	Meksyk	Międzynarodowa Konferencja ONZ w sprawie Ludności: stwierdzono pilną potrzebę upowszechnienia dostępu do informacji, edukacji oraz metod pozwalających parom i jednostkom korzystać z prawa do świadomego macierzyństwa i ojcostwa. Po raz pierwszy podkreślono potrzebę zapewnienia młodzieży dostępu do informacji i usług w zakresie planowania rodziny.
1985	Nairobi	III Światowa Konferencja w sprawach Kobiet: zalecono rządom zwrócić szczególną uwagę na sytuację dziewcząt oraz problem niepożądanej ciąży.
1993	Wiedeń	Światowa Konferencja ONZ na temat Praw Człowieka: potwierdzono prawa kobiet do przystępnej finansowo i odpowiedniej jakościowo opieki zdrowotnej, usług planowania rodziny w najszerszym zakresie. Po raz pierwszy stwierdzono, że przemoc wobec kobiet stanowi naruszenie praw człowieka.
1994	Kair	Międzynarodowa Konferencja ONZ na rzecz Ludności i Rozwoju: uznano prawo par i jednostek do zdrowia reprodukcyjnego, obejmujące prawo do zdrowia seksualnego oraz planowania rodziny. Określono zobowiązania rządów m. in. do edukacji seksualnej młodzieży.
1995	Pekin	IV Światowa Konferencja ONZ w sprawach Kobiet: wprowadzono rozróżnienie pomiędzy prawami związanymi z seksualnością a prawami odnoszącymi się do reprodukcji.

Uwaga. Dane bibliograficzne można znaleźć w pracy: Lew-Starowicz, 1997.

alnych; metody terapii grupowej używane są przez szamanów Eskimosów, *voodoo* na Haiti, *shango* w Trynidadzie, *babalu* na Kubie, *macumba* w Brazylii, *pinch* w Senegalu.

W tradycyjnej medycynie chińskiej, tybetańskiej, japońskiej, a także w innych kulturach świata również można spotkać przykłady metod psychoterapii w leczeniu zaburzeń seksualnych.

W kulturze Zachodu na postawy wobec koncepcji zdrowia i choroby w zakresie seksualności wpływały trzy czynniki: odnoszenie do prokreacji, zainteresowanie zaburzeniami zdrowia seksualnego wyłącznie u mężczyzn oraz dominacja męskiego punktu widzenia (Bullough, 1994). Wszelkie zachowania seksualne, które nie służyły prokreacji i które wiązały się z dążeniem do przyjemności zmysłowych, były spostrzegane jako patologiczne. Zdrowa seksualnie była osoba, która dystansowała się wobec seksualności, uprawiała ascezę, była wolna od pożądliwości. Pozaprokreacyjna aktywność seksualna była traktowana nie tylko jako choroba, ale też jako przestępstwo (na przykład kontakty oralne, analne, homoseksualne).

Od XVIII wieku zdrowie seksualne zaczęto utożsamiać z brakiem aktywności masturbacyjnej. Duży wpływ na tę koncepcję wywarło dzieło lekarza Tissota (1758), poświęcone onanizmowi. Jeszcze w połowie XIX wieku w amerykańskich pismach medycznych twierdzono, że ani dżuma, ani ospa, ani trzęsienie ziemi nie są tak groźne dla człowieka jak masturbacja. Antyseksualna koncepcja zdrowia jako patologię oceniała między innymi przeżywanie orgazmu przez kobietę, a homoseksualizm traktowany był jako objaw zwyrodnienia mózgu. W XX wieku obserwuje się ewolucję postaw wobec zdrowia seksualnego, wynikającą z postępu wiedzy i przemian obyczajowych (zob. tab. 68.3). Jako normalne zaczęto traktować pozaprokreacyjne zachowania seksualne. Te zmiany przyczyniły się do powstania definicji zdrowia seksualnego w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia. **„Zdrowie seksualne jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości"** (Langfeldt i Porter, 1986, s. 11).

Podstawą prawną tak rozumianej koncepcji zdrowia seksualnego są konwencje praw człowieka (prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa, równego traktowania i wolności od wszelkich form dyskryminacji, do prywatności, informacji i edukacji, planowania rodziny).

Zaleca się popularyzację zdrowia seksualnego poprzez dostęp do informacji, rozwój nauki, prawodawstwa i usług (poradnictwo i lecznictwo). Bariery w promocji zdrowia seksualnego to: rozpowszechnianie mitów i stereotypów, dyskryminacja, represjonowanie gejów i lesbijek, bagatelizowanie seksualności młodzieży, osób niepełnosprawnych. Tak rozumiane zdrowie seksualne znalazło wyraz w najnowszej międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń ICD-10 (*Klasyfikacja zaburzeń*, 1997). Znalazły się w niej nie tylko „tradycyjne" rozpoznania zaburzeń seksualnych, takie jak impotencja, anorgazmia czy parafilie (dewiacje seksualne), ale również rozpoznania z zakresu zaburzeń rozwoju psychoseksualnego, relacji partnerskich, identyfikacji z płcią. Orientacja homoseksualna została usunięta z tej klasyfikacji, a zatem nie jest spostrzegana jako zaburzenie czy choroba.

68.3.2 Badania naukowe seksualności

Stopniowa zmiana koncepcji zdrowia i choroby w zakresie seksualności, a także postaw wobec seksualności była z jednej strony wynikiem rozwoju seksuologii jako nauki, z drugiej zaś sprzyjała rozwojowi badań naukowych prowadzonych w tej dziedzinie. Hogan (1991) jako najważniejsze w rozwoju seksuologii wymienia następujące dokonania: psychoanaliza, badania empiryczne, na przykład raporty seksuologiczne Kinseya i współpracowników (Kinsey, Pomeroy i Martin, 1948,

1953), badania reaktywności seksualnej ludzi w warunkach ambulatoryjnych (Masters i Johnson, 1975), teorie systemowe, powstanie szkół terapii seksualnej.

68.3.2.1 Reakcje seksualne

Pionierskie prace badaczy W. Mastersa i Virginii Johnson (1975) odkryły dokładny przebieg reakcji seksualnych. Wyodrębniono cztery fazy: podniecenia, *plateau*, orgazmu i odprężenia. Okazało się, że reakcje te obejmują cały organizm człowieka, jakkolwiek najsilniej wyrażane są w okolicach narządów płciowych. Po ogłoszeniu tych badań, należących obecnie do najważniejszych publikacji z zakresu życia seksualnego, inni badacze również zaczęli zwracać uwagę na przebieg reakcji seksualnych i dostarczyli wielu istotnych danych. Wyniki badań ujawniły, że reakcje seksualne człowieka są indywidualnie zróżnicowane, a ponadto zależą od płci, stanu zdrowia, budowy, wieku, temperamentu i więzi partnerskiej. Istnieją jednak pewne uniwersalne podobieństwa, które zasługują na omówienie.

Reakcje seksualne kobiety. Poniżej opisano reakcje seksualne kobiety, uwzględniając cztery fazy wyodrębnione przez Mastersa i Johnson.

Faza podniecenia

- Erekcja brodawek sutkowych. Brodawki wydłużają się o 0,5–1 cm, piersi powiększają się, zwiększa się wyrazistość ich naczyń.
- Pojawia się zaróżowienie skóry – najpierw na podbrzuszu, a następnie rozprzestrzenia się na piersi.
- Wzrasta napięcie układu mięśniowego, zwłaszcza mięśni pochwy.
- Następuje przyspieszenie akcji serca – równolegle do wzrostu podniecenia.
- Zwiększa się ciśnienie krwi.
- Nabrzmiewa żołądź łechtaczki, zwiększa się i wydłuża trzon łechtaczki.
- Pojawia się śluz pochwowy (*lubricatio*), pochwa się rozszerza i wydłuża, ciemnieją jej ściany.
- Wzrasta pobudliwość macicy, która częściowo się unosi.
- Rozchylają się i powiększają wargi sromowe większe, natomiast wargi sromowe mniejsze rozszerzają się i grubieją.

Faza plateau

- Dalsze zwiększenie objętości piersi, naprężenie brodawek i przekrwienie ich otoczki.
- Zaróżowienie seksualne nasila się i może obejmować całe ciało.
- Rośnie nadal napięcie układu mięśniowego, pojawiają się skurcze mięśni twarzy i brzucha.
- Przyspiesza się rytm oddechu i akcji serca, podwyższa się ciśnienie krwi.
- Łechtaczka zmienia położenie – z wiszącego na ukryte pod przednią krawędzią spojenia łonowego.
- Nadal powiększa się pochwa.
- Macica unosi się ku miednicy większej, zwiększa się pobudliwość trzonu.
- Narasta przekrwienie warg sromowych większych, a barwa warg sromowych mniejszych przypomina kolor ciemnego wina.
- Zwilża się ujście pochwy dzięki wydzielinie gruczołów przedsionkowych większych (Barholina).

Faza orgazmu

- Nasila się rumieniec seksualny na ciele.
- Występują skurcze grup mięśniowych ciała.
- Pojawiają się skurcze zwieracza odbytu.
- Narasta częstotliwość oddechu, przyspiesza się akcja serca, podwyższa się ciśnienie krwi.
- Skurcze pochwy następują co 0,8 sekundy, powtarzają się od 5 do 12 razy.
- Kurczy się trzon macicy.

Faza odprężenia

- Szybko ustępuje nabrzmienie otoczek i brodawek piersiowych, piersi stopniowo się zmniejszają.

- Szybko zanika rumieniec seksualny, w kolejności odwrotnej do jego pojawienia się.
- W ciągu kilku minut ustępuje napięcie układu mięśniowego, wraca do normy oddychanie, akcja serca, ciśnienie krwi.
- W ciągu kilku sekund wraca do normalnej pozycji łechtaczka.
- W ciągu 10–15 minut wraca do normalnego wyglądu pochwa.
- Na 20–30 minut szeroko rozwiera się szyjka macicy, a następnie wraca do stanu wyjściowego.
- Stan wyjściowy osiągają wargi sromowe większe i mniejsze.

Reakcje seksualne mężczyzn. Także u mężczyzn Masters i Johnson wyodrębniają analogiczne cztery fazy przebiegu reakcji seksualnych, które scharakteryzowane są opisowo poniżej.

Faza podniecenia

- Stopniowo postępuje erekcja członka.
- U części mężczyzn zaznacza się erekcja brodawek piersiowych.
- Narasta napięcie mięśni brzucha i mięśni międzyżebrowych.
- Częściowo unoszą się jądra w wyniku skrócenia powrózka nasiennego.
- Przyspiesza się oddychanie, akcja serca, podwyższa się ciśnienie krwi.

Faza plateau

- Na skórze – najpierw na nadbrzuszu – pojawia się wysypka.
- Napięcie mięśniowe wzrasta, następują skurcze mięśni międzyżebrowych, brzucha i twarzy.
- Wzrasta czynność akcji serca, podwyższa się ciśnienie krwi.
- Zwiększa się obwód członka przy krawędzi żołędzi, niekiedy zmienia się jego barwa.
- Średnio o 50% powiększają się jądra, unoszą się wysoko ku kroczu.
- Pojawia się wydzielina, która może zawierać plemniki.

Faza orgazmu

- Zwiększa się wysypka na ciele.
- Pojawiają się skurcze grup mięśniowych i mimowolne skurcze zwieracza odbytu.
- Wzrasta częstotliwość oddechu, akcji serca i podwyższa się ciśnienie krwi.
- W cewce moczowej członka występują skurcze co 0,8 sekundy, stopniowo słabnące, które wiążą się z wypychaniem nasienia na zewnątrz.

Faza odprężenia

- Ustępuje erekcja brodawek piersiowych, wysypka skórna i napięcie układu mięśniowego.
- Oddychanie, akcja serca, ciśnienie krwi wracają do normy.
- Zmniejsza się i powraca do normalnych rozmiarów członek.
- Jądra powracają do normalnego położenia w mosznie.

Wyniki nowszych badań nad reakcjami seksualnymi ludzi wskazują, że wcale nie muszą one przebiegać w czterech fazach. Mogą występować trój-, a nawet dwufazowe reakcje seksualne – w zależności od indywidualnych cech psychofizjologii seksualnej danej osoby. Model czterofazowy jest jednak najbardziej powszechny i typowy.

R. Crooks i Berta Karla (1996) stwierdzają, że badania naukowe w seksuologii mają zarówno wady, jak i zalety metodologiczne. Na przykład, studium przypadku umożliwia co prawda dokładne poznanie rozwoju psychoseksualnego i etiopatogenezę zaburzenia, ale z drugiej strony ogranicza tę metodę zawodność pamięci, nie można więc na jej podstawie dokonywać uogólnień. Ankiety i kwestionariusze umożliwiają wprawdzie poznanie zróżnicowania zachowań seksualnych ludzi, ale z drugiej strony nie mogą być podstawą do określania normy seksuologicznej, a ponadto wielu ludzi nie udziela odpowiedzi na pytania, co uniemożliwia obiektywizację zachowań seksualnych w wymiarze społecznym. Przykładem jest słynny raport Kinseya i jego współpracowników, którego wynik

uogólniano, choć przecież nie opierał się na badaniu próby reprezentatywnej dla populacji. Badania zachowań seksualnych w warunkach ambulatoryjnych, z użyciem aparatury, dostarczyły wielu cennych danych o fizjologii życia seksualnego i umożliwiły opracowanie modelu reaktywności seksualnej kobiet i mężczyzn. Badania te ograniczały się jednak wyłącznie do ochotników – osób należących przede wszystkim do średniej klasy społecznej i z wyższym poziomem wykształcenia; wiązały się też z nimi liczne czynniki sytuacyjne. Nie dają zatem podstaw do uogólnień.

Inni autorzy (np. Davison, 1994; Szasz, 1989) idą dalej w krytyce badań naukowych w seksuologii, zarzucając im, że zachowania seksualne większości badanych są utożsamiane z normą seksualną, badacze uwarunkowani są własną płcią i wyznaniem, medykalizacja seksuologii jest nadmierna i została zdominowana przez biologiczne metody badań i leczenia. Ten ostatni zarzut niedawno znalazł potwierdzenie, które wiąże się z upowszechnieniem takich metod leczenia impotencji, jak iniekcja w ciała jamiste członka czy tabletki viagry. W ten sposób usuwa się objawy, a nie przyczyny.

Z kolei autorki o feministycznej orientacji zwracają uwagę na to, że większość seksuologów to mężczyźni, co rzutuje na programy badawcze, koncepcje klasyfikacyjne i metody diagnostyczne, a także metody leczenia zaburzeń seksualnych. Judith Worell i Pam Remer (1992) stwierdzają, że tradycyjne stereotypy ról płciowych utrzymują się w seksuologii, w koncepcjach etiopatogenezy zaburzeń seksualnych, w spostrzeganiu zjawiska wykorzystywania i przemocy seksualnej, a także znaczenia pornografii. Autorki postulują konieczność popularyzacji feministycznych koncepcji ról płciowych, kryteriów kwalifikacyjnych i diagnostycznych zaburzeń seksualnych, metod stosowanych w poradnictwie i terapii.

Krytyka badań seksuologicznych i upowszechnianie się feministycznych koncepcji mają duży wpływ na stan współczesnej seksuologii. Znajduje to wyraz zarówno w publikacjach popularnych, jak i profesjonalnych, w programach międzynarodowych zjazdów i konferencji, w rosnącej populacji kobiet – terapeutów i koterapeutów zaburzeń seksualnych, w programach edukacji seksualnej, zalecanych przez ONZ i Światową Organizację Zdrowia (WHO).

68.3.2.2
Uwarunkowania orgazmu

Zdolność przeżywania orgazmu u kobiet jest procesem nabytym, zależnym od wielu czynników, natomiast u mężczyzn jest zjawiskiem wrodzonym.

W układzie hormonalnym szczególne znaczenie ma prawidłowe stężenie testosteronu i estrogenu, co również wiąże się z całym układem hormonalnym. W układzie naczyniowym ważne jest optymalne ciśnienie krwi (zbyt niskie ciśnienie utrudnia osiąganie orgazmu). Sprawność układu nerwowego dotyczy wszystkich jego pięter (receptory, nerwy obwodowe, rdzeń kręgowy, ośrodki podkorowe, kora mózgu). Mięsień łonowo-ogonowy (inaczej mięsień Kegla) ułatwia osiąganie orgazmu, gdy ma optymalną kurczliwość; niektórym kobietom zaleca się w tym celu specjalne ćwiczenia. Szczególne znaczenie w osiąganiu orgazmu ma stymulacja seksualna, to znaczy poznanie najbardziej wrażliwych sfer erogennych kobiety i stosowanie bodźców seksualnych odpowiednich co do siły, zakresu i czasu ich trwania.

W miarę upływu czasu coraz więcej kobiet poznaje fenomen orgazmu. Rola wykształcenia jest tu również ważna, udowodniono bowiem, że w populacji kobiet lepiej wykształconych zdolność do przeżywania orgazmu jest znacznie większa. Duże znaczenie ma także osobowość kobiety (aktywność, optymizm, brak zahamowań, lęków).

Istnieje wiele typów pobudzania seksualnego, prowadzącego do wyzwolenia orgazmu u kobiety. Może on być osiągany przez pobudzanie kombinowane, na przykład jednoczesne drażnienie łechtaczki i pochwy, stosunek połączony z wyobraźnią seksualną lub stosunek z jednoczesnym kurczeniem mięśnia łonowo-ogonowego przez kobietę.

Wyodrębniono kilka typów pobudzania seksualnego u kobiet oraz częstości ich występowania:

(1) Pobudzanie łechtaczki. Około 60%–80% kobiet osiąga orgazm jedynie w wyniku pobudzania łechtaczki (ręcznie, oralnie, żołędzią członka). Jest to najbardziej powszechny typ pobudzania.
(2) Stymulacja kombinowana, na przykład stosunek połączony z ręcznym pobudzaniem łechtaczki, stosunek połączony z drażnieniem brodawek piersiowych.
(3) Stosunek seksualny. Około 20%–30% kobiet osiąga orgazm przez stosunek. Dzięki rozwojowi uświadomienia seksualnego, kultury seksualnej odsetek ten jest coraz wyższy.
(4) Pobudzanie piersi. Około 4% kobiet osiąga orgazm w wyniku drażnienia brodawek piersiowych.
(5) Wyobraźnia, sny i fantazje seksualne. Ten typ bodźców prowadzących do orgazmu występuje u 3% kobiet, ale o wiele częściej spotykany jest w pobudzaniu kombinowanym.
(6) Pobudzenie mięśnia łonowo-ogonowego (łonowo-guzicznego) i przestrzeni Grafenberga. Około 1% kobiet osiąga orgazm w wyniku drażnienia tych miejsc.

68.3.3
Obraz kliniczny zaburzeń seksualnych

Do niedawna istniało wiele terminologii i klasyfikacji zaburzeń seksualnych. Tego typu zróżnicowanie cechuje nowe dziedziny wiedzy, w których brak precyzyjnych kryteriów normy i patologii. W wypadku seksuologii mamy ponadto do czynienia z interdyscyplinarnością, obejmującą różne specjalności medyczne (które zajmują się na przykład wadami wrodzonymi, zaburzeniami hormonalnymi, psychicznymi itd.). Istnieją różne terminologie i klasyfikacje zaburzeń seksualnych: międzynarodowe (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, z 1992 roku), wysoko ceniona przez specjalistów klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ostatnia wersja DSM-IV, z 1993 roku), autorskie (np. Helen Kaplan, Masters–Johnson, K. Imieliński), towarzystw naukowych. Ostatnie wersje klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV są bardzo podobne, co ułatwia porozumiewanie się specjalistom.

Wyodrębnionych zostało wiele typów zaburzeń seksualnych. Na przykład, parafilii (dewiacji) jest już ponad dwieście, a fobii seksualnych – kilkadziesiąt. Poniżej przedstawiono kilkanaście typów zaburzeń seksualnych najczęściej spotykanych w pracy lekarzy i psychologów.

Brak lub utrata potrzeb seksualnych (*hypoactive sexual desire disorder*) obejmuje oziębłość, osłabienie pożądania. Jest to objaw podstawowy, a nie wtórny. Nie wyklucza możliwości osiągania satysfakcji ze współżycia, ale powoduje, że mniej prawdopodobne jest zainicjowanie kontaktu seksualnego. W ostatnich latach obserwuje się nasilenie tego zaburzenia. W Polsce dotyczy ono 35% kobiet i 17% mężczyzn.

Awersja seksualna (*aversion disorder*) to odczuwanie silnych negatywnych uczuć do kontaktów seksualnych z partnerem, a niekiedy i do jego osoby. Pojawia się lęk o takim nasileniu, że pacjent unika współżycia. Przyczyną są najczęściej czynniki związane z relacjami między partnerami.

Brak radosnego przeżywania polega na tym, że choć reaktywność seksualna jest prawidłowa, a orgazm może być osiągany, to jednak pacjent nie odczuwa przyjemności. Tego typu skargi częściej zgłaszają kobiety. Przyczyną mogą być czynniki związane z relacjami między partnerami, poczucie winy.

Brak reakcji genitalnej (*sexual arousal disorders*) to u mężczyzn przede wszystkim zaburzenia erekcji członka (impotencja, *male erectile disorder*) – trudności w powstaniu erekcji lub w jej utrzymaniu. Jeżeli erekcje są prawidłowe w trakcie snu, po przebudzeniu czy podczas masturbacji, to można podejrze-

wać podłoże psychogenne. Zaburzenia te dotyczą około 10% populacji mężczyzn, a ich rozpowszechnienie zwiększa się z wiekiem. U kobiet głównym problemem jest suchość pochwy (upośledzone zwilżanie). Te nieprawidłowości mogą mieć podłoże zarówno psychiczne, jak i organiczne (na przykład infekcje, niedobór estrogenów).

Zaburzenia orgazmu (*orgasmic disorders*) odnoszą się do sytuacji, gdy orgazm albo nie występuje, albo jest znacznie opóźniony. U kobiet zaburzenie to może mieć charakter pierwotny (kobieta nigdy nie miała orgazmu, również w trakcie snu czy aktywności masturbacyjnej), wtórny oraz sytuacyjny. Z raportów socjoseksuologicznych z lat dziewięćdziesiątych wynika, że pierwotny brak orgazmu dotyczy 4%–10% populacji, sytuacyjny zaś – do 20%. Jest wiele możliwych przyczyn tego zaburzenia. W wypadku mężczyzn częściej spotyka się opóźniony wytrysk, a rzadziej brak wytrysku. W Polsce dotyczy to 7,6% mężczyzn, z przewagą w późniejszym wieku. Przyczynami mogą być czynniki organiczne (na przykład leki, choroby), psychogenne (na przykład lęki, rygoryzm religijny), uwarunkowania masturbacyjne, zaburzone relacje partnerskie.

Wytrysk przedwczesny (*premature ejaculation*) to niezdolność do kontrolowania wytrysku nasienia w stopniu zapewniającym obu partnerom satysfakcjonujący stosunek seksualny. Najczęściej do wytrysku dochodzi tuż po immisji członka do pochwy lub po kilku ruchach frykcyjnych, ale zdarzają się wytryski przed stosunkiem albo bez erekcji członka. Jest to często spotykane zaburzenie, dotyczące do 1/3 populacji mężczyzn. Wywołują je w przeważającej mierze przyczyny natury psychicznej.

Pochwica (*vaginismus*) polega na skurczu mięśni otaczających pochwę, co powoduje zamknięcie wejścia do pochwy. Immisja członka do pochwy jest niemożliwa lub bolesna. Dotyczy to 1%–3% populacji. Tu również dominują przyczyny natury psychicznej.

Dyspareunia (*dyspareunia*) to ból w czasie stosunku. Występuje częściej u kobiet (w Polsce u około 15% populacji). Równie częste są przyczyny psychiczne, jak i organiczne.

Nadmierny popęd seksualny (*hyperactive desire disorder*) obejmuje nimfomanię, satyriasis. Jest to rzadziej spotykane zaburzenie, którego przyczyną może być wiele czynników, na przykład stany maniakalne, uzależnienia, choroby i urazy mózgu, zaburzenia hormonalne.

Transseksualizm (*transsexualism*) polega na tym, że pacjent pragnie żyć i być akceptowany jako osoba płci przeciwnej niż własna. Towarzyszy temu niezadowolenie z powodu własnych anatomicznych cech płciowych, chęć poddania się leczeniu hormonalnemu i operacyjnej zmianie płci.

Transwestytyzm o typie podwójnej roli (*transvestic*) polega na przebieraniu się w odzież przeznaczoną dla płci przeciwnej w celu osiągnięcia przyjemności z chwilowego odczuwania przynależności do płci przeciwnej, jednak bez chęci trwałej zmiany płci. Przebraniu się towarzyszy podniecenie seksualne.

Zaburzenia identyfikacji płciowej zaczynające się przed pokwitaniem cechuje uporczywe, głębokie niezadowolenie z własnej płci oraz chęć posiadania cech płci przeciwnej. Rozpoznanie tego zaburzenia wymaga stwierdzenia głębokich zakłóceń prawidłowego poczucia kobiecości i męskości. Nie wystarczy stwierdzenie, że u dziewczynek obserwuje się zachowania chłopięce, a u chłopców – dziewczęce. Rozpoznania nie można używać, gdy dana osoba osiąga wiek pokwitania.

Fetyszyzm (*fetishism*) przejawia się w konieczności posiadania pewnych przedmiotów jako bodźców do osiągania podniecenia oraz satysfakcji seksualnej. Wiele fetyszy niejako „przedłuża" ludzkie ciało. Rozpoznanie opiera się na stwierdzeniu, że fetysz jest najważniejszym bodźcem podniecającym lub jest niezbędny do uzyskania satysfakcji seksualnej. Zaburzenie to spotyka się niemal wyłącznie u mężczyzn. Kiedy dotyczy transwestytyzmu fetyszystycznego (*transvestic fetishism*), przybiera postać noszenia ubiorów przeznaczonych dla płci przeciwnej w celu uzyskania podniecenia seksualnego. Wówczas różni się od fetyszyzmu tym, że tu również chodzi o przybieranie wyglądu płci przeciwnej. U transseksualistów jest wczesną fazą rozwoju transseksualizmu.

Ekshibicjonizm (*exhibitionism*) to nawracająca lub trwała tendencja do pokazywania narządów płciowych obcym osobom lub osobom przebywającym w miejscach publicznych, bez dążenia do bliższego kontaktu. Często towarzyszy temu masturbacja. Reakcja lęku lub szoku u świadka tego zachowania często zwiększa podniecenie seksualne u ekshibicjonisty.

Oglądactwo (*voyeurism*) przejawia się w nawracającej lub trwałej tendencji do podglądania osób w czasie ich seksualnych kontaktów lub zachowań intymnych (na przykład rozbierania się). Prowadzi zwykle do podniecenia i masturbacji.

Pedofilia (*pedophilia*) to preferencja seksualna osoby dorosłej w stosunku do dzieci w wieku przed pokwitaniem lub w okresie pokwitania. Pojedyncze wydarzenie nie uprawnia do takiego rozpoznania. Zaburzenie to częściej spotykane jest u mężczyzn.

Sadomasochizm (*sexual sadism, sexual masochism*), czyli sadyzm i masochizm, polega na preferowaniu aktywności seksualnej, w której dochodzi do zniewolenia, upokorzenia, zadawania bólu. Jeżeli dana osoba woli być wykonawcą – mamy do czynienia z sadyzmem, jeżeli woli być ofiarą – z masochizmem. Podstawą rozpoznania jest stwierdzenie, że ten typ aktywności jest dominującym lub niezbędnym bodźcem do uzyskania zaspokojenia seksualnego.

68.3.4
Psychogenne przyczyny zaburzeń seksualnych

68.3.4.1
Koncepcje teoretyczne

O psychogennych przyczynach zaburzeń seksualnych traktuje kilka teorii. Ich przykładem jest analiza transakcyjna, systemowe rozumienie małżeństwa, teorie komunikowania interpersonalnego itd. Największą popularność zdobyły podejścia psychoanalityczne, behawioralne i poznawcze, które w wielkim skrócie przedstawiamy niżej.

Podejście psychoanalityczne. Zgodnie z różnymi szkołami psychoanalizy, przyczynami zaburzeń seksualnych są nierozwiązane, nieświadome konflikty, takie jak: lęk przed kastracją, konflikt edypalny, nieświadoma wrogość do partnera seksualnego, a także poczucie winy, wstydu, lęki, wczesnodziecięce szoki i urazy seksualne, zazdrość o penis u dziewcząt. Na przykład, Luban-Plozza, Pöldinger i Kröger (1992) twierdzą, że przyczynami wymienionych poniżej typów zaburzeń seksualnych są następujące czynniki:

(1) Anorgazmia – nieświadome przeniesienie uczuć seksualnych wobec ojca na partnera, masturbacyjne uwarunkowania, zazdrość o penis, postawy kastracyjne wobec partnera, ukryte negatywne postawy wobec mężczyzn.
(2) Zbyt wczesne wytryski – lęki kastracyjne, poczucie winy, lęk przed utratą Ja, postawy sadystyczne wobec partnerki.
(3) Impotencja – kompleks kastracyjny, konflikt edypalny, lęk przed agresywnym charakterem seksualności, utrata obiektu miłości, infantylny erotyzm, nieświadoma identyfikacja z kobiecością, połączona z lękiem przed stosunkiem.

Podejście behawioralne. Szkoły behawioralne upatrują przyczyn zaburzeń seksualnych, odwołując się do teorii uczenia się, na przykład lęk przed współżyciem tłumaczony jest reakcją warunkową, spowodowaną urazowymi i nieudanymi kontaktami seksualnymi (Kaplan, 1978; LoPiccolo, 1980).

Podejście poznawcze. Zgodnie z koncepcją poznawczą, negatywne emocje (na przykład lęk) czy błędne spostrzeganie reaktywności

seksualnej powodują zakłócenie poznawcze (przyjęcie roli obserwatora), a to prowadzi do zakłócenia czynności autonomicznego układu nerwowego, czego następstwem są zaburzenia seksualne. Te z kolei nasilają zakłócenia poznawcze (Rosenham i Seligman, 1994, t. 2).

68.3.4.2
Czynniki wyjaśniające zaburzenia seksualne

W piśmiennictwie seksuologicznym wyodrębnia się predysponujące, osobowościowe, partnerskie i rodzinne czynniki wyjaśniające zaburzenia seksualne.

Czynniki predysponujące do wystąpienia zaburzeń seksualnych to: urazy seksualne w okresie dzieciństwa (na przykład wykorzystanie i przemoc seksualna, przykre wrażenia wyniesione z obserwacji współżycia rodziców), rygoryzm wychowawczy i religijny, wrogość między członkami rodziny, rywalizacja między członkami rodziny, zaburzona komunikacja i identyfikacja z rolami seksualnymi rodziców.

Czynniki osobowościowe występujące w zaburzeniach seksualnych to: ukryte cechy homoseksualne, introwersja, agresywność, impulsywność, niechęć do seksu, nadmierna samokontrola, cechy histeryczne, kompleksy, zaburzenia identyfikacji z płcią, rozbudowane techniki masturbacyjne, lęki związane z seksualnością, lęk przed sukcesem, nadmierna asceza w okresie dojrzewania, brak wiary w siebie, ignorancja w sprawach seksu, przerost superego, obsesyjne myślenie o seksie, poczucie winy i wstydu, nadmierna wyobraźnia erotyczna lub jej brak.

Wśród czynników partnerskich najczęściej wymienia się:

- zaburzenia komunikacji (sygnały „nie wprost", niejasne, wieloznaczne);
- zanik atrakcyjności partnera, znudzenie rutyną więzi seksualnej;
- nieudane i stresujące pierwsze kontakty seksualne, przeżycie ośmieszenia, odrzucenia;
- traktowanie współżycia zadaniowo, jako potrzeby wykazania się;
- zachowanie partnera wywołujące poczucie zagrożenia, na przykład porównywanie partnerów, dokładne opisywanie poprzednich doświadczeń seksualnych;
- mechanizmy przeniesienia doświadczeń z dzieciństwa, na przykład postawa wobec płci odmiennej, potrzeba zdominowania osoby partnera, nadmiernego uzależnienia się;
- brak zaufania do partnera;
- walka o władzę w związku, zachowania rywalizacyjne;
- niedotrzymywanie warunków „kontraktu" partnerskiego;
- sabotaż seksualny, na przykład odmawianie kontaktu, gdy pragnie tego partner, czynienie siebie odpychającym, stałe zwiększanie wymagań, zachęcanie partnera do współżycia z kimś innym, ośmieszanie partnera, porównywanie go z innymi;
- lęk przed porażką, niezaspokojeniem potrzeb partnera;
- długotrwałe konflikty między partnerami;
- brak efektywnej aktywności seksualnej, na przykład nieumiejętne współżycie, brak optymalnych form stymulacji seksualnej, niewiedza, narzucanie własnych oczekiwań;
- mity i stereotypy przekazywane w wychowaniu rodzinnym.

68.3.4.3
Wyniki badań

W pracach wielu autorów dominują wyniki badań dotyczących psychicznego podłoża zaburzeń seksualnych. Dokładniej będzie o nich mowa przy omawianiu poszczególnych typów zaburzeń seksualnych.

W badaniach nad psychogennymi przyczynami zaburzeń seksualnych wyodrębnić można różne podejścia, z których cztery niżej zasygnalizowane należą do najbardziej typowych. Są to:

(1) Analiza populacji pacjentów z placówek poradnictwa i terapii seksualnej.

(2) Analiza pacjentów z konkretnym rozpoznaniem (takich prac jest najwięcej w piśmiennictwie).
(3) Badania transkulturowe. Zajmuje się nimi głównie Instytut Kinseya w USA. Bada się jednorodne populacje tymi samymi metodami.
(4) Badania dotyczące grup wiekowych, płci, innych danych biograficznych. Najwięcej kontrowersji budzą badania poświęcone analizie seksualności kobiet, a zwłaszcza jej korelacji z cyklem miesięcznym.

Fazowość reaktywności seksualnej w trakcie przebiegu cyklu miesięcznego jest faktem u wielu kobiet. U jednych największa potrzeba seksualna występuje w pierwszej połowie cyklu, u innych w okresie płodnym, a u niektórych nawet w czasie miesiączki. Istnieje kilka możliwych wariantów. Również pojęcie zespołu napięcia przedmiesiączkowego budzi wiele kontrowersji.

Według Bullough (1994), napięcie przedmiesiączkowe pojawia się u około 40% kobiet w USA, u 84% kobiet w Europie, u 37% Wietnamek itd. Zdaniem niektórych badaczy (Worell i Remer, 1996), zwłaszcza powiązanych z ruchami feministycznymi, taki zespół nie istnieje. Pojawiają się nawet stwierdzenia, że takie rozpoznanie jest wyrazem męskiego szowinizmu i usiłowania wmówienia kobietom zmniejszonej poczytalności, wiążącej się z ich biologią, oraz że same kobiety wmawiają sobie taki zespół w celu wytłumaczenia swych napięć, niepowodzeń, unikania seksu itp. Te opinie również poparte są różnymi badaniami naukowymi. Niezależnie od tych kontrowersji warto przeprowadzić badania, które pozwoliłyby wyjaśnić mechanizmy sterujące zachowaniami i przeżyciami kobiety.

68.3.5
Diagnostyka psychologiczna zaburzeń seksualnych

Diagnostyka psychologiczna zaburzeń seksualnych opiera się głównie na wywiadzie z pacjentem oraz z jego partnerem lub partnerką. Ich omówieniu poświęcona jest niniejsza część rozdziału.

68.3.5.1
Wywiad z pacjentem

Podstawową metodą badania seksuologicznego jest dobrze przeprowadzony wywiad, i to z kilku przyczyn: ułatwia nawiązanie kontaktu z pacjentem, pozwala uzyskać niezbędne informacje, wraz z z możliwością poznania zachowań niewerbalnych pacjenta. Dobrze przeprowadzony wywiad ujawnia też mechanizmy obronne pacjenta, poziom jego samooceny w roli seksualnej i partnerskiej, postawy wobec ciała, seksualności, terapeuty, leczenia.

Standardowy wywiad obejmuje dane o całym życiu pacjenta, tak jak to schematycznie przedstawiono w punktach od (1) do (8):

(1) Życie rodzinne i dzieciństwo pacjenta (przebieg ciąży, porodu, wady i choroby), dane o rodzicach (wiek, zawód, ocena ich osobowości, relacji z nimi, ich małżeństwa), rodzeństwo i relacje z nim, atmosfera wychowawcza w domu rodzinnym, postawy wobec seksu, ocena podobieństwa do rodziców, wspomnienia natury seksualnej (na przykład zabawy seksualne z rówieśnikami, szoki i urazy, wykorzystywanie), relacje z innymi członkami rodziny, podobieństwa i różnice między własnym życiem rodzinnym a obrazem rodziny.
(2) Okres szkolny, dojrzewania, młodości, przebieg nauki, relacje z rówieśnikami, hobby, przezwiska, kompleksy, przebieg okresu dojrzewania, związków uczuciowych, zachowania masturbacyjne (od kiedy, częstość, forma, treść fantazji, postawy wobec nich), inicjatywa seksualna (kiedy, z kim, gdzie, typ więzi, przebieg, ocena, następstwa), inne zachowania seksualne.
(3) Związki seksualne (z kim, przebieg, motywacja, następstwa, typ więzi, upodobania, losy).

(4) Małżeństwo – cały przebieg (dokładne dane o więzi seksualnej, ocena związku, relacji uczuciowych, standardu, rodzicielstwa, przyczyn konfliktów i form ich rozwiązywania, komunikacja między partnerami).
(5) Seksualność (ocena poziomu libido, potrzeby seksualnej, częstości kontaktów, treść snów erotycznych, orgazmy nocne, erekcje nocne, ranne i dzienne, polucje, upodobania i oczekiwania, formy i techniki współżycia, preferencje, wpływ pornografii, alkoholu, treść marzeń i fantazji, ideał kobiecości, męskości).
(6) Związki pozamałżeńskie (ich przebieg, motywacja, ocena).
(7) Choroby, przyjmowane leki, ogólny stan zdrowia, uzależnienia.
(8) Przebieg zaburzenia, problemy w sferze seksualnej.

Jakkolwiek wywiad jest najważniejszą metodą diagnostyczną, należy jednak znać jego istotne ograniczenia i problemy. Wielu partnerów nie zna specjalistycznej terminologii, posługuje się slangiem lub błędnymi terminami i kierując się poczuciem wstydu, nie udziela odpowiedzi lub podaje błędne informacje. Terapeuta powinien pacjentowi ułatwiać wypowiadanie się. U wielu mężczyzn zaburzenia seksualne prowadzą do uruchamiania mechanizmów obronnych. Następstwem tego może być zaprzeczanie, negowanie określonych objawów lub podawanie objawów nieistniejących. Na przykład, w wypadku impotencji pacjenci sugerują, że cierpią na zmniejszenie zainteresowania współżyciem, osłabienie popędu, zaburzenia wytrysku, i dopiero podczas kolejnej wizyty ujawniają prawdę.

Pacjenci z powodu lęku lub z innych przyczyn zatajają istotne dane, romanse, dewiacyjne zachowania, szukanie pomocy w sex-shopach itp. U wielu mężczyzn dominują lakoniczne odpowiedzi, niechęć do ujawniania się. Dla wielu kobiet rozmowa na tematy intymne może być krępująca, a w wypadku innych wiąże się z odczuwaniem podniecenia seksualnego, co wynika z przekroczenia bariery dystansu intymnego i erotyzującego działania słowa. Płeć i wiek osoby przeprowadzającej wywiad mogą prowokować opór pacjenta, uruchamiać mechanizmy obronne.

W wielu wypadkach cenne dane uzyskuje się w wywiadzie z partnerem pacjenta, który powinien być przede wszystkim ukierunkowany na przebieg związku, na „tu i teraz", a w razie potrzeby – również na historię życia partnera-pacjenta.

68.3.5.2 Wywiad z partnerem

Informacje uzyskane od partnera mają bardzo duże znaczenie w diagnostyce. Partner może obiektywizować obraz zaburzenia i jego przyczyny, wywiad z nim umożliwia poznanie relacji partnerskich, rokowania co do przyszłości związku, ujawnienie mechanizmów obronnych. Jakkolwiek coraz częściej do terapeutów przychodzą pary, to jednak lepszym rozwiązaniem jest oddzielna rozmowa z partnerami. Ma to jednak pewne wady, może bowiem dojść do manipulowania osobą terapeuty, usiłowania wciągania go w „sojusze", może również prowokować poczucie zazdrości.

Terapeuta może stanąć przed trudnym problemem – partner powierza mu tajemnice, które rzucają istotne światło na losy danego związku, a nie mogą być ujawnione (na przykład fakt związania się z kimś innym). Z kolei tajemnice ujawnione przez samego pacjenta mogą w terapeucie wzbudzać rozterki w trakcie rozmowy z nieświadomym ważnych spraw partnerem pacjenta. Osoby udzielające wywiadu potrafią być dobrymi obserwatorami, bywają wyczulone na podteksty i sygnały niewerbalne. Można więc bez przesady stwierdzić, że przeprowadzanie wywiadu z pacjentem i jego partnerem jest prawdziwą sztuką i może być próbą profesjonalizmu.

68.3.5.3 Inne metody badania

Ze względu na fakt, że metoda wywiadu ma wiele ograniczeń w badaniu seksuologicznym, stosuje się też inne metody, umożliwiające obiektywizację danych, ujawnianie mechanizmów obronnych, sięganie do nieświadomości. Metodami tymi są: projekcyjne metody badania osobowości, skale i kwestionariusze, badania z zastosowaniem aparatury pomiarowej (na przykład *biofeedback*, fallopletyzmografia).

O ile w typowych zaburzeniach seksualnych (na przykład zbyt wczesne wytryski nasienia, impotencja, pochwica) można stwierdzić wysoką efektywność badań diagnostycznych, to w wypadku parafilii (dewiacji seksualnych) istnieją poważne ograniczenia: wielu pacjentów zataja lub wypiera ważne informacje, świadomie ucieka się do kłamstwa (nawet w sytuacji szukania pomocy). Z tych przyczyn badania diagnostyczne należy traktować z pewnym dystansem i jako proces rozciągnięty w czasie. Niejeden z pacjentów istotne informacje ujawnia dopiero po wielu tygodniach, a nawet miesiącach od pierwszej wizyty.

68.3.6 Zaburzenia seksualne

W tej części rozdziału omówimy wybrane zaburzenia seksualne, ich przyczyny oraz sposoby ich leczenia.

68.3.6.1 Zaburzenia erekcji członka (impotencja)

Spotyka się również inne nazwy impotencji: niepełne wzwody, brak wzwodu, dysfunkcja erekcyjna, zanik lub osłabienie reaktywności seksualnej. Impotencja należy do częściej spotykanych zaburzeń seksualnych. Jako czynniki ryzyka wymienia się – poza wiekiem biologicznym – cukrzycę, nadciśnienie, hiperlipidemię i palenie papierosów. Najczęstszymi przyczynami impotencji są czynniki:

(1) psychogenne (na przykład lęki, depresje, zaburzone relacje między partnerami) – zróżnicowane poglądy na temat tych czynników przedstawia tabela 68.4;
(2) neurogenne (na przykład urazy kręgosłupa, dyskopatie, cukrzyca, uzależnienie od alkoholu, stany pooperacyjne w obrębie miednicy, choroby neurologiczne);
(3) hormonalne (na przykład obniżony poziom testosteronu, podwyższony poziom prolaktyny);
(4) krążeniowe (na przykład nadciśnienie, związane z paleniem tytoniu, cukrzyca, zmiany w naczyniach członka);
(5) farmakologiczne (na przykład leki psychotropowe, przeciwnadciśnieniowe).

U jednej czwartej mężczyzn impotencja ma podłoże mieszane, na przykład hormonalne i krążeniowe, co spotyka się częściej w przebiegu andropauzy. Przyczyny psychogenne powszechniejsze są u młodych mężczyzn – szczególnie w związku z nową partnerką. Doświadczenie zaburzeń erekcji członka uderza w poczucie męskiej wartości, rodzi lęk i poczucie zagrożenia co do przyszłej sprawności. Lęk przed impotencją może być tak silny, że niejeden mężczyzna nie dopuszcza do siebie takiej myśli, rozpoznaje inną przyczynę trudności seksualnych, na przykład zanik popędu, błędy popełniane przez partnerkę. Problem jest o tyle ważny, że poza impotencją mogą występować u danego mężczyzny inne zaburzenia seksualne, na przykład zaburzenia wytrysku, obniżenie poziomu libido. Nie zawsze wiadomo, co było zaburzeniem pierwotnym, a co wtórnym.

Impotencję na tle psychicznym można podejrzewać w wypadku, gdy pojawiła się nagle, w konkretnej sytuacji, gdy między partnerami istnieją jakieś napięcia, lęki, a poranne erekcje członka są pełne. Impotencja na tle organicznym najczęściej rozwija się stopniowo, ranne erekcje są niepełne lub zanikają, nie ma zaburzeń wytrysku nasienia.

Średni wiek życia mężczyzn się wydłuża, a wraz z wiekiem rośnie też ryzyko zapadania na różne choroby. Stosowane w nich leki wpływają na funkcje seksualne, przyczyniając się tym samym do dalszego wzrostu przypadków impotencji. Lekarze różnych specjalno-

TABELA 68.4

Teorie psychogennych przyczyn impotencji

AUTOR	ROK	PRZYCZYNY IMPOTENCJI
Borelli	1971	Nieświadome tendencje homoseksualne, kompleks onanistyczny, lęki i fobie, neurotyczne lęki małżeńskie, lęk przed posiadaniem dziecka, mechanizmy masochistyczne, psychastenia
Friedman	1973	Lęk edypalny, kastracyjny z elementami agresji i z obawą przed sadystycznymi impulsami
Lief	1974	Czynniki sytuacyjne, partnerskie, neurotyczna reakcja na objaw zaburzenia wzwodu, niewłaściwa reakcja ze strony partnerki
Mellan	1974	Czynniki wychowawcze w środowisku rodzinnym
Ansari	1975	Lęki sytuacyjne, reakcje na zachowania i osobowość partnerki
Demerdash	1977	Neurotyzm wczesnodziecięcy
Mormont	1980	Neurotyzm
Lukensmeyer	1980	Czynniki diadyczne, stres sytuacyjny, psychopatologia, czynniki ambicjonalne, uzewnętrznianie problemów życiowych
Rosenheim	1981	Wysoki poziom labilności, submisji, odrzucanie ze strony partnerki
McKendry	1983	Intrapsychiczne, diadyczne, psychopatologiczne
Warwick	1985	Lęk, czynniki sytuacyjne, diadyczne
Hańbowski	1985	Rozwiązanie konfliktu depresyjnego
Segraves	1985	Lęk, czynniki diadyczne, psychopatologia
Kratochvil	1987	Czynniki sytuacyjne, urazowe, diadyczne, osobowościowe, psychopatologiczne
Kaus	1988	Lęk, depresja, cechy histeryczne, fobie, czynniki diadyczne
Galwitz	1988	Wysoki poziom cech histerycznych, depresyjności, introwersji
Lew-Starowicz	1991	Kompleks małego członka, zaburzenie identyfikacji z rolą męską, lęk wobec kobiet, lęki zadaniowe, zaburzone relacje partnerskie, uwarunkowania masturbacyjne, ukryte preferencje homoseksualne, depresja maskowana, rygoryzm seksualny
Widowitz i Hendriscke	1994	Reaktywna agresywność, lęk, relacje partnerskie, niepełna identyfikacja z rolą męską, uwarunkowania masturbacyjne
Cole	1994	Cechy osobowości (surowość, obsesyjność, lęki, mała uczuciowość, antyseksualne wartości, niepewność Ja), preferencje masochistyczne, homoseksualne, niska samoocena, rygoryzm wychowawczy, ortodoksja religijna, urazy psychologiczne, szoki seksualne, bezrobocie, odrzucenie przez partnerkę, heterofobia, zaburzenia u partnerki, utrata atrakcyjności dla partnerki, konflikty
Kaplan	1995	Negatywne fantazje erotyczne, uwarunkowania masturbacyjne, urazy seksualne, niepłodność, postawy antyseksualne, rygoryzm wychowawczy, preferencje dewiacyjne, zaburzone relacje partnerskie

Uwaga. Dane bibliograficzne można znaleźć w pracy: Lew-Starowicz, 1997.

ści mogą znaleźć informacje na ten temat w specjalistycznych publikacjach i to umożliwia im ewentualną zmianę leku na inny lub uzupełnienie prowadzonego leczenia konsultacją u seksuologa.

Do rozpoznania przyczyn impotencji wystarczy dobrze zebrany od pacjenta wywiad, przeprowadzenie badań laboratoryjnych (poziom cukru, cholesterolu, testosteronu, prolaktyny, kreatyniny), USG jąder i prostaty. Jedynie w trudniejszych diagnostycznie sytuacjach konieczne jest zastosowanie bardziej specjalistycznych metod, na przykład dopplersonografii. Obecnie często spotykaną metodą diagnostyczną stała się próbna iniekcja w ciała jamiste członka. Lek jest u nas dostępny. Problem w tym, że wielu mężczyzn odczuwa silny lęk przed takim zastrzykiem, jakkolwiek jest on mniej bolesny od iniekcji domięśniowych.

Mężczyźni szukający pomocy często oczekują cudownie działających leków i nadal wielu wierzy w magiczną moc afrodyzjaków lub specjalnej diety. Należy wyraźnie stwierdzić, że skuteczne leczenie impotencji musi opierać się na rozpoznaniu jej przyczyn. Do nich oraz do sytuacji pacjenta dostosowuje się metody leczenia. W wypadku impotencji na tle psychicznym stosuje się psychoterapię, metody treningowe ze współudziałem partnerki, techniki relaksacyjne, hipnozę, ale także leki doustne (na przykład przeciwlękowe) i iniekcje w ciała jamiste członka. Interesujące jest to, że w pewnych przypadkach taka iniekcja przełamuje barierę niemożności odbycia stosunku z kobietą.

W wypadku impotencji na tle organicznym stosuje się następujące metody: iniekcje w ciała jamiste członka (które pacjent sam sobie robi przed stosunkiem), przyjmowanie odpowiednich leków doustnych, leków hormonalnych (jeżeli rozpoznano zaburzenia hormonalne), pompę próżniową, fizykoterapię, zabiegi operacyjne (na przykład mające na celu poprawę krążenia w członku), a w razie potrzeby – protezowanie członka. Ta ostatnia metoda polega na umieszczeniu w członku protezy ze specjalnego tworzywa. Metoda iniekcji oraz operacyjna, upowszechniające się od lat osiemdziesiątych, okazały się, bez przesady, rewolucyjne – w Europie setki tysięcy mężczyzn uzyskało sprawność seksualną.

W 1998 roku w USA zarejestrowano nowy lek do leczenia impotencji – viagrę. W krótkim czasie zyskał on sobie wielką popularność. Stosowany bywa również w wypadku impotencji psychogennej, jeżeli ma ona długotrwały przebieg i nie uzyskano poprawy innymi metodami leczenia. Viagra nie jest afrodyzjakiem. Jej działanie jest uzależnione od odczuwania podniecenia wobec partnerki. Można założyć, że ta nowa metoda leczenia impotencji będzie miała również wpływ na postawy wobec seksualności i relacje partnerskie.

68.3.6.2 Wytrysk przedwczesny

W pracach polskich autorów (Imieliński, 1990; Lew-Starowicz, 1991) wyodrębnia się wytryski przedwczesne – w czasie poprzedzającym wprowadzenie członka do pochwy – i wytryski zbyt wczesne – w trakcie trwania stosunku. W klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV istnieje jedno rozpoznanie – wytrysk przedwczesny. Kaplan i Sadock (1995, s. 136) przyjmują następujące kryterium diagnostyczne **wytrysku przedwczesnego**:

> [...] stale lub okresowo wytrysk już po niewielkim pobudzeniu przed wprowadzeniem członka do pochwy, podczas wprowadzenia bądź zaraz po wprowadzeniu go do pochwy, a także gdy wytrysk następuje szybciej, niż tego sobie życzy mężczyzna. W ocenie należy uwzględnić czynniki wpływające na czas trwania podniecenia, takie jak wiek, kontakt z nowym partnerem, nowość sytuacji, a także częstość odbywania stosunków płciowych.

Wytryski przedwczesne dzieli się na pierwotne i wtórne. Pierwotne są wtedy, gdy występują od inicjacji seksualnej i towarzyszy im lęk przed stosunkiem. Wtórne występują u starszych mężczyzn i towarzyszą im zaburzenia erekcji członka.

TABELA 68.5

Teorie psychogennych przyczyn przedwczesnych wytrysków

AUTOR	ROK	PRZYCZYNY PRZEDWCZESNYCH WYTRYSKÓW
Shapiro	1943	Neurastenia, bezsenność, masturbacja
Mellgren	1967	Stosunki przerywane
Kaplan	1974	Osobowość bierno-agresywna, lęk kastracyjny, nieświadome negatywne uczucia do kobiet, ambiwalencja wobec kobiet, niedojrzałość
Watzlawick	1974	Destrukcyjna komunikacja między partnerami
Blight i David	1978	Lęk wobec kobiet i czynniki psychospołeczne
Warwick	1984	Lęk przed impotencją, urazy psychiczne, mała częstotliwość współżycia seksualnego
Speiss	1984	Czynniki sytuacyjne, wysoki poziom podniecenia seksualnego
Lew-Starowicz	1991	Błędy w sztuce miłosnej, neurotyzm, osobowość histeryczna, zespoły lękowe, zaburzone relacje partnerskie, uwarunkowania masturbacyjne, czynniki sytuacyjne, aleksytymia, problemy intrapsychiczne
Leublum i Rosen	1994	Sensytywność, lęki, rzadkie kontakty seksualne, stresy
Lourdes	1997	Nadmierna koncentracja. uwarunkowania masturbacyjne, lęki, czynniki sytuacyjne, nastawienie zadaniowe

Uwaga. Dane bibliograficzne można znaleźć w pracy: Lew-Starowicz, 1997.

To najczęściej spotykane u mężczyzn zaburzenie seksualne wiąże się z poczuciem kompromitacji w oczach partnerki i z lękiem przed odrzuceniem przez nią. Młodzi mężczyźni radzą sobie w ten sposób, że zwiększają częstotliwość kontaktów, masturbują się przed spotkaniem z partnerką lub piją alkohol. Tego typu metody mogą rzeczywiście opóźniać wytrysk nasienia. W wypadku mężczyzn, u których nieprawidłowy odruch przedwczesnego wytrysku uległ utrwaleniu i zakodowaniu, niezależnie od przyczyn, tego typu doraźne rozwiązania nie pomagają, podobnie jak leki psychotropowe lub leki działające znieczulająco na żołądź członka.

Optymalną metodą leczenia wytrysków przedwczesnych są treningi partnerskie, dzięki którym powstaje możliwość kontrolowania czasu trwania stosunku. Ta metoda leczenia jest zalecana w wypadku sytuacyjnych przyczyn zaburzenia i pozytywnego nastawienia partnerki do współudziału w leczeniu pacjenta.

W innych przypadkach przedwczesnych wytrysków należy stosować metody ukierunkowane na usunięcie przyczyny, a nie objawu – a zatem psychoterapię. Przegląd poglądów na temat psychogennych przyczyn wczesnego wytrysku przedstawia tabela 68.5. Nieleczony wytrysk przedwczesny może być przyczyną impotencji, zaburzeń seksualnych u partnerki, a nawet rozpadu związku.

68.3.6.3 Anorgazmia

Anorgazmia nosi również inne nazwy: brak orgazmu, dysfunkcja orgazmu, zahamowanie orgazmu czy oziębłość płciowa. Kaplan i Sadock (1995, s. 135) jako kryteria **anorgazmii** podają: „stałe lub okresowe opóźnienie lub brak orgazmu u kobiety w trakcie aktywności seksualnej normalnej pod względem umiejscowienia, czasu trwania i intensywności".

Poglądy na temat przyczyn oziębłości płciowej przedstawia tabela 68.6. Jej diagnostyka należy do jednej z najtrudniejszych w seksuologii. Wynika to z kilku przyczyn, które omawiamy niżej.

Kobiety osiągają orgazm w wyniku zróżnicowania form stymulacji. Większość kobiet dochodzi do orgazmu na drodze pobudzania łechtaczki, w trakcie stosunku, bądź też łącznie – w obu tych formach pobudzania. Przeżywanie orgazmu może być następstwem fantazjowania, pobudzania piersi lub innych stref erogennych (zob. par. 68.3.2.1). Nawet

TABELA 68.6

Przyczyny psychogenne anorgazmii

AUTOR	ROK	PRZYCZYNY PSYCHOGENNE ANORGAZMII
Bergler	1944	Nieświadome lęki
Purtell	1951	Osobowość histeryczna
Marussek	1959	Czynniki utrudniające zapomnienie się we współżyciu, konfliktowy związek, wina partnera
Noyes i Kolbe	1969	Lęk przed ciążą, agresja wobec mężczyzny
Oxford	1976	Nadużywanie alkoholu przez partnera, alkoholizm kobiety
Sanz	1981	Cechy schizoidalne i histeryczne
Bancroft	1982	Patologia partnerska
Sarrell	1983	Neurotyzm, zaburzenia seksualne partnera, związki pozamałżeńskie
LaFerla	1984	Ortodoksja religijna, negatywne doświadczenia z przeszłości
Lew-Starowicz	1991	Błędy w sztuce miłosnej, uwarunkowania masturbacyjne, walka o dominację w związku, cechy histeryczne, preferencje homoseksualne, opór wobec partnera, brak zaufania do partnera, rygoryzm wychowawczy w rodzinie, negatywne relacje z ojcem, urazy i szoki seksualne
Lacroix	1994	Lęk przed utratą kontroli nad własnym ciałem, brak porozumienia w związku

Uwaga. Dane bibliograficzne można znaleźć w pracy: Lew-Starowicz, 1997.

w wypadku tak zwanego „orgazmu pochwowego" może on być osiągany niezależnie od pozycji seksualnej, pobudzania określonych obszarów pochwy (dolne lub górne sklepienie pochwy), kierunku pobudzania (ruchy podłużne, poprzeczne, obrotowe). Jeżeli kobieta lub jej partner nie rozpoznają specyficznego charakteru wrażliwości zmysłowej, to anorgazmia może być następstwem nieefektywnej sztuki miłosnej (anorgazmia rzekoma).

Wiele par dąży do osiągania orgazmu w trakcie stosunku (tak zwany „orgazm pochwowy") i jest to traktowane jako stan prawidłowy, normalny, „dojrzałość seksualna". Brak orgazmu na tej drodze pobudzania jest spostrzegany jako anorgazmia, a inne drogi wyzwalania orgazmu albo nie są znane, albo są traktowane jako „niedojrzałe", niewłaściwe.

Kobiety mają zróżnicowane somatyczne i psychiczne reakcje orgazmiczne. Niekiedy trudno ocenić, czy przeżywają orgazm. Jakkolwiek badania przeprowadzone z zastosowaniem aparatury pomiarowej przez Mastersa i Johnson (1975) umożliwiły poznanie reakcji kobiet w trakcie orgazmu, to jednak ten model „laboratoryjny" nie ma charakteru uniwersalnego.

Kobiety traktują orgazm, przyjemność w trakcie współżycia i poczucie satysfakcji ze współżycia jako synonimy. Bywa, że te wszystkie doznania wiążą się z orgazmem, ale przyjemność lub satysfakcja seksualna mogą być odczuwane także bez orgazmu.

Uwarunkowania orgazmu u kobiet mają charakter złożony i o wiele bardziej zróżnicowany w porównaniu z mężczyznami. Zdolność przeżywania orgazmu zależy od wielu czynników biologicznych (genetycznych, hormonalnych, neurogennych, mięśniowych, anatomicznych, neuroprzekaźników), sytuacyjnych (nastrój, czas trwania stymulacji, poziom podniecenia, oczekiwania i potrzeby w danym dniu), psychicznych (relacje partnerskie, osobowość optymistyczna, aktywna, obdarzona wyobraźnią erotyczną, akceptująca własną kobiecość, zdolność do oddania się, „wyłączenia"). Nieprawidłowości wiążące się z każdym z wymienionych czynników mogą być przyczyną anorgazmii.

U kobiet występuje wiele typów orgazmów (lokalny, uogólniony, wielokrotny, wyobrażeniowy, krótkotrwały, długotrwały, ekstatyczny, sadomasochistyczny, nietypowy), jak i kilka jego poziomów. Najniższy poziom polega na tym, że kobieta wzdycha, ma przyspieszony oddech, ślini się, doznania somatyczne są słabe, natomiast najwyższe poziomy polegają na intensywnych reakcjach somatycznych, uczuciu „roztapiania się", osłabienia kontaktu z rzeczywistością.

U jednych kobiet doznania w orgazmie są trwałe, niezmienne i niezależne od osoby partnera, u innych z kolei zmieniają się w czasie – zależnie od osoby partnera, więzi uczuciowej z nim, poziomu fascynacji osobą partnera itd. Reaktywność orgazmiczna u jednych kobiet ma związek z fazami cyklu miesięcznego, a u innych nie ma takich zależności.

U wielu kobiet zdolność przeżywania orgazmu pojawia się po pewnym czasie trwania więzi seksualnej z partnerem, zmienia się w zależności od czasu trwania ciąży, pojawia się w różnym czasie po porodzie. Z kolei u innych kobiet takich zależności się nie obserwuje.

Stosowanie metod sterowania płodnością u niektórych kobiet wpływa na reakcje orgazmiczne, podczas gdy u innych nie występują takie zależności.

Osiąganie orgazmu i jego przeżywanie wiąże się z wpływem uwarunkowań kulturowych. W epoce wiktoriańskiej większość kobiet nie przeżywała orgazmu lub hamowała jego intensywność. Od czasu tak zwanej rewolucji seksualnej w końcu lat sześćdziesiątych kobiety zaczęły spostrzegać orgazm jako potrzebę, konieczność, wyraz kobiecości, a jego brak prowadzić zaczął do poczucia mniejszej wartości, kompleksów, poczucia winy i uruchamiania mechanizmów obronnych.

Ze względu na zróżnicowane formy anorgazmii stosuje się trzy metody jej leczenia: farmakoterapię, metody treningowe i psychoterapię.

Celem farmakoterapii jest oddziaływanie na stan psychiczny oraz działanie pobudzające seksualnie. Istnieje wiele metod treningowych. Są wśród nich metody ukierunkowane na poznawanie „mapy ciała", na akceptację seksualności, zwiększanie kurczliwości mięśniówki pochwy, są techniki relaksacyjne, desensybilizacja, terapie partnerskie.

W zależności od wskazań stosuje się metody psychoterapii indywidualnej, partnerskiej, grupowej lub rodzinnej. Wiele kobiet rozwiązuje problem anorgazmii, udając przeżywanie orgazmu. Nie jest to takie trudne i łatwo można wprowadzić partnera w przekonanie, że współżycie jest fascynujące. Ta strategia na długą metę okazuje się jednak męcząca i może prowadzić do zniechęcenia współżyciem seksualnym. Trudno również po pewnym czasie wyznać partnerowi prawdę, ponieważ może się ona przyczynić do głębokiego konfliktu, a nawet rozpadu związku. Ten typ kobiet najczęściej szuka pomocy specjalistycznej, kryjąc się z tym przed partnerem. W takich przypadkach ewentualne stosowanie metod treningowych ze współudziałem partnera może okazać się utrudnione lub niemożliwe. Udawanie orgazmu prowadzi do opóźnienia leczenia i utrudnia jego przebieg.

68.3.6.4 Pochwica

Pochwica polega na skurczu mięśni zewnętrznej części (jednej trzeciej) pochwy, co utrudnia lub uniemożliwia odbycie stosunku. Skurcze mięśni są odruchowe, spastyczne, niezależne od woli. U niektórych kobiet pojawiają się już na samo wyobrażenie stosunku, ale u większości – przy próbach wprowadzenia członka do pochwy lub w momencie, gdy członek dotyka sromu. Z reguły

TABELA 68.7

Przyczyny psychogenne pochwicy

AUTOR	ROK	PRZYCZYNY PSYCHOGENNE POCHWICY
Friedmann	1963	Konflikt między miłością a agresją, cechy infantylne, narcyzm
Kaplan	1974	Cechy histeryczne, konwersyjne, kompleks kastracyjny, poczucie winy, rygoryzm religijny
Brätigam	1977	Postawy rywalizacyjne i agresywne wobec partnera, rygoryzm
Musaph	1977	Fantazje kazirodcze
Sarell	1983	Lęk przed niedopasowaniem seksualnym, ambiwalencja wobec seksu
Leiblum	1989	Fobia stosunku, rygoryzm religijny, przeżycie przemocy seksualnej
Lew-Starowicz	1991	Fobie seksualne, opór wobec partnera, potrzeba dominacji, infantylizm psychoseksualny, cechy histeryczne
Lacroix	1994	Rygoryzm wychowawczy i religijny, urazy seksualne, doświadczenie przykrego badania ginekologicznego w wieku dojrzewania, lęk przed ciążą

Uwaga. Dane bibliograficzne można znaleźć w pracy: Lew-Starowicz, 1997.

skurczowi mięśni towarzyszy ból, którego poziom intensywności bywa różny. Przyczyny psychogenne pochwicy przedstawia tabela 68.7.

Skuteczność leczenia tego zaburzenia jest bardzo wysoka – osiąga prawie 100%. Stosuje się następujące metody leczenia:

(1) farmakoterapia – podaje się leki rozkurczowe, przeciwbólowe i przeciwlękowe;
(2) chirurgiczne (defloracja w znieczuleniu ogólnym);
(3) desensybilizacja;
(4) hipnoza;
(5) metody treningowe, obejmujące kilka etapów – relaksację, oswajanie się z wprowadzaniem palca do pochwy, wprowadzanie palca do pochwy przez partnera, próby współżycia w określonych pozycjach; zazwyczaj wystarcza około 14–16 sesji;
(6) metody psychoterapeutyczne (psychoterapia indywidualna lub partnerska).

U wielu kobiet z pochwicą uruchamiane są mechanizmy obronne. Jedne wiążą się z potrzebą ucieczki od poczucia winy, małej wartości i ukierunkowane są na obwinianie rodziny, partnera, mężczyzny. Inne wiążą się z ucieczką w choroby.

Większość kobiet dąży do rozwiązania problemu do trzech lat od momentu jego ujawnienia się, ale zdarza się, że kobieta unika leczenia, a związek trwa nadal i przyjmuje typ „białego małżeństwa", w którym relacje między partnerami bardziej przypominają relacje brat – siostra aniżeli partnerskie.

68.3.6.5 Zaburzenia pożądania i podniecenia seksualnego u kobiet

Zaburzenia pożądania i podniecenia seksualnego u kobiet polegają na zmniejszeniu zainteresowania seksualnością lub na zaniku pożądania seksualnego. Somatycznym tego wyrazem jest brak nawilżania ścian pochwy lub zwilżenie krótkotrwałe, co uniemożliwia swobodne wprowadzenie członka do pochwy. Oczywistym tego następstwem stają się trudności z przeżywaniem orgazmu. U jednych kobiet zaburzenia te wiążą się z osobą partnera, a nie występują w kontaktach z innym mężczyzną. U innych natomiast mogą się ujawniać niezależnie od osoby partnera.

Kobiety różnie reagują na zaburzenia. Niektóre prowadzą aktywne życie seksualne, poświęcając się dla partnera, dla dobra związku, marząc, aby partner jak najszybciej zakończył współżycie. Inne kobiety starają się unikać współżycia, uciekając w chorobę (na przykład „mam migrenę") lub prowokując wieczorem konflikty (Kaplan, 1974). Zdarza się, że zaczynają odczuwać niechęć do seksu i partnera i jawnie odmawiają współżycia.

Reakcje partnerów są różne – jedni poczuwają się do winy za zaistniałą sytuację i mają poczucie małej wartości w roli kochanka, inni starają się rozbudzać partnerkę na wszelkie możliwe sposoby. Zdarza się, że część partnerów godzi się z takim stanem rzeczy.

Przyczynami zaburzenia pożądania i podniecenia seksualnego mogą być zróżnicowane czynniki: konstytucjonalne, hormonalne, osobowościowe, wychowawcze, choroby, przyjmowanie leków, zaburzone relacje partnerskie, negatywne postawy wobec mężczyzn, rygoryzm religijny.

Lief (1994) uważa, że w większości wypadków przyczyną są zaburzone relacje partnerskie: kryzys lub zanik miłości, rozczarowanie osobą partnera, powtarzające się konflikty, walka o władzę i rywalizacja. Niektóre przyczyny nie są uzewnętrzniane, na przykład znudzenie monotonnym współżyciem, zanik atrakcyjności partnera, opór wobec nieakceptowanych form współżycia, traktowanie przez partnera seksu jako obowiązku małżeńskiego, a nie wyrazu więzi uczuciowej. Przyczyną może być również uzależnienie od pornografii, stępienie wrażliwości zmysłowej w następstwie przeerotyzowania współczesnej kultury masowej.

Leczenie tego zaburzenia powinno być ukierunkowane na usunięcie przyczyny, co w wielu przypadkach wymaga terapii partnerskiej z metodami treningowymi.

68.3.6.6 Dyspareunia

Dyspareunia to zaburzenie polegające na odczuwaniu bólu u wejścia do pochwy albo przez cały czas trwania stosunku, albo tylko wtedy, kiedy dochodzi do głębokiej penetracji pochwy przez członek.

W wypadku mężczyzn dyspareunia polega na bólu lub dyskomforcie przeżywanym w trakcie reakcji seksualnej. Umiejscowienie bólu może być różne, na przykład może się ograniczać do żołędzi członka lub obejmować cały członek.

Przyczyną dyspareunii może być wiele czynników somatycznych. Przyczyną psychogenną mogą być lęki i fobie, urazy i szoki seksualne, rygoryzm religijny, błędy w sztuce miłosnej, preferencje masochistyczne, zaburzone relacje partnerskie.

W leczeniu stosuje się metody farmakoterapii (leki przeciwbólowe, przeciwlękowe, maści o działaniu znieczulającym miejscowo), metody treningowe (na przykład współżycie w ułożeniu ginekologicznym), relaksację, psychoterapię.

68.3.6.7 Zaburzenia preferencji seksualnych

Inne znane nazwy **zaburzeń preferencji seksualnych** to: parafilie, dewiacje, zboczenia, perwersje. Według klasyfikacji ICD-10, zaburzenie to **polega na doświadczaniu powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych, dotyczących niezwykłych przedmiotów i działań.** Można je rozpoznać, jeżeli występuje od co najmniej sześciu miesięcy. Bardziej precyzyjna jest amerykańska klasyfikacja DSM-IV. Zgodnie z nią, są to zaburzenia, których charakterystyczną cechą są powtarzające się, intensywne fantazje seksualne, potrzeby lub zachowania niezależne od woli, nietypowe lub nieakceptowane społecznie.

Częstość występowania zaburzeń preferencji seksualnych nie jest znana, jako że do lekarzy, psychologów, wymiaru sprawiedliwości trafia jedynie część dewiantów, a badania ankietowe trudno uznać za wiarygodne w tym zakresie. Lista tych zaburzeń obejmuje ponad dwieście typów. Niektóre parafilie są częściej spotykane (na przykład pedofilia, fetyszyzm, sadyzm, masochizm, ekshibicjonizm), inne rzadziej. Terapeuci przez całe życie zawodowe mogą nie spotkać się z takimi parafiliami, jak podniecanie się insektami (entomofilia), mrówkami (formikofilia), okaleczonymi partnerami (akrotomofilia).

Zaburzenia znacznie częściej występują u mężczyzn i tłumaczy się to tym, że u kobiet większe jest oddziaływanie norm kulturowych, kontroli społecznej, łączenie seksualności z relacjami partnerskimi, niższy poziom erotyzacji w wieku dojrzewania.

Zaburzenia preferencji seksualnych (parafilie) wiążą się z trudnościami w diagnozowaniu, a wynika to z kilku przyczyn:

(1) Osoby z zaburzeniami ukrywają swoje preferencje, nie mówią prawdy, wstydzą się.
(2) Dane uzyskiwane w wywiadzie często nie są wiarygodne, a odtworzenie dynamiki rozwoju parafilii często nie jest możliwe.
(3) Wiele zaburzonych osób ma kontakty seksualne z dorosłymi partnerami, a ich nieprawidłowa aktywność jest naprzemienna lub równoległa z heteroseksualną.
(4) Parafilie często mają złożony charakter, a osoba badana nie ujawnia współistniejących parafilii z różnych przyczyn.
(5) Nie ma wystandaryzowanych i niezawodnych metod diagnostycznych.

Przyczynami tych zaburzeń mogą być czynniki psychogenne (zob. tab. 68.8) lub biologiczne, na przykład padaczka skroniowa, guzy mózgu, choroby afektywne.

W publikacjach przedstawiane są osobowości ludzi dotkniętych parafiliami, ale nie można na ich podstawie dokonywać uogólnień, ponieważ to tylko część tej populacji. Najwięcej danych dostarcza psychiatria i seksuologia sądowa, w której możliwe jest wszech-

TABELA 68.8

Główne psychogenne przyczyny parafilii

AUTOR	ROK	PRZYCZYNY ZABURZEŃ PREFERENCJI SEKSUALNYCH
Fenichel	1945	Fiksacja oglądanego współżycia rodziców
Brennman	1952	Mechanizmy projekcyjne
Storr	1964	Kompleks niższości powiązany z potrzebą dominacji
McQuire	1965	Uwarunkowania powstałe w wyniku fantazji erotycznych
Gillespie	1965	Przemieszczona forma prymitywnej, nieświadomej seksualności
Fraser	1976	Narcystyczna inwersja
Carnes	1983	Uzależnienie od seksu
Stoller	1985	Urazowe następstwa ścisłych relacji dziecka z matką, wiążące się z potrzebą zniszczenia obiektu
Gardner	1985	Następstwa pornografii, mitologii gwałtu
Putnam	1989	Osobowość wielokrotna
Laws	1990	Naśladowanie zachowań modelowych
Brody	1990	Nieprawidłowości mózgu w powiązaniu z nieprawidłową „mapą miłości"
Kaplan i Sadock	1992	Uwarunkowania instrumentalne w dzieciństwie, kiedy dewiacyjnemu zachowaniu towarzyszyło podniecenie seksualne
Goldman	1995	Połączenie fantazji z doświadczeniami wczesnodziecięcymi

Uwaga. Dane bibliograficzne można znaleźć w pracy: Lew-Starowicz, 1997.

stronne użycie metod diagnostycznych. To jednak również jedynie część tej populacji.

Leczenie parafilii jest możliwe. Cele leczenia to: zatrzymanie nietypowej aktywności seksualnej, uzyskanie przez pacjenta wglądu, udzielenie pomocy w rozwijaniu wrażliwości zmysłowej w innego rodzaju zachowaniach seksualnych.

Cele te realizuje się w długotrwałej (często kilkuletniej) terapii, obejmującej: farmakoterapię (leki antypopędowe, psychotropowe), metody treningowe, awersyjne, desensybilizację, techniki poznawcze, psychoterapię indywidualną i grupową.

68.4

Wybrane problemy patologii życia rodzinnego

Jerzy Mellibruda

Rodzina jest środowiskiem o podstawowym znaczeniu dla jakości funkcjonowania psychologicznego ludzi i dla ich rozwoju osobistego. Destrukcyjne zjawiska w jej obrębie, z którymi członkowie rodziny nie potrafią sobie poradzić, powodują poważne szkody dla całego ich życia. Typowymi przykładami destrukcji życia rodzinnego są przedstawione dalej zaburzenia emocjonalne i patologiczne formy zachowania, związane z nadużywaniem alkoholu przez dorosłych członków rodziny, oraz przemoc domowa. Przy omawianiu zjawisk przemocy dokonującej się w rodzinie, z braku miejsca pominięta zostanie problematyka przemocy wobec dzieci oraz przemoc seksualna.

68.4.1
Psychologia współuzależnienia

68.4.1.1
Stres życia w rodzinie z problemem alkoholowym

Życie rodziny, w której ktoś jest uzależniony od alkoholu, łączy się ze stanem chronicznego napięcia i przeciążenia emocjonalnego. Dominujące stany emocjonalne wśród członków rodziny obejmują strach, lęk, gniew, smutek, napięcie, wstyd i upokorzenie. Przeżywanie strachu i lęku dotyczy nie tylko konkretnych i powtarzających się zagrożeń, ale związane jest też z rozpadem systemu więzi i oparcia, który powinien istnieć w domu rodzinnym i dawać członkom rodziny poczucie bezpieczeństwa. Nastawienie lękowe i ogólny kryzys zaufania obejmuje funkcjonowanie członków rodziny nie tylko w kręgu życia rodzinnego, ale przenoszone jest do kontaktów ze światem zewnętrznym (Mellibruda i Szczepańska, 1988).

Klimat emocjonalny rodziny alkoholowej nasycony jest także gniewem. Uczucie to jest często bezpośrednio wyrażane we wzajemnych kontaktach lub tłumione. Gniew jest pierwotnie adresowany do osoby uzależnionej, ale ponieważ wyrażanie go wobec niej jest z różnych powodów zablokowane, członkowie rodziny nieraz obdarzają nim siebie nawzajem lub skierowują przeciw zewnętrznemu światu. Niekiedy niewyrażony gniew jest skierowany przeciw samemu sobie. Przejawia się to w negatywnym stosunku do siebie, w dręczeniu i deprecjonowaniu siebie (Bradshaw, 1995; Margasiński, 1996).

W życiu emocjonalnym członków rodzin alkoholowych obecny jest również smutek, przygnębienie i rozpacz. Spowodowane jest to doświadczaniem wielu strat emocjonalnych i poczuciem bezradności wobec rozpadu życia rodzinnego. Częstym stanem jest także wstyd, który pojawia się, gdy członkowie rodziny alkoholowej pragną ukryć to, co dzieje się w ich domu. Wstyd skłania ich do czujnego obserwowania innych i samych siebie. Czują się napiętnowani, co wzbudza tendencję do unikania ludzi albo do sprawowania nieustannej kontroli nad sytuacjami, w których się znajdują.

U wielu członków rodziny pod wpływem uszkadzających wydarzeń rodzinnych pojawia się przykry i złożony stan psychologiczny, nazywany poczuciem krzywdy (Mellibruda, 1996b). Powstaje on wtedy, gdy członek rodziny pod wpływem sytuacji domowych przeżywa dotkliwe cierpienia, poczucie bezsilności i bezradności oraz poczucie niesprawiedliwości i burzenia porządku osobistego. Poczucie krzywdy może trwale zapisać się w psychice i wywierać negatywny wpływ na całe życie skrzywdzonej osoby. Przejawiać się to może w różnych zaburzeniach emocjonalnych lub w postaci stałego obciążenia emocjonalnego.

68.4.1.2
Problemy psychologiczne osoby współuzależnionej

U dorosłych członków takich rodzin często pojawia się specyficzne zaburzenie funkcjonowania, nazywane **współuzależnieniem** (Cermak, 1986). Towarzyszą mu postawy autodestrukcyjne, poczucie konieczności kontroli i odpowiedzialności, negowanie własnych potrzeb, lęk przed zmianą i samotnością. Istotą tego patologicznego wzoru przystosowania jest to, że podtrzymuje on dysfunkcyjny system życia rodzinnego. Bada-

nia Mellibrudy i Szczepańskiej (1988) wskazują, że funkcjonowanie osoby współuzależnionej charakteryzuje się:

(1) uporczywą koncentracją myśli, uczuć i zachowań żony wokół zachowań alkoholowych męża;
(2) poczuciem konieczności kontrolowania picia męża i uporczywą nadzieją na utrzymanie picia w bezpiecznych granicach;
(3) utrwaleniem się sztywnego schematu kontaktów z mężem, obejmującego okresy picia i chwilowej abstynencji;
(4) koncentracją życia emocjonalnego wokół oczekiwania na chwilę uśmierzenia bolesnych przeżyć i automatycznym hamowaniem przyjemnych stanów, pojawiających się w sprzyjających okolicznościach;
(5) poczuciem niemożności rozstania się z partnerem na zawsze i paradoksalne umacnianie się związania po kolejnych incydentach alkoholowych lub próbach odejścia.

Typowy stan wewnętrzny osoby współuzależnionej obejmuje chaos i zamęt uczuciowy, ostre zmiany emocji, zagubienie, niepewność i bezradność, zaprzeczanie oczywistym faktom problemu alkoholowego. Towarzyszy temu łagodzenie skutków picia, ukrywanie przed otoczeniem incydentów alkoholowych oraz brak zdolności do bronienia swoich praw i interesów dzieci. Osoby współuzależnione często szukają „obiektywnych" powodów picia i usprawiedliwiają alkoholika oraz unikają sytuacji konfliktowych. Mają też problemy z poczuciem odpowiedzialności – cechuje je albo nadmierne podejmowanie odpowiedzialności, albo całkowite uchylanie się od niej.

Kliniczne analizy funkcjonowania osób współuzależnionych wskazują na głębsze problemy psychologiczne, które często u nich występują (Cermak, 1986; Weinhold i Weinhold, 1989). Należy do nich przede wszystkim uporczywe angażowanie poczucia własnej wartości w ambitne próby wywierania wpływu na uczucia i zachowania męża, pomimo powtarzających się niepowodzeń. Przykładem może być złudne przekonanie, że własną wolą można kształtować bieg swojego życia i życia innych ludzi, oraz zatarte granice własnej tożsamości, a także tendencja do nadmiernej odpowiedzialności za stany i reakcje innych ludzi. Obserwuje się również uporczywe zaprzeczanie niewygodnym faktom i podtrzymywanie błędnego poczucia możliwości kontroli i wpływu na picie męża.

Osoby współuzależnione często nadmiernie koncentrują się na zaspokajaniu potrzeb innych ludzi, zaniedbując własne potrzeby, oraz mają tendencję do wikłania się w bliskie związki z osobami przejawiającymi zaburzenia osobowości czy uzależnionymi od substancji chemicznych. U osób współuzależnionych można często rozpoznawać różne rodzaje zaburzeń nerwicowych, określanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób jako ostre reakcje na stres, pourazowe zaburzenia stresowe, zaburzenia adaptacyjne oraz zaburzenia występujące pod postacią somatyczną.

W latach osiemdziesiątych pojawiło się podejście traktujące współuzależnienie jako zaburzenie, które jest bezpośrednią i niemal automatyczną konsekwencją uzależnienia partnera i które przejawia się w zmaganiach członków rodziny z alkoholikiem w celu zapanowania nad jego piciem. Podejście to jest silnie ugruntowane w praktyce i ideologii Anonimowych Alkoholików oraz związanej z nimi wspólnoty rodzin, zwanej Al-Anon. Żona alkoholika spostrzegana jest jako osoba, która uporczywie stara się uzyskać kontrolę nad piciem męża, co przesłania inne sprawy w jej życiu i przypomina jego chorobę oraz staje się jej częścią (Weinhold i Weinhold, 1989). Próby kontrolowania alkoholika lub podporządkowania się mu wywołują wiele bolesnych przeżyć i są źródłem zaburzeń emocjonalnych, traktowanych jako objawy współuzależnienia.

68.4.1.3 Współuzależnienie jako pułapka psychologiczna

Praktyka polskiego lecznictwa odwykowego, w którym coraz częściej wprowadzane są programy pomocy psychologicznej dla osób współuzależnionych, dowodzi, że członkowie rodzin alkoholików potrzebują specyficznego potraktowania oraz dostosowanych do ich potrzeb programów psychoterapii. Wymaga to bardziej precyzyjnego zdefiniowania współuzależnienia. Szczególnie interesujące poznawczo, a także efektywne w praktyce klinicznej okazało się rozumienie współuzależnienia jako zjawiska związanego z procesem adaptacji do chronicznego przebywania w sytuacji stresowej, w której jedna osoba wprowadza cały szereg zachowań szkodliwych dla drugiej.

Współuzależnienie można więc określić jako utrwaloną formę funkcjonowania w długotrwałej, trudnej i niszczącej sytuacji życiowej, związanej z patologicznymi zachowaniami partnera, ograniczającą w sposób istotny swobodę wyboru postępowania, prowadzącą do pogorszenia własnego stanu i utrudniającą zmianę własnego położenia na lepsze (Mellibruda i Sobolewska, 1997). Współuzależnienie charakteryzuje się takim sposobem reagowania na silnie stresową sytuację współżycia z alkoholikiem bądź inną osobą działającą destrukcyjnie, który powoduje postępujące uwikłanie w tę sytuację. Osoba współuzależniona próbuje wprowadzać zmiany, zmierzające – jej zdaniem – do poprawy sytuacji rodzinnej, jednak to, co robi, tylko utrwala i pogarsza istniejący stan rzeczy.

Tak rozumiane współuzależnienie może dotyczyć jedynie osoby dorosłej, która dobrowolnie weszła w związek i zaczęła go współtworzyć, a potem – przynajmniej obiektywnie – może się z niego uwolnić. Dzieci nie mają takiej możliwości.

Sam fakt pozostawania w takim związku, choć jest warunkiem koniecznym, nie jest wystarczający do rozpoznawania współuzależnienia. Decyduje o tym sposób, w jaki dana osoba reaguje na destrukcyjne postępowanie partnera, i to, jaką cenę będzie gotowa zapłacić za utrzymanie związku. Trzy grupy czynników wpływają na powstawanie współuzależnienia. Pierwsza grupa to sytuacja w małżeństwie i w rodzinie. Składają się na nią: struktura rodziny, sposób pełnienia ról i wypełniania obowiązków, zależności finansowe i materialne oraz więź emocjonalna między członkami rodziny. Niezwykle ważne są zachowania alkoholika (zwłaszcza to, czy występuje przemoc) i związana z nimi siła zagrożenia. Istotna jest również pozycja zawodowa i towarzyska jego partnerki, na przykład obecność osób, które mogą udzielić pomocy i wsparcia, oraz presja opinii środowiska, w którym żyje dana rodzina.

Powstawaniu współuzależnienia sprzyja silna zależność emocjonalna i materialna, słaba pozycja zawodowa żony, izolacja rodziny i nacisk ze strony środowiska na utrzymywanie małżeństwa za wszelką cenę. Agresywne zachowania alkoholika, wytworzenie w rodzinie atmosfery zagrożenia i niepewności może również w paradoksalny sposób zmuszać partnerkę, by dostosowywała się do destrukcyjnej sytuacji, co utrwala układ.

Druga grupa czynników to cechy, postawy i doświadczenia, które osoba wnosi do związku. Istotną rolę odgrywają tu jej doświadczenia z dzieciństwa: na przykład czy doznała jakichś urazów, jak zapisała się w jej pamięci własna rodzina, jakie są tego konsekwencje, jaki obraz świata jej się ukształtował. Ważne są też doświadczenia z poprzednich związków, a także przekonania na temat ról w rodzinie, stosunków między kobietą i mężczyzną, obowiązków rodzinnych.

Większe prawdopodobieństwo współuzależnienia występuje u osób, które same wychowały się w rodzinie dysfunkcyjnej i nie mają wzorów funkcjonowania rodziny dobrej, „zdrowej". Niedojrzałość emocjonalna, obniżone poczucie własnej wartości, silna potrzeba przynależności i posiadania partnera, słabe granice Ja oraz deficyty umiejętności radzenia sobie z problemami sprzyjają powstaniu współuzależnienia.

Trzecia grupa czynników to zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym osoby, dokonujące się w trakcie pozostawania w patologicznym związku. Zmiany sprzyjające współ-

uzależnieniu możemy zaobserwować w trzech sferach:

(1) **Sfera poznawcza** – obejmuje zmiany w kierunku myślenia magiczno-życzeniowego, zaprzeczanie, przekonanie, że „wszystko mogę i powinnam kontrolować", zawężenie myślenia do jednego punktu widzenia, trudności w koncentracji uwagi.
(2) **Sfera emocjonalna** – obejmuje coraz silniejszy lęk, który w końcu generalizuje się na wszystko, zwłaszcza lęk przed nowością i zmianą. Osobie współuzależnionej trudno jest okazywać złość, najczęściej tłumi ją, przenosi na inne osoby lub na siebie samą. Charakteryzują ją zmiany nastroju, przywiązanie do aktualnej struktury sytuacji życiowej i niemożność pogodzenia się ze stratami.
(3) **Struktura Ja** – granice Ja są rozproszone i niespójne, a samoocena związana jest z efektami wpływu na uczucia partnera. Ważne jest też poczucie winy i poczucie krzywdy, które mogą występować naprzemiennie.

W związek, który przekształca się w patologiczny, może wejść zarówno osoba z problemami osobistymi i zaburzeniami emocjonalnymi, jak i osoba zdrowa. O tym, czy stanie się współuzależniona, będzie decydował fakt, czy potrafi zmienić lub opuścić ten układ, czy też się do niego przystosuje.

68.4.2
Psychoterapia współuzależnienia

Omówione podejście do współuzależnienia wyznacza założenia psychoterapii tego zaburzenia. Strategie zakładają etapowość terapii i coraz głębsze sięganie w poszukiwaniu mechanizmów współuzależnienia (Mellibruda i Sobolewska, 1997). Pierwszy etap nastawiony jest na umożliwienie pacjentce poznania sytuacji, w której się znajduje, i zrozumienia schematów własnego postępowania w związku.

Konieczna jest analiza sytuacji rodzinnej (struktury rodziny, ról, obowiązków, wszelkiego rodzaju zależności, przywilejów, udziału w życiu rodziny). Najważniejsze są tu relacje między pacjentką a jej partnerem. Pożądane jest jak najpełniejsze zrozumienie tego, jak pacjentka reaguje na zachowania alkoholika w rodzinie, oraz takich problemów, jak przemoc, współżycie seksualne, trudności finansowe, wychowanie dzieci itp. Istotne jest rozpoznanie tych reakcji, które przejawiają się w sztywnych, całkowicie nieefektywnych schematach zachowań. Można wyróżnić trzy grupy schematów funkcjonowania osoby współuzależnionej:

(1) Nieudane próby zmiany sytuacji:
  (a) kontrolowanie picia alkoholu przez partnera,
  (b) próby uzyskania wpływu na zachowania pijanego partnera,
  (c) nadopiekuńczość wobec partnera,
  (d) wciąganie innych członków rodziny w kontrolowanie osoby pijącej.

(2) Nieudane próby wycofania się z sytuacji:
  (a) demonstracyjne odejścia (straszenie odejściem i „odgrywanie" go),
  (b) ucieczki bez zabezpieczenia i wsparcia,
  (c) zachowania wzmacniające poczucie bezradności (użalanie się, narzekania),
  (d) brak prób zmierzających do usamodzielnienia się.

(3) Negatywne (szkodliwe) sposoby przystosowania się do sytuacji:
  (a) izolowanie się od osób spoza najbliższej rodziny,
  (b) branie na siebie całej odpowiedzialności za rodzinę,
  (c) zachowywanie pozorów idealnej rodziny za wszelką cenę,
  (d) brak skutecznej samoobrony w przypadkach przemocy,
  (e) zaniedbywanie własnych potrzeb na rzecz potrzeb partnera.

Rozpoznawanie tych schematów jest niezbędne do ich zmiany. Potrzebna jest też diagnoza zasobów osobistych pacjentki, jej umiejętności radzenia sobie z różnego rodzaju problemami oraz nauka konstruktywnych zachowań. Istotną rolę odgrywa również dostarczenie wsparcia emocjonalnego i edukacja dotycząca problemów alkoholowych i współuzależnienia.

Drugi etap terapii polega na rozpoznaniu źródeł uporczywości destrukcyjnego zachowania osoby współuzależnionej i przyczyn braku dystansu wobec niego. Określa się wizję życia małżeńskiego, którą pacjentka usiłuje zrealizować w związku. W tym celu należy ustalić jej przekonania na temat małżeństwa, rodziny, relacji między kobietą a mężczyzną, porządku świata, celów życiowych, sposobu oceniania siebie i swoich możliwości.

Szczególnie ważne są te przekonania, które wzmacniają poczucie bezradności i lęku przed zmianą, poczucie winy, negatywne myślenie o sobie, które usprawiedliwiają zaprzestanie poszukiwań nowych rozwiązań, podtrzymują irracjonalną nadzieję na cudowną poprawę sytuacji.

Na tym etapie pożądane jest dotarcie do obrazu siebie, szczególnie tożsamości siebie jako kobiety, i poszukanie tam zakotwiczenia negatywnych skryptów życiowych, tworzących współuzależnienie. Praca psychoterapeutyczna zmierza w kierunku zmiany tych skryptów i stworzenia nowej wizji życia, w której bycie „we dwoje" byłoby wyborem warunkowym, a nie bezwzględną koniecznością.

Ponieważ spora część tych przekonań i wewnętrznych konfliktów powstała w dzieciństwie, w wypadku niektórych pacjentek potrzebny jest trzeci etap terapii, to jest psychoterapia głębszych problemów osobistych, których źródeł należy poszukiwać w wychowaniu się w rodzinie dysfunkcyjnej (Wegsheider, 1981; Weinhold i Weinhold, 1989).

68.4.3
Psychologiczne aspekty przemocy domowej

W poszukiwanie skutecznych form przeciwdziałania przemocy w rodzinie i w pomaganie jej ofiarom angażuje się w Polsce coraz więcej profesjonalistów i wolontariuszy, organizacji pozarządowych i specjalistycznych instytucji (Sasal, 1998). Nie jest to łatwe zadanie także dlatego, że środowisko rodzinne jest i powinno być chronione przed ingerencjami zewnętrznymi. Zajmowanie się przemocą domową wymaga więc zarówno wnikliwego rozumienia złożoności zjawisk występujących w życiu rodzinnym, jak i szczególnej troski i rozwagi w trakcie interwencji.

68.4.3.1
Definicja przemocy domowej

Zgodnie z roboczą definicją, **przemoc domowa to działania lub rażące zaniedbania dokonywane przez jednego z członków rodziny przeciwko pozostałym, wykorzystujące istniejącą lub stworzoną przez okoliczności przewagę sił lub władzy i powodujące u ich ofiar szkody lub cierpienie, godzące w ich prawa lub dobra osobiste, a w szczególności w ich życie lub zdrowie (fizyczne bądź psychiczne).** Istotą przemocy domowej jest wykorzystywanie przewagi siły lub władzy w celu krzywdzenia innych członków rodziny. Dlatego gdy pomagamy ofiarom, najważniejszą sprawą jest wzmocnienie ofiary i osłabienie sprawcy. Na przemoc w rodzinie można spojrzeć z perspektywy prawnej, moralnej, psychologicznej i społecznej.

Z punktu widzenia prawa przemoc w rodzinie to przestępstwo, którego odmiany określone są w różnych kodeksach i odpowiednio karane. Najczęściej stosowany artykuł 207 kodeksu karnego dotyczy znęcania się fizycznego lub moralnego nad członkiem rodziny i przewiduje za nie karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat.

Z perspektywy moralnej dokonywanie przemocy to krzywdzenie słabszego, co jest złem moralnym. Sprawca powinien więc podlegać sankcjom własnego sumienia i potępieniu ze strony innych ludzi. Moralna ocena przemocy powinna powstrzymywać sprawców i motywować świadków do pomagania.

Z perspektywy społecznej zwracamy uwagę na czynniki zawarte w obyczajach i postawach społecznych, które mogą sprzyjać przemocy lub ją usprawiedliwiać. Z drugiej strony w obronie przed przemocą mogą organizować się znaczące siły społeczne i w ten sposób wywierać wpływ na stan spraw publicznych.

Psychologiczne spojrzenie na przemoc domową zwraca naszą uwagę na cierpienie i bezradność ofiary, odsłania mechanizmy wewnętrzne i sytuacyjne sterujące przemocą oraz złożone procesy interakcji między sprawcą i ofiarą. Psychologiczne zrozumienie przemocy odgrywa podstawową rolę przy pomaganiu ofiarom w wyzwalaniu się od przemocy i w naprawianiu szkód, jakie poczyniła w ich życiu.

Wyróżnia się przemoc fizyczną, psychiczną i seksualną, zwracając uwagę na jej aktywne lub pasywne formy oraz nasilenie (Browne i Herbert, 1998). Ofiarami przemocy bywają dorośli, dzieci i osoby starsze lub upośledzone. Trudno dokładnie oszacować rozmiary przemocy domowej w Polsce (Pospiszyl, 1994). Każdego roku do sądu zgłaszanych jest zaledwie kilkanaście tysięcy spraw o znęcanie się nad rodziną, ale policja w tym czasie rejestruje około miliona tak zwanych „awantur w rodzinie", do których jest wzywana. Kilkanaście procent dorosłych kobiet podaje w badaniach ankietowych, że zostały uderzone przez męża, a 40% kobiet uważa, że sprawienie lania dziecku jest zwykłą metodą wychowawczą.

68.4.3.2 Psychologia sprawców przemocy

Naganność postępowania sprawców przemocy bardziej skłania do ich karania i potępiania niż do wnikliwego zastanawiania się, dlaczego to robią. Psychologia sprawcy nie jest jeszcze dziedziną bogatą w solidną wiedzę (Browne i Herbert, 1998).

Zachowanie sprawców miewa różną „temperaturę", tak więc przemoc może być „gorąca" lub „chłodna". U podstaw gorącej przemocy znajduje się furia, czyli dynamiczne i naładowane gniewem zjawisko pękania tamy emocjonalnej, uruchamiające agresywne zachowanie. Furia jest wybuchem skumulowanych i niemożliwych do powstrzymania uczuć złości lub wściekłości. Jest to nie tylko groźne, ale również fascynujące i wstydliwe doznanie. Doświadczanie furii uruchamiającej akt przemocy miewa czasem charakter ekstatyczny i sprawcy „upajają się" stanem zmienionej świadomości, który temu towarzyszy. Najczęściej rozładowuje się ona w aktach bezpośredniej agresji fizycznej i psychicznej. Towarzyszy jej pragnienie wywołania cierpienia i spowodowania jakichś szkód u drugiej osoby.

Przemoc chłodna wydaje się znacznie spokojniejsza, choć czasem spokój skrywa silne emocje, skutecznie tłumione i kontrolowane. Sprawca realizuje specyficzny scenariusz, zapisany w jego umyśle, a czasem również w obyczajach i kulturze środowiskowej. Zmierzając do jakiegoś celu, jest gotowy do szkodliwego wtargnięcia na wewnętrzne terytorium psychiczne swego dziecka lub współmałżonka. Znajduje dla tego usprawiedliwienie nawet wtedy, gdy staje się świadomy cierpienia, które spowodował. Przemoc chłodna bywa oddziaływaniem zmierzającym nieraz do wzniosłych celów, które – zdaniem sprawcy – uzasadniają bolesne dla bliskiej osoby środki.

U podstaw gorącej przemocy znajdują się negatywne i intensywne przeżycia, związane z frustracją, z zablokowaniem jakichś dążeń, z niespełnianiem pragnień i oczekiwań. Pojawia się agresywna reakcja na stres, która nie zostaje powstrzymana i która jest skierowana przeciw członkowi rodziny. Istotnym czynnikiem może okazać się przekonanie sprawcy o niezdolności ofiary do obrony i poczucie własnej bezkarności. Słabość ofiary wynika z przewagi fizycznej sprawcy lub z okoliczności, w jakich sprawca uzyskuje władzę psychiczną. Towarzyszy mu wtedy poczucie, że „może sobie na wiele pozwolić".

Jednym ze szczególnie ważnych źródeł stresu sprawcy, który może uruchomić przemoc, jest jego skrywane i dotkliwe poczucie bezsilności, niemocy fizycznej lub psychicznej, które stara się zagłuszyć lub zanegować poprzez akty przemocy (Lipowska-Teutsch, 1997). Sprawcy często nie podejmują próby kontrolowania swego gniewu lub z premedytacją go potęgują. Podejmowane czasem próby kontroli okazują się nieskuteczne ze względu na zawężenie lub zniekształcenie świadomości w trakcie rozwijającej się reakcji emocjonalnej oraz brak umiejętności samokontroli. Istotną rolę może też odgrywać biologicznie zdeterminowana gwałtowność i intensywność reagowania emocjonalnego, które wymyka się spod kontroli. Czynniki biologiczne, wpływające na dynamikę agresywnego zachowania, nie usprawiedliwiają jednak sprawców i nie zdejmują z nich odpowiedzialności za krzywdzenie innych.

W dużej liczbie przypadków przemoc jest związana z nietrzeźwością sprawców, ale alkohol nie powinien być obarczony bezpośrednią i wyłączną odpowiedzialnością za agresję. Osłabia on racjonalną kontrolę nad zachowaniem i nasila gotowość do reagowania złością oraz przyczynia się do zwiększenia ilości niepowodzeń życiowych, stanowiących źródła stresu i frustracji. Uzależnienie od alkoholu nie zwalnia z odpowiedzialności za przemoc.

Sprawca gorącej przemocy przeżywa czasem chwile poczucia winy i może angażować się w doraźne próby naprawiania szkód. Jednak przemoc domowa bardzo rzadko jest jednorazowym wydarzeniem i sprawcy wielokrotnie powtarzają akty agresji. W wielu przypadkach możemy rozpoznawać zjawisko trwałej utraty kontroli osobistej nad własnymi zachowaniami agresywnymi, które przypominają zachowania nałogowe. Nie oznacza to jednak, że człowiek, który „nałogowo" dokonuje aktów przemocy, powinien być uznany za osobę chorą i niewinną.

Coraz częściej podejmowane są takie próby oddziaływania na sprawców, które zmierzają do nauczenia ich samokontroli i wyzwolenia ich spod wpływu nałogowej agresywności. Przypominają one trochę terapię osób uzależnionych i mają na celu zapobieganie nawrotom agresji (Browne i Herbert, 1998).

Sprawca chłodnej przemocy na ogół nie uświadamia sobie, że dokonuje aktów przemocy, ponieważ znajduje uzasadnienie nawet dla wyraźnego okrucieństwa. Chłodna przemoc wobec dzieci przybiera często formę tak zwanych „surowych i konsekwentnych" metod wychowawczych lub „sprawiedliwego karania". Krzywdzenie dzieci dokonuje się niekiedy w trakcie prób kształtowania u nich pożądanych cech charakteru, a czasem jest tylko rezultatem mechanicznego powtarzania metod wychowawczych, których rodzice doświadczali w dzieciństwie na własnej skórze, gdy sami byli ofiarami przemocy wychowawczej.

Stosowanie chłodnej przemocy bywa wspierane przez ideologię autorytarnego wychowania, zgodnie z którą dzieci i słabsi mają mniej praw, dorośli i silniejsi mogą ich prawa naruszać, gdy zmierzają do słusznych celów, kiedy zaś napotykają opór, powinni go przełamywać i stosować odpowiednie kary. Sprawcy na ogół starają się znajdować poznawcze uzasadnienie dla aktów przemocy. Dotyczy to szczególnie negowania osobistej odpowiedzialności za dostrzegane szkody lub obciążania odpowiedzialnością ofiary. Usprawiedliwianie przemocy polega czasem na uprzedmiotowieniu albo negowaniu wartości ofiary jako istoty ludzkiej lub wpojeniu jej przekonania, że cierpienie i poniżenie zadawane było dla jej dobra.

Postępowanie sprawców bywa wspierane przez czynniki kulturowe. Przez wieki przemoc w stosunku do kobiet i dzieci była akceptowana nie tylko obyczajowo, ale i prawnie. Warto w tym miejscu przypomnieć, że sprawcami przemocy bywają również kobiety maltretujące swoich mężów (choć zdarza się to znacznie rzadziej niż odwrotnie) oraz swoje

dzieci, co zdarza się częściej niż maltretowanie dzieci przez ojców.

68.4.3.3 Psychologia ofiar przemocy domowej

Ofiary przemocy domowej doświadczają lęku, cierpienia, bezsilności, przygnębienia i rozpaczy. Ich ciało i psychika doznają zarówno ostrych urazów, jak i podlegają procesowi niszczącego i rozciągniętego w czasie stresu i zagrożenia. Próbują się także bronić. Lee Bowker (1986), na podstawie badania 1000 kobiet systematycznie bitych przez partnerów, zidentyfikowała siedem podstawowych strategii, którymi posługują się kobiety amerykańskie w celu powstrzymania własnego męża od bicia. Są to strategie uniwersalne.

Bite kobiety **próbują rozmawiać ze sprawcami** na temat tego, co zrobili. Opowiadają im o swoim cierpieniu i krzywdzie oraz starają się wzbudzić w nich poczucie winy. Zdarza się, że sprawcy zgłaszają gotowość do zaprzestania bicia, jeżeli ofiara będzie posłuszna i będzie spełniać ich oczekiwania. Często jednak rozmowy prowadzą do ponownych ataków złości, więc kobieta uczy się milczeć.

Inna strategia to **uzyskiwanie od sprawcy przemocy obietnic poprawy** i powstrzymywania się od bicia. Odwoływanie się do miłości, do moralności, do tego, „co pomyślą sobie sąsiedzi i dzieci", może skłonić sprawcę do przyrzeczenia, że już nigdy więcej nie zachowa się brutalnie.

Straszenie sprawców jest częstym sposobem postępowania ofiar, które grożą powiadomieniem policji, opuszczeniem domu, rozwodem, skargą w zakładzie pracy itp. Jednak groźby te stosunkowo rzadko są spełniane i sprawcy zdają sobie z tego sprawę. Dlatego jedynym sposobem zwiększenia skuteczności tej strategii jest zrealizowanie przynajmniej części tych gróźb.

Inny sposób radzenia sobie to **ukrywanie się przed sprawcą**. Czasem oznacza to wybieganie z domu, chowanie się w innym pokoju, zamykanie w łazience, w piwnicy lub w szafie. Przynosi to doraźną nadzieję uniknięcia pobicia, ale często daje mężowi pretekst do następnych aktów przemocy. Mężczyzna, który aktami przemocy potwierdza swą dominację i władzę, pragnie kontrolować nie tylko zachowanie, ale i miejsca, w których znajduje się ofiara.

Pasywna obrona to strategia polegająca na próbach osłonięcia własnego ciała dłońmi, ramionami, stopami, poduszką lub sprzętami domowymi. Pasywna obrona u większości badanych kobiet nie pomagała, często zwiększała agresywność sprawców. Dla mężczyzn o cechach sadystycznych kobiecy płacz stanowi dodatkową stymulację agresywnego zachowania i skłania do kontynuowania przemocy.

Odmienną strategią jest **unikanie**. Zwykle stanowi ono próbę zapobiegania aktom przemocy przed pojawieniem się agresywnego ataku. Kobiety starają się „schodzić z oczu", gdy przeczuwają, że zbliża się fala agresji. Opuszczają dom na chwilę przed powrotem męża lub odmawiają podejmowania dyskusji w wypadku zaczepek męża, prowokujących sytuacje przemocy. Mogą również nauczyć się, że należy powstrzymywać się od pewnych zachowań, aby uniknąć kolejnego bicia.

Ostatnią strategią jest **walka obronna**. Stosuje ją wiele bitych kobiet, które próbują oddawać razy, drapią, kopią i gryzą lub odpychają. Czasem rzucają przedmiotami, policzkują męża lub uderzają tym, co mają pod ręką. Agresywne zachowanie ofiary powstrzymywało sprawcę tylko wtedy, gdy nabierał przekonania o dużej desperacji i determinacji żony. Zdarzało się to jednak bardzo rzadko. W większości walka obronna jest strategią niebezpieczną i powoduje nasilenie przemocy. Sprawca uzyskuje dodatkowe powody do karania za nieposłuszeństwo.

Istnieją jeszcze **strategie poniżające**, które polegają na całkowitym podporządkowaniu się, a nawet na poniżaniu się przed sprawcą, którego zadowalają widoczne przejawy zniewolenia ofiary. Aktywna i brutalna przemoc nie jest mu wtedy niezbędna do podtrzymywania poczucia mocy i władzy. Jednak za stosowanie tej strategii kobiety płacą najwyższą cenę – zniszczenia własnej podmiotowości i uzależnienia się od sprawcy.

U ofiar przemocy domowej rozpoznaje się specyficzną kategorię zaburzeń emocjonalnych (Kubacka-Jasiecka i Lipowska-Teutsch, 1997). Jest to zespół zaburzeń stresu pourazowego (*post traumatic stress disorder*, PTSD). Zaburzenie to pierwotnie zostało rozpoznane u żołnierzy doznających urazów emocjonalnych w czasie wojny oraz u ofiar katastrof i u zakładników porywanych przez terrorystów. Do jego podstawowych objawów zalicza się bolesne powracanie śladów doświadczeń urazowych, przeżywanie specyficznego paraliżu emocjonalnego i unikanie tego, co przypomina uraz, a także stany hiperpobudzenia. Mimo upływu czasu od raniących sytuacji pojawiają się koszmary senne i bezsenność, wstrząsające wspomnienia i wizje na jawie, niezrozumiałe i bolesne stany emocjonalne i somatyczne. Ofiara czuje, jakby jej uczucia znajdowały się w stanie zamrożenia lub związania. Towarzyszy temu gotowość do nagłego pojawiania się reakcji ucieczki lub walki, bez sytuacyjnego uzasadnienia. Osoba taka obawia się, że zwariowała, nie rozumie tego, co się z nią dzieje.

Gdy zaburzenia takie pojawiają się u osób, które przeżyły jednorazowe lub zakończone doświadczenia traumatyczne, odpowiednia pomoc terapeutyczna może przyczynić się do złagodzenia i wycofania tych objawów. Ofiary przemocy domowej są, niestety, wielokrotnie narażone na takie zranienia i często dzieje się to w chwilach, gdy nasilają się objawy PTSD, spowodowanego poprzednimi aktami przemocy. Zaburzenie to osłabia poważnie siły ofiar przemocy i objawy mogą osiągać większe nasilenie niż u innych osób.

U ofiar przemocy domowej, u których występuje zespół zaburzeń stresu pourazowego i które wielokrotnie ulegają intensywnej przemocy psychicznej, często rozwija się **proces wiktymizacji**, który w sposób degradujący zmienia poczucie tożsamości maltretowanej osoby (Mellibruda, 1996a). Powtarzająca się przemoc burzy utrwalony obraz życia i własnej osoby, na którym opierała się dotychczasowa egzystencja. Maltretowana osoba traci podstawowe poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do siebie, zaczyna źle o sobie myśleć. Często czuje się jak małe dziecko i pragnie wycofać się z normalnego życia i odizolować od innych.

U części ofiar przemocy pojawiają się **wtórne zranienia**, spowodowane niewłaściwymi reakcjami ich otoczenia społecznego. Członkowie rodziny lub inne osoby z powodu ignorancji, zmęczenia lub bezradności zachowują się w sposób, który dodatkowo uszkadza maltretowaną osobę. Przejawia się to w formie niewiary w to, co osoba krzywdzona mówi, w pomniejszaniu tragizmu i znaczenia raniących doświadczeń, obwinianiu jej lub naznaczaniu negatywnymi określeniami. Czasem odmawiają pomocy lub sugerują, że ofiara chce uzyskać nieuzasadnione korzyści ze swojej krzywdy.

Pod wpływem podobnych zjawisk i powtarzania się aktów przemocy oraz w efekcie małej skuteczności radzenia sobie z urazami krzywdzona osoba zaczyna przystosowywać się na stałe do roli ofiary i przestaje się bronić. Zaczyna myśleć o sobie i o swoim życiu tak, jakby bycie ofiarą było jej nieuchronnym przeznaczeniem do końca życia. Staje się nietolerancyjna dla własnych słabości i błędów, obwinia się i odmawia sobie podstawowych praw ludzkich, przestaje oczekiwać poprawy swojej sytuacji. Traci nadzieję i poczucie godności. Czasem w odruchu rozpaczy podejmuje zamach na swoje życie lub na życie sprawcy. Oczywiście, tylko u części ofiar proces wiktymizacji osiąga ten ostatni etap. Na ogół nie wiemy, jak często się to dzieje, ponieważ osoby w tym stanie nie szukają już pomocy.

68.4.3.4 Dynamika interakcji między ofiarą i sprawcą przemocy domowej

Przemocy fizycznej zawsze towarzyszy przemoc psychiczna. Przemoc psychiczna może jednak występować bez udziału przemocy fi-

zycznej. Termin „przemoc psychiczna" ma trzy znaczenia. Oznacza sytuację sprawowania przez sprawcę psychologicznej kontroli nad ofiarą, wskazuje, że krzywdzenie ofiary może się dokonywać przy pomocy oddziaływań psychologicznych oraz zwraca naszą uwagę na uszkodzenia psychiki spowodowane przez przemoc.

Zastanawiające jest, że domowa przemoc psychiczna w ekstremalnych przypadkach ujawnia podobieństwa do metod przymusu i terroru, stosowanych w krajach totalitarnych wobec więźniów wojennych lub politycznych. Badacze odkryli kilka zjawisk wspólnych dla przemocy psychicznej w rodzinie i dla procedury „prania mózgu" (*brainwashing*), stosowanej w komunistycznych Chinach i Korei wobec jeńców amerykańskich (Mellibruda, 1996a). System prześladowań, stosowany wobec jeńców i przeciwników politycznych w krajach totalitarnych, realizowany w specjalnych obozach reedukacyjnych, opierał się na izolacji społecznej więźniów, na ich poniżaniu i degradacji, wymuszaniu posłuszeństwa, groźbach i demonstracjach siły, na doprowadzaniu do bezradności i wyczerpania, na sporadycznych i nieprzewidywalnych objawach pobłażliwości i aprobaty dla więźniów, ośmieszaniu ich i kwestionowaniu racjonalności myślenia. Celem tego systemu było uzyskanie pełnej kontroli nad psychiką i postępowaniem więźnia oraz zawładnięcie jego umysłem, tak by z przekonaniem przyjął ideologię prześladowcy.

Sprawca przemocy w rodzinie często stara się doprowadzić do izolacji społecznej ofiary. Kontroluje i ogranicza jej kontakty z innymi członkami rodziny, koleżankami i sąsiadami. Zachowuje się obraźliwie wobec jej znajomych lub robi awantury w ich obecności, co powoduje, że kobieta wstydzi się ich zapraszać i z nimi kontaktować. Zakazuje jej opowiadać o tym, co się dzieje w domu, i karze ją za złamanie zakazu. Narastająca izolacja i ukrywanie przed innymi swego cierpienia pogłębia jej bezsilność i powiększa władzę sprawcy.

Sprawca przemocy wielokrotnie krytykuje i poniża ofiarę, także w obecności innych ludzi. Powtarza jej, że jest zła, głupia, brzydka, obrzuca ją wyzwiskami i wyolbrzymia jej wady i błędy. Doświadczając skrajnego poniżenia, kobieta zaczyna myśleć, że może czymś sobie zasłużyła na takie traktowanie. Dochodzi do wniosku, że nie może być dla nikogo atrakcyjna, a utrzymanie związku ze sprawcą jest jedyną szansą, by nie zostać samotną. Tak bardzo pragnie aprobaty, że gdy zdarzy się, iż prześladowca ją pochwali lub się do niej uśmiechnie, przyjmuje to z wdzięcznością. Gdy staje się świadoma tego, co się z nią dzieje, zaczyna odczuwać niechęć do siebie oraz siebie zadręczać i obwiniać za sytuację, która sprawia, że żyje w poniżeniu.

Sprawca domaga się posłuszeństwa we wszystkich dziedzinach życia rodzinnego – w dziedzinie posiłków, ubierania, wydawania pieniędzy, wychowywania dzieci itd. Wymagania te często się zmieniają i nieraz bywają irracjonalne. Początkowo kobieta protestuje i dyskutuje, jednak z czasem – by zapewnić sobie spokój oraz ze strachu – zaczyna bez sprzeciwu się podporządkowywać. Czas i energia kobiety są całkowicie pochłonięte zapobieganiem wybuchom jego złości, odgadywaniem jego myśli i zachcianek. Własne potrzeby i poglądy przestają się liczyć i w końcu kobieta przestaje wiedzieć, czego naprawę chce, co czuje i myśli, co jest złe, a co dobre.

Opisywanym zjawiskom stale towarzyszą groźby i demonstracje mocy sprawcy. Kobieta słyszy, że zostanie tak pobita, „że nikt jej nie pozna", że jej dzieci zostaną skrzywdzone, że zostanie wyrzucona na ulicę itd. Niektóre z tych gróźb zostają spełnione, więc kobieta nie może przewidzieć, która groźba jest mniej realna. Zmusza ją to do posłuszeństwa wobec żądań partnera, a całą jej energię i uwagę pochłania staranie o zapewnienie sobie doraźnego bezpieczeństwa. Sprawca bez stosowania przemocy fizycznej może zmusić ofiarę do zrobienia czegoś, co jest dla niej wstydliwe lub upokarzające, a następnie grozić, że powie o tym znajomym lub rodzinie.

Pod wpływem udręczenia i „prania mózgu" u ofiary pojawia się stan nieustannego wyczerpania. Jest on wynikiem ciągłego stresu, czuwania nad samoobroną i spełnianiem żądań sprawcy. Energię pochłania również konieczność ukrywania strachu, rozpaczy i gniewu, ponieważ okazywanie tych i podobnych uczuć jest przez sprawcę ośmieszane lub karane.

Bywają chwile, gdy kobieta jest na tyle zrozpaczona, że zaczyna się przygotowywać wewnętrznie do wyrwania się z pułapki i odejścia. Sprawca przemocy nieraz wyczuwa tę gotowość i reaguje chwilową zmianą swego postępowania. Okazuje czułość, kupuje prezenty, staje się pobłażliwy, czasem przeprasza. W miejsce lęku i rozpaczy u kobiety pojawia się nadzieja, że wszystko się zmieni, więc rezygnuje z ucieczki i postanawia dalej starać się o utrzymanie związku.

Analiza wielu związków, w których kobiety były maltretowane, ujawnia, że w czasie pierwszych lat rozwijania się przemocy występuje często specyficzny cykl przemocy, składający się z trzech powtarzających się faz.

W fazie pierwszej narasta napięcie i agresywność sprawcy. Każdy drobiazg wywołuje jego irytację, za byle co robi awanturę, zaczyna więcej pić, prowokuje kłótnie i staje się coraz bardziej niebezpieczny. Kobieta stara się opanować sytuację i oddalić zagrożenie. Często pojawiają się u niej różne dolegliwości fizyczne, bóle żołądka i głowy, bezsenność, utrata apetytu. Wpada w apatię lub ogarnia ją silny niepokój. Czasem, nie mogąc wytrzymać tego oczekiwania, sama prowokuje spięcie, żeby już wreszcie „mieć to za sobą".

Następuje druga faza gwałtownej przemocy. Z mało istotnych powodów dochodzi do ataku agresji i rozładowania złości. Kobieta jest raniona fizycznie i psychicznie, znajduje się w stanie szoku. Stara się uspokoić sprawcę i ochronić siebie. Odczuwa przerażenie, złość, bezradność i wstyd, traci ochotę do życia.

W trzeciej fazie, nazywanej fazą miodowego miesiąca, wszystko się zmienia. Gdy partner wyładował już swą złość i zaczyna sobie zdawać sprawę z tego, co zrobił, nagle staje się inną osobą. Stara się znaleźć jakieś wytłumaczenie i usprawiedliwienie. Przeżywa poczucie winy, okazuje skruchę, przeprasza i obiecuje, że to się już nie powtórzy. Zaczyna okazywać ciepło i miłość. Staje się znowu podobny do tego mężczyzny, jakim był na początku związku, kiedy ofiara się w nim zakochała. Przynosi kwiaty, prezenty, zachowuje się, jakby do żadnych aktów przemocy nie doszło. Kobieta zaczyna wierzyć, że partner się zmienił i że przemoc była jedynie wyjątkowym incydentem, który już nigdy się nie powtórzy.

Ale faza miodowego miesiąca jest tylko przemijającym okresem i wkrótce rozpoczyna się ponownie faza narastania napięcia. Wszystko zaczyna się od nowa. Przemoc w następnym cyklu na ogół jest bardziej gwałtowna i dłuższa, a chwile ulgi coraz krótsze. Doświadczenia miodowej fazy demobilizują ofiarę i utrwalają u sprawcy poczucie bezkarności oraz nadzieję, że następnym razem znowu sobie jakoś poradzi i uzyska przebaczenie.

68.4.3.5 Wpływ przemocy domowej dorosłych na zdrowie psychiczne dzieci

Dzieci wzrastające wśród przemocy w domu są często jej ofiarami, gdyż doznają przemocy nie tylko wtedy, gdy są bezpośrednio maltretowane lub drastycznie zaniedbywane przez rodziców albo opiekunów (Mellibruda, 1998). Cierpią i są krzywdzone także wtedy, gdy są tylko świadkami przemocy dorosłych. Pierwszą przyczyną, wymienianą przez wiele maltretowanych kobiet jako powód ucieczki z domu, jest fakt, że sprawca atakował również dzieci. Ofiary wyrażają wiele obaw co do wpływu, jaki przemoc małżeńska wywrzeć może na dziecko. Krzywdzenie dzieci przez dorosłych sprawców przemocy można podzielić na cztery kategorie działań:

(1) celowe wyrządzanie im krzywdy fizycznej, traktowane jako sposób grożenia ofierze i jej kontrolowania;
(2) mimowolne wyrządzanie im krzywdy fizycznej w czasie ataku na partnerkę, kiedy dziecko przypadkowo podejdzie pod rękę lub kiedy próbuje interweniować;

(3) stwarzanie środowiska, w którym dzieci są świadkami samej przemocy lub jej skutków – z badań wynika, że oglądanie przemocy domowej ma taki sam wpływ na dzieci, jak fizyczne i seksualne maltretowanie;
(4) wykorzystywanie dzieci, by w wymuszony sposób kontrolować maltretowaną partnerkę albo podczas trwania związku, albo po separacji – wyłącznie z chęci utrzymania kontroli, bez względu na krzywdę wyrządzaną dzieciom.

Przemoc domowa dorosłych może wyrządzić dziecku bardzo poważne szkody fizyczne, emocjonalne i poznawcze (Pospiszyl, 1994). Skutki przemocy domowej są krótkoterminowe lub długotrwałe i zależą od wieku i stadium rozwojowego dziecka.

W okresie niemowlęctwa najistotniejszą sprawą jest rozwój więzi emocjonalnych z otoczeniem. Możliwość tworzenia takich więzi jest fundamentem zdrowego rozwoju. Sprawca może bezpośrednio ingerować w opiekę sprawowaną przez ofiarę nad dzieckiem. Przemoc może uniemożliwić dziecku więź z obojgiem rodziców. Skutkiem tego będą trudności w nawiązywaniu późniejszych związków oraz zablokowanie rozwoju właściwych dla wieku zdolności i umiejętności.

Jednym z podstawowych zadań rozwojowych u dzieci w wieku od 5 do 10 lat jest rozwój rozumienia ról społecznych i rodzinnych oraz rozwój poznawczy. Stosowana przez sprawcę przemoc i narzucony wzorzec kontroli hamuje lub zakłóca osiąganie tych celów. Tworzy się nieprawidłowa wizja modelu życia rodzinnego oraz pełnienia ról kobiecych i męskich. Dziecko może mieć kłopoty z opanowaniem podstawowych wiadomości w szkole z powodu lęków o to, co się dzieje w domu.

Podstawowym zadaniem rozwojowym u nastolatków jest rozwój poczucia odrębności i tożsamości. Nastolatki częściowo odsuwają się od rodziców i nawiązują związki z rówieśnikami. To, czego nauczyły się ze związków rodzinnych, odtwarzane jest w związkach z rówieśnikami. Gdy borykają się na przykład z problemem maltretowania matki, wówczas nie mają żadnego pozytywnego modelu, na którym mogłyby się oprzeć, wyrabiając w sobie umiejętności niezbędne do opanowania zasad wzajemności w zdrowym dorosłym związku (na przykład umiejętność słuchania, wspierania, niesiłowego rozwiązywania problemów, kompromisu). Czasami nastolatek utożsamia się ze sprawcą, traktując go jako prawdziwie silną osobę, co może prowadzić do naśladowania jego postępowania.

Negatywne skutki uszkodzenia procesu rozwojowego dziecka zaobserwować można natychmiast w postaci różnych objawów psychicznych i fizycznych, takich jak lęk, zaburzenia łaknienia i snu, zaburzenia związane z nastrojem (na przykład depresja i nadmierna potrzeba uczuć), nadmiernie akcentowane posłuszeństwo lub zamknięcie w sobie, agresywne zachowania (na przykład destrukcyjne napady furii), odizolowywanie się i unikanie (tworzenie sugestywnych fantazji, obrazujących nierzeczywiste życie rodzinne), skargi somatyczne, obgryzanie paznokci, niepokój, drżenie, jąkanie, problemy w szkole, myśli samobójcze itd.

Doświadczenie przemocy domowej w dzieciństwie powoduje również zmiany w spostrzeganiu i umiejętnościach rozwiązywania problemów, takie jak błędne spostrzeganie siebie jako przyczyny przemocy sprawcy wobec matki lub używanie zachowań pasywnych (na przykład zamykanie się w sobie, uległość) albo agresywnych (na przykład ataki werbalne i/lub fizyczne) zamiast konstruktywnych sposobów rozwiązywania problemów.

Bywają również skutki długotrwałe, przejawiające się już w życiu dorosłym. Ponieważ ważne cele rozwojowe zostały zaburzone, spowodowane tym ubytki przenoszone są w dorosłość. Dzieci mogą nigdy nie nadrobić pewnych zaległości w nauce lub umiejętnościach kształtowania stosunków międzyludzkich. Braki te wpływać będą na ich zdolność utrzymania pracy i podtrzymywania związków. Szczególnie negatywne skutki odczuwają chłopcy i oni też zagrożeni są tym, że w dorosłych związkach intymnych maltretować

będą swoje partnerki. Zdarza się, że dzieci nie czekają z użyciem przemocy na wkroczenie w wiek dorosły (na przykład stosując ją wobec ofiary, wobec sprawcy, swoich rówieśników lub innych osób dorosłych).

Jednakże wiele dzieci nie doznaje nieodwracalnych szkód z powodu doświadczenia przemocy domowej w swojej rodzinie. Troskliwy i wspierający opiekun może osłabić negatywny wpływ tych doświadczeń na dziecko. Jeśli dzieci mają zapewnione bezpieczeństwo, wówczas mogą powrócić do normalnych zadań rozwojowych.

Najskuteczniejszym sposobem obrony dziecka może być zapewnienie ochrony dorosłej ofierze i powstrzymanie przemocy domowej. W wielu przypadkach niezbędna jest także specjalistyczna pomoc psychologiczna.

68.5

Podsumowanie

Rozdział poświęcony psychopatologii zjawisk społecznych składa się z czterech autonomicznych części. Każda z nich omawia skomplikowaną problematykę z pogranicza psychologii i innej dyscypliny, opisującej społeczne aspekty życia człowieka.

W podrozdziale omawiającym psychologiczne problemy uzależnień dokonano przeglądu wybranych koncepcji uzależnienia, poszukujących wyjaśnienia natury destrukcyjnego przywiązania człowieka do substancji chemicznych. Przedstawiono też poszukiwania sposobów uwolnienia człowieka z pułapki uzależnienia. Trzeba podkreślić, że efektywność terapii uzależnienia nie jest zbyt wysoka i że za duży sukces uważa się wyniki wskazujące, iż już co drugi pacjent po przejściu terapii utrzymuje trwałą abstynencję.

W koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia i opartej na niej starategiczno-strukturalnej psychoterapii uzależnienia podjęto próbę integracji dorobku różnych poszukiwań teoretycznych i praktycznych. W obliczu mnogości nurtów teorii i klinicznej praktyki psychologicznej wydaje się, że sięganie do całego tego dorobku, połączone z wysiłkiem syntetycznego ich integrowania, jest szczególnie potrzebne do tworzenia rozwiązań praktycznych, służących ludziom potrzebującym skutecznej pomocy psychologicznej.

Nadal jest to dziedzina zastosowań psychologii, w której pozostaje wiele do zrobienia. Dotyczy to zarówno teoretycznej analizy procesów powstających w psychice osoby uzależnionej oraz ich powiązań ze zjawiskami biologicznymi i środowiskowymi, jak i technologii oddziaływań terapeutycznych, usuwających poważne zagrożenia dla jej zdrowia i życia.

Podrozdział drugi poświęcony jest psychologicznym wyznacznikom przestępczości. Próby ich wskazania i opisania napotykają wiele problemów metodologicznych i praktycznych. Wynikają one przede wszystkim z nieadekwatności pojęć i terminów psychologicznych do opisu i analizy zjawiska przestępczości. Badania nad psychologicznymi wyznacznikami przestępczości prowadzone były często niezgodnie z podstawowymi zasadami metodologicznymi – porównywano grupy sprawców różnorodne pod względem zasad doboru, etapu postępowania sądowego czy prawnych kryteriów kwalifikacyjnych; stosowano trudno porównywalne techniki badawcze. Stąd tak wielka różnorodność i niejednoznaczność wyników badań empirycznych.

Wiedza o psychologicznych uwarunkowaniach przestępczości wskazuje na brak dowodów istnienia jakiejkolwiek kategorii psychologicznej wyjaśniającej przestępczość „w ogóle". Zdecydowanie lepsze wyniki daje wprowadzenie typologii przestępstw i przestępców, opartej na kryteriach prawnych bądź psychologicznych. Zmienne biopsychiczne mogą stanowić istotną kategorię zjawisk, przybliżającą prawdę o mechanizmach zachowania przestępczego, gdy uwzględni się ich funkcjonalne powiązanie z innymi czynnikami psychologicznymi oraz kontekst społeczny czynu.

Nie ma koncepcji psychologicznej, która wyjaśniałaby wszystkie zachowania przestęp-

cze. Psychologia osobowości, agresji czy socjalizacji jest w stanie istotnie poszerzyć wiedzę o psychologicznych mechanizmach prowadzących do zachowań niezgodnych z porządkiem prawnym. Zaletą tych koncepcji jest ujmowanie analizowanego zjawiska w sposób złożony, zależny od funkcjonalnych zależności pomiędzy warunkującymi je zmiennymi i mechanizmami psychologicznymi. Przyszłość należy do podejścia klinicznego, uwzględniającego niepowtarzalność i złożoność owych układów. Psychologia motywacji, systemowa i holistyczna, jest w swojej istocie tą gałęzią wiedzy, która może mieć istotny wpływ na rozwój stosowanej psychologii sądowej i kryminologii. Badania nad motywacją poszczególnych typów przestępstw, odtwarzanie psychofizycznej sylwetki nieznanego, poszukiwanego sprawcy, czy też próby opisania zespołu prehomicidalnego (poprzedzającego zabójstwo) opierają się przede wszystkim na wiedzy o procesach motywacyjnych człowieka. Poszerza ona znajomość psychologicznych wyznaczników przestępczości, stwarza szersze możliwości diagnostyczne współczesnej psychologii sądowej i śledczej, wskazuje dalsze kierunki jej rozwoju.

W podrozdziale trzecim omawiane są psychologiczne aspekty zaburzeń seksualnych. Ewolucja koncepcji zdrowia seksualnego, a także zmiana postaw wobec seksualności wiąże się z rozwojem seksuologii jako nauki, metod leczenia zaburzeń seksualnych, z poznaniem reakcji seksualnych, wyodrębnieniem wielu typów zaburzeń seksualnych w międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń i chorób.

Przyczyny tych zaburzeń są złożone i obejmują czynniki biologiczne, psychogenne (mechanizmy nieświadome, urazy i szoki seksualne, negatywne emocje, cechy osobowości, zaburzone relacje między partnerami) i społeczne. Rozpoznanie przyczyn zaburzeń seksualnych opiera się na dobrze prowadzonym wywiadzie, informacjach uzyskanych od partnera pacjenta, metodach pomocniczych (skale, kwestionariusze, testy projekcyjne, aparatura pomiarowa).W praktyce klinicznej do najczęściej spotykanych zaburzeń seksualnych należą: impotencja, przedwczesne wytryski nasienia, anorgazmia, pochwica, dyspareunia, zmniejszenie lub zanik pożądania i podniecenia seksualnego, parafilie. W leczeniu zaburzeń seksualnych stosuje się wiele metod: farmakoterapię, metody treningowe, psychoterapię, zabiegi operacyjne.

W czwartej części tego rozdziału omawiane jest psychologiczne znaczenie patologii życia rodzinnego na przykładzie przemocy w rodzinie. Patologia życia rodzinnego, spowodowana destrukcyjnymi zachowaniami poszczególnych członków rodziny, jest obszarem, którym psychologia kliniczna zajmuje się od wielu lat. Dokonywało się to jednak na ogół retrospektywnie, to znaczy poprzez doszukiwanie się w historii życia osób, mających aktualnie problemy osobiste, tak zwanych doświadczeń traumatycznych, które mogłyby wyjaśniać genezę zaburzeń emocjonalnych. Ostatnie lata przynoszą coraz częstsze zainteresowania poznawcze i praktyczne patologicznymi zjawiskami występującymi aktualnie w rodzinie. Podejmowane są próby bezpośredniej interwencji w przypadkach destrukcji życia rodzinnego, co zwiększa gotowość, by procesy zachodzące w rodzinie analizować w trakcie ich aktualnego przebiegu oraz pomagać członkom rodziny w skutecznym radzeniu sobie z tymi zjawiskami. Przykładami takiej reorientacji perspektyw są przedstawione problemy współuzależnienia i przemocy domowej.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Jakie zjawiska tworzą mechanizm nałogowego regulowania emocji u osoby uzależnionej od alkoholu?
2. Wokół jakich problemów koncentruje się proces strategiczno-strukturalnej psychoterapii uzależnienia?

3. Jaka jest rola czynników biopsychicznych w genezie zachowania przestępczego?
4. Na czym polega holistyczny charakter psychologii motywacji w kontekście badań przestępców?
5. Co to jest zdrowie seksualne?
6. Przyczyną jakich zaburzeń seksualnych mogą być głębokie konflikty partnerskie?
7. Jaka jest definicja przemocy domowej?
8. Na czym polega proces wiktymizacji ofiary przemocy domowej?

LITERATURA ZALECANA

Browne, K., Herbert, M. (1998). *Przeciwdziałanie przemocy domowej.* Warszawa: PARPA.

Gierowski, J. K., Szymusik, A. (red.). (1996). *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej.* Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Lew-Starowicz, Z. (1997). *Leczenie zaburzeń seksualnych.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Mellibruda, J., Sobolewska, Z. (1999). *Psychoterapia uzależnienia od alkoholu.* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

Mellibruda, J. (1996). *Ludzie z problemami alkoholowymi.* Warszawa: CRSS.

Ostrowska, K., Wójcik, D. (1986). *Teorie kryminologiczne.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej.

Pospiszyl, I. (1994). *Przemoc w rodzinie.* Warszawa: WSiP.

Travin, S., Protter, B. (1995). *Dewiacje seksualne.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

69

Psychoterapia

Lidia Grzesiuk

Pojęcie „**psychoterapia**" (*psychotherapy*) pochodzi z greckiego określenia *psyche* (dusza) i *therapeín* (leczyć) (Pieter, 1963). W rozumieniu potocznym psychoterapia pojmowana jest jako rozmowa odbyta z życzliwą osobą, udzielanie rad, pocieszanie, uspokajanie, dodawanie otuchy osobie nieradzącej sobie z własnymi problemami, by złagodzić jej trudności. W szerokim sensie jest ona rozumiana jako dziedzina kultury, skupiająca w sobie najogólniejsze pytania o naturę ludzką, o zdrowie i chorobę, a także koncentrująca się na indywidualnym człowieku, który cierpi i szuka pomocy (Rosińska i Olender-Dmowska, 1997).

W znaczeniu węższym psychoterapia ujmowana jest (przez psychoterapeutów) jako specjalistyczna metoda leczenia, polegająca na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych, wykorzystująca wiedzę teoretyczną i umiejętności psychoterapeuty (najczęściej psychologa klinicznego lub psychiatry) w procesie niesienia pomocy – głównie osobom z zaburzeniami neurotycznymi, zaburzeniami osobowości i zaburzeniami psychosomatycznymi (Aleksandrowicz, Bigo, Namysłowska i Pawlik, 1976). Związek emocjonalny, jaki powstaje między psychoterapeutą a pacjentem, jest często w sposób zamierzony wykorzystywany jako podstawowy środek leczenia. Celem psychoterapii jest zwłaszcza rozwój osobowości, zdrowie psychiczne i usuwanie objawów chorobowych pacjenta.

Nie istnieje jednolita teoria psychoterapii. Wyodrębniane są cztery główne orientacje teoretyczne (Czabała, 1997; Grzesiuk, 1994a).

69.1

Nurty teoretyczne w psychoterapii

Do zasadniczych nurtów teoretycznych zalicza się: podejście psychoanalityczne, podejście behawioralno-poznawcze, podejście humanistyczno-egzystencjalne i podejście systemowe (Grzesiuk, 1994a).

69.1.1
Podejście psychoanalityczne

W obrębie **podejścia psychoanalitycznego** wyróżnia się trzy najważniejsze nurty: psychoanalizę ortodoksyjną, teorie relacji z obiektem oraz neopsychoanalizę.

Najogólniej rzecz biorąc, psychoanaliza ortodoksyjna wyjaśnia mechanizmy powstawania zaburzeń neurotycznych. Odwołuje się do nieświadomych konfliktów wewnętrznych między instancjami psychicznymi id, ego i superego, uruchamiających mechanizmy obronne. Proponuje stosowną wobec pacjentów z tymi zaburzeniami psychoterapię.

Natomiast w teoriach relacji z obiektem można znaleźć tezy dotyczące mechanizmów zaburzeń głębszych niż neurotyczne, zwłaszcza zaburzeń tożsamości (występujących na przykład w schizofrenii, w zaburzeniach z pogranicza nerwicy i psychozy, tak zwanych *borderline*), oraz propozycję odpowiedniej psychoterapii. Źródłem zaburzeń tożsamości są konflikty w obrębie ego pacjenta.

Neopsychoanaliza różni się od tych dwóch nurtów przede wszystkim tym, że w rozumieniu zaburzeń istotną rolę przypisuje wpływom, jakie na człowieka wywierają czynniki kulturowo-środowiskowe.

Poza wymienionymi trzema nurtami podejścia psychoanalitycznego istnieją także liczne szkoły psychoterapii, wywodzące się z psychoanalizy (Kutter, 1998; Sokolik, 1994).

69.1.1.1
Psychoanaliza ortodoksyjna

Twórcą psychoanalizy był Sigmund Freud (1982/1917, 1997a/1901). W nurcie psychoanalitycznym przyjmuje się, że istotnym czynnikiem, odpowiedzialnym za przeżywane przez pacjentów emocje, przejawiane zachowanie i symptomy chorobowe, są procesy nieświadome (Freud, 1995b/1917). Gdy w dzieciństwie nie potrafimy sobie radzić z doświadczanymi trudnościami, ego uruchamia mechanizmy obronne (zwłaszcza wyparcie); usuwają one ze świadomości nieakceptowane, zagrażające ludzkie tendencje, których źródłem jest id. Symptomy chorobowe są u neurotyka formą kompromisu między wywierającymi presję tendencjami id a wymaganiami superego. Innymi słowy, objawy neurotyczne w sposób zamaskowany wyrażają tendencje id, umożliwiają częściowe zaspokojenie potrzeb, ale, oczywiście, są również źródłem cierpienia (Freud, 1995a/1927–1930, 1997b/1913).

Psychoanaliza, rozumiana jako metoda badania i leczenia zaburzeń psychicznych, polega przede wszystkim na odkrywaniu nieświadomego znaczenia słów, działań i wyobrażeń pacjenta. Dostrzeżenie przez pacjenta własnych mechanizmów obronnych, nieświadomych motywów i konfliktu chorobotwórczego umożliwia usunięcie tego konfliktu. W pracy psychoanalitycznej psychoterapeuci posługują się zasadą swobodnych skojarzeń jako podstawową metodą docierania do nieświadomego materiału (Laplanche i Pontalis, 1996). Procedura ta polega na tym, że pacjent wyraża wszystkie bez wyjątku myśli, które przychodzą mu do głowy w związku z własnymi objawami chorobowymi, marzeniami sennymi, fantazjami, czynnościami pomyłkowymi oraz innymi zachowaniami. Psychoanalityk interpretuje przekazywany przez pacjenta materiał, czyli wyjaśnia nieświadome znaczenie symbolicznych przekazów i działań.

Istotnym elementem pracy psychoanalitycznej jest analiza przeniesień w stosunku do analityka, czyli zaktualizowanych nieświadomych pragnień, powtórzonych dziecięcych wzorców reagowania, które przeżywane są przez pacjenta tak, jakby odnosiły się do teraźniejszości. Analizowana jest relacja pacjenta do postaci rodzicielskich przeżywanych w przeniesieniu. Dzięki uchwyconemu na gorąco dziecięcemu konfliktowi staje się możliwe zinterpretowanie charakterystycznych dla danego pacjenta nieświadomych pragnień i fantazji. Wgląd, uświadomienie sobie własnych potrzeb, osłabienie działania mechanizmów obronnych – to wszystko przyczynia się do zaspokajania przez pacjenta własnych potrzeb w sposób bardziej dojrzały, do rozwiązania konfliktu, do odróżniania fantazji od rzeczywistości oraz do usunięcia objawów chorobowych.

69.1.1.2
Teorie relacji z obiektem

Głównymi reprezentantami **teorii relacji z obiektem** (*object-relation theory*) są: E. H. Erikson (1997), H. Kohut i O. F. Kernberg (Kutter, 1998), A. Spitz, Melanie Klein, D. W. Winnicott i Margaret Mahler. Teoria ta zajmuje się internalizacją wczesnodziecięcych doświadczeń, powstawaniem intrapsychicznych reprezentacji – obrazów Ja i obiektu. Te struktury psychiczne tworzone są na bazie pierwotnego związku między matką i dzieckiem. Obiekty są zarówno reprezentacjami osób rzeczywistych, jak i obiektów będących wytworami fantazji.

Teoretycy tej szkoły krytykowali tezę Freuda, zgodnie z którą dziecko pragnie przede wszystkim zaspokojenia własnych potrzeb. Twierdzili, że dziecko poszukuje głównie związku z obiektem. Ustalili zależności, jakie występują między nieprawidłowym przebiegiem faz rozwoju relacji z obiektem a powstawaniem patologii emocjonalnej i psychicznej. Stwierdzili, że w wypadku zaburzeń tożsamości, występujących u pacjentów z zaburzeniami głębszymi niż neurotyczne, działa mechanizm obronny – rozszczepienie. Ja tych pacjentów nie stanowi całości, jest rozszczepione na część „dobrą" i „złą", „infantylną" i „dorosłą". W umyśle pacjentów mających trudności w odróżnieniu własnych fantazji od rzeczywistości intrapsychiczna reprezentacja obiektu – również dwubiegunowa – nie jest odseparowana od ich Ja (Kernberg, 1980; Namysłowska, 1983). Dlatego też struktury umysłowe przechowujące doświadczenia interpersonalne u pacjentów nieróżnicujących Ja od obiektu mają postać obrazów „dobrego Ja – obiektu" i „złego Ja – obiektu".

Reprezentanci omawianego podejścia dostrzegają w przebiegu pracy psychoanalitycznej zjawisko identyfikacji projekcyjnej, występujące u pacjentów z zaburzeniami głębszymi niż neurotyczne. Zjawisko to polega na tym, że część Ja i obiektów wewnętrznych ulega odszczepieniu i wyprojektowaniu na obiekt zewnętrzny – analityka, który zostaje utożsamiony z tą odszczepioną częścią, zawłaszczony i przez nią kontrolowany.

W pracy z tymi pacjentami ważne staje się zjawisko przeciwprzeniesienia – rozumiane jako zdolność psychoanalityka do obserwowania i analizowania własnych skojarzeń i emocji, pojawiających się w kontakcie z pacjentem (Sokolik, 1994). Ta umiejętność analityka badania własnych świadomych i nieświadomych reakcji poszerzyła możliwości terapeutyczne w stosunku do pacjentów z zaburzeniami głębszymi niż neurotyczne.

69.1.1.3
Neopsychoanaliza

Do znaczących reprezentantów **neopsychoanalizy** można zaliczyć Clarę Thompson (1965), Karen Horney (1980, 1987) i H. S. Sullivana. Krytykują oni Freuda za przypisywanie znaczącej roli biologii, popędom i przeżyciom z okresu dzieciństwa, uznając, iż główną przyczynę zaburzeń nerwicowych i psychotycznych stanowią aktualne wpływy kulturowo-środowiskowe, stosunki interpersonalne i komunikacja między ludźmi (Horney, 1976; Sokolik, 1994).

Według nich, w psychoterapii leczenie polega nie tylko na analizowaniu czy badaniu nieświadomości bądź reakcji przeniesieniowych pacjenta, ale ważna jest również właściwa relacja terapeutyczna, polegająca na wzajemnej empatii. Przyjmują oni, że dobre relacje z psychoterapeutą stwarzają pacjentowi możliwość przeżycia emocjonalnego doświadczenia korekcyjnego. W psychoterapii pacjent uczy się więc nawiązywania i utrzymywania nowych, lepszych kontaktów z ludźmi.

69.1.1.4
Psychoterapie wywodzące się z psychoanalizy

Za znaczących twórców szkół psychoterapii wywodzących się z psychoanalizy należy uznać A. Adlera (1986/1933), a przede wszy-

stkim C. G. Junga (1995/1938; zob. Sokolik, 1994).

Jung (1981) w nieświadomej sferze psychiki człowieka odkrył archaiczne motywy i ponadczasowe symbole (Dudek, 1997). Do nieświadomości zbiorowej zaliczył archetypy (na przykład „Starego Mędrca", „Wielkiej Matki", „Cienia"), czyli wzorce psychiczne – najstarsze i powszechne doświadczenia ludzkości.

W Jungowskiej psychologii analitycznej dużą wagę przywiązuje się do badania i uświadamiania przez pacjenta symboli, a zwłaszcza symboli zbiorowych, typowych dla całej kultury ludzkiej. Zrozumieć człowieka znaczy bowiem nie tylko poznać jego wyobraźnię, irracjonalność i uczucia, lecz także jego kulturę i wzorce, które go kształtują (Dudek, 1995, 1997). Jung jako ważniejsze traktował analizowanie w psychoterapii nieświadomości zbiorowej niż indywidualnej. Uważał, że dotrzeć do nieświadomości można jedynie badając symbole występujące w marzeniach sennych, w fantazjach pacjenta. Konstruktywną stroną psychoterapii jest doprowadzenie pacjenta do wykorzystania własnej nieświadomej mądrości.

69.1.2
Podejście behawioralno-poznawcze

Pierwotnie w tym nurcie teoretycznym rozwinęła się **terapia behawioralna** (*behavior therapy*), a z niej wyłoniła się terapia poznawcza (*cognitive therapy*) (Czabała, 1997; Meyer i Chesser, 1973).

69.1.2.1
Terapia behawioralna

Głównymi reprezentantami terapii behawioralnej są: J. Wolpe, A. Bandura i H. J. Eysenck (Jakubowska, 1994a). W terapii tej objawy psychopatologiczne pacjenta traktuje się jako nieprzystosowawcze zachowania nabyte w procesie uczenia się. Ta kategoria zachowań, jak i zachowania przystosowawcze kształtują się na drodze mechanizmu warunkowania klasycznego, warunkowania instrumentalnego lub modelowania.

W fazie diagnostycznej psychoterapeuta – na podstawie wywiadu prowadzonego z pacjentem i z jego rodziną, a także opierając się na wynikach badań testowych czy eksperymentu klinicznego – identyfikuje sposób ukształtowania się nieprzystosowawczego nawyku, powtarzające się sekwencje „bodziec – nawyk dezadaptacyjny". Następnie wyjaśnia pacjentowi mechanizm powstawania jego nieprawidłowych nawyków, proponuje określone procedury terapeutyczne i wyjaśnia mechanizm ich działania. Psychoterapeuta wraz z pacjentem wspólnie ustalają kontrakt terapeutyczny, w tym zwłaszcza cel terapii.

W terapii behawioralnej wytwarzane są pożądane, eliminowane zaś niepożądane zachowania za pomocą trzech wymienionych wcześniej metod, wywodzących się z teorii uczenia się (Grzesiuk, 1994a; Strojnowski, 1985).

Praktyka ortodoksyjnie pojętej terapii behawioralnej pokazała, że koncentrowanie się w procesie psychoterapii wyłącznie na zachowaniach pacjenta nie wpływa na jej wysoką efektywność. Zaczęto więc w pracy psychoterapeutycznej uwzględniać również procesy poznawcze (Kratochvil, 1974).

69.1.2.2
Terapia poznawcza

Terapia poznawcza także odwołuje się do tezy, że występujące u pacjentów zaburzenia powstają w rezultacie procesu uczenia się. Niewłaściwy sposób percepcji i interpretacji zdarzeń przez pacjenta doprowadza do powstania jego dezadaptacyjnych zachowań.

Zaburzenia emocjonalne i niefunkcjonalne zachowania są skutkiem zaburzeń myślenia (Maultsby, 1992; Maultsby i Hendricks, 1992). Terapia nastawiona jest na usuwanie zaburzeń myślenia. Uczy rozpoznawania dysfunkcjonalnego sposobu myślenia i jego eliminowania. Znaczącymi reprezentantami terapii poznawczej są A. T. Beck (Beck, Rush, Shaw i Emery, 1979) i A. Ellis (1985).

Terapeuci poznawczy na początku psychoterapii za pomocą przypowiastek lub systematycznego wykładu informują swojego pacjenta, według jakich zasad dochodzi do powstawania zaburzeń emocjonalnych (na przykład depresji czy zaburzeń lękowych) oraz do występowania dysfunkcjonalnych zachowań (na przykład wycofywania aktywności, unikania pewnych bodźców). Dowodzą, że między sytuacją, zdarzeniami, w jakich pacjent uczestniczy, a jego emocjami i zachowaniami pośredniczy sposób interpretacji zdarzeń składających się na tę sytuację. Zwracają pacjentowi uwagę na to, że stały, automatyczny, uznawany za oczywisty sposób interpretacji zdarzeń powinien być traktowany wyłącznie jako hipoteza, którą należy weryfikować empirycznie (Beck, 1985; Huflejt-Łukasik, 1994).

W pracy psychoterapeutycznej pacjent uczony jest rozpoznawać – poza pojawiającymi się w sposób automatyczny myślami – stosowane przez siebie błędy w myśleniu, które przyczyniają się do utrzymywania dysfunkcjonalnych interpretacji zdarzeń. Uczy się także identyfikować schematy poznawcze, tkwiące u podstaw irracjonalnych myśli.

69.1.3
Podejście humanistyczno-egzystencjalne

W podejściu **humanistyczno-egzystencjalnym** – w porównaniu z innymi nurtami – można wyodrębnić najbardziej zróżnicowane szkoły psychoterapeutyczne. Najogólniej rzecz biorąc, szkoły te łączy teza, że zachowanie człowieka jest motywowane potrzebą rozwoju, dążeniem do samorealizacji. Źródłem zaburzeń czy zahamowań w rozwoju jednostki są przekonania i sądy narzucone jej przez innych ludzi, niezgodne z jej rzeczywistymi doświadczeniami (Grzesiuk, 1994a; Jakubowska, 1994b).

Do głównych reprezentantów omawianego podejścia należą: C. R. Rogers (1961, 1984) – twórca terapii skoncentrowanej na osobie (*person-centered psychotherapy*), F. Perls (1969, 1973), który stworzył terapię Gestalt, oraz przedstawiciel nurtu egzystencjalnego – R. D. Laing (1995; Laing i Esterson, 1995).

69.1.3.1
Terapia skoncentrowana na osobie

Rogers (1991) – ważny reprezentant psychologii humanistycznej – spostrzegał poddających się psychoterapii klientów jako niepowtarzalne jednostki, obdarzone własnymi zasobami sił i możliwościami rozwoju. Był zdania, że psychoterapeuta może działać jak chirurg, który jedynie składa złamaną kończynę pacjenta, podczas gdy samo leczenie odbywa się dzięki procesom życiowym tkanki. Terapeuci mają za zadanie tylko stworzyć klientowi możliwości sprzyjające jego rozwojowi, wyzwolić tkwiące w nim lecznicze siły, aby mógł on zrozumieć własny problem i wprowadzić konstruktywne zmiany w swoim życiu.

Zaburzenia zaczynają powstawać w dzieciństwie klienta, gdy rodzice nie stwarzają mu dogodnych do rozwoju warunków wychowawczych – kiedy akceptują go w sposób warunkowy. Człowiek, któremu uniemożliwiono prawidłowy rozwój w dzieciństwie, w życiu dorosłym może działać destruktywnie, nieefektywnie, przeżywać napięcie, nie doświadczać satysfakcji z życia itp. Psychoterapeuci spełniający postulaty Rogersa:

(1) akceptują osobę klienta, jego doświadczenia w sposób bezwarunkowy; nie oceniają go – ani pozytywnie, ani negatywnie – zgodnie z własnymi przekonaniami, nie stosują wobec niego warunków godności czy wartości;
(2) dążą do głębokiego, empatycznego zrozumienia klienta, wczuwają się w to, czego on rzeczywiście doświadcza;
(3) zachowują przy tym własną autentyczność – wykazują spójność między doświadczeniem a świadomością oraz pomiędzy świadomością a tym, co komunikują klientowi.

Dzięki temu w procesie **psychoterapii skoncentrowanej na osobie** wytwarza się atmosfera zaufania, możliwość nawiązania kontaktu z klientem. Powstaje szansa, by terapia stała się dla klienta przykładem konstruktywnych kontaktów z ludźmi, w których uzyskuje on możliwość zaakceptowania własnej osoby, zrozumienia siebie, przejawienia własnej autentyczności. Warunki te mogą zainicjować w nim proces konstruktywnych zmian.

69.1.3.2 Terapia Gestalt

W wyjaśnianiu genezy zaburzeń nerwicowych Perls (1973), twórca **terapii Gestalt**, opiera się na założeniu, że wszystkie doświadczenia jednostki porządkowane są w pewne figury, całości, postaci (niem. *Gestalt*).

Doświadczenie (na przykład doświadczenie zmysłowe – obraz wzrokowy, dźwięk, zapach – lub doświadczenie wewnętrzne – pragnienie, odczucie, doznanie cielesne) staje się figurą w określonym czasie, to znaczy w momencie, gdy człowiek świadomie skupi na nim uwagę. Tworzenie się figur umożliwia mu zaspokajanie potrzeb. Identyfikacja w doświadczeniu pewnej figury pobudza go do podjęcia określonego działania, a działanie umożliwia kontakt z obiektem pragnienia. Niezaspokojona potrzeba, niespełnione pragnienie, niewyrażone uczucia, niezakończone zadanie opanowują świadomość jednostki i domagają się uwagi.

U osób neurotycznych proces tworzenia i rozpadania się jednych figur na rzecz innych jest zaburzony. Występują u nich zakłócenia w tworzeniu postaci i w procesie jej rozpadu. W niezintegrowanej osobowości neurotyka pewne doświadczenia mogą pozostać nierozpoznane, niezorganizowane w figurę. Identyfikacja przez neurotyka innych doświadczeń może przebiegać fałszywie. Skutkiem nierozpoznawania własnych doświadczeń, nietrafnego ich identyfikowania, podejmowania działań zgodnych wyłącznie z oczekiwaniami społecznymi oraz niereализowania własnych, autentycznych pragnień jest zamrożenie naturalnej energii organizmu.

Terapia Gestalt ma stworzyć klientowi warunki do pełnego doświadczania siebie, do poszerzania świadomości, polegającego między innymi na doświadczaniu przeciwieństw (na przykład siły i słabości). Dychotomizacja, utożsamianie się z tylko jednym biegunem wymiaru Ja pociąga za sobą pozbycie się połowy siły pochodzącej z drugiego, odrzuconego bieguna.

Klientowi proponowane są ćwiczenia, które mogą mu pomóc w samoobserwacji pojawiających się myśli, odczuć i doznań zmysłowych. Wzrost świadomości własnego Ja umożliwia doświadczanie w polu uwagi pełnych, domkniętych figur; prowadzi do ich autentycznego zaspokajania. Dotarcie do autentycznego Ja klienta stanowi podstawę integracji fragmentów jego Ja. Do autentycznego Ja można bowiem dotrzeć po przekroczeniu następujących jego warstw: frazesowej, fałszywej, fobijnej, warstwy impasu (doświadczania braku energii), warstwy implozji (odczuwania, ale nieujawniania emocji na zewnątrz), warstwy eksplozji (wybuchu niewyrażanych emocji) i wreszcie warstwy autentycznego Ja.

Pełne doświadczanie siebie stanowi również warunek odpowiedzialnego dokonywania w życiu wyborów zgodnych z autentycznymi pragnieniami (a nie uznawanymi przez otoczenie społeczne). Przyczynia się także do nawiązywania z innymi ludźmi rzeczywistych kontaktów zamiast odgrywania fałszywych ról.

69.1.3.3 Terapia egzystencjalna

Zainteresowanie Lainga (1996, 1997) koncentrowało się na schizofrenikach – osobach ontologicznie niepewnych, które zagrożone utratą własnej tożsamości tworzą obronny system „Ja fałszywego". Ten system stanowić ma dla pacjenta rodzaj twierdzy, chroniącej jego autentyczne „Ja prawdziwe" przed innymi ludźmi, przed wchłonięciem przez nich, przed depersonalizacją. „Ja fałszywe" schizofrenika pozostaje w kontakcie z otoczeniem. „Ja prawdziwe" – dla zachowania własnej autonomii – jest od otoczenia izolowane (Laing, 1995).

To rozszczepienie Ja – pierwotnie mające służyć obronie tożsamości – prowadzić może do wybuchu psychozy. „Ja prawdziwe", pozbawione kontaktu ze światem zewnętrznym, potwierdzeń ze strony innych ludzi, staje się stopniowo coraz bardziej puste i martwe. Wybuch psychozy może być nagłym, rozpaczliwym ujawnieniem światu zewnętrznemu nieznanego mu „Ja prawdziwego". Do rozwoju psychozy może prowadzić także dalsze wycofywanie się z kontaktów z otoczeniem. „Ja prawdziwe" pozbawione potwierdzeń z zewnątrz wypełnia się fantazją, traci tożsamość.

Psychoterapia egzystencjalna zmierza do przywrócenia pacjentowi ontologicznej pewności, którą może on osiągnąć, jeśli będzie w stanie ujawnić własne „Ja prawdziwe". Proces dochodzenia do doświadczania przez pacjenta własnego „Ja prawdziwego" może się odbywać tylko w warunkach stwarzających mu poczucie bezpieczeństwa. Proces taki zachodzi w kontakcie opartym na zrozumieniu pacjenta, przy emocjonalnie pozytywnym ustosunkowaniu się psychoterapeuty. Terapeuta musi w tym kontakcie wykazywać szczególną wrażliwość, jego zrozumienie jest bowiem dla pacjenta tym, czego ten najbardziej pragnie, ale zarazem najbardziej się boi. Ujawnianie wobec terapeuty przez pacjenta „Ja prawdziwego" jest równoznaczne z możliwością identyfikacji własnych uczuć i pragnień, odróżnienia ich od potrzeb innych ludzi, którzy pragnęli nim zawładnąć, wchłonąć, pozbawić autonomii. Możliwość doświadczania tej części Ja stanowi podstawę integracji osobowości pacjenta.

69.1.4 Podejście systemowe

W **podejściu systemowym**, aby zrozumieć problemy pacjenta, nie ujmuje się – jak to czynili przedstawiciele wcześniej omówionych szkół psychoterapeutycznych – w sposób liniowy zdarzeń z jego życia (Radochoński, 1984; Tryjarska, 1994b). Przyczyn aktualnych problemów nie poszukuje się bowiem w jego przeszłości (Ludewig, 1995; Namysłowska, 1997). Zwraca się natomiast uwagę na mechanizm sprzężeń zwrotnych, funkcjonujących w systemach społecznych, których pacjent jest członkiem, a zwłaszcza w jego systemie rodzinnym (Czabała, 1997). Każde zachowanie jednego członka rodziny jest bowiem traktowane jako:

(1) bodziec do kolejnego zachowania drugiego członka rodziny,
(2) reakcja na poprzednie jego zachowanie,
(3) wzmocnienie tego zachowania (Grzesiuk i Jakubowska, 1994).

Przyjmuje się, że zachowanie pacjenta można zrozumieć wyłącznie w kontekście systemu, którego jest on członkiem, a zwłaszcza systemu rodzinnego. Psychoterapeuta nie poszukuje zaburzeń u jednostki, ponieważ osoba zgłaszająca się na terapię jest uznawana za jeden z elementów (podsystemów) zaburzonego systemu rodzinnego – za podsystem wydelegowany przez rodzinę do psychoterapii.

W zależności od tego, jakie właściwości systemu rodzinnego są w procesie terapii modyfikowane, wyodrębnia się dwie zasadnicze szkoły: komunikacyjną i strukturalną. Twórcami podejścia komunikacyjnego są: P. Watzlawick, J. H. Beavin i D. D. Jackson (1967) oraz G. Bateson, J. Haley i Mara Selvini-Palazzoli, głównym przedstawicielem szkoły strukturalnej zaś jest S. Minuchin (1974; zob. de Barbaro, 1997).

69.1.4.1 Szkoła komunikacyjna

Zaburzenia komunikowania się najpełniej zostały opisane przez Watzlawicka i współautorów (1967). W ich koncepcji porozumiewania się ludzi każde zachowanie traktowane jest jako komunikat. Na przykład schizofrenik nieporozumiewający się z innymi ludźmi komunikuje im, że nie chce się z nimi komuni-

kować. Także symptomy chorobowe mogą być rozumiane jako niewerbalne komunikaty przekazywane w sposób nieintencjonalny (Grzesiuk i Jakubowska, 1994).

Terapeuci reprezentujący **szkołę komunikacyjną** w przekazywanych przez pacjentów komunikatach dostrzegają nie tylko poziom treściowy, wyrażający wprost pewną wiadomość, lecz również poziom relacyjny, określający relacje między komunikującymi się osobami. W komunikacji patologicznych rodzin poziom relacyjny (na przykład walka między małżonkami o władzę) dominuje nad treściowym (na przykład dyskusja na temat zasad wychowywania dzieci).

Głównym zadaniem psychoterapeutów tej orientacji jest obserwowanie patogennych wzorów komunikowania się w rodzinie. Członkowie rodziny zaburzonej zwykle nie zauważają funkcjonujących w ich interakcjach pętli sprzężeń zwrotnych. Każdy z nich własne postępowanie rozumie jako reakcję na stałe właściwości drugiej osoby. Nie dostrzega natomiast tego, że swoim postępowaniem prowokuje cudze zachowania. Psychoterapia w ujęciu komunikacyjnym polega na wprowadzaniu nowych reguł komunikowania się w systemie rodzinnym.

Ważną reprezentantką ujęcia komunikacyjnego w podejściu systemowym jest Selvini-Palazzoli (zob. Cecchin, 1995), twórczyni terapii strategicznej, znanej pod nazwą „szkoły mediolańskiej". Terapeuci strategiczni konsekwentnie odrzucają liniowy model wyjaśniania źródeł patologii, stosują model cyrkularny. Symptom chorobowy występujący u jednego z członków rodziny traktują jako część błędnego koła interakcji rodzinnych (a nie jako skutek pojedynczego zdarzenia). Uważają, że aby zlikwidować symptom, należy przerwać patologiczną sekwencję zdarzeń i zastąpić ją nowym wzorem interakcji rodzinnych.

69.1.4.2 Terapia strukturalna

Według Minuchina (1974), głównego przedstawiciela **terapii strukturalnej**, symptom chorobowy zgłaszającego się na terapię członka rodziny należy traktować jako przejaw dysfunkcjonalności całego systemu rodzinnego. Przypisywanie przez rodzinę jednemu z jej członków etykiety „pacjenta" (na przykład stwierdzenie, że dziecko sprawia trudności wychowawcze) stanowi metodę utrzymywania sztywnej, nieadekwatnej struktury rodziny. Jej nieadekwatność wiąże się ze stosowanymi w sposób niezmienny wzorami transakcji komunikacyjnych oraz z brakiem granic bądź z granicami zbyt sztywno zaznaczonymi między podsystemami (między innymi – członkami rodziny) tworzącymi rodzinę. Gdy granice między podsystemami są zatarte, wówczas dystans między członkami rodziny jest niewielki, charakteryzuje ich mały stopień zróżnicowania (członek takiej rodziny może mieć trudności w określeniu własnej odrębności). Sztywne granice wewnątrz rodziny utrudniają komunikację między jej członkami. Rodzina jest mało zintegrowana. Nie dostarcza swoim członkom poczucia przynależności, wsparcia.

Terapia ukierunkowana jest na zmianę struktury rodziny, czyli pozycji, jakie zajmują w niej poszczególni członkowie. Jej celem jest albo wyznaczanie granic między podsystemami, gdy są one zbyt słabo zaznaczone, albo ich otwieranie, gdy są nazbyt sztywne. Terapeuta osiąga te cele, włączając się w system rodzinny z pozycji lidera. Powstaje wówczas nowy system, stwarzający warunki, które pozwalają na przekształcanie struktury systemu rodzinnego.

69.1.5 Inne szkoły psychoterapii

Poza scharakteryzowanymi wcześniej szkołami psychoterapeutycznymi istnieją również rozwijające się współcześnie szkoły terapii, których nie można jednoznacznie zaklasyfikować do któregoś z czterech wymienionych głównych nurtów teoretycznych. Wśród polskich psychoterapeutów największe zainteresowanie wzbudzają cztery szkoły psychoterapii. Pierwszą z nich jest psychoterapia M. Ericksona (Erickson i Rossi, 1996; Rosen, 1997). Drugą stanowi neurolingwistyczne programowanie (*neuro-linguistic programming* – NLP), stworzone przez R. Bandlera i J. Grindera (zob. Andreas i Andreas, 1995; Cameron-Bandler, 1993). Trzecią jest bioenergetyka A. Lowena (1976, 1995), a czwartą – psychoterapia zorientowana na proces, której twórcą jest A. Mindell (1991, 1993).

Erickson (Erickson i Rossi, 1996; Zeig, 1997) opierał się na założeniu, że ludzie mają naturalną zdolność do przezwyciężania trudności, do rozwiązywania własnych problemów. **Psychoterapia Ericksonowska** powinna więc ujawniać i rozwijać pozytywne strony pacjenta, jego potencjalne zasoby sił i możliwości (a nie koncentrować się na jego dolegliwościach i historii problemu). Zadaniem terapeuty jest identyfikowanie tych zasobów i wykorzystanie ich do zmiany, jakiej pacjent pragnie. Gdy pacjent prócz motywacji do wyleczenia demonstrował również opór przed zmianą (zwłaszcza gdy opór był silniejszy od motywacji do zmiany), Erickson stosował specyficzne techniki – metafory, trans hipnotyczny (będący hipnozą bez hipnozy) i tak zwane przepisywanie symptomów (zob. Barker, 1997; Haley, 1995). Posługiwał się więc paradoksem w komunikacji z pacjentami.

Bandler i Grinder (1995; zob. Cameron-Bandler, Gordon i Lebeau, 1994) stworzyli własną koncepcję NLP po obserwacji pracy trzech psychoterapeutów, uznawanych w USA za najbardziej efektywnych. Byli nimi: Erickson, Perls i Virginia Satir. NLP ponadto wywodzi się z badań efektywnych wzorów zachowań stosowanych przez ludzi, którzy z powodzeniem uczą się i komunikują z innymi oraz z poczuciem satysfakcji przeżywają własne życie. NLP dostarcza psychoterapeutom podstaw do identyfikowania modelu organizującego doświadczenia życiowe pacjenta. Twórcy NLP opracowali bardzo wiele specyficznych technik pracy psychoterapeutycznej, które pozwalają przede wszystkim skutecznie nawiązać kontakt z pacjentem (czyli spotkać się z nim w jego modelu świata), następnie określić jednoznacznie cel terapii (w pozytywnych kategoriach, to znaczy nazwać to, co pacjent chce osiągnąć, a nie to, czego chce się pozbyć) i na tej podstawie efektywnie prowadzić pracę psychoterapeutyczną z określonym rodzajem problemów (O'Connor i Seymour, 1996).

Według Lowena (1990, 1991), twórcy **bioenergetyki,** istotnym źródłem zaburzeń są chroniczne napięcia emocjonalne spowodowane nierozwiązanymi konfliktami intrapsychicznymi. Stan taki wyzwala zaburzenia oddechu i wzrost napięcia mięśniowego, które stanowią fizjologiczny odpowiednik mechanizmu obronnego – wyparcia. Osoby zaburzone nie oddychają w pełni, tworząc w ten sposób fizjologiczną blokadę przed przeżywaniem zagrażających im emocji. Spłycony oddech i napięte mięśnie ograniczają swobodny przepływ energii w organizmie.

U osoby zdrowej niezaburzony przepływ energii wiąże się z harmonią w obrębie ciała i psychiki oraz z harmonią między ciałem a psychiką. Gdy człowiek traci kontakt z toczącymi się w nim procesami energetycznymi, pojawia się blok – przeszkoda w przepływie energii. Ciało i psychika zaczynają działać jak dwie odrębne siły; powstaje między nimi konflikt.

Psychoterapia ma za zadanie przywrócić swobodny przepływ energii. Od strony świadomości drogą do tego celu jest przywrócenie kontaktu z toczącymi się procesami bioenergetycznymi. Trzeba czuć przepływ pobudzenia w ciele i zdawać sobie sprawę z rozmieszczenia w nim energii. Od strony ciała jest to zniesienie bloku mięśniowego, uwolnienie pacjenta od chronicznych napięć, stworzenie możliwości pełnego wytwarzania i wyładowania energii. Służą temu specjalne ćwiczenia fizyczne i psychologiczna praca nad – rozładowywanymi podczas psychoterapii, a uprzednio wypieranymi – przeżyciami. Gdy w terapii rozluźnia się mięśnie odpowiedzialne za ekspresję stłumionych wcześniej odczuć (na przykład napięcie mięśni brody, gardła i przepony powstrzymuje od płaczu), wówczas następuje powtórne przeżycie stłu-

mionych uczuć czy traumatycznych doświadczeń. Tak zwana praca z ciałem pacjenta ułatwia dotarcie zarówno do jego obronnych mechanizmów, jak i do problemów emocjonalnych.

Mindell (1992), twórca **terapii zorientowanej na proces**, zakłada, że wszystkie emocje, postawy czy role, jakie pacjent jest skłonny odrzucać, mogą być użyteczne, jeśli uda się dotrzeć do ich ukrytych znaczeń. Stany, w jakich się znajdujemy, są tylko chwilowym zatrzymaniem przepływu sygnałów i punktem wyjścia do następnych przemian. Kierunek przemian jest zawarty w nierozpoznanej formie w strukturze aktualnej sytuacji. Zaburzenie bądź problem pacjenta rozumiany jest jako początek nieujawnionego jeszcze procesu. Praca z procesem polega przede wszystkim na odsłanianiu tego kierunku przemian. W efekcie problemy czy dolegliwości mogą okazać się nie tylko kłopotliwe dla pacjenta, lecz także znaczące – mogą otwierać nowe perspektywy i możliwości.

Jak wykazują badania, większość psychoterapeutów nie trzyma się ściśle konkretnej orientacji teoretycznej (Palmer, 1980). W zależności od własnych preferencji bądź problemu pacjenta używają oni technik wywodzących się z różnych szkół psychoterapeutycznych. Innymi słowy, stosują **psychoterapię eklektyczną** (Grzesiuk, 1994a). Przez teoretyków psychoterapii podejmowane są próby integracji tez zawartych w różnych orientacjach teoretycznych (Czabała, 1997). Wyodrębniane są czynniki wspólne dla każdego procesu psychoterapii, bez względu na jej podstawy teoretyczne. Do czynników takich zalicza się na przykład związek terapeutyczny, jaki powstaje między pacjentem i psychoterapeutą, lub też fakt, że terapia stwarza okazję do przeżywania emocji, do uczenia się oraz do ćwiczenia nowych możliwości.

69.1.6
Uwagi końcowe

Przedstawiony dotychczas – niepełny, bo ograniczający się do głównych szkół psychoterapeutycznych – przegląd świadczy o bogactwie form, w jakich terapia występuje. Uwzględniał on pięć kategorii głównych nurtów teoretycznych w psychoterapii, które zbiorczo ujmuje tabela 69.1.

TABELA 69.1

Kategorie głównych nurtów teoretycznych w psychoterapii

PSYCHOANALITYCZNY	BEHAWIORALNO-POZNAWCZY	HUMANISTYCZNO-EGZYSTENCJALNY	SYSTEMOWY	INNE SZKOŁY
Psychoanaliza ortodoksyjna	Terapia behawioralna	Terapia skoncentrowana na osobie	Szkoła komunikacyjna	Psychoterapia Ericksonowska
Teorie relacji z obiektem	Terapia poznawcza	Terapia Gestalt	Terapia strukturalna	Neurolingwistyczne programowanie
Neopsychoanaliza		Terapia egzystencjalna		Bioenergetyka Lowena
Psychoterapie wywodzące się z psychoanalizy				Terapia zorientowana na proces

Najogólniej rzecz biorąc, poszczególne szkoły psychoterapeutyczne różnią się:

(1) rodzajem opisywanych zjawisk, jakie występują w procesie psychoterapii;
(2) stosowanymi przez psychoterapeutę podczas sesji technikami;
(3) formami organizacyjnymi (psychoterapia indywidualna – *individual psychotherapy* – pacjenta, psychoterapia rodzinna – *family therapy* – lub psychoterapia grupowa – *group psychotherapy* – prowadzona w grupie niezwiązanych ze sobą osób);
(4) długością i częstotliwością sesji terapeutycznych (terapia krótkoterminowa, to znaczy nastawiona na rozwiązanie ściśle zdefiniowanego problemu w określonym, względnie krótkim czasie, mająca zastosowanie przede wszystkim wobec silnie umotywowanych do leczenia pacjentów, oraz psychoterapia długoterminowa – niespełniająca tych warunków);
(5) typem problemów pacjentów (grupy terapeutyczne jednorodne pod tym względem, na przykład składające się wyłącznie z alkoholików, lub heterogeniczne, na przykład prowadzone z pacjentami przejawiającymi różnorodne zaburzenia neurotyczne czy zaburzenia osobowości);
(6) rodzajem pacjentów, wobec których terapia jest stosowana (na przykład dziecko, osoba dorosła, małżonkowie, rodzina).

W psychoterapii poszczególnych szkół działają te same czynniki niespecyficzne, takie jak atmosfera zaufania, zrozumienie, szacunek, empatia (nie stosuje się krytycznych ocen, nagany, porad). Czynniki te występują w procesie każdej terapii, niezależnie od tego, na jakich założeniach teoretycznych oparta jest praca danego psychoterapeuty. E. F. Torrey (1981) zwraca ponadto uwagę, że istotnym składnikiem każdej psychoterapii jest sama czynność nazywania cierpienia pacjenta. Rozumienie przez terapeutę natury cierpienia zmniejsza lęk pacjenta, nadaje sens jego doświadczeniom.

69.2
Zjawiska w psychoterapii i techniki psychoterapeutyczne

Aby niezależnie od orientacji teoretycznej wyodrębnić najważniejsze zjawiska zachodzące w psychoterapii, należy uwzględnić pięć zasadniczych kategorii (Grzesiuk, 1994c):

(1) wzajemne ustosunkowania w relacji pacjent – psychoterapeuta;
(2) opór pacjenta przed zmianą;
(3) rozładowywanie napięć emocjonalnych;
(4) uświadamianie, wgląd, modyfikacja schematów poznawczych;
(5) uczenie się.

69.2.1
Zjawiska w psychoterapii

69.2.1.1
Wzajemne ustosunkowania w relacji pacjent – psychoterapeuta

W pracach psychoanalityków opisywane są specyficzne ustosunkowania pacjenta wobec psychoterapeuty, określane jako **przeniesienie** (*transference*). Zjawisko to odnosi się do nieświadomego dla pacjenta procesu, oznaczającego, że uczucia, postawy, oczekiwania, pragnienia itd., które wcześniej kierował on do ważnych w dzieciństwie osób, przenosi obecnie na analityka. Neurotyk powtarza dziecięce wzorce, przeżywając je tak, jakby odnosiły się do teraźniejszości. Analiza prze-

niesienia i jego rozwiązanie jest osią leczenia tej kategorii pacjentów (Grzesiuk, 1994c; Sokolik, 1994). Przeniesienie stanowi bowiem dla terapeuty ważne źródło informacji o tym, co nie jest zawarte w świadomości pacjenta. Zjawisko przeniesienia może, oczywiście, wystąpić nie tylko w psychoanalizie, ale też w formach psychoterapii nieopartych na założeniach psychoanalitycznych. Gdy jest ono dobrze w terapii przepracowane, wówczas pacjent ma możliwość ujawnienia pozytywnej i negatywnej postaci przeniesienia, czyli uświadomienia sobie zarówno pragnienia, by terapeuta go kochał, rozumiał itp., jak i tendencji agresywnych wobec psychoterapeuty.

Psychoanalitycy u pacjentów z zaburzeniami głębszymi niż neurotyczne obserwują zjawisko **identyfikacji projekcyjnej** (*projective indentification*), które ma nie tylko charakter intrapsychiczny (jak przeniesienie), lecz również interpersonalny (Sokolik, 1988, 1992). Ten prymitywny mechanizm obronny polega na tym, że pacjent projektuje napięcia i rozszczepione aspekty Ja (złe obiekty wewnętrzne) na obiekt zewnętrzny. Pacjent sprawia, że analityk przeżywa postawy i emocje, których ten pierwszy unika, broniąc się przed ich doświadczaniem. Komunikuje przy tym własne fantazje tak, aby analityka nimi obciążyć. W ten sposób terapeuta może poznać stan pacjenta, przepracować go, a następnie przekazać pacjentowi w formie dla niego przystępnej (Grzesiuk, 1994c).

Freud (1982/1917) poza przeniesieniem opisał – dające się zaobserwować także u analityka – zjawisko, które nazwał **przeciwprzeniesieniem** (*counter-transference*). Odnosił je do wpływu pacjenta na nieświadome uczucia analityka. Wystąpienie tak rozumianego przeciwprzeniesienia zaburza przebieg terapii, dlatego każdy analityk sam musi poddać się psychoanalizie (Sokolik, 1992). Zakres omawianego pojęcia w późniejszych latach poszerzono. Przez przeciwprzeniesienie rozumie się również przeżywane przez analityka uczucia wobec pacjenta. Uznano, że przeżycia terapeuty, zwłaszcza w pracy z pacjentami wykazującymi głębsze zaburzenia, są głównym źródłem poznania stanu pacjenta. Spotkanie terapeutyczne jest bowiem otwarciem się na siebie dwóch przestrzeni psychicznych w wymiarach świadomym i nieświadomym (Grzesiuk, 1994c). Zjawisko przeciwprzeniesienia ma znaczenie zwłaszcza wtedy, gdy psychoterapeuta styka się w pracy z pacjentami, u których może występować identyfikacja projekcyjna. Terapeuta (nie tylko psychoanalityk) poprzez własne doświadczenia może poznać świat wewnętrzny pacjenta. Dlatego też nie tylko w psychoanalizie jako ważny element kształcenia w psychoterapii traktuje się odbycie własnej terapii treningowej, a także wykorzystywanie superwizji, to jest dzielenie się przez terapeutę początkującego z doświadczonym psychoterapeutą problemami powstałymi podczas sesji terapeutycznej.

Zwłaszcza w podejściu fenomenologiczno-egzystencjalnym za ważny w relacji terapeutycznej uznaje się **kontakt**, jaki zachodzi między psychoterapeutą a pacjentem (Grzesiuk, 1994c). Zjawisko to odnosi się do pozawerbalnego, empatycznego rozumienia strumienia przeżyć pacjenta, postawy o dodatnim znaku uczuciowym wobec niego. Dobry kontakt opisywany jest jako moment wzruszenia, gdy udaje się go nawiązać, jako olśnienie przeżywane w chwili zrozumienia pacjenta. Stwarza on warunki poczucia bezpieczeństwa, ponieważ pacjent może się wówczas przekonać, że terapeuta go nie potępi. Bycie w kontakcie z pacjentem oznacza jednak nie tylko współodczuwanie jego doświadczeń, ale zarazem to, że psychoterapeuta zachowuje własną odrębność i pozostaje z pacjentem w relacji asymetrycznej (uwaga terapeuty koncentruje się głównie na pacjencie).

Typ relacji psychoterapeuta – pacjent, zalecany w podejściu fenomenologicznym, z punktu widzenia psychoanalityka mógłby zostać uznany za wyraz przeciwprzeniesienia o charakterze pozytywnym. W psychoanalizie, oczywiście, ważna jest empatia terapeuty, ale ma on przede wszystkim pełnić funkcję lustra – nie zaspokajać potrzeb pacjenta, lecz je odzwierciedlać.

69.2.1.2 Opór pacjenta przed zmianą

Freud (1995b/1917) poza motywacją pacjenta do zmiany dostrzegał również istnienie **oporu** (*resistance*). To paradoksalne zjawisko – przejaw obronnych wysiłków ego – odnosi się do tych działań pacjenta, które utrudniają dostęp do nieświadomości, uniemożliwiają zmianę (Grzesiuk, 1994c). Do jego klinicznych form – typowych dla pacjentów neurotycznych – można zaliczyć milczenie spowodowane pustką w głowie, wyrażanie ważnych treści w sposób nieemocjonalny, pomijanie pewnej problematyki itp.

Charakterystyczną formą oporu pacjentów z zaburzeniami głębszymi jest tak zwane rozegranie w działaniu (*acting out*), czyli podejmowanie czynności – zwykle impulsywnych – odbiegających od ich normalnych zachowań. Wyrażane są w nich i powtarzane nieświadome fantazje, pragnienia. **Acting out** w terapii tych pacjentów może zatem stać się ważnym źródłem informacji o nich (w psychoterapii neurotyków traktowany jest jako błąd w sztuce – może bowiem oznaczać, że terapeuta nie był wrażliwy na sygnały narastającego napięcia u pacjenta).

Analiza oporu, ujawnianie go stopniowo w sposób świadomy daje pacjentowi szansę bezpiecznego poznania własnych potrzeb, odczuć. Zwłaszcza psychoanalitycy dbają o to, aby nie przełamywać oporu pacjenta. Zbyt nagłe uświadomienie sobie przez pacjenta nieuświadamianych dotychczas treści może być nadmiernie zagrażające, wzbudzać nazbyt silne napięcie emocjonalne, prowadzić do głębokiej regresji (nawet psychotycznej).

69.2.1.3 Rozładowywanie napięć emocjonalnych

W podejściu fenomenologiczno-egzystencjalnym, a zwłaszcza we wspomnianej wcześniej bioenergetyce Lowena (1976), jako ważny czynnik leczniczy uznaje się zjawisko określane terminami o podobnym znaczeniu, takimi jak **rozładowanie napięć emocjonalnych** (*discharge*), odreagowanie (*abreaction*), *katharsis* (Grzesiuk, 1994c). Odnosi się ono do wyładowania emocjonalnego, dzięki któremu pacjent uwalnia się od afektu związanego z traumatycznym wydarzeniem, wskutek czego nie pozostaje ono patogenne. W miejsce uczuć przykrych i zagrażających pacjent podczas psychoterapii zaczyna przeżywać uczucia adekwatne do zdarzeń aktualnych.

Rozładowanie napięć emocjonalnych jest traktowane – zwłaszcza przez terapeutów stosujących bioenergetykę Lowena czy terapię Gestalt – jako główny czynnik leczniczy, dzięki któremu pacjent może poznać własne, nieświadome dotychczas, potrzeby. Twierdzą oni bowiem, że dopiero po przeżyciu pragnień możliwe staje się ich uświadomienie. Powstrzymywanie się przed ekspresją własnego Ja, stosowanie mechanizmów obronnych doprowadza do utraty energii. Uwolnienie energii zaangażowanej w obronę daje pacjentowi możliwość wykorzystania jej w sposób konstruktywny, do rozwiązania problemu.

Rozładowanie napięć jest ważnym elementem terapii eklektycznej – przekonuje o realności nieświadomych pragnień, wywołuje poczucie ulgi – istotne zwłaszcza na początku terapii.

69.2.1.4 Uświadamianie, wgląd, modyfikacja schematów poznawczych

Pacjenci dzięki mechanizmom obronnym utrzymują poza świadomością własne konflikty wewnętrzne, zagrażające pragnienia czy uczucia wobec siebie i innych ludzi. Czynnikiem leczącym jest uświadomienie tych treści. Odkrywanie nieświadomych dotychczas przyczyn własnych problemów przywołuje przeżycia, które doprowadziły do zafałszowania percepcji siebie i otoczenia. Występujący w terapii opór chroni przed tym, by do świadomości pacjenta nie dotarło jednocześnie zbyt wiele zagrażających treści (Grzesiuk, 1994c).

W poszczególnych szkołach psychoterapeutycznych osiąganie przez pacjenta **wglądu** (*insight*) dotyczy różnych obszarów, na przykład źródeł objawów chorobowych, nieświadomych motywów postępowania. W psychoanalizie istotny jest wgląd zwłaszcza w reakcje przeniesieniowe, w bioenergetyce Lowena (1976) ważna jest świadomość własnego ciała.

Wyodrębnia się wgląd intelektualny, czyli odkrycie, poznanie treści dotychczas nieświadomych, i emocjonalny, czyli takie zrozumienie siebie, któremu towarzyszy silne przeżycie emocjonalne i zmiany na poziomie ciała. Oba rodzaje wglądu potrzebne są, by nowa wiedza została włączona w całokształt doświadczeń życiowych pacjenta, aby usunięte zostały objawy chorobowe i nastąpiły inne, konstruktywne zmiany w jego funkcjonowaniu (Grzesiuk, 1994c).

Psychoanalitycy czynienie nieświadomego świadomym uznają za istotny element psychoterapii, natomiast odreagowanie napięć traktują raczej jako zjawisko niemające znaczenia leczniczego. Jednakże ważny, ich zdaniem, jest zarówno wgląd intelektualny, jak i emocjonalny, natomiast granica między tą ostatnią kategorią wglądu a rozładowaniem napięć nie jest już tak ostra.

Wgląd, a także wcześniej omówione rozładowanie napięć emocjonalnych doprowadzają do zmiany przekonań pacjenta, a przede wszystkim do oceny dotychczasowych doświadczeń, własnej osoby i innych ludzi. Psychoterapia poznawcza, bazująca na założeniu, że proces nabywania wiedzy i formowania przekonań jest podstawowym wyznacznikiem nastroju i zachowania, koncentruje się na poznawczych zniekształceniach, niefunkcjonalnym sposobie myślenia, który prowadzi do zaburzeń u pacjenta. W terapii tej program oddziaływań jest tak skonstruowany, aby pacjent mógł zidentyfikować, sprawdzić i zmodyfikować własną tendencję do nietrafnego interpretowania zdarzeń, aby więc mogły zostać zmodyfikowane jego niefunkcjonalne schematy poznawcze (Huflejt-Łukasik, 1994).

69.2.1.5
Uczenie się

Terapia behawioralna dysponuje technikami opartymi na warunkowaniu klasycznym i instrumentalnym (zob. rozdz. 17.) oraz na modelowaniu. Wykorzystuje je do wytwarzania u pacjenta nowych, pożądanych zachowań (na przykład zachowań asertywnych) oraz do usuwania tych zachowań, które zostały uznane za niepożądane (na przykład unikanie kontaktu z bodźcami wzbudzającymi irracjonalny lęk) (Grzesiuk, 1994c; Meyer i Chesser, 1973).

Przykładem techniki opartej na **warunkowaniu klasycznym** jest desensytyzacja (*desensitization*), której mechanizm polega na zahamowaniu reakcji lękowej w rezultacie równoczesnego z nią wywoływania stanu przeciwstawnego do lękowego pod względem fizjologicznym (na przykład stanu relaksacji mięśniowej) (Grzesiuk, 1994c).

Przykładem wykorzystania w terapii **warunkowania instrumentalnego** jest stosowanie wobec nadpobudliwego dziecka pozytywnych wzmocnień (słodycze itp.) za każde dziesięciosekundowe skupienie uwagi na wykonywanym zadaniu oraz niewzmacnianie, ignorowanie przejawów jego nadpobudliwości (Meyer i Chesser, 1973).

Zastosowanie **modelowania** w terapii behawioralnej może polegać na przykład na nauczeniu dziecka z fobią, lękającego się psów, zabawy z takim zwierzęciem, jeśli wcześniej stworzy mu się okazję do wielokrotnego oglądania (w rzeczywistości lub na filmie) odważnego rówieśnika bawiącego się z psem (Meyer i Chesser, 1973).

W szkołach psychoterapeutycznych innych niż oparta na teorii uczenia się terapia behawioralna także brane są pod uwagę możliwości ćwiczenia przez pacjenta nowych zachowań czy uczenia się rozumianego jako nabywanie nowej wiedzy. Ważnym zadaniem wielu terapeutów jest wzbudzanie u pacjenta nowych zachowań, aby w bezpiecznych warunkach psychoterapii mógł sprawdzić ich efekty (Czabała, 1997). Spotkania psychoterapeutyczne stają się dla pacjenta źródłem nowej wiedzy, zwłaszcza gdy zdobywane tam informacje, doświadczenia nie potwierdzają dotychczas przez niego wyznawanych przekonań (Grzesiuk, 1994c).

69.2.1.6
Uwagi końcowe

W każdej psychoterapii mogą wystąpić wszystkie spośród opisanych kategorie zjawisk. Natomiast terapeuci reprezentujący poszczególne szkoły zazwyczaj koncentrują się tylko na wybranych, nielicznych zjawiskach. Jednak gdy to, co uznają oni za czynnik leczniczy, zostaje przełożone na poziom podejmowanych podczas sesji działań, pojawić się może wątpliwość, czy rzeczywiście między szkołami psychoterapeutycznymi istnieją tak zasadnicze różnice, jak można było pierwotnie sądzić, czy nie jest tak, że podobne (lub nawet te same) zjawiska bywają niekiedy przez poszczególnych autorów koncepcji psychoterapeutycznych odmiennie nazywane.

69.2.2
Techniki psychoterapii

Szkoły psychoterapeutyczne zaliczane do czterech głównych nurtów teoretycznych wypracowały własne techniki pracy terapeutycznej, sposoby działań psychoterapeuty podczas sesji (Grzesiuk, 1994b). Istnieją także zasługujące na omówienie techniki terapeutyczne opracowane przez przedstawicieli szkół, które nie dają się zaklasyfikować do tych głównych nurtów. Spośród wielu istniejących technik przedstawiamy tutaj te, które są dość powszechnie stosowane przez psychoterapeutów, zwłaszcza reprezentujących główne orientacje w psychoterapii.

69.2.2.1
Interpretacja

Podstawową techniką stosowaną przez psychoanalityków jest **interpretacja** (*interpretation*), czyli słowne wyjaśnienie przez terapeutę tego, jak rozumie on ukryte znaczenie ujawnionych przez pacjenta treści. Interpretacja jest potrzebna, gdy pacjent mówi lub robi coś, co wydaje się zagadkowe, odbiega od normy. Zakłada się bowiem, że u podłoża jawnych czynności (na przykład pomyłkowych lub marzeń sennych) tkwi konflikt wewnętrzny, który można wydobyć na światło dzienne dzięki interpretacji (Kutter, 1998; Sokolik, 1994).

Interpretacja powinna być przekazywana pacjentowi przy użyciu prostego (a nie technicznego) języka w momencie, gdy będzie on gotów do jej przyjęcia (Grzesiuk, 1994b). Psychoterapeuta musi liczyć się z poziomem lęku, jaki może wzbudzić u pacjentów ujawnienie tego, co dotychczas było nieświadome. Powinien też mieć odpowiedni materiał dowodowy, pochodzący z opisanych przez pacjenta wspomnień, fantazji, pragnień, lęków i innych elementów konfliktu wewnętrznego.

69.2.2.2
Desensytyzacja

Desensytyzacja to oparta na zasadach warunkowania klasycznego technika terapii behawioralnej. Najczęściej stosuje się ją wobec neurotycznych pacjentów z objawami fobii. Pracę terapeutyczną rozpoczyna utworzenie listy bodźców z otoczenia, jakie wywołują reakcje lękowe pacjenta. Następnie bodźce te zostają uszeregowane od najmniej do najbardziej dla niego zagrażających (Grzesiuk, 1994b; Meyer i Chesser, 1973).

Podczas następnych sesji pacjent uczy się osiągać stan relaksu. Gdy nabędzie tę umiejętność, kolejne sesje polegają na podawaniu bodźców lękotwórczych pacjentowi wprowadzonemu w stan relaksu. Zastosowane bodźce lękotwórcze nie powinny wyprowadzić go z tego stanu, dlatego też terapeuta na początku każdej sesji eksponuje najmniej zagrażające dla pacjenta bodźce, stopniowo zwiększając ich siłę lękotwórczą.

69.2.2.3
Modyfikacja zachowań przy użyciu warunkowania instrumentalnego

Przykładem zastosowania tej techniki terapii behawioralnej może być wykorzystanie jej w programie modyfikowania agresywnych

zachowań dzieci (Weigl, 1976). Istota tego programu polegała na nauczeniu matki agresywnego chłopca: (1) nagradzania, chwalenia zachowań pożądanych jej dziecka – na przykład gdy posłusznie wykonywało drobne polecenia; (2) ignorowania jego zachowania agresywnego, jeśli nie zostało bezpośrednio zauważone; (3) umieszczania dziecka za karę na dwie minuty w izolatce w wypadku agresywnego zachowania, z komentarzem w rodzaju: „Nie możesz być tutaj, jeżeli walczysz z innymi". Interesujące jest to, że zaproponowana przez terapeutę procedura zmieniła nie tylko zachowania chłopca, lecz również postępowanie matki (Grzesiuk, 1994b).

69.2.2.4
Technika modelowania

Najważniejszym elementem **techniki modelowania** jest kontakt pacjenta z modelem prezentującym pożądane zachowania. Dla przykładu, technika ta może mieć zastosowanie wobec pacjenta z obsesyjno-kompulsywnym zachowaniem, polegającym między innymi na uporczywym (zajmującym na przykład cztery godziny dziennie) myciu rąk w obawie przed zarażeniem się (Geller, 1976). Jej istota sprowadza się do tego, że na początku procedury pacjent obserwował zachowania terapeuty, który dotykał przedmiotów wywołujących u pacjenta lęk przed zarażeniem się. Następnie pacjent był zachęcany do naśladowania zachowań terapeuty. Gdy decydował się to uczynić, nie pozwalano mu na natychmiastową redukcję lęku przez zachowanie rytualne (umycie rąk). Po znacznym zredukowaniu czasu przeznaczanego przez pacjenta na mycie rąk technikę modelowania zastosowano wobec przedmiotów znajdujących się na zewnątrz gabinetu psychoterapeutycznego (Grzesiuk, 1994b).

69.2.2.5
Klaryfikacja

Klaryfikacja (*clarification*) jest najistotniejszą techniką w terapii fenomenologiczno-egzystencjalnej, a zwłaszcza w psychoterapii skoncentrowanej na osobie. Klaryfikacja polega na określeniu przez psychoterapeutę uczuć pacjenta, tak by stały się bardziej zrozumiałe. Poprawna wypowiedź klaryfikująca to, czego doświadcza pacjent, nie może być tylko zwykłym powtórzeniem treści jego wypowiedzi – ma bowiem wnosić nową dla niego informację, a przy tym nie może wzbudzać u niego zagrożenia; nie powinna więc sięgać zbyt głęboko w sferę nieświadomych doświadczeń. Klaryfikacja spełniająca te warunki jest techniką niedyrektywną, czyli wyraża szacunek dla integralności pacjenta i wiarę w jego olbrzymie możliwości adaptacyjne. Dzięki tym zasobom pacjenta terapeuta ma tylko inicjować proces zachodzących w nim zmian, nie zaś narzucać mu własne przekonania poprzez swe dyrektywne interpretacje (Grzesiuk, 1994b).

69.2.2.6
Techniki pośrednie i paradoksalne

Techniki pośrednie i paradoksalne stanowią istotną grupę technik stosowanych w terapii systemowej, w tym także w terapii rodzin (Namysłowska, 1997; Tryjarska, 1994b; Watzlawick i in., 1967). Są one wykorzystywane głównie wtedy, gdy poddawany terapii pacjent czy rodzina przejawia opór przed zmianą. Terapeuta komunikuje wówczas własne intencje w sposób niejawny. Może na przykład opowiadać przypowiastki, posługiwać się **metaforami** adresowanymi do nieświadomości pacjentów, sugerującymi, jak trudności mogą być rozumiane i jak można sobie z nimi radzić (Barker, 1997). Dosłowna warstwa komunikowanych anegdot nie zawiera żadnych sugestii, by nie nasilić oporu.

Innym sposobem niejawnego, pośredniego sposobu komunikowania się terapeuty jest stawianie pacjentów w obliczu **paradoksu pragmatycznego**, polegającego na formułowaniu nakazów przy równoczesnym stwarzaniu pozoru możliwości dokonania wyboru. Terapeuta na przykład nakazuje zbuntowanej przeciwko rodzicom i terapii młodej pacjentce, by nadal się buntowała. Ten nakaz chwyta pacjentkę w pułapkę paradoksu. Jeśli będzie buntować się wobec rodziców, to podporządkuje się wyrażonemu przez terapeutę wprost nakazowi. Jeżeli jawnie sprzeciwi się nakazowi terapeuty, to musi zrezygnować z buntu wobec rodziców.

69.2.2.7
Trans hipnotyczny

Psychoterapeuci w naszym kraju w mniejszym stopniu zainteresowani są klasyczną hipnozą (Kratochvil, 1996a, 1996b), a bardziej interesuje ich hipnoza w formie stosowanej w terapii Ericksonowskiej (*Ericksonian hypnosis*; Erickson i Rossi, 1996).

Trans stosowany w terapii Ericksonowskiej nie jest osiągany przez nakazy czy sugestie terapeuty kierowane wobec biernego pacjenta. Erickson odwoływał się do naturalnej ludzkiej tendencji, która skłania człowieka do wycofywania uwagi ze świata zewnętrznego w sposób cykliczny w ciągu doby. Wywoływany przez niego trans polegał na skierowaniu uwagi pacjenta do jego świata wewnętrznego. Tak rozumiany trans może być charakteryzowany przez pewien stopień relaksacji, ale zarazem pobudzenia (wzrostu wydzielania adrenaliny). W tym stanie ułatwione jest nawiązanie kontaktu z nieświadomością pacjenta, pojmowaną jako źródło jego zasobów. Hipnoza Ericksonowska umożliwia więc pacjentowi wyjście z impasów życiowych, odkrycie skutecznych sposobów osiągania celów.

69.2.2.8
Nawiązywanie kontaktu w neurolingwistycznym programowaniu

NLP proponuje wiele specyficznych technik terapii. Jedna z nich – mogąca mieć szerokie zastosowanie w innych formach psychoterapii – określa zasady nawiązywania **kontaktu** (*rapport*) z pacjentem (O'Connor i Seymour, 1996). Najogólniej nawiązanie kontaktu z pacjentem (czyli spotkanie się z nim w jego modelu świata) sprowadzić można do podążania za nim. Gdy nawiążemy z nim kontakt, możemy go zacząć prowadzić – innymi słowy, stosować techniki prowadzące do zrealizowania dokładnie ustalonego z nim celu.

Podążanie za pacjentem w sferze niewerbalnej polega na odzwierciedlaniu jego zachowań niewerbalnych – na przyjmowaniu podobnej jak on pozycji ciała, podejmowaniu podobnego rytmu wykonywanych czynności (na przykład oddechu) itp. W sferze werbalnej odzwierciedlanie wyraża się w stosowaniu podobnego języka, a dokładniej – określeń językowych związanych z aktualizowaną przez pacjenta sferą doświadczeń (wzrokowych, słuchowych lub czuciowych).

69.2.2.9
Praca z ciałem

Psychoterapeuci, którzy traktują odreagowanie jako ważny czynnik leczniczy, w pracy terapeutycznej stosują **techniki adresowane bezpośrednio do ciała pacjenta** (zob. ryc. 69-1). Lowen (1976) proponuje stosowanie w terapii ćwiczeń służących zwiększeniu harmonii między psychiką a ciałem, zmniejszaniu chronicznego napięcia mięśni. Ćwiczenia bioenergetyczne polegają na zachęcaniu pacjenta do pogłębionego (a więc odblokowującego jego emocje) oddychania, wzbogacania ekspresji (na przykład przez kopanie materaca lub walenie w niego pięściami). Do technik stosowanych w bioenergetyce należy między innymi wykonywanie przez terapeutę masażu chronicznie napiętych mięśni pacjenta.

69.2.2.10
Psychodrama

Psychodrama (*psychodrama*), stworzona przez J. L. Moreno (Aleksandrowicz, 1996; Roine, 1992), jest techniką dramatyczną stosowaną do celów terapeutycznych, wykorzystującą możliwości, jakie tkwią w odgrywaniu ról, służącą do prowokowania i przepracowywania uczuć, doświadczeń pacjenta. W procedurze psychodramatycznej – technice zwiększającej możliwość prezentowania nieuświadomionych przeżyć, osiągania w nie wglądu, trenowania nowych zachowań, nowych sposobów rozwiązywania konfliktów – wyodrębnia się trzy fazy (Strojnowski, 1985). W pierwszej fazie pacjent proszony jest o przedsta-

COPYRIGHT TOMASZ MISZCZAK

Podczas ćwiczenia pacjentka zachowuje usztywnione ciało, opada na ręce członków grupy terapeutycznej, którzy „przekazują" ją kolejnym osobom. Ćwiczenie wykorzystuje technikę niewerbalną; może mieć wartość diagnostyczną – ujawnić na przykład lęk pacjentki, związany z brakiem zaufania do grupy.

RYCINA 69-1

wienie sytuacji stanowiącej dla niego problem (zamiast opowiadania o niej), o wybranie wśród członków grupy terapeutycznej osób, które będą mogły reprezentować partnerów konfliktu. Organizuje się wówczas przestrzeń sceny, w której będzie rozgrywane wydarzenie, określa się ogólny zarys scenariusza itp.

Faza druga – gra – jest najważniejszą częścią psychodramy, ponieważ wtedy przeszłość pacjenta staje się teraźniejszością. Podczas odgrywania sytuacji z przeszłości terapeuta może przerwać grę i przemieścić grające osoby tak, by każda z nich znalazła się na miejscu przeciwnika i miała szansę spojrzeć na konflikt z jego perspektywy. Kiedy pacjent

COPYRIGHT TOMASZ MISZCZAK

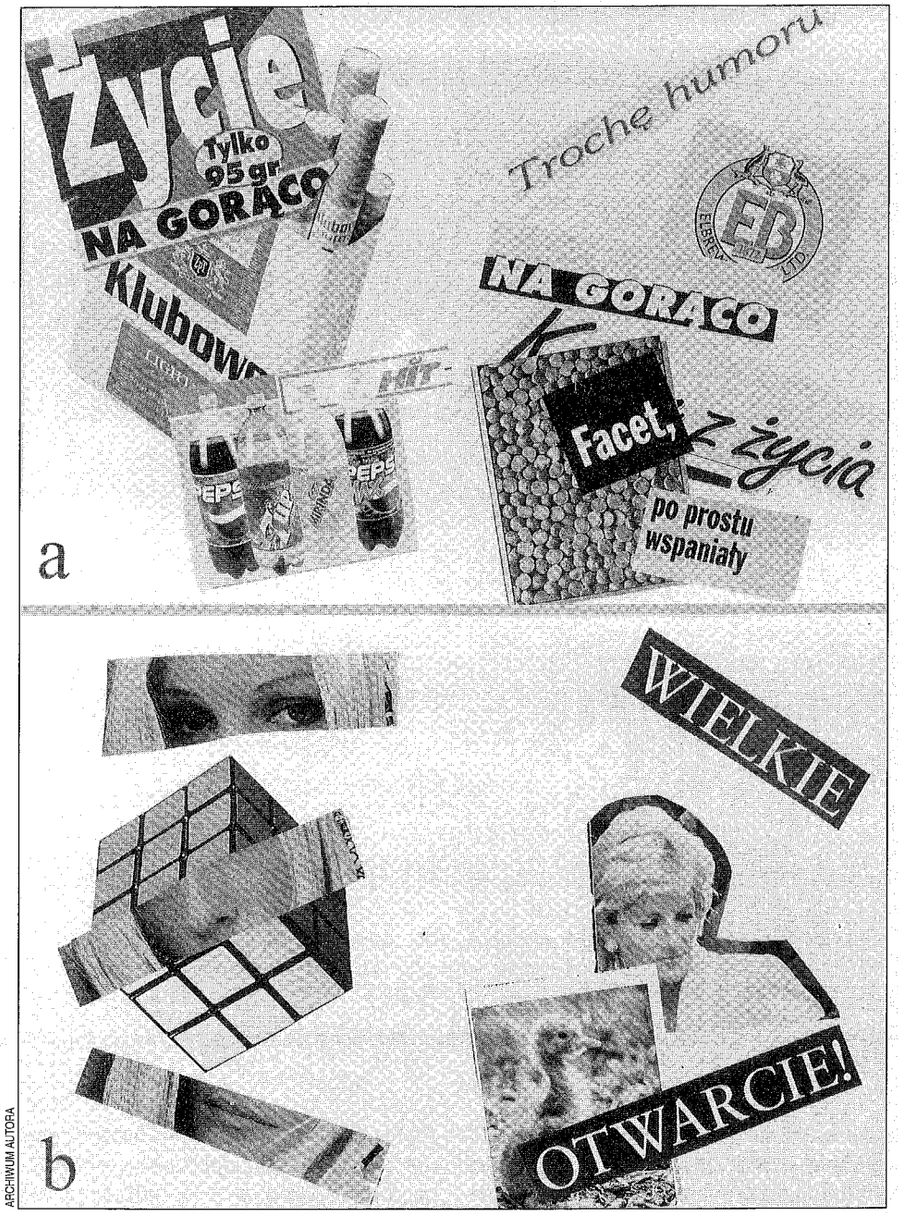
W pantomimicznym ćwiczeniu jedna osoba z pary występuje w roli „ślepca", druga jest jej przewodnikiem (stosuje się też zmianę ról). Doświadczenia wyniesione z ćwiczenia są dla pacjentów okazją do określenia stopnia zaufania wobec innych, skłonności do poszukiwania opieki, czy też unikania jej, tendencji do przewodzenia innym itp.

RYCINA 69-2

w psychodramie ma trudności w wyrażaniu siebie, inny uczestnik grupy może wejść w jego rolę, by wyrazić ukrywane uczucia, nieświadome tendencje.

W ostatniej fazie następuje omówienie odegranej scenki – dzielenie się informacjami zwrotnymi o uczuciach, spostrzeżeniach na temat gry; każdy z uczestników grupy może też wypowiedzieć się o własnych przeżyciach z sytuacji analogicznej do odgrywanej.

Warto dodać, że w technikach pantomimicznych – umożliwiających pacjentowi wyrażanie własnych doświadczeń i przeżytych sytuacji, określanie swojego stosunku do innych ludzi jedynie gestami bez słów – praca nad zadanym tematem (na przykład mój sto-



ARCHIWUM AUTORA

Wytwór na temat (a) „Ja, jakim znają mnie inni ludzie" i (b) „Ja, nieznany innym ludziom", wykonany przez młodego pacjenta Międzywojewódzkiej Konsultacyjnej Poradni Specjalistycznej w Warszawie.

RYCINA 69-3

RAMKA 69.1

Psychoterapii towarzyszy niekiedy spontaniczna twórczość pacjentów, na przykład piszą oni wiersze, które mogą bezpośrednio dotyczyć aktualnych zdarzeń. Pierwszy z przytoczonych poniżej wierszy stworzyła pacjentka Akademickiego Ośrodka Psychoterapii w Warszawie – Basia – po sesji, w czasie której zajmowała się trudnym przeżyciem z przeszłości, nie ujawniając swoich uczuć. W wierszu adresowanym do uczestniczki grupy terapeutycznej, która żywo i emocjonalnie zareagowała na pracę Basi, tak oto wyraża własne przeżycia:

Płaczesz
pierwsza łza
czysta
ledwie zauważona
jest
Dwie czarne strużki
toczą się po policzkach
w dół
Prawdziwe
Czarne łzy
chcę ich dotknąć
Twoje łzy
a ja
martwa
patrzę
patrzę
i chcę płakać
moje oczy suche
jestem martwa
krzyczę
płaczcie!
Martwa
Czarne łzy
Twoje?
– Moje
Zabieram je dla siebie
rozmazany makijaż
wkładam do serca
głęboko
naucz mnie Twoich Łez.

Ta sama pacjentka po jednej z indywidualnych sesji terapeutycznych zdała sobie sprawę, że w czasie spotkania zwodziła koterapeutkę – mówiła o nieważnych rzeczach, a koterapeutka podejmowała te tematy, nie dostrzegając, że jest zwodzona. W innym wierszu tak oto opisuje skomplikowane przeżycia związane z tymi zdarzeniami:

Musisz nauczyć się wyczuć, które podstawione pociągi
są właściwe, a które niewłaściwe.
I nie wsiadać do tych niewłaściwych.
W przeciwnym razie pasażer zostaje na stacji sam.
Z nienawiścią do siebie, że świadomie zaproponował
nie ten pociąg, chociaż pragnął wsiąść do innego.
Z nienawiścią do ciebie, że nie potrafiłaś ich odróżnić.
Z poczuciem winy, że go to bawi.
Z bólem, że jednak wsiadłaś do niewłaściwego pociągu
i odjechałaś.

Odwołując się do wcześniej opisanych zjawisk zachodzących w psychoterapii, można powiedzieć, że drugi wiersz stanowi dobrą ilustrację negatywnej postaci przeniesienia, czy też przejawianego przez pacjentkę oporu; pierwszy zaś może sugerować istnienie pozytywnej postaci przeniesienia.

sunek do matki, ojca) odbywa się w trzech fazach, podobnych do tych, które występują w psychodramie. W psychodramie i w pantomimie można wykorzystywać muzykę (na przykład w formie tematycznego tańca); sam taniec również bywa wykorzystywany do celów terapeutycznych.

69.2.2.11 Analiza wytworów pacjenta

Do wytworów często poddawanych analizie w psychoterapii należy **rysunek** dowolny lub na temat podsunięty przez terapeutę (Aleksandrowicz, 1996). Takim tematem może być na przykład „Moja rodzina", „Ja, jaki jestem", „Ja, jaki chciałbym być" czy „Ja, jakim znają mnie inni ludzie" (zob. ryc. 69-3). W psychoterapii osób dorosłych analiza rysunku – wielkości postaci, użytych barw, bogactwa czy braku szczegółów itp. – dostarcza informacji diagnostycznych, umożliwia dostrzeżenie przez pacjenta nieuświadamianych tendencji. W terapii dzieci rysunek może pełnić również funkcje terapeutyczne, jakie wiążą się z ekspresją przeżyć. Przedmiotem analizy poza rysunkiem mogą być także inne wytwory pacjenta, jakie powstają przy użyciu gliny, gipsu czy innych materiałów umożliwiających lepienie, klejenie. Do celów terapeutycznych wykorzystywana bywa nie tylko plastyczna, ale też muzyczna twórczość pacjentów. Słuchanie muzyki, granie na prostych instrumentach lub śpiewanie pobudzają emocje oraz związane z nimi skojarzenia, ułatwiają zrozumienie problemów pacjenta, wpływają na atmosferę panującą w grupie psychoterapeutycznej.

Pacjenci mogą wykonywać swoje wytwory indywidualnie lub w zespołach, na przykład malowanie czy rysowanie przez całą rodzinę może odbywać się na tym samym kawałku papieru. Analiza sposobu zajmowania swojego terytorium, wkraczania przez poszczególnych członków rodziny na cudze terytorium itp. może ujawniać trudności we współpracy, dostarczać materiału do wglądu.

69.2.2.12 Uwagi końcowe

Opisane kategorie wybranych technik psychoterapeutycznych zostały wyróżnione przede wszystkim ze względu na orientację teoretyczną, z jakiej się wywodzą. Inny sposób wyodrębniania technik, metod psychoterapii może brać pod uwagę jej formy organizacyjne. Wyróżnia się trzy zasadnicze formy organizacyjne:

(1) psychoterapię indywidualną, opartą na kontakcie terapeuty z pacjentem;
(2) terapię grupową, wykorzystującą ponadto interakcje między pacjentami, zachodzące w grupie terapeutycznej;
(3) terapię rodzinną, w której istotne są także interakcje między członkami rodziny.

69.3 Psychoterapia grupowa i rodzinna

Dotychczasowy opis psychoterapii odnosi się głównie do psychoterapii indywidualnej. Terapii grupowej i rodzinnej zostały poświęcone dwa kolejne podrozdziały.

69.3.1 Psychoterapia grupowa

Czym różni się psychoterapia prowadzona w grupie pacjentów od psychoterapii indywidualnej? Odpowiedź na to pytanie jest dość złożona (Kratochvil, 1981; Schneider, Corey i Corey, 1995).

Po pierwsze, nie istnieje jedna postać **psychoterapii grupowej** – analogicznie jak w wypadku terapii indywidualnej, w której

obrębie można wyróżnić zarówno główne nurty teoretyczne, dostarczające podstawowych założeń dla pracy grupowej, jak i szkoły psychoterapii grupowej niedające się do tych nurtów zaklasyfikować. Nie ma więc jednego zestawu reguł pracy z grupą psychoterapeutyczną, powszechnie przyjętych tez na temat faz rozwoju grupy terapeutycznej, zadań psychoterapeuty grupowego, czynników leczących w grupie psychoterapeutycznej itd. (Tryjarska, 1994a).

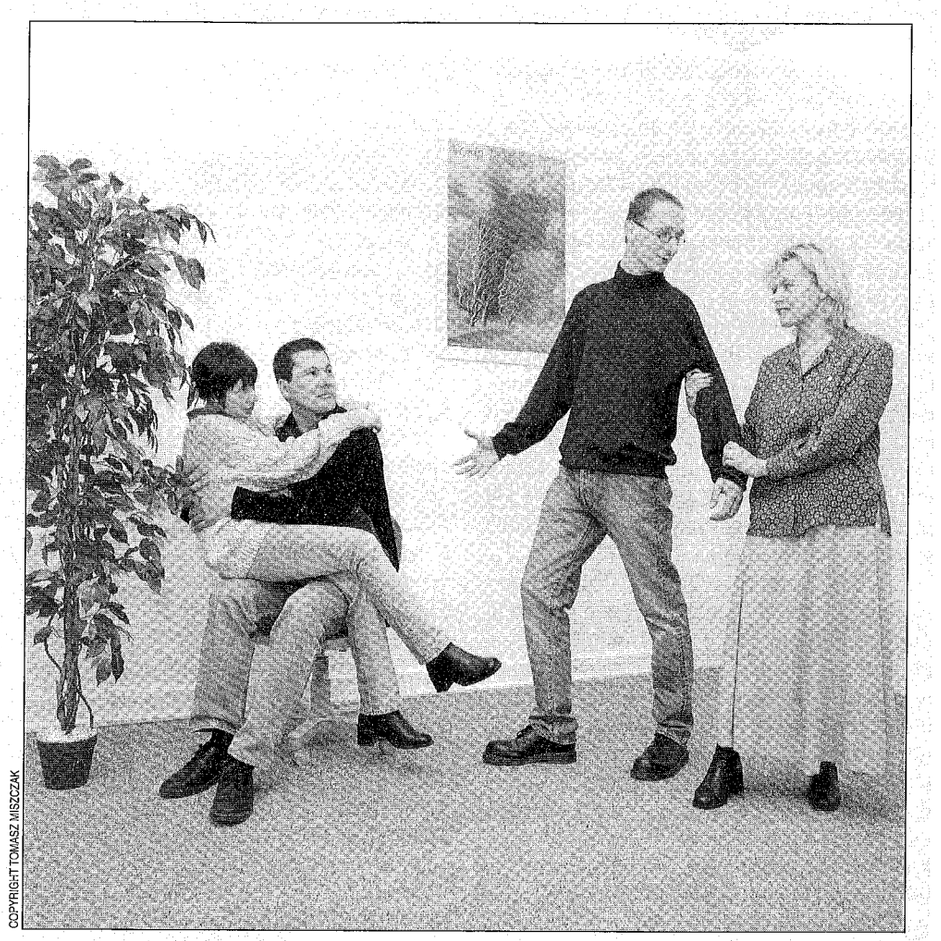
Po drugie, styl niektórych psychoterapeutów (na przykład stosujących terapię Gestalt) określany jest jako „praca indywidualna na tle grupy". Oznacza to, że ich uwaga koncentruje się głównie na procesach intrapersonalnych, a więc grupa jest traktowana jako suma poszczególnych pacjentów. Istnieją więc pośrednie formy pracy między psychoterapią grupową i indywidualną.

Po trzecie, za charakterystyczne dla psychoterapii grupowej należy uznać uwzględnianie przez terapeutę interakcji, jakie zachodzą między pacjentami biorącymi udział w grupie, a nie tylko w ich relacjach z terapeutą (uczestnicy grupy przejawiają tendencję do wchodzenia w związki podobne do utrzymywanych z ludźmi spoza grupy, a zwłaszcza do wyniesionych z rodziny pochodzenia), oraz tworzenie się norm grupowych (na przykład norma otwartości, akceptowania odmienności innych). Psychoterapia grupowa wykorzystuje ponadto dynamikę grupy do wywoływania pożądanych zmian u poszczególnych pacjentów. Możliwość wykorzystania małej grupy jako środowiska i narzędzia terapeutycznego wynika przede wszystkim z następujących sześciu właściwości grupy (Leder, Kosewska i Bigo, 1980):

(1) Grupa jest zdolna wytworzyć u pacjentów poczucie przynależności do zespołu, którego uczestnicy mają podobny cel, to jest wyleczenie się. Może więc dostarczać pacjentom poczucia wsparcia.
(2) Grupa wytwarza normy, które kontrolują zachowania pacjentów, zmuszają ich do dostosowania się do wymagań.
(3) Grupa pokazuje pacjentowi, jak jest spostrzegany przez innych ludzi. Otwiera więc możliwość konfrontacji własnych wyobrażeń z rzeczywistością oraz ich korekty.
(4) W grupie istnieje szansa zaobserwowania, w jakie interakcje z innymi wchodzi pacjent, jak powstają jego problemy, konflikty.
(5) Grupa jest źródłem korektywnych doświadczeń emocjonalnych – za ujawnianie negatywnych emocji pacjent nie ponosi takich samych konsekwencji jak w życiu.
(6) Grupa daje okazję do zorientowania się, jakie role pełni pacjent w małym systemie społecznym.

Psychoterapia grupowa prowadzona jest w **grupach zamkniętych** – gdy wszyscy członkowie grupy w tym samym czasie rozpoczynają i kończą leczenie – i w **grupach otwartych** – niespełniających tego warunku (zob. Leder i in., 1980; Pawlik, 1993). W grupach zamkniętych istnieje możliwość znacznego zintensyfikowania procesu terapeutycznego, spójność grupy nie jest bowiem zakłócana pojawianiem się nowych pacjentów i rozstaniami z osobami kończącymi terapię. Psychoterapia w tego typu grupach wymaga troskliwego doboru pacjentów (najogólniej – powinno się unikać wprowadzania do grupy osób krańcowo różniących się od pozostałych uczestników, na przykład wiekiem, wyglądem zewnętrznym) i rzetelnego przygotowania pacjentów przed podjęciem terapii. Grupy terapeutyczne nie powinny być duże, ich liczebność nie powinna przekraczać 12–15 członków.

Terapeuta (analogicznie jak w psychoterapii indywidualnej) jest odpowiedzialny za określenie przed rozpoczęciem pracy w grupie warunków, w jakich przebiega leczenie, kontraktu, czyli czasu trwania, częstotliwości spotkań, norm obowiązujących w grupie (na przykład swobodne wypowiadanie w grupie myśli i skojarzeń bez poddawania ich wewnętrznej cenzurze, zachowywanie dyskrecji



COPYRIGHT TOMASZ MISZCZAK

W ćwiczeniu „rzeźba rodziny", stosowanym podczas psychoterapii grupowej, pacjenci mogą być wykorzystywani do wyrażania sposobu doświadczania przez jednostkę jej relacji rodzinnych. Wykonujący to ćwiczenie młody człowiek przedstawia siebie jako rozdartego między zabiegającą o niego matką a ojcem skoncentrowanym głównie na córce itd.

RYCINA 69-4

– nieomawianie z osobami spoza grupy faktów z posiedzeń terapeutycznych – regularne i punktualne przychodzenie na sesje itd.).

W przebiegu psychoterapii grupy zamkniętej można wyodrębnić cztery zasadnicze fazy (Leder i in., 1980). W pierwszej z nich pacjenci przejawiają skłonność do wypowiadania się głównie na temat własnych dolegliwości, objawów chorobowych. Ujawniają wprost lub w sposób zakamuflowany swoją nieufność wobec terapeuty i pozostałych pacjentów.

W fazie drugiej zaczynają się wyraźnie kształtować role podejmowane przez uczestników, powstają konflikty między członkami grupy, pojawiają się protesty przeciw normom – mówieniu o sobie, ujawnianiu prawdziwych emocji. Mimo napięć i walki zaczyna wytwarzać się w tej fazie spoistość – wzajemna akceptacja, chęć udzielania sobie nawzajem pomocy, poznania się i zaangażowania w zdarzenia grupowe.

Podczas fazy trzeciej osłabiają się napięcia i konflikty. Po wcześniejszym uzgodnieniu zostają zaakceptowane normy grupowe. Pacjenci w bardziej pogłębiony i szczery sposób przedstawiają własne problemy, wspólnie zastanawiają się nad ich istotą i zachodzącymi zmianami.

W fazie czwartej odbywa się najbardziej wartościowa praca terapeutyczna, prowadząca do osiągania wglądu, następują zmiany postaw pacjenta, ćwiczenie nowych zachowań.

Za czynniki leczące w grupie psychoterapeutycznej – mające też znaczenie w terapii indywidualnej – uznaje się (Tryjarska, 1994a):

(1) wzbudzanie nadziei na rozwiązanie problemów, na pozbycie się objawów chorobowych, skoro udało się to osiągnąć innym pacjentom w grupie;
(2) pojawienie się – działającego zwykle uspokajająco – poczucia, że takie problemy, jakie ma pojedynczy pacjent, mają także inne osoby z grupy;
(3) informacje zwrotne, których ważnym źródłem są dla pacjenta osoby z grupy;
(4) demonstrowane przez inne osoby z grupy pożądane dla pacjenta zachowania, które mogą dostarczać mu wzorów postępowania;
(5) dostarczane przez grupę wsparcie dla pojedynczego pacjenta;
(6) odreagowanie w grupie w atmosferze panującego zaufania; jest ono ważne także ze względu na to, że członkowie grupy mogą współprzeżywać to, co wyraża pacjent, okazywać zrozumienie;
(7) wchodzenie przez członków grupy we wzajemne relacje, analogiczne jak w rodzinie pierwotnej, co ułatwia eksplorowanie tej istotnej kategorii doświadczeń pacjenta.

69.3.2 Terapia rodzinna

Podobnie jak w wypadku psychoterapii indywidualnej i grupowej, nie istnieje jedna szkoła terapii rodzinnej (de Barbaro, 1997; Radochoński, 1984). **Terapia rodzinna** może być prowadzona na bazie teoretycznego podejścia psychoanalitycznego, behawioralnego, fenomenologicznego, systemowego (Ludewig, 1995) itd.

W kolejnych etapach historycznego rozwoju koncepcji terapii rodzinnej (w tym małżeńskiej) zwracano uwagę na różnorodne specyficzne czynniki działające w obrębie rodziny, związane przede wszystkim z faktem, że osoby znaczące (zwłaszcza rodzice) występują nie tylko w świecie wewnętrznych przeżyć, jako intrapsychiczne obiekty pacjenta, lecz istnieją również realnie, w jego codziennym życiu (Fortuna, 1993).

Pierwotnie terapeuci koncentrowali się na jednokierunkowym wpływie, jaki wywiera matka (nadmiernie opiekuńcza czy nie wprost odrzucająca) na dziecko. Następnie ich uwaga z cech osobowości matki przeniosła się na jej relacje z dzieckiem, na przykład zaobserwowano przekazywanie dziecku paradoksalnych komunikatów (równoczesne przywoływanie go słowem i odrzucanie gestem).

W dalszym etapie rozwoju terapeuci rodzinni zaczęli analizować wzajemne stosunki między wszystkimi członkami rodziny. Brali wówczas pod uwagę odgrywane role (na przykład kozła ofiarnego), pozorność porozumiewania się w rodzinie; dostrzegli znaczenie struktury rodziny (zwłaszcza granic między poszczególnymi jej członkami).

W kolejnym etapie rozwoju terapii rodzinnej odkryto znaczenie dających się zaobserwować (głównie w obszarze komunikowania się) interakcji między członkami rodziny. Opisywano na przykład patologiczne więzi, jaki-

mi rodzice przywiązują do siebie swoje dziecko, by utrudnić mu oderwanie od nich – wiązanie go przez lojalność, przez trzymanie na długiej smyczy, czyli pozostawianie mu pewnego marginesu swobody wyłącznie po to, by w nowych związkach powielało stary układ rodzinny itp.

W ostatnim etapie rozwoju terapii rodzinnej upowszechniło się myślenie systemowe o rodzinie, zgodnie z którym rodzina składająca się z podsystemów sama równocześnie jest podsystemem w obrębie większego systemu, jakim jest rodzina pochodzenia matki i ojca itd. Przyjęto, że zmiana w obrębie jednego podsystemu (na przykład mąż – żona, ojciec – dziecko, siostra – brat) wpływa na zmianę całego systemu i odwrotnie. Zwrócono uwagę na niewidzialne lojalności, jakie wiążą w wymiarze międzypokoleniowym układ rodzinny. Dostrzeżono mianowicie, że bieżące trudności rodziny czy małżeństwa wywodzą się z próby przezwyciężenia – występujących w aktualnych relacjach – konfliktów przeniesionych z przeszłości, z rodziny generacyjnej. Zdiagnozowano więzi istniejące w podsystemach rodziny, wyróżniając między innymi nadmierną bliskość (więź zawierającą zależność i ambiwalencję) i koalicje (więź dwóch osób łączących się przeciwko trzeciej).

Czym różni się terapia rodzinna od psychoterapii indywidualnej i grupowej? Ogólnie rzecz biorąc, oba sposoby udzielania pomocy psychologicznej cierpiącemu człowiekowi różnią się przestrzenią, której ta pomoc dotyczy (Fortuna, 1993). Terapia rodzinna odbywa się w przestrzeni realnej, społecznej – jej przedmiotem jest struktura rodziny, rodzaje więzi, cały system rodziny i jej podsystemy, komunikacja. Natomiast psychoterapia indywidualna czy grupowa zajmują się w dużej mierze przestrzenią symboliczną, światem wewnętrznych przeżyć pacjenta – tym, jak świat zewnętrzny odzwierciedla się w jego umyśle.

Najogólniej rzecz ujmując, terapia rodzinna może być rozumiana i prowadzona na dwa sposoby – może być zorientowana systemowo i niesystemowo (Namysłowska, 1997; Tryjarska, 1994b).

W **terapii rodzin zorientowanej systemowo** psychoterapeuta z założenia pracuje z całą rodziną, chociaż jej członkowie najczęściej definiują problem jako zaburzenie jednej osoby (na przykład anoreksja dorastającej córki). Źródło patologii pojedynczego pacjenta nie tkwi bowiem – zdaniem systemowo nastawionego terapeuty – w procesach intrapsychicznych, ale w strukturze systemu rodzinnego i w relacjach, w jakie wchodzą członkowie tego systemu. Według tego punktu widzenia, objawy chorobowe jednostki mogą służyć utrzymaniu homeostazy w jej rodzinie lub być sygnałem skłaniającym do wprowadzenia zmian w systemie rodzinnym. Rodzina traktowana jest jako system otwarty, zdolny do utrzymywania homeostazy. Patologia całego systemu rodzinnego jest źródłem objawów chorobowych pojedynczego pacjenta lub źródłem innych jego problemów. Zaburzenie może powstawać, gdy rodzina mimo wymagań zewnętrznych bądź rozwoju osób wchodzących w jej skład nie zmienia swojej struktury. Problemy pacjenta stają się zrozumiałe w kontekście wiedzy o wzorcach funkcjonowania całej rodziny i o interakcjach między jej członkami.

Terapeuci nastawieni są więc na pracę z całą rodziną, która niemal z definicji demonstruje opór przed zmianą (Cecchin, 1995). Dla psychoterapeutów rodzinnych naturalne jest również podejmowanie pracy z bardziej i mniej umotywowanymi do zmiany członkami rodziny. Ważnym elementem pracy terapeutycznej jest więc radzenie sobie z oporem całego systemu rodzinnego i tych członków rodziny, którzy stawiają silny opór. Dlatego istotne są techniki pośrednie i paradoksalne, czyli reguły postępowania terapeuty, polegające na komunikacji nie wprost, stosowaniu paradoksów pragmatycznych, elementów transu itp.

W **terapii rodzin niezorientowanej systemowo** patologia jest przypisywana jednostce, to jest jej procesom intrapsychicznym lub zachowaniom. Terapeuta przyjmuje założenie, iż to patologiczne jednostki stworzyły zaburzoną, dysfunkcjonalną, nieszczęśliwą rodzinę, rodzina zaś ma znaczenie dla ukształtowania się choroby osób wchodzących w jej skład. Jego zdaniem, psychoterapia powinna odbywać się w obrębie rodziny, ponieważ zaburzenie występujące u pojedynczego pacjenta ma specyficzne manifestacje na terenie rodziny jako ważnej grupy odniesienia. Celem psychoterapii jest zmiana osobowości bądź zachowań poszczególnych członków rodziny. Sposób myślenia o zaburzeniach, jak i praktyczne działania tych terapeutów niewiele różnią się od podejmowanych w psychoterapii indywidualnej.

Specyficzność terapii rodzinnej można więc dostrzec zwłaszcza wtedy, gdy jest ona prowadzona zgodnie z podejściem systemowym. Terapeuci w małym stopniu zajmują się wówczas przeszłością poszczególnych pacjentów. Pracują z całym zaburzonym systemem rodzinnym, koncentrują uwagę głównie na aktualnych wzorcach interakcji w rodzinie, na strukturze i dynamice systemu rodzinnego. Celem terapii rodzin jest zwłaszcza:

(1) zmiana tych wzorców komunikowania się członków rodziny oraz patologicznej sekwencji zdarzeń w rodzinie, które podtrzymują patologiczne zachowanie;
(2) taka zmiana struktury rodziny, która pozwoli jej na samodzielne poradzenie sobie z bieżącym problemem.

Terapia rodzinna – jak to zostało zasygnalizowane – prowadzona jest zazwyczaj z wszystkimi członkami rodziny (choć nie każdy z nich musi uczestniczyć we wszystkich fazach procesu terapeutycznego). Niekiedy terapia jest adresowana do specyficznego podsystemu rodzinnego – najczęściej jest nim para małżeńska. Praktyka terapii małżeńskiej (podobnie jak psychoterapii indywidualnej i rodzinnej) jest inspirowana przez różne podejścia teoretyczne. Psychoterapeuci mogą więc być nastawieni na stosowanie interwencji wobec pojedynczych pacjentów lub wobec całego systemu rodzinnego.

69.4

Strategie i wyniki badań nad psychoterapią

Badania nad psychoterapią realizowane są zgodnie z czterema niżej opisanymi strategiami (Bergin i Garfield, 1971; Jakubowska, 1994a):

(1) **Studium przypadku** jest idiograficzną metodą gromadzenia i analizy danych, która w dziedzinie psychoterapii umożliwia demonstrowanie procedur terapeutycznych, jest użyteczna przy ograniczonym dostępie do większej liczby pacjentów, pozwala wnikliwie opisać wiele subtelnych czynników, składających się na proces psychoterapii.
(2) **Badania naturalistyczno-korelacyjne** znajdują zastosowanie w badaniach nad psychoterapią prowadzoną w warunkach naturalnych. Nie ingerują w przebieg procesu psychoterapii. Nie dają podstaw do wnioskowania o zależnościach przyczynowo-skutkowych. Ich rezultaty informują o współwystępowaniu określonych właściwości procesu psychoterapii z jego efektami.
(3) **Model eksperymentalno-naturalistyczny** dotyczy badań nad psychoterapią, służących weryfikacji hipotez o charakterze przyczynowo-skutkowym; badania tego typu prowadzone są w warunkach, w których zwykle odbywa się leczenie.
(4) **Badania eksperymentalno-laboratoryjne** realizowane są w warunkach symulujących przebieg i efekty rzeczywistej psychoterapii.

Wiele wyników badań nad psychoterapią dotyczyło jej efektywności (Bergin i Garfield, 1971, 1994; Garfield i Bergin, 1990). Do połowy lat sześćdziesiątych kwestionowana była

skuteczność psychoterapii, między innymi ze względu na trudności z doborem grup kontrolnych, ekwiwalentnych w stosunku do grup eksperymentalnych (Kratochvil, 1974). Innym problemem metodologicznym w badaniach empirycznych były niejednorodne, czy też niejednoznaczne sposoby diagnozy dolegliwości, problemów, z jakimi zgłaszali się na terapię pacjenci, oraz mało wiarygodne sposoby pomiaru efektów psychoterapii. Z wielu rezultatów badań wynika, że terapia (niezależnie od orientacji teoretycznej i innych jej właściwości) bywa zazwyczaj skuteczna wobec 60%–70% pacjentów. Efektywność psychoterapii była podważana przede wszystkim przez zaobserwowane zjawisko tak zwanej samoistnej remisji, które – w początkowym okresie badań nad psychoterapią – przypisywano aż 2/3 pacjentów neurotycznych niepoddawanych żadnym leczniczym oddziaływaniom. Na podstawie współczesnych badań spełniających rygory metodologiczne należy stwierdzić, że spontaniczna remisja, czyli poprawa funkcjonowania pacjentów niepoddawanych psychoterapii, występuje zwykle znacznie rzadziej niż w 40% przypadków.

Należy dodać, że bardzo liczne badania nad psychoterapią prowadzą do sprzecznych czy niekonkluzywnych wniosków, zwłaszcza dotyczących efektywności różnych szkół terapeutycznych. Wyniki kolejnych badań mogą informować o większej skuteczności metody pierwszej nad drugą, drugiej nad pierwszą oraz o niestwierdzeniu różnic między nimi. Najogólniej mówiąc, pozytywne efekty terapii nie są zależne od szkoły teoretycznej, na jakiej opiera się psychoterapeuta. Zależą natomiast od jego kompetencji, doświadczenia oraz od solidnych podstaw teoretycznych i empirycznych stosowanej przez niego terapii.

Ważnym problemem podejmowanym w badaniach nad psychoterapią jest także tak zwany efekt deterioracji. Okazuje się, że poziom funkcjonowania około 10% pacjentów po zakończeniu psychoterapii jest niższy od stwierdzonego przed jej rozpoczęciem, a w grupach kontrolnych przeciętne pogorszenie wynosi 5%.

Stwierdzono ponadto, że prawdopodobieństwo negatywnych wyników terapii jest największe, gdy pacjent przejawia głębokie zaburzenia, słabe ego, tendencję do wycofywania się i ucieczki jako strategię radzenia sobie z trudnościami, słabo toleruje lęk, ma niską motywację do udziału w terapii oraz do zmiany.

Negatywne wyniki terapii korelują z takimi właściwościami psychoterapeuty, jak nieświadomość motywów własnego postępowania, wykorzystywanie zależnych pacjentów do zaspokajania własnych potrzeb, postawa agresywna i prowokująca pacjentów, skłaniająca ich do konfrontacji, niecierpliwość itp.

Aby przezwyciężyć niekonkluzywne wnioski z badań nad psychoterapią, przeprowadzane są ich metaanalizy. Metaanalizy wyników przeszło dwóch tysięcy badań przeprowadzonych w latach 1950–1993 informują między innymi o następujących rezultatach (Rakowska, 1996):

(1) Dla pozytywnych wyników terapii ważne jest, czy pacjent został przygotowany do podjęcia roli wynikającej z udziału w psychoterapii, czy miał jasne oczekiwania co do celu terapii, czy cel ten został dobrze uzgodniony między pacjentem a terapeutą, czy problemy pacjenta pasowały do modelu psychoterapii realizowanej przez terapeutę.
(2) Wbrew sugestiom formułowanym przez pewne szkoły psychoterapeutyczne, skuteczność terapii nie jest wyraźnie związana z koncentracją uwagi podczas sesji na „tu i teraz".
(3) Dobre efekty daje psychoterapia, w trakcie której terapeuta koncentruje się na problemach życiowych pacjentów i na ich reakcjach emocjonalnych.
(4) Ze skutecznością psychoterapii związane jest stosowanie interpretacji. Nie stwierdzono natomiast jednoznacznego związku klaryfikacji z pozytywnymi wynikami terapii.
(5) Istotna jest współpraca pacjentów z psychoterapeutą i ich pozytywny stosunek do niego.

(6) Jeśli skutki pojedynczej sesji terapeutycznej są pozytywne, wówczas cała psychoterapia kończy się dobrym rezultatem.

Wiele przytoczonych wyników badań sugeruje, że istotne znaczenie w psychoterapii mają czynniki osobowe. Stwierdza się mianowicie, że dużą część wariancji w zakresie wyników psychoterapii wyjaśniają – istniejące przed rozpoczęciem leczenia – czynniki związane z osobą pacjenta, takie jak jego motywacja do zmiany, głębokość zaburzenia itp. (zob. Garfield i Bergin, 1990). Drugą dużą część wyjaśniają cechy osobowe terapeuty. Dopiero na trzecim miejscu znajdują się zmienne związane z techniką terapeutyczną. Należy więc na zakończenie podkreślić potrzebę dobrego szkolenia psychoterapeutów oraz ich nieustającej dbałości o własny rozwój. Osiąganiu wysokich standardów zawodowych sprzyjają licencje psychoterapeutyczne przyznawane kompetentnym terapeutom przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne oraz certyfikaty psychoterapeuty przyznawane przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

69.5

Podsumowanie

Psychoterapia jest specjalistyczną metodą niesienia pomocy psychologicznej. Nie jest ona definiowana jako nauka, aczkolwiek poszczególne szkoły terapeutyczne opierają się na koncepcjach teoretycznych, które wyjaśniają, jak dochodzi do powstawania zaburzeń w funkcjonowaniu pacjentów poddawanych psychoterapii, oraz informują o tym, jak można rozumieć proces psychoterapii i zmiany zachodzące pod wpływem stosowanych oddziaływań psychologicznych. Dzięki tej wiedzy psychoterapeuci mogą w sposób intencjonalny stosować odpowiednie działania psychoterapeutyczne.

Zarówno w psychoterapii prowadzonej w formie indywidualnych spotkań, jak i w terapii grupowej oraz rodzinnej wyróżnia się cztery główne nurty teoretyczne (związane z zasadniczymi orientacjami w psychologii): nurt psychoanalityczny, behawioralno-poznawczy, humanistyczno-egzystencjalny i podejście systemowe. Istnieją także szkoły psychoterapii niedające się do tych czterech nurtów zaklasyfikować.

Każda ze szkół psychoterapii wyprowadza z przyjętych założeń własne, specyficzne zasady postępowania w praktyce, techniki psychoterapii. Okazuje się, że skuteczność poszczególnych terapii, opartych na różnych założeniach teoretycznych i stosujących różne metody pracy, jest podobna; dobre efekty uzyskuje zazwyczaj 60%–70% pacjentów uczestniczących w psychoterapii. Na uwagę zasługuje fakt, że efektywność psychoterapii zależy między innymi od charakteru wzajemnych relacji między pacjentem i terapeutą oraz od tego, czy wobec danego pacjenta została zastosowana właściwa metoda psychoterapeutyczna.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Które z nurtów teoretycznych w psychoterapii uwzględnia także psychologia akademicka?
2. Czy zjawisko przeniesienia może wystąpić w terapii behawioralnej? Odpowiedź proszę uzasadnić.
3. Która z metod psychoterapeutycznych jest w praktyce najbardziej skuteczna i dlaczego?
4. Czy istnienie zjawiska samoistnej remisji uniemożliwia sukces w psychoterapii? Odpowiedź proszę uzasadnić.

5. Jaką psychoterapię należy stosować, gdy występują problemy z dzieckiem: czy poddać je terapii indywidualnej, czy zaproponować terapię rodzinną? Odpowiedź proszę uzasadnić.

LITERATURA ZALECANA

Czabała, J. C. (1997). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Garfield, S. L., Bergin, A. E. (red.). (1990). *Psychoterapia i zmiana zachowania*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Grzesiuk, L. (red.). (1994). *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (red.). (1998). *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

70

Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji

Stanisław Kowalik

Do II wojny światowej psychologiczną problematykę osób niepełnosprawnych i ich rehabilitacji badano w ramach psychologii klinicznej. Dopiero zorganizowanie sieci placówek medycznych i pozamedycznych, świadczących usługi rehabilitacyjne, spowodowało wyodrębnienie się psychologii rehabilitacji jako samodzielnej subdyscypliny psychologii. Na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych zorganizowano duże konferencje naukowe, poświęcone wyłącznie zagadnieniu usprawniania osób niepełnosprawnych, opublikowano pierwsze monografie dotyczące psychologii rehabilitacji (Barker, Wright i Gonick, 1946; Garret, 1953). Nieco później rozpoczęto wydawanie czasopism naukowych z tego zakresu (*Journal of Rehabilitation*). W Polsce wielkim orędownikiem wprowadzenia psychologii do praktyki rehabilitacyjnej był lekarz ortopeda, Wiktor Dega (1964). Prekur-

ARCHIWUM AUTORA

Wiktor Dega

ARCHIWUM AUTORA

Aleksander Hulek

sorem rozwijania w psychologii polskiej badań nad niepełnosprawnością i rehabilitacją był Aleksander Hulek (1969).

70.1

Pojęcie niepełnosprawności i jej rodzaje

Określenie człowieka jako osoby niepełnosprawnej oznacza, że jego „[...] stan zdrowia fizycznego lub psychicznego powoduje trwałe lub długotrwałe utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie udziału w stosunkach społecznych i wypełniania ról według przyjętych kryteriów i obowiązujących norm" (Zabłocki, 1997, s. 15). Wydaje się, że ta – dość powszechnie przyjęta w Polsce – definicja odnosi niepełnosprawność do dwóch poziomów funkcjonowania człowieka. Z jednej strony podkreśla niepełnosprawność organizmu. W tym wypadku cały organizm lub poszczególne jego układy, czy też narządy (ruchowy, oddechowy, nerwowy, krążeniowy, receptoryczny itd.), są niezdolne do wypełniania właściwych im funkcji, czyli są dysfunkcjonalne. Ten defekt biologiczny będziemy nazywali **dysfunkcjonalnością organizmu**, co nie jest jednak tożsame z niepełnosprawnością człowieka. Z drugiej strony podkreśla się **niepełnosprawność społeczną**, która sprowadza się do niezdolności człowieka do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym: pełnienia ról społecznych, wywiązywania się z zadań życiowych zgodnych z oczekiwaniami społecznymi, podejmowania odpowiedniej aktywności społecznej itd.

Dysfunkcjonalność organizmu jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym do tego, aby można było mówić o niepełnosprawności człowieka. Podobnie nie wystarcza do takiego rozpoznania samo niewywiązywanie się jednostki z narzuconych zadań społecznych. Musi być ono wynikiem względnie trwałych dysfunkcji układów biologicznych lub narządów organizmu, aby można było mówić o człowieku niepełnosprawnym.

Dysfunkcjonalność organizmu może być różnicowana ze względu na czas jej trwania i zakres istniejącego uszkodzenia. Biorąc pod uwagę pierwsze kryterium, można wyróżnić dysfunkcjonalność krótkotrwałą, długotrwałą i trwałą. Do niedawna to właśnie kryterium służyło za podstawę do rozstrzygania o statusie prawnym osoby niepełnosprawnej, który upoważniał do przydzielania stosownych świadczeń socjalnych, a przede wszystkim umożliwiał przyznanie odpowiedniej renty inwalidzkiej. Rozpoznanie długotrwałej lub trwałej dysfunkcjonalności organizmu traktowano jako niezdolność do podjęcia i wykonywania pracy zarobkowej w pełnym zakresie. Wielkość istniejącej dysfunkcji organizmu była dodatkowo wykorzystywana do różnicowania stopnia niepełnosprawności. Opierając się na tym kryterium, przyznawano odpowiednią grupę inwalidzką (pierwszą – w wypadku niezdolności do jakiejkolwiek pracy lub konieczności sprawowania dodatkowej opieki nad osobą niepełnosprawną; drugą – w wypadku możliwości podjęcia pracy wyłącznie w warunkach specjalnych, chronionych; oraz trzecią – w wypadku konieczności zmiany pracy na niżej kwalifikowaną), a to z kolei służyło do przyznania odpowiedniej formy zabezpieczenia socjalnego.

Przedstawione kryteria rozpoznawania niepełnosprawności opierały się przede wszystkim na określeniu charakteru dysfunkcjonalności organizmu w aspekcie konsekwencji dla podjęcia zatrudnienia. W ostatnich latach coraz wyraźniej uwidacznia się nowa tendencja w diagnozowaniu niepełnosprawności (Gałkowski, 1998). Dysfunkcjonalność organizmu rozpatrywana jest przede wszystkim pod kątem szans, jakie mogą pojawić się w związku z ograniczeniem jej społecznych skutków. Określa się więc istniejące możliwości skompensowania występującego defektu fizycznego lub psychicznego, aby nie dopuścić do pojawienia się trwałej niepełnosprawności społecznej. Dysfunkcje organizmu badane są w kontekście możliwości ich ograniczenia za pomocą oddziaływań rehabilitacyjnych.

Polityka socjalna państwa zmierza obecnie ku temu, aby w jak największym stopniu ułatwić osobom niepełnosprawnym aktywny udział w procesie rehabilitacji.

Założenie o istnieniu prostego zdeterminowania niepełnosprawności człowieka przez dysfunkcjonalność jego organizmu bardzo mocno upowszechniło się w świadomości społecznej, w tym również wśród samych osób niepełnosprawnych oraz specjalistów w zakresie rehabilitacji. Należy sobie zdawać sprawę, że z tego założenia wynika: specyficzny stosunek społeczeństwa do osób niepełnosprawnych (traktowanych jako bezradne ofiary losu), specyficzny stosunek osób niepełnosprawnych do własnej dysfunkcji (traktowanej jako źródło wszelkich trudności życiowych) oraz specyficzny stosunek profesjonalistów z zakresu rehabilitacji (traktujących udział w procesie rehabilitacji osoby niepełnosprawnej jako dobrowolne wykorzystywanie przez nią szansy życiowej). Przyjęcie założenia, że niepełnosprawność człowieka będzie taka, na ile sama osoba niepełnosprawna i odpowiedni specjaliści będą w stanie ograniczyć dysfunkcjonalność organizmu, wymusza radykalną zmianę świadomości społecznej

RAMKA 70.1

Różnicę w tradycyjnym i nowym sposobie rozpatrywania niepełnosprawności ilustruje następujący przykład. Osoba po amputacji kończyn otrzymywała dawniej drugą lub pierwszą grupę inwalidzką oraz odpowiednie świadczenia, natomiast jej niejako prywatną sprawą była decyzja o tym, czy zechce poddać się rehabilitacji i tym samym zmniejszyć swoją niepełnosprawność społeczną, czy też woli pozostać bierna i doprowadzić do stopniowego pogłębiania się niepełnosprawności społecznej. Obecnie ta sama osoba, uzyskując orzeczenie o niepełnosprawności, otrzymuje jednocześnie wskazówki dotyczące włączenia się w proces usprawniania. Powinny one pomóc w przezwyciężeniu istniejącego stanu. Dodatkowo osoba z amputacją kończyn może uzyskać świadczenia materialne, które jednak będą dostosowane tylko do tej wielkości niepełnosprawności, jakiej prawdopodobnie nie uda się skompensować w procesie rehabilitacji. Tak więc aktywne włączenie się w ten proces jest z całą pewnością korzystne dla osoby z uszkodzeniem ciała.

w odniesieniu do tej kwestii. Udział w rehabilitacji staje się obowiązkiem społecznym osoby niepełnosprawnej. Specjalista z zakresu rehabilitacji dopiero teraz zaczyna ponosić pełną odpowiedzialność za skutki własnej pracy. Z kolei społeczeństwo – zamiast wyrażanego współczucia – powinno w jak największym stopniu przyczyniać się do stworzenia jak najdogodniejszych warunków, sprzyjających zminimalizowaniu występujących dysfunkcji organizmu i ograniczeniu ich społecznych skutków.

Bardzo trudno przewidzieć, czy przedstawione radykalne ujęcie niepełnosprawności upowszechni się w myśleniu społecznym, czy raczej nastąpi powrót do mniej wymagającego, ale również mało efektywnego ujęcia tradycyjnego. Niezależnie jednak od biegu wydarzeń, dotychczasowy sposób rozpatrywania niepełnosprawności na tylko dwóch poziomach funkcjonowania człowieka wydaje się niewystarczający. Między dysfunkcją organizmu a niepełnosprawnością społeczną może pośredniczyć nie tylko proces rehabilitacji. Ważną rolę odgrywa tam przede wszystkim psychika osoby, która utraciła funkcjonalność organizmu i która musi sobie z tym jakoś poradzić.

Problemy psychologiczne osób niepełnosprawnych można rozpatrywać w dwóch aspektach. Niektóre dysfunkcje układu nerwowego lub hormonalnego mogą wywoływać bezpośrednie skutki psychiczne. Na przykład, nadczynność tarczycy może przyczyniać się do utraty stabilności emocjonalnej, uszkodzenie określonych okolic mózgu może prowadzić do afazji, amnezji lub upośledzenia umysłowego. W takich wypadkach mówi się o równoczesnym wystąpieniu dysfunkcji biologicznych i psychicznych, które prowadzą do niepełnosprawności społecznej.

Dysfunkcje organizmu mogą jednak prowadzić do zmian w psychice jednostki w sposób bardziej złożony. Do uszkodzenia organizmu bowiem człowiek ustosunkowuje się świadomie, ocenia zaistniałą sytuację i próbuje na nią zareagować. Od rodzaju tego ustosunkowania będzie zależało to, jak będzie postępował rozwój niepełnosprawności społecznej, a także jak będzie przebiegał proces ewentualnego ograniczania skutków dysfunkcji organizmu. Należy mieć świadomość, że dysfunkcja organizmu może prowadzić nie tylko do niepełnosprawności społecznej, ale również wyzwalać **niepełnosprawność psychologiczną, polegającą na utracie częściowej lub pełnej zdolności do podmiotowego organizowania własnego działania, co z kolei utrudnia zaspokajanie potrzeb i wywiązywanie się z zadań narzucanych przez otoczenie społeczne** (Kowalik, 1996).

Związek między dysfunkcją organizmu i jej skutkami społecznymi jest upośredniczony przez wielkość niepełnosprawności psychologicznej. Można ją traktować jako wtórne utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie włączenia się osoby niepełnosprawnej w naturalne życie społeczne. Im większa będzie niepełnosprawność psychologiczna, tym niewspółmiernie większe w stosunku do uszkodzenia organizmu będą społeczne skutki zaistniałej dysfunkcji. Jednocześnie jednak można oczekiwać, że niezaburzona sprawność psychologiczna lub poprawnie zrekonstruowana niepełnosprawność w tym zakresie może przyczynić się do istotnego ograniczenia negatywnych konsekwencji społecznych, wynikających z zaburzeń funkcjonowania organizmu.

Wydaje się więc, że przedstawione na początku tego rozdziału określenie niepełnosprawności nie jest wystarczające z punktu widzenia psychologii. Niepełnosprawność powinna być rozpatrywana na trzech poziomach: biologicznym, psychologicznym i społecznym. Dopiero pod tym warunkiem można wyjaśnić i zrozumieć postępowanie osób niepełnosprawnych, będące wynikiem defektu biologicznego lub psychicznego, a także projektować efektywny przebieg procesu rehabilitacji. Warto więc zapoznać się bliżej z koncepcjami teoretycznymi, które eksponują psychologiczny aspekt niepełnosprawności.

70.2

Psychologiczne ujęcie niepełnosprawności

Poglądy psychologiczne na temat niepełnosprawności są dość zróżnicowane. Wydaje się, że odmienność interpretacji teoretycznych wynika przede wszystkim z tego, którą fazą reakcji psychologicznej na zaistniałą dysfunkcję organizmu zajmuje się konkretny badacz. Psychologiczne ustosunkowanie do uszkodzenia ciała ma bowiem pewną dynamikę. Większość badaczy tego zagadnienia uznaje, że najbardziej intensywnie reagują ludzie bezpośrednio po nabyciu kalectwa (Kerr, 1977; Wright, 1977). Z tego względu pierwsza reakcja osoby niepełnosprawnej uznawana jest często za najbardziej charakterystyczną i z jej perspektywy próbuje się zrozumieć wszystkie konsekwencje psychologiczne dysfunkcjonalności organizmu.

70.2.1

Trauma psychiczna wynikająca z dysfunkcji organizmu

Pierwsza faza reakcji na uszkodzenie organizmu bywa różnie nazywana. Nancy Kerr (1977) mówi o okresie szoku. J. Krupnick (1984) nazywa ją syndromem reakcji stresowych (SRS). Najczęściej stosowanym określeniem jest jednak nazwa **trauma psychiczna** (Bartels, 1984; Kerr i Brunnstrom, 1962). Analizę reakcji psychologicznych na wystąpienie dysfunkcji organizmu rozpoczniemy od bliższego poznania tejże traumy.

Nasuwa się pytanie, co dzieje się z człowiekiem bezpośrednio po nabyciu określonego defektu ciała? Próbuje na nie odpowiedzieć D. W. Krueger (1984). Według niego, w rozwoju każdego człowieka można wyróżnić trzy fazy. W dzieciństwie i młodości człowiek stopniowo poznaje i opanowuje własne ciało, własne emocje oraz otoczenie, w jakim żyje. Uczy się kontroli nad czynnościami fizjologicznymi, przyswaja wiele umiejętności ruchowych, zdobywa umiejętność kierowania swymi emocjami, poznaje środowisko, w jakim żyje, a potem uczy się je wykorzystywać do zaspokajania własnych potrzeb. W okresie dorosłości niejako automatycznie czyni użytek z nabytych umiejętności. Traktuje je jako coś naturalnego i niezbywalnego. Uznaje je za właściwości niezbędne, umożliwiające realizowanie się w życiu w sposób wybrany i zaakceptowany. Stopniowo jednak człowiek uświadamia sobie, że zaczyna tracić kontrolę nad tym, co wcześniej opanował. Spostrzega, że sprawność fizyczna i psychiczna maleje, że coraz bardziej ogranicza się jego aktywność społeczna, że nie nadąża już za biegiem życia. Człowiek coraz wyraźniej zaczyna zdawać sobie sprawę, że najpiękniejsze chwile bezpowrotnie minęły. Niknie iluzja wiecznego życia. Zamiast niej pojawia się poczucie zagrożenia zdrowia i bliskość nadchodzącej śmierci.

Zgodnie z koncepcją Kruegera (1984), nabycie defektu fizycznego lub doświadczanie poważnej choroby jest znaczącym naruszeniem przebiegu wskazanych wcześniej faz rozwojowych. To, co normalnie trwa latami, teraz uświadamiane jest w bardzo szybkim tempie. Człowiek niepełnosprawny nagle dowiaduje się, że jego ciało zostało zmienione, że nie jest już tak sprawne jak dawniej, że życiu grozi niebezpieczeństwo, że utracona została kontrola nad wszystkim, co stanowiło istotę jego Ja. Ponieważ informacje o nowym położeniu dotyczą spraw podstawowych i pojawiają się nagle, doprowadzają one do wystąpienia przeżyć wstrząsających całym życiem psychicznym człowieka. S. J. Kohl (1984) dzieli te przeżycia następująco:

(1) walka o przeżycie – odczuwanie strachu przed możliwością śmierci, zdawanie sobie sprawy ze stopnia zagrożenia życia, odczuwanie bezradności wobec zaistniałej sytuacji zdrowotnej;

(2) wyobrażenie śmierci – w związku z odczuwanym bólem, pesymistycznym wyobrażeniem przyszłej sytuacji zdrowotnej pojawia się chęć przerwania życia poprzez samobójstwo;
(3) zaburzenia myślenia – doświadczanie przymusu myślenia na tematy przykre, związane z kalectwem; myślenie to jest chaotyczne i nieuporządkowane, co dodatkowo wzmaga poczucie braku jakiejkolwiek stabilności życiowej;
(4) odczucia fantomowe – poczucie dezorientacji we własnym ciele, doświadczanie nierealności występującego uszkodzenia ciała;
(5) lamentowanie – nie zawsze ujawniane przed innymi, ciche skarżenie się na swój los, „opłakiwanie" przed samym sobą utraty „normalnego" ciała;
(6) próby zrozumienia kalectwa – irracjonalne obwinianie siebie, innych lub losu za to, co się stało, konstatowanie, że przy istniejącym uszkodzeniu ciała dalsze życie nie ma sensu;
(7) przymus wyobrażania sobie własnego ciała – traktowanie uszkodzonego fragmentu ciała jako czegoś obcego, próby usunięcia tego fragmentu ze świadomości, obawy o to, czy nie nastąpi rozwój procesu chorobowego, jeszcze bardziej deformującego ciało;
(8) samotność – odczuwanie niezrozumienia i obojętności ze strony innych osób, w tym także osób bliskich, lęk przed opuszczeniem przez wszystkich, a szczególnie przez partnera seksualnego;
(9) utrata ról społecznych – martwienie się o dalszą egzystencję społeczną własną i rodziny, odczuwanie własnej zbędności społecznej;
(10) ograniczenie aktywności zawodowej – odczuwanie utraty niezależności materialnej, lęk przed niezdolnością do pracy.

Jak wynika z powyższego zestawienia, treści przykrych przeżyć dotyczą w zasadzie wszystkich najważniejszych aspektów życia. Oczywiście, nie każda z nich musi być przeżywana przez każdą z osób tracących sprawność organizmu. Także koncentracja na nich jest zazwyczaj dość zróżnicowana. To, co dla jednej osoby ma znaczenie podstawowe, dla innej może być nieistotne i nie będzie stanowiło powodu do silnych, negatywnych przeżyć.

Jak podkreśla Krueger (1984), największe przeżycia traumatyczne defekt ciała wywołuje u osób dorosłych. Dzieci z wrodzonymi uszkodzeniami ciała rozwijają własne Ja z uwzględnieniem istniejącego defektu. Jest on niejako naturalnym składnikiem ich koncepcji siebie. Dopiero w dalszym życiu uzyskują one informacje – najczęściej od rodziców – o istniejących anomaliach somatycznych. Informacje te dochodzą do świadomości w sposób stopniowy i dzieci mają czas, aby przystosować się psychicznie do kalectwa. Nie chcemy tu twierdzić, że przy wrodzonych uszkodzeniach ciała ludzie nie będą cierpieli. Podkreślamy jedynie, że cierpienie to nie będzie miało charakteru gwałtownej traumy psychicznej, nie będzie polegało na bardzo skumulowanym doświadczaniu różnorodnych i krańcowo silnych przeżyć. W jakimś stopniu to ostatnie twierdzenie odnosi się również do osób w starszym wieku. Im bardziej będą one świadome zbliżającego się kresu życia, zmniejszającej się własnej sprawności i utraty kontroli nad własnym losem, tym lepiej będą przygotowane na przyjęcie ewentualnego kalectwa. W związku z tym ich reakcje na niepełnosprawność fizyczną lub psychiczną nie powinny być tak urazogenne, jak reakcje osób dorosłych w młodszym wieku.

Wielkość traumy psychicznej, nabytej pod wpływem uszkodzenia ciała, zależy nie tylko od omówionych czynników – nagłości (gwałtowności) pojawienia się defektu oraz czasu jego nabycia. H. S. Friedman i Stephanie Booth-Kewley (1987) wykazali, że wielkość ta zdeterminowana jest także przez: wielkość i lokalizację uszkodzenia ciała, jego wpływ na ogólny stan zdrowia, widoczność defektu, spostrzeganą możliwość fizycznej restytucji uszkodzenia, doświadczanie wcześniejszych urazów ciała, pamięć zdarzenia,

które spowodowało uszkodzenie, oraz właściwości osobowości jednostki niepełnosprawnej. Nie ma chyba potrzeby uzasadniania w tym miejscu, w jaki sposób każdy z wymienionych czynników może określać wielkość traumy psychicznej. Warto jedynie dodać, że czynniki te wpływają również na tempo, w jakim osoba niepełnosprawna poradzi sobie z przeżywanym urazem. Mówiąc inaczej, chodzi o to, kiedy postać opisanego wcześniej cierpienia zmieni swój charakter.

70.2.2
Żal po utracie sprawności organizmu

Reakcje ludzi na powstanie niepełnosprawności organizmu zupełnie inaczej opisuje grupa psychologów wyraźnie nawiązujących do koncepcji psychoanalitycznych. Wynika to z faktu koncentracji badań na tej fazie doświadczania własnej dysfunkcjonalności przez osoby niepełnosprawne, w której uformowany już został uraz psychiczny. W tym okresie dochodzi do całkowitego skoncentrowania się na uszkodzeniu własnego ciała, a emocje, które zostały wcześniej wyzwolone, uniemożliwiają dokonanie jakiejkolwiek zmiany nastawienia psychicznego. Za pomocą przedstawionej tu koncepcji psychicznej reakcji na defekt ciała, akcentującej przeżywanie żalu po uszkodzeniu organizmu, spróbujemy przybliżyć drugi etap subiektywnego reagowania człowieka na własne kalectwo.

Anna Freud (1965), analizując w duchu psychoanalizy przebieg rozwoju psychicznego ludzi, wykazała, że wyobrażenie własnego ciała ma podstawowe znaczenie dla kształtowania się Ja u każdego człowieka. Podobne poglądy formułowali między innymi G. Engel (1962) i O. Fenichel (1945). Obraz własnego ciała powstaje już we wczesnym dzieciństwie. W pierwszym roku życia, w fazie oralnej, poprzez dotykanie ustami różnych przedmiotów, a także niektórych części własnego ciała (głównie rąk), następuje wyodrębnienie pewnych elementów anatomicznej budowy człowieka. Potem już bardzo szybko powstaje pełne wyobrażenie własnego ciała. Jest to możliwe głównie dzięki podejmowaniu aktywności ruchowej przez dziecko. W trakcie wykonywania różnego rodzaju działań ruchowych dziecko odbiera szereg wrażeń kinestetycznych i dotykowych, które pomagają mu w uświadomieniu sobie własnej odrębności i indywidualności (Bettelheim, 1989). W dalszej kolejności podobną rolę odgrywają wrażenia wzrokowe. Dookreślają one niejako istniejące już wyobrażenie własnego ciała. Obraz ten staje się dla człowieka symbolem jego istnienia. Dopóki ciało jest sprawne i zdrowe, mamy potwierdzenie braku zagrożenia dla własnego bytu. Jednak gdy zarejestrujemy jakieś zmiany w strukturze lub funkcjonowaniu organizmu, odbieramy to jako sygnał informujący o możliwości utraty samego siebie – nie tylko własnego zdrowia, ale także wszelkich elementów psychicznych i społecznych własnego Ja.

W takim kontekście teoretycznym rozpatrywana jest reakcja osób, u których doszło do trwałego uszkodzenia ciała. Uraz cielesny lub poważna choroba doświadczane są jako naruszenie spójności i integracji całej osoby – taki stan uznaje się więc za początek rozpadu własnego Ja. Świadomość tego stanu jest zasadniczym źródłem cierpienia.

Za K. Elbirlikiem (1985) można wyróżnić następujące rodzaje przeżyć odczuwanych przez osobę, u której dochodzi do uszkodzenia ciała. Przede wszystkim pojawia się lęk kastracyjny, który może występować jeszcze przed utratą określonej części ciała i który trwa nadal po wystąpieniu urazu fizycznego. Często przechodzi on w stan szoku inicjacyjnego. Pacjent uświadamia sobie, że jakaś jego część już nie istnieje, że został trwale okaleczony. Przeżycie lęku może być tak duże, że dochodzi do uruchomienia mechanizmów obronnych, wypierających ze świadomości informacje o zaistniałym kalectwie. W wyniku tego następuje zmniejszenie napięcia emocjonalnego, ale stan psychiczny pa-

cjenta nie powraca do normy. Określa się go jako stan oszołomienia, utraty poczucia rzeczywistości (derealizacji) i utraty poczucia własnej tożsamości (depersonalizacji). W konfrontacji z rzeczywistością skuteczność działania mechanizmu zaprzeczania w końcu się wyczerpuje. Powraca świadomość utraty części ciała. Dopiero wtedy człowiek zaczyna w pełni cierpieć. Im bardziej kocha siebie, tym mocniej przeżywa utratę części siebie. Miejsce, w którym nastąpiło rozdzielenie ciała, spostrzega jako ranę (ranę narcystyczną). Skupia na niej całą swoją uwagę. W tym momencie cierpienie nabiera podwójnego znaczenia.

Osoba niepełnosprawna konfrontuje dawny obraz własnego ciała z jego aktualnym stanem. Wynik tego porównania zawsze jest jednakowy. Pacjent nie może zaakceptować ciała z defektem. Traktuje je jako zdeformowane, złe, niefunkcjonalne, czyli w całości bezwartościowe. Coś, co było niesłychanie drogie i kochane, nagle staje się czymś wstydliwym i bezużytecznym. Okaleczone ciało może wyzwalać masochistyczne nastawienie do samego siebie. W swoich fantazjach pacjenci dalej okaleczają siebie, aż do zupełnego unicestwienia. Przedstawiają sobie własną osobę jako ofiarę, którą należy zniszczyć. W skrajnych przypadkach ta forma cierpienia może mieć nawet charakter perwersji – osoby niepełnosprawne niszczą siebie nie tylko w wyobraźni, ale i w rzeczywistości (nie dbając o własne zdrowie, podejmując działania bardzo ryzykowne i zagrażające życiu, a niekiedy nawet ujawniając tendencje samobójcze).

Osoba niepełnosprawna cierpi jednak nie tylko nad tym, co pozostało w wyniku uszkodzenia ciała, ale również nad tym, co zostało utracone. Przeżycie najbardziej charakterystyczne dla tego cierpienia określane jest najczęściej jako żal. Człowiek zamyka się w sobie, cały ogarnięty jest smutkiem, przypomina sobie różne epizody życiowe, w których uczestniczył jąko osoba pełnosprawna. Niekiedy to rozpamiętywanie siebie jako osoby zdrowej przemienia się w rozpacz, spowodowaną zaistniałą stratą. Ten rodzaj przeżywania swojego stanu zdrowia nazywa się często lamentem. Żal i lament uznaje się za ciąg przeżyć niezbędnych człowiekowi do odzyskania powtórnej równowagi wewnętrznej. Koncentracja uwagi na zmianach w organizmie jest konieczna do zlikwidowania poprzedniej koncepcji własnego Ja (pożegnania się z nią) i zainicjowania tworzenia koncepcji nowej. Zarówno masochistyczne nastawienie do własnego ciała, pełniące funkcję destrukcyjną wobec jego obrazu, jak i „opłakiwanie" oraz „żegnanie się" z utraconą sprawnością lub częścią ciała służą temu celowi.

Ogólnie można powiedzieć, że podłożem reakcji na występującą dysfunkcję organizmu u osoby niepełnosprawnej jest – według psychoanalityków – konflikt w obrębie Ja. Uszkodzenie ciała wywołuje u człowieka jednocześnie miłość i nienawiść. Pacjent staje przed dylematem: „zabić czy nie zabić" obiektu swojej miłości (Young-Bruehl, 1996). Zwykle jednak nadchodzi taki moment, że odrzuca on dawne wyobrażenie o sobie i w ten sposób kończy swoje cierpienie. Nie zawsze jednak udaje się rozwiązać konflikt w taki sposób. Niekiedy miłość własna jest tak duża, że uniemożliwia wykonanie tego zadania. W takich wypadkach człowiek unika myślenia na te tematy. Można odnieść wrażenie, że problem niepełnosprawności przestaje dla niego istnieć. W rzeczywistości jednak zostaje on tylko wyparty do nieświadomości, aby w sytuacjach kryzysowych znowu stać się źródłem cierpienia. Tej problematyce psychoanalitycy nie poświęcają już większej uwagi. Jest ona dla nich istotna o tyle, o ile informuje, że konflikt podstawowy jeszcze nie został przez pacjenta rozwiązany. Istnieją też inne psychologiczne koncepcje niepełnosprawności, w których doświadczanie kryzysów przez osoby z naruszoną sprawnością organizmu jest analizowane w znacznie szerszym zakresie, niż to czyni psychoanaliza. Koncepcje te koncentrują się na kolejnej fazie doświadczania własnego kalectwa przez osoby niepełnosprawne.

70.2.3
Pokonywanie kryzysów życiowych przez osoby niepełnosprawne

Beatrice Wright (1977) podzieliła osoby doświadczające kalectwa na dwie grupy. Pierwszą z nich tworzą osoby, które ulegają zaistniałej sytuacji. Cały czas koncentrują się one na braku cielesnym i trudnościach życiowych, jakie łączą się z tym brakiem. Same siebie spostrzegają jako ofiary losu. Drugą grupę tworzą osoby, które przeciwstawiają się kalectwu. Osoby te próbują aktywnie pokierować własnym życiem w nowej sytuacji oraz dążą do poprawy własnego losu. Dotychczas rozpatrywaliśmy reakcje osoby niepełnosprawnej, która ulega sytuacji, w jakiej się znalazła. Teraz chcielibyśmy się skupić na analizie tych sposobów reagowania, które są wyrazem bardziej konstruktywnego odnoszenia się do nabytej dysfunkcjonalności organizmu.

Dla wielu badaczy nabycie kalectwa jest równoznaczne z podjęciem przez człowieka **powtórnego procesu socjalizacji** (Cogswell, 1984; Sussman, 1977). W wyniku tego procesu osoba niepełnosprawna powinna odnaleźć dla siebie nowe miejsce w życiu społecznym. Proces ten jest bardzo czasochłonny i rozciąga się zazwyczaj na wiele lat. Jest to też proces bardzo złożony. Jednostka niepełnosprawna musi opanować nowe umiejętności społeczne, zmienić wiele ze swoich postaw, utworzyć więzi z nową grupą ludzi, przejąć nowe role społeczne itd. Nie jest to zadanie łatwe. Uczestnicząc w powtórnej socjalizacji, człowiek doświadcza wielu przeżyć – radosnych i przykrych. Tych ostatnich jest chyba więcej, ponieważ na nie zwracają szczególną uwagę psychologowie, nawiązujący do teorii przezwyciężania kryzysów życiowych. Uważają oni, że doświadczenia osób niepełnosprawnych składają się z negatywnych przeżyć – odczuwanych w sytuacjach krytycznych – oraz z przeżyć pozytywnych – wynikających z przezwyciężenia kryzysów psychicznych i osiągania kolejnych poziomów niezależności społecznej (Coulton, 1984).

Opracowano kilka koncepcji **kryzysów psychicznych**, doświadczanych przez osoby niepełnosprawne. W tym miejscu przedstawimy jedną z nich, opracowaną przez Betty Cogswell (1984). Ponieważ jest to koncepcja najbardziej ogólna ze wszystkich znanych nam opracowań tego typu, dlatego w miarę potrzeby wzbogacimy ją o bardziej szczegółowe elementy, uwypuklone w koncepcjach innych autorów. Cogswell (1977) zwraca uwagę, że prawie każda osoba, która doznała urazu ciała, najpierw trafia do placówki leczniczej, potem powraca do domu rodzinnego i w końcu próbuje zająć miejsce w naturalnym środowisku społecznym, pośród zdrowych ludzi. W każdym z tych miejsc osobę niepełnosprawną czekają określone wyzwania, którym musi sprostać. Wszędzie też dochodzi do doświadczania specyficznych kryzysów psychicznych.

W ośrodku leczniczym lub rehabilitacyjnym pacjent natrafia na zupełnie nową dla siebie sytuację. Przede wszystkim następuje tu ograniczenie stymulacji sensorycznej i społecznej. Wynika ono z kilku powodów: ze stosowania środków łagodzących ból, z ograniczeń w wykonywaniu normalnych czynności samoobsługowych, z braku możliwości realizowania działań, do których jest się przyzwyczajonym, z monotonii rytmu dnia w szpitalu oraz niewielkiej liczby osób kontaktujących się z pacjentami. Kolejną właściwością życia w ośrodku leczniczym jest ciągłe oczekiwanie na coś, co ma nastąpić. Pacjenci czekają na badania diagnostyczne, na zabiegi, na wizytę lekarską, na posiłki, a w nocy – mając kłopoty ze snem – czekają na nadejście dnia. Generalnie zaś wszyscy pacjenci czekają na wyjście ze szpitala. Innym mankamentem życia szpitalnego jest poczucie utraty pełnej kontroli nad własnym ciałem. Długie przebywanie w łóżku i mała aktywność ruchowa osłabia pacjenta. Jeżeli dołączy się do tego schorzenie lub uszkodzenie ciała, które uniemożliwia wykonywanie prostych czynności,

oraz ból przy podejmowaniu jakiegokolwiek ruchu, wówczas poczucie bezradności jest pełne. Taka sytuacja wyzwala u pacjentów wiele różnych emocji: lęk, złość, rezygnację, depresję itd. O niektórych z tych stanów mówiliśmy wcześniej.

Jednak istotą kryzysu osób z trwałymi uszkodzeniami ciała jest poczucie niepewności. Pobyt w szpitalu jest dla nich okresem moratorium wobec tego, co dopiero nastąpi. Mimo że pacjenci mogą mieć pełną świadomość stanu swojego zdrowia, w sensie społecznym nikt ich jeszcze nie traktuje jako osób niepełnosprawnych. Są oni „tylko" osobami chorymi, to znaczy ludźmi, których się leczy i których można wyleczyć. Przyjęcie roli chorego łączy się zawsze z odczuwaniem przez pacjenta niepewności. Wyrazić ją można w trzech pytaniach: Czy umrę? Czy zostanę wyleczony? Czy zostanę osobą niepełnosprawną do końca życia?

W pewnym momencie okres moratorium się kończy i odpowiedzi na te pytania zostają udzielone. Personel medyczny zaczyna podejmować w stosunku do pacjenta działania rehabilitacyjne. Wyznaczona w ten sposób cezura jednoznacznie przypisuje choremu rolę osoby niepełnosprawnej. Teraz poczucie niepewności zostaje częściowo zlikwidowane, ale natychmiast pojawiają się nowe jego źródła – związane z przebiegiem procesu rehabilitacji. Mimo to w tym momencie kryzys związany z **przejściem od roli chorego do roli niepełnosprawnego** zostaje zakończony. Opisany kryzys można zilustrować licznymi przykładami. Przeżywają go osoby po urazach rdzenia kręgowego, osoby z ciężkimi poparzeniami, osoby po zawale serca, chorzy na gościec przewlekły itd. Przejście okresu moratorium nie kończy jednak sytuacji trudnych, jakie pojawią się w życiu pacjentów.

Zazwyczaj – niezależnie od rodzaju dysfunkcji organizmu – pacjenci przebywający w ośrodkach leczniczych lub rehabilitacyjnych mogą doświadczać silnych przeżyć związanych z udziałem w zajęciach rehabilitacyjnych. Dzięki określonym ułatwieniom sprzętowym i życzliwej postawie personelu szpitalnego, a przede wszystkim dzięki odnoszonym sukcesom w procesie usprawniania częściej są to przeżycia pozytywne.

Do kolejnego kryzysu dochodzi dopiero po powrocie pacjenta do domu. Wtedy następuje pełna konfrontacja aspiracji osoby niepełnosprawnej z rzeczywistymi jej możliwościami. Okazuje się zwykle, że nie sprawdzają się stworzone w trakcie rehabilitacji szpitalnej wyobrażenia na temat funkcjonowania w domu. Optymizm pacjenta wychodzącego ze szpitala bardzo szybko zamienia się w rozpacz. Nadchodzi okres, który nazywamy **kryzysem ograniczonej niezależności**. Osoba niepełnosprawna z dnia na dzień zaczyna się orientować, jakie ograniczenia wynikają z nabytego kalectwa. Zdaje sobie sprawę, że stała się ciężarem dla najbliższych, których troska, czasami nadmierna, może wzbudzać rozdrażnienie lub apatię. Mogą być podejmowane nieudane próby podjęcia czynności z poprzedniego okresu, co dostarcza osobie niepełnosprawnej dalszych negatywnych przeżyć. Znane są przypadki osób niepełnosprawnych, które do tego stopnia zrażały do siebie członków rodziny po powrocie ze szpitala, że musiały zostać skierowane do domu pomocy społecznej. Z kolei inne osoby, nie mogąc się pogodzić z własną niesprawnością w domu rodzinnym, opuszczały go, idąc do domu pomocy społecznej z własnej woli.

Oczywiście, tak skrajne rozwiązania kryzysu ograniczonej niezależności nie są częste. Zazwyczaj osoba niepełnosprawna pozostaje w domu, który staje się jednak dla niej środowiskiem chronionym. Gdy kończy się okres odwiedzin członków dalszej rodziny, przyjaciół oraz znajomych i życie stopniowo się normalizuje, pojawia się poczucie pustki społecznej. Człowiek niepełnosprawny zaczyna odczuwać potrzebę powrotu do naturalnego środowiska społecznego. Przy bardzo poważnym kalectwie może to być niemożliwe z powodów obiektywnych (na przykład po poważnych uszkodzeniach mózgu pacjent musi ciągle przebywać w łóżku). Częściej jednak osoby niepełnosprawne podejmują próby włączenia się w życie szerszej społeczności. Niestety, szybko okazuje się, że nie jest to zadanie łatwe. Poprzednie kontakty społeczne zostają zerwane i nie są już odtwarzane ponownie. Trudno określić jednoznacznie, w jakim stopniu wynika to z niechęci osób zdrowych, a w jakim – osób niepełnosprawnych. Niekiedy zwraca się uwagę, że to osoby niepełnosprawne są inicjatorami zrywania dawnych związków społecznych, ponieważ utrudniają one proces określenia nowej tożsamości (Cogswell, 1984). Często jednak zdarza się, że to dawni znajomi nie mogą zaakceptować tego, iż znana im osoba nie jest już tym samym człowiekiem. Inni badacze zwracają uwagę, że stereotypy społeczne inwalidy decydują o tym, iż ludzie zdrowi unikają kontaktów z osobami niepełnosprawnymi (Larkowa, 1987). Nie rozstrzygając tych wątpliwości, możemy stwierdzić, że pewne jest jedno. Tam gdzie istnieją możliwości wejścia osób niepełnosprawnych w normalne życie społeczne, pojawiają się bariery, które to utrudniają. W tym wypadku dochodzi do przeżywania **kryzysu pustki społecznej**. Osoby niepełnosprawne cierpią, ponieważ czują się niepełnowartościowe społecznie, odrzucone przez innych, wskutek czego dalsze życie traci dla nich sens.

Cogswell (1984) uważa, że osoby z określonym kalectwem reagują na tę sytuację, poszukując nowych kontaktów – z osobami o stosunkowo niskim statusie społecznym. Takie rozwiązanie nie daje im jednak pełnej satysfakcji i cierpienie trwa nadal. Dopiero kiedy nawiązane zostaną kontakty z innymi osobami niepełnosprawnymi, można mówić o rozwiązaniu kryzysu pustki społecznej. Wielokrotne obserwacje wskazują jednak na to, że niepełnosprawnym członkom grup samopomocowych zależy na nawiązaniu bliskich i trwałych kontaktów z osobami pełnosprawnymi, że bardzo dbają oni o utrzymanie tych przyjacielskich więzi i że bardzo cierpią, kiedy z różnych powodów związki te są osłabiane lub zrywane.

Do wyróżnionych przez Cogswell trzech kryzysów, które nazwaliśmy kryzysem przejścia od roli chorego do roli niepełnosprawnego, kryzysem ograniczonej niezależności i kryzysem pustki społecznej, można dodać następne. Uzupełniają one w pewnym stopniu obraz cierpień, jakich musi doświadczyć osoba niepełnosprawna. Warto w tym miejscu wskazać na wyróżniony przez W. Wolfensbergera (1972) tak zwany **kryzys rzeczywisty**. Dotyczy on trudności dnia codziennego, na które natrafiają wszyscy ludzie, ale osoby niepełnosprawne odczuwają je jako szczególnie dokuczliwe. Chodzi o kłopoty finansowe, bariery architektoniczne, utrudniające poruszanie się, trudności w zdobyciu sprzętu rehabilitacyjnego ułatwiającego życie codzienne, uzyskanie pracy, która przynosiłaby zadowolenie itd. Z kolei Giovanna Nigro (1977) podkreśla istotną rolę **kryzysu związku z partnerem seksualnym**. Powrót do naturalnego środowiska łączy się z rozpoznaniem przez osobę niepełnosprawną własnej sprawności seksualnej, ewentualnej utraty atrakcyjności fizycznej dla partnera, zagrożenia związanego z utratą jego miłości i wierności itd. Niekiedy osoba niepełnosprawna staje przed niełatwym problemem znalezienia osoby, z którą będzie dzieliła przyszłe życie. Ten ostatni rodzaj kryzysu stanowi niejako punkt wyjścia dla kolejnego podejścia teoretycznego do niepełnosprawności.

70.2.4
Alienacja osobista i społeczna jako konsekwencja niepełnosprawności

T. W. Pulton (1984) zaproponował rozpatrzenie reakcji psychologicznych osób, które tracą sprawność fizyczną, w sposób rzadko spotykany – jako procesu wyalienowania się. Alienacja oznacza w tym wypadku jakościowe pogorszenie się odczuwania związków z własnym ciałem oraz związków z innymi ludźmi. Pulton sądzi, że osoby niepełnosprawne, porównując aktualne położenie z sytuacją przed nabyciem kalectwa, odczuwają przede wszystkim obcość swojego ciała. Jest to skutek

utraty kontroli nad niektórymi funkcjami cielesnymi. Im bardziej te funkcje będą zaburzone, tym bardziej ciało będzie spostrzegane jako coś zewnętrznego, nierzeczywistego, złego, odległego przestrzennie i pozbawionego podmiotowej kontroli. Następuje więc alienacja od części samego siebie. Uszkodzona część ciała, lub nawet całe ciało może wzbudzać wstręt i odrazę. Z drugiej strony jednak człowiek zdaje sobie sprawę, że stanu tego nie może zmienić – trzeba nadal żyć z ropiejącymi ranami, nieestetycznie wyglądającym kikutem, nietrzymaniem moczu itd.

Szczególne znaczenie w procesie alienacji od własnego ciała Pulton (1984) przypisuje utracie normalnego funkcjonowania seksualnego ludzi niepełnosprawnych. Dla wielu osób sprawność seksualna jest podstawowym kryterium służącym do oceny własnej wartości. Przy pewnych schorzeniach nie istnieje możliwość fizjologicznego zaspokojenia popędu seksualnego. Problematyczne jest także zaspokojenie tej potrzeby u partnera seksualnego. Z tego powodu ludzie niepełnosprawni mogą doświadczać poczucia winy, a niekiedy również odczuwać zazdrość o partnera seksualnego (Diamond, 1977). Proponowane zastępcze środki (używanie sztucznych penisów, wibratorów, stosowanie seksu oralnego) nie zawsze są akceptowane. Należy jednak dodać, że problemu kontaktów erotycznych nie można sprowadzać wyłącznie do seksu. Odrębną sprawą jest uzyskanie miłości innej osoby. Utrata atrakcyjności fizycznej nie sprzyja nawiązaniu trwałej więzi uczuciowej z osobą przeciwnej płci. Różne mogą być tego powody, jednak z perspektywy osoby niepełnosprawnej źródłem tych trudności jest zwykle własne kalectwo. Z tego powodu osoba niepełnosprawna odczuwa osłabienie związku emocjonalnego z partnerem lub ma trudności ze znalezieniem osoby, która byłaby gotowa połączyć się z nią w intymnym związku. Niekiedy problem ten jest rozwiązywany w taki sposób, że dwie osoby niepełnosprawne łączą się w małżeństwie (zwykle szczęśliwym) lub w związku homoseksualnym. Jednak większość osób z poważnymi defektami ciała pozostaje samotna, doznając ciągle niezaspokojonej potrzeby miłości.

Alienacja osoby niepełnosprawnej nie dotyczy tylko odczuwania obcości własnego ciała. W jeszcze większym stopniu przejawia się ona w odczuwaniu obcości innych ludzi. Nie będziemy rozstrzygać w tym miejscu, czy rzeczywisty stopień niechęci pełnosprawnych członków społeczeństwa wobec osób z określonymi uszkodzeniami ciała jest adekwatny w stosunku do tego, co czują osoby niepełnosprawne. Ważne jest jedno – osoby z uszkodzeniami ciała są przekonane, że społeczeństwo ich nie akceptuje, nie rozumie, dyskryminuje, a niekiedy nawet prześladuje. Czują się one odsunięte na margines życia społecznego, a przyczyną tego jest ich kalectwo. Dlatego też czasami podejmowane są próby ukrycia przed otoczeniem własnych braków fizycznych. Osoby niepełnosprawne liczą, że w ten sposób unikną cierpienia związanego ze świadomością bycia odrzuconym przez innych.

Ukrywanie własnego kalectwa nie likwiduje jednak w pełni cierpienia. Zmienia jedynie jego charakter. Człowiek taki w jeszcze większym stopniu ulega procesowi alienacji – jest niejako „zawieszony" między pełnosprawnością i niesprawnością. Cały czas musi walczyć ze sobą, ze swoimi brakami fizycznymi i obawiać się, czy jego kalectwo nie zostanie rozpoznane. Poza tym przyjęty styl funkcjonowania społecznego może stanowić poważne zagrożenie dla życia. Znane są przypadki osób niepełnosprawnych, które dokonując imponujących wyczynów sportowych, znacznie pogorszyły stan własnego zdrowia. Osoby niepełnosprawne podejmują też niekiedy zadania zawodowe przekraczające ich możliwości i nie wytrzymując napięcia emocjonalnego, nadużywają alkoholu, aby to napięcie obniżyć. W końcu ich problemem staje się alkoholizm, a nie uszkodzenie ciała. Wreszcie znane są osoby, które ukrywając kalectwo, nie chcą włączyć się do procesu rehabilitacji i ze szczególną niechęcią odnoszą się do sprzętu rehabilitacyjnego. Świadczy to o maskowaniu własnych problemów psychologicznych. Nieujawnianie ich może znacznie utrudniać prawidłowy przebieg procesu usprawniania.

Analiza reakcji człowieka na własną niepełnosprawność, dokonana w ramach koncepcji alienacji, ma kilka zalet: ukazuje znaczenie otoczenia społecznego w stwarzaniu dodatkowych problemów osobom niepełnosprawnym (odrzucenie społeczne), podkreśla, że nawet po wielu latach od nabycia kalectwa mogą jeszcze istnieć problemy natury psychologicznej, wreszcie zwraca uwagę na – pomijane zazwyczaj – przeżycia łączące się z uszkodzeniem ciała. Z pewnością doświadczenia tego typu nie należą do rzadkości wśród ludzi cierpiących z powodu kalectwa. Jednakże subtelność i w pewnym stopniu intymność tych przeżyć spowodowała zgromadzenie stosunkowo niewielkiej wiedzy psychologicznej na ten temat.

70.2.5
Dążenie do zaakceptowania własnej niepełnosprawności

W psychologii rehabilitacji reakcje osób niepełnosprawnych najchętniej rozpatruje się w ramach koncepcji przystosowania. Podejście to omówimy na przykładzie poglądów Nancy Kerr (1977). Wybór tej koncepcji nie jest przypadkowy. Wnosi ona kilka nowych wątków do analizy doświadczeń osób niepełnosprawnych, które pominięto w koncepcjach omówionych wcześniej. Przede wszystkim doświadczanie dysfunkcji organizmu potraktowano tutaj jako czynnik dynamizujący proces psychologicznej **akceptacji własnej niepełnosprawności**. Jest to także koncepcja, która w sposób najbardziej wszechstronny – czyli od momentu zaistnienia kalectwa do przystosowania się do niego – omawia zmiany zachodzące w przeżywaniu własnego stanu przez osoby niepełnosprawne. W pewnym stopniu podsumowuje więc ona wszystko, co powiedziano dotychczas na ten temat.

Jednostka przystosowująca się do zaistniałego w jej organizmie uszkodzenia somatycznego przechodzi – zdaniem Kerr – przez sześć kolejnych etapów:

(1) szoku – „To nie ja";
(2) oczekiwania poprawy – „Jestem chory, ale wyzdrowieję";
(3) lamentu – „Wszystko jest stracone";
(4) obrony A (zdrowej) – „Bez względu na wszystko, idę do przodu";
(5) obrony B (neurotycznej) – „W przyszłości może zaakceptuję swoje kalectwo";
(6) przystosowania – „Życie jest trudne, ale nie takie znów złe".

Osoba niepełnosprawna musi przejść przez każdy z wyróżnionych etapów. Jeżeli na jednym z nich zatrzymuje się zbyt długo, nie mogąc przejść do następnego, wówczas cały proces musi zacząć się od początku. W tym ujęciu dysfunkcja organizmu rozpatrywana jest w aspekcie utraty ważnych dla człowieka wartości i prób ich odzyskiwania. Na każdym z etapów przystosowania inaczej przejawia się subiektywny stosunek człowieka do wartości i inaczej przedstawia się jego cierpienie.

Etap szoku Kerr interpretuje nieco inaczej niż psychoanalitycy i zwolennicy koncepcji urazu psychicznego. Jej zdaniem, człowiek bezpośrednio po urazie ciała nie zdaje sobie sprawy ze swojego położenia. Można powiedzieć, że znajduje się on w stanie pełnej dezorientacji co do własnego położenia życiowego. W związku z tym zabiegi lecznicze traktuje jako nieuzasadnione zło, które wywołuje u niego tylko irytację i zdenerwowanie. Pacjent ma poczucie pełnej sprawności własnego ciała. Sądzi, że gdyby tylko mógł powrócić do swojego naturalnego środowiska, funkcjonowałby normalnie.

Etap drugi – **faza oczekiwania poprawy** – rozpoczyna się, gdy osoba niepełnosprawna zaczyna uświadamiać sobie swój stan zdrowia. Pod wpływem nowych doświadczeń nie może nie dostrzegać tego, co się stało. Pacjent traktuje jednak swój stan jako chwilowy. Doświadcza go raczej jako czasowe przechodzenie choroby, a nie trwałe kalectwo. Brak oczekiwanych postępów w leczeniu doprowa-

dza częściej do zdenerwowania niż do rezygnacji. Pacjent skoncentrowany jest na obserwowaniu własnego ciała, szuka w nim oznak poprawy zdrowia. Poszukuje też ciągle nowych metod leczenia oraz ludzi, którzy mogliby go wyleczyć (niekoniecznie lekarzy). Cały czas dominuje w nim przekonanie o zbliżającym się sukcesie – pełnym wyleczeniu. Kalectwo traktowane jest jako tymczasowa przeszkoda, która uniemożliwia dostęp do wartości uznawanych w życiu za ważne.

Moment przejścia do **fazy lamentu** jest zwykle przypadkowy, ale też gwałtowny. Wystarczy, że pacjent znajdzie się w jakiejś nietypowej sytuacji i sobie z nią nie poradzi, albo też usłyszy jakąś niepomyślną informację na temat stanu własnego zdrowia, aby wszedł w ten etap. Teraz dopiero zaczyna doświadczać pełni cierpienia związanego z kalectwem. Staje się depresyjny, apatyczny, zrezygnowany, życie traci dla niego jakikolwiek sens, czasami nawet pojawiają się myśli o samobójstwie. Dążenie do pełnego wyleczenia jest już czymś nierealnym. Kalectwo traktowane jest jako bariera nie do pokonania. Tym samym wszystko to, co dla takiego człowieka stanowi wartość, okazuje się nieosiągalne.

Równie przypadkowo może rozpocząć się **faza obrony zdrowej**. Jedyną drogą wyrwania się osoby niepełnosprawnej z fazy lamentu jest podjęcie przez nią działania, które będzie miało dla niej istotną wartość. Nie będzie to działanie wykonywane w życiu codziennym – ubieranie się, jedzenie, załatwianie potrzeb fizjologicznych. Umiejętności te zostały już wcześniej opanowane, więc przywrócenie ich nie podniesie zasadniczo samooceny osoby niepełnosprawnej. Dopiero gdy podejmie ona próby usprawniania własnego ciała w taki sposób, aby następnie móc osiągać to, co uznaje za wartościowe w życiu, można mówić o przełamaniu fazy lamentu. Rozpoczyna się proces akceptowania własnego położenia życiowego. Odczuwane cierpienie zmniejsza się, gdyż kalectwo przestaje być spostrzegane jako bariera całkowicie uniemożliwiająca realizację celów życiowych. Ponadto osoba niepełnosprawna może na tym etapie sformułować nowe dla siebie wartości.

Ponieważ pacjent jest świadomy własnych ograniczeń, radość z odnoszonych sukcesów może przeplatać się ze stanami zniechęcenia i depresji, wywołanymi przez niepowodzenia w realizowaniu zadań zbyt trudnych. Dużą rolę może w tym odgrywać otoczenie społeczne. Jeśli osoba niepełnosprawna będzie ciągle zachęcana do tego, aby żyć normalnie, a także utwierdzana w przekonaniu, że nie ma rzeczy niemożliwych, wówczas może to doprowadzić do przejścia z fazy obrony zdrowej do **fazy obrony neurotycznej**. Negowane jest wtedy istnienie jakichkolwiek barier związanych z kalectwem, których nie można zlikwidować. Ludzie znajdujący się w tej fazie starają się sobie i innym udowodnić, jak dobrze przystosowali się do kalectwa. Nie wszystko jednak jest możliwe i w którymś momencie osoby niepełnosprawne tego doświadczają. W efekcie powracają do poprzednich faz przystosowania i wszystkie związane z nimi cierpienia przeżywają od początku.

Ostatnim etapem jest **przystosowanie**. Osoba niepełnosprawna zaczyna teraz traktować swój defekt fizyczny jako jedną z wielu charakteryzujących ją cech (takich jak wzrost czy kolor włosów).

Z dotychczasowego wywodu można by wnioskować, że gdy dochodzi do pełnej akceptacji dysfunkcji organizmu, osoba niepełnosprawna nie powinna już cierpieć w większym stopniu niż inne, zdrowe osoby. Kerr (1977) zgadza się jednak tylko częściowo z taką konstatacją. Uważa, że nawet na tym etapie – pełnej akceptacji kalectwa – osoba niepełnosprawna może mieć trudności przystosowawcze z dwóch powodów. Z jednej strony otaczające ją osoby będą „domagały się" od niej cierpienia – przypominając, że człowiek z trwałym uszkodzeniem ciała nie może być szczęśliwy. Z drugiej strony osobę niepełnosprawną wciąż będą nurtowały problemy egzystencjalne i religijne – „Czy to sprawiedliwe, że zostałem tak ciężko doświadczony przez Boga albo przez los?", „Dlaczego spotkało to właśnie mnie?", „W czym zawiniłem, że dotknęła mnie taka kara?" itd. Na tak stawiane pytania trudno znaleźć odpowiedzi, które zapewniałyby osiągnięcie pełnego wewnętrznego spokoju.

Jak łatwo zauważyć, przeprowadzona przez Kerr analiza psychologicznych reakcji na niepełnosprawność idzie najdalej w tym sensie, że problem reakcji na kalectwo doprowadza niejako do końca, czyli do powstania pełnej tolerancji wobec stanu własnego ciała oraz wobec położenia społecznego, wynikającego z nabytej dysfunkcji organizmu. Jednocześnie ujmuje też wątki, które wcześniej nie były sygnalizowane. Nie oznacza to jednak, że w przedstawionych koncepcjach można odnaleźć wszystko, co jest istotne w psychicznym reagowaniu ludzi na własną niepełnosprawność. Przede wszystkim w niewystarczającym stopniu koncepcje te uwzględniają funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej w procesie rehabilitacji. Wydaje się, że brak ten powinien być uzupełniony.

RAMKA 70.2

Kerr podaje przykład ilustrujący stan pacjenta na etapie przystosowania, w którym występuje akceptacja własnego kalectwa. Oto pacjent korzystający od wielu lat z wózka inwalidzkiego oznajmia: „Myślę, że jest wiele rzeczy, które chciałbym robić, a nie mogę. Wynajmuję malarza, żeby pomalował mi mieszkanie. Gdybym nie jeździł na wózku inwalidzkim, zrobiłbym to sam [...]. Och, wiem, że mógłbym to zrobić także teraz. Faktycznie wszystko można robić, jeżdżąc na wózku, ale musiałbym włożyć w to znacznie więcej wysiłku, [...] ale nie jestem wcale taki zwariowany na punkcie malowania ścian. Myślę, że najbardziej dręczy mnie to, że ludzie ciągle chcą mi dodawać otuchy: «Nie trać nadziei. Któregoś dnia znowu będziesz chodził». A potem radzą, żebym poszedł do lekarza, o którym słyszeli [...]. Trudno im wytłumaczyć, że dla mnie teraz nie ma to już istotnej różnicy. Oczywiście, byłoby fajnie znów zacząć chodzić, [...] ale może to ja jestem rzeczywiście trochę zwariowany. Bo ja jestem szczęśliwy" (Kerr, 1977, s. 323).

70.2.6 Niepełnosprawność jako dyspozycja do generowania problemów życiowych

Przedstawiona tutaj koncepcja niepełnosprawności jest w jakimś stopniu syntezą wcześniej omówionych ujęć teoretycznych. Umożliwia też ona zbliżenie psychicznych problemów osób niepełnosprawnych do problematyki rehabilitacyjnej. W tym wypadku psychologiczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych będą traktowane nie tylko jako konsekwencja dysfunkcji organizmu, ale również jako czynnik określający przebieg prowadzonego procesu usprawniania.

Opierając się na przedstawionych koncepcjach reakcji psychologicznych na uszkodzenie ciała, można sformułować kilka wniosków:

(1) Dysfunkcja organizmu może prowadzić do powstania charakterystycznych trudności w życiu osoby niepełnosprawnej.
(2) Ich powstanie nie jest bezwzględne, to znaczy, że zważywszy na właściwości osób niepełnosprawnych oraz okoliczności zewnętrzne, niektóre z tych trudności nie muszą pojawić się obiektywnie, ani też nie muszą być odczuwane.
(3) Tak jak nie ma prostego związku między wielkością dysfunkcji organizmu a wielkością psychologicznych reakcji na tę dysfunkcję, tak też nie ma wprost proporcjonalnej zależności między ujawniający-

mi się trudnościami obiektywnymi a subiektywnym ich odczuwaniem przez osoby niepełnosprawne.

(4) Można przyjąć, że wielkość doświadczanych trudności jest uzależniona od właściwości uszkodzenia organizmu, obiektywnych warunków życiowych, charakteru podejmowanych działań na każdym etapie reagowania na niepełnosprawność oraz cech osobowościowych, które określają sposoby radzenia sobie z powstałym kalectwem.

Zgodnie z powyższym wywodem, można przyjąć, że **dysfunkcjonalność organizmu** ma charakter predyspozycji do tworzenia w życiu osoby niepełnosprawnej trudności, które dalej będziemy określali jako **sytuacje problemowe** (Kowalik, 1996). Twierdząc, że z psychologicznego punktu widzenia dysfunkcjonalność organizmu jest predyspozycją do tworzenia sytuacji problemowych, nie chcemy deprecjonować sformułowanego na początku tego rozdziału określenia niepełnosprawności. Jest ono ważne i potrzebne. Jednak dla psychologów zajmujących się rehabilitacją mniejsze znaczenie ma sama dysfunkcja organizmu, a więc to, czy konkretna osoba ma poparzenia pierwszego lub drugiego stopnia, czy rozpoznano u niej tetraplegię lub paraplegię, czy cierpi ona na zespół Alzheimera lub zespół Parkinsona. Ważne jest to, na jakie trudności będzie ona natrafiała w przyszłym życiu. Psycholog nie będzie bowiem leczył uszkodzeń rdzenia kręgowego, uszkodzeń mózgu czy oparzeń. Ma on pomagać pacjentom w tych trudnościach, nie dopuszczać do ujawniania się niektórych z nich oraz przeciwdziałać w przypadkach pogłębiania się sytuacji problemowych.

Uszkodzenie organizmu nie musi prowadzić wyłącznie do określonych, negatywnych skutków psychologicznych lub społecznych. Jest to jedynie predyspozycja, czyli właściwość człowieka, która zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia sytuacji problemowych. Dysfunkcjonalność organizmu można traktować jak większość innych cech jednostki: wzrost, inteligencję, temperament, pochodzenie społeczne itd. Każda z nich determinuje określony układ związków między człowiekiem i jego środowiskiem. Osoba charakteryzująca się dysfunkcjami organizmu będzie miała więcej niż inni okazji do doświadczania specyficznych trudności we własnym życiu. W tym miejscu warto dodać, że chociaż różne dysfunkcje organizmu predysponują człowieka do konfrontowania się z dość uniwersalnymi sytuacjami problemowymi, faktem jest również to, że każdy rodzaj dysfunkcji organizmu może przyczyniać się do powstania specyficznych trudności życiowych. Inne trudności będzie odczuwała osoba niewidoma, inne osoba cierpiąca na nowotwór złośliwy, a jeszcze inne osoba z rozpoznaniem miażdżycy. Wydaje się, że można podejmować próby rozróżniania poszczególnych typów niepełnosprawności ze względu na związane z nimi sytuacje problemowe (Witkowski, 1993).

Sytuację problemową bardzo ogólnie można określić jako taką, w której doszło do naruszenia równowagi między wymaganiami zewnętrznymi środowiska, w którym przebywa osoba niepełnosprawna, a jej możliwościami. Zazwyczaj środowisko nie jest tworzone z myślą o osobach niepełnosprawnych. Nie uwzględnia więc ono możliwości, jakimi te osoby dysponują. W jakimś stopniu środowisko naturalne, od momentu powstania określonych dysfunkcji u człowieka, staje się wobec niego „odrzucające". Osoba niepełnosprawna musi dokonać wyboru: albo całkowicie wyłączy się z życia w naturalnym środowisku, albo będzie w nim uczestniczyć, narażając się na ryzyko porażek życiowych, permanentny stres i ciągłe podejmowanie wysiłku fizycznego i psychicznego. W obu wypadkach może doświadczać frustracji, chociaż będą to frustracje odmienne.

Należy zaznaczyć, że nie zawsze znalezienie się w obiektywnej sytuacji problemowej będzie się łączyło z pełną świadomością własnego położenia życiowego. Przykładowo, osoba niepełnosprawna intelektualnie może dysponować niewielką wiedzą na ten temat. Podobnie jest u osób w okresie bezpośrednio następującym po urazie ciała (po wypadku, po zawale mięśnia sercowego, po rozpoznaniu zarażenia wirusem HIV itd.). Najczęściej dopiero po upływie pewnego czasu od nabycia dysfunkcji i wskutek stopniowego uzyskiwania nowych doświadczeń życiowych kształtuje się pełny i w miarę adekwatny obraz powstałych utrudnień – osoba niepełnosprawna zaczyna dysponować definicją swoich problemów. W skład tej definicji wchodzi przede wszystkim zestaw odczuwanych trudności. Prócz tego zawiera ona również określenie przyczyn powstających problemów, a także oszacowanie szans na ich zlikwidowanie za pomocą konkretnych działań. Między rzeczywistymi, obiektywnymi sytuacjami problemowymi a subiektywnym ich odtworzeniem w ramach definicji problemów życiowych może występować znaczna rozbieżność. Wielkość tej rozbieżności będzie w istotny sposób wpływała na bardziej lub mniej skuteczne włączenie się osoby niepełnosprawnej w proces rehabilitacji.

70.3 Charakterystyka rehabilitacji osób niepełnosprawnych

Omawiając problematykę niepełnosprawności, odnosiliśmy ją niekiedy do procesu rehabilitacji. Istnieje wiele definicji tego procesu. Można odnieść wrażenie, że różnice między nimi wynikają z odmiennego rozumienia niepełnosprawności (Hershenson, 1990, 1992). Jeśli w niepełnosprawności akcentuje się przede wszystkim dysfunkcjonalność organizmu, wówczas **rehabilitacja jest definiowana jako: „[...] proces zmierzający w pierwszym rzędzie do odbudowy i uzupełnienia fizycznych zdolności i sprawności umysłowej, w którym istotny jest udział nie jednej, lecz wielu specjalności"** (Mayo, 1957; za: Hulek, 1969, s. 23). Jeśli natomiast w niepełnosprawności dostrzega się przede wszystkim aspekty psychologiczne, to **rehabilitację** określa się jako: „[...] proces, który powoduje uświadomienie sobie przez osobę niepełnosprawną potencjalnych możliwości oraz dostarcza środków do ich wykorzystywania" (Allen, 1957, s. 298). Jeżeli zaś niepełnosprawność rozpatrywana jest w aspekcie społecznym, wówczas twierdzi się, że **rehabilitacja** to:

> [...] złożony proces obejmujący oddziaływania lecznicze, społeczne, zawodowe, a w przypadku dziecka – pedagogiczne, zmierzające do przywrócenia sprawności i umożliwienia samodzielnego życia w społeczeństwie człowiekowi, który takich możliwości nie miał lub z powodu przebytego urazu czy choroby je utracił (Gałkowski i Kiwierski, 1986, s. 263).

W tej pracy przyjęto rozumienie niepełnosprawności jako dyspozycji do tworzenia problemów życiowych osób niepełnosprawnych, przeto proponujemy dostosowane do tego ujęcia odpowiednie rozumienie rehabilitacji.

70.3.1 Rehabilitacja jako pomoc w rozwiązywaniu problemów życiowych osób niepełnosprawnych

W poprzednim fragmencie rozdziału wyróżniono trzy etapy rozwoju niepełnosprawności. Uszkodzenie organizmu potraktowano jako wytworzenie się w człowieku pewnego potencjału, który w przyszłości może ujawnić się jako ciąg sytuacji problemowych. W tym okresie jednak osoba niepełnosprawna nie doświadcza jeszcze żadnych trudności, które wynikałyby z jej kalectwa. W największym za-

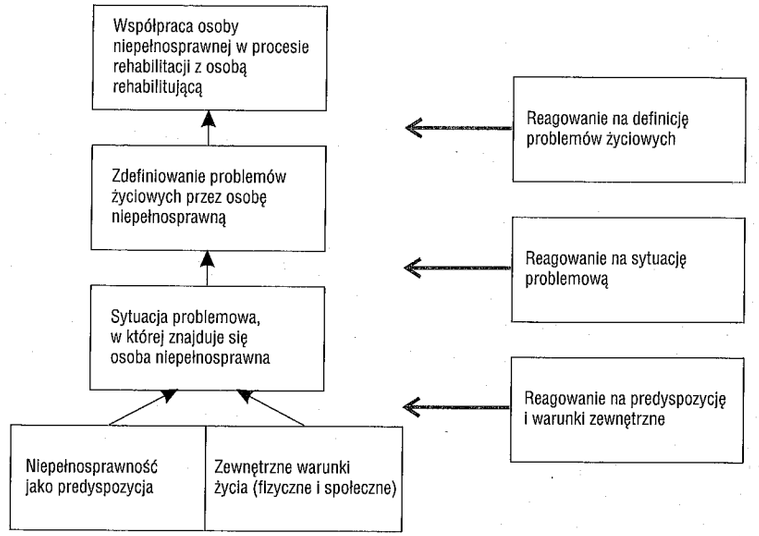
kresie trudności te mogą antycypować specjaliści z zakresu rehabilitacji, o ile trafnie określą wielkość istniejących dysfunkcji organizmu oraz warunki życiowe osoby niepełnosprawnej. Przewidując wystąpienie w przyszłości sytuacji problemowych, mogą podjąć próby zabezpieczenia przed nimi osoby niepełnosprawnej. Zabezpieczenie to będzie polegało na trzech rodzajach działania:

(1) na zmniejszaniu istniejących dysfunkcji organizmu,
(2) na dostosowywaniu warunków zewnętrznych do możliwości osoby niepełnosprawnej,
(3) na przygotowywaniu psychologicznym pod kątem przyszłych sytuacji problemowych.

W miarę podejmowanych prób włączenia się do normalnej aktywności życiowej osoba z uszkodzeniem organizmu wkroczy w drugi etap rozwoju niepełnosprawności. Będzie teraz napotykała obiektywne trudności, powstające w związku z kalectwem. Te sytuacje problemowe mogą mieć różny charakter (kłopoty z samoobsługą, brak towarzystwa, ograniczone zasoby finansowe itd.). Osoby bliskie początkowo próbują w sposób maksymalny ograniczać przykre doświadczenia wynikające z tych trudności. Z tego powodu, między innymi, osoba niepełnosprawna może nie uświadamiać sobie w pełni swojego rzeczywistego położenia społecznego. Inaczej mówiąc, może ona nie mieć pełnej świadomości własnej niepełnosprawności. Pomoc rehabilitacyjna, poza wymienionymi już wcześniej działaniami, polega na wspieraniu i ułatwianiu pokonywania istniejących utrudnień (na przykład pomoc osobom niewidomym w orientowaniu się w przestrzeni, pomoc osobom z paraplegią w poruszaniu się na wózku inwalidzkim, ułatwienie nawiązania kontaktów z klubem Amazonek kobietom po amputacji piersi itd.).

Trzeci etap rozwoju niepełnosprawności polega na uświadomieniu sobie i zdefiniowaniu istniejących problemów życiowych – aktualnych i przyszłych. Osoba niepełnosprawna, natrafiając na określone trudności, a przede wszystkim zdobywając doświadczenia w ich pokonywaniu, stopniowo kształtuje sobie subiektywny obraz zaistniałych ograniczeń oraz szans na ich przezwyciężenie. Teraz dopiero w proces przystosowania się do kalectwa zostaje w pełni włączona psychika osoby niepełnosprawnej. Od jej właściwości psychicznych będzie uzależniony sposób formułowania (definiowania) problemów życiowych. Cechy osobowości będą także określały reakcje emocjonalne, które ujawnią się w związku z tymi problemami. Wreszcie właściwości psychiczne osoby niepełnosprawnej będą również determinowały jej postępowanie. Na tym etapie rozwoju niepełnosprawności osoby prowadzące rehabilitację muszą zwracać szczególną uwagę na dwie sprawy: powinny ograniczać istniejące napięcia emocjonalne i negatywne przeżycia związane z pojawiającymi się trudnościami oraz uwzględniać we własnym postępowaniu rehabilitacyjnym definicję problemów życiowych sformułowaną przez osobę niepełnosprawną.

O ile przejście przez wyróżnione etapy niepełnosprawności wydaje się naturalnym procesem, przez który przechodzi większość osób niepełnosprawnych, i jest niezależne od procesu usprawniania, to faza czwarta i ostatnia pojawia się tylko w wypadku uczestniczenia w rehabilitacji. Należy sobie zdawać sprawę z tego, że nie tylko osoby niepełnosprawne mają definicje własnych problemów życiowych. Takimi definicjami dysponują także osoby prowadzące rehabilitację. Często zdarza się, że obie definicje mogą się zasadniczo różnić między sobą. Oczywiście, w takich sytuacjach każda ze stron próbuje narzucić własną definicję osobie, z którą współpracuje. Częściej tę rywalizację wygrywa osoba rehabilitująca – proces usprawniania jest więc organizowany zgodnie z jej wyobrażeniem potrzeb i możliwości osoby niepełnosprawnej. Ta z kolei pozostaje bierna w tym procesie, ponieważ może go nie akceptować lub nie rozumieć. W celu przezwyciężenia tej trudności warto wypracować wspólną definicję problemów osoby niepełnosprawnej. Tylko pod tym warunkiem możliwe jest pełne współdziałanie osoby niepełnosprawnej i rehabilitującej w ciągu całego procesu rehabilitacji.



Typy postępowania rehabilitacyjnego na różnych etapach rozwoju niepełnosprawności

RYCINA 70-1

Zaprezentowaną analizę procesu rehabilitacji w aspekcie kolejnych etapów rozwoju niepełnosprawności ilustruje rycina 70-1.

W uzupełnieniu do przedstawionych zależności między etapami rozwoju niepełnosprawności i postępowaniem rehabilitacyjnym można powiedzieć, że pierwszym rodzajem reakcji osoby rehabilitującej jest koncentracja na predyspozycji do wytwarzania sytuacji problemowych przez ludzi niepełnosprawnych. Ten typ reakcji wywoływany jest bardziej przez oczekiwania osoby prowadzącej usprawnianie niż przez rzeczywiście występujące sytuacje problemowe. Pomoc jest tutaj oferowana z pewnym wyprzedzeniem. Nieodpowiednia forma zaproponowania tej pomocy może być zagrożeniem dla prawidłowego przebiegu rehabilitacji. Osoba niepełnosprawna może być bowiem jeszcze nieprzygotowana do skorzystania z niej, a niekiedy pomoc ta może tylko wyzwolić w niej dodatkowe negatywne emocje (na przykład w wyniku zbyt gwałtownego uświadomienia sobie własnych braków).

Reagowanie na sytuację problemową sprowadza się przede wszystkim do ingerowania w warunki życiowe osoby niepełnosprawnej oraz do fizycznej pomocy przy wykonywaniu przez nią różnorodnych czynności dnia codziennego. W tym wypadku nie uwzględnia się definicji problemów sformułowanych przez osoby niepełnosprawne. Jeśli taka definicja jeszcze nie powstała, wówczas ten typ reagowania jest poprawny. Jednak w wypadku osób, które już stworzyły taką definicję, ten typ pomocy może okazać się ryzykowny.

Reagowanie na definicję problemu osoby niepełnosprawnej będzie poprawne, o ile będzie ona w miarę trafnie sformułowana. Niekiedy jednak zdarza się, że na osobach rehabilitujących wymuszane jest postępowanie zgodne z nieadekwatnym obrazem własnego położenia, jakim dysponuje osoba niepełnosprawna. W takiej sytuacji osoba rehabilitująca albo przyjmuje narzuconą jej definicję, albo postępuje niezgodnie z własną diagnozą. W obu wypadkach proces rehabilitacji będzie prowadzony w nieodpowiedni sposób.

Pewne problemy mogą pojawić się w sytuacji, gdy osoba prowadząca usprawnianie podejmie próby negocjowania definicji problemów jednostki niepełnosprawnej. Każdy z partnerów tej negocjacji wnosi do niej inne wartości. Specjalista oferuje fachową wiedzę i gotowość do włączenia się w rozwiązywanie problemów partnera. Osoba niepełnosprawna oferuje gotowość do współdziałania i narażania się na pewne trudności w realizowaniu programu rehabilitacji oraz zaufanie i szczerość wobec partnera. Jeśli wzajemne oczekiwania partnerów nie zostaną zrealizowane, wówczas negocjacje także nie przyniosą pożądanego skutku.

Opierając się na przedstawionej analizie, można już dokonać pełnego określenia pojęcia **rehabilitacji. Jest to ciąg specjalnie zaprogramowanych działań specjalistycznych, podejmowanych wobec osób niepełnosprawnych i ich otoczenia, które powinny przyczynić się do ograniczenia predyspozycji do tworzenia sytuacji problemowych, a także służyć likwidowaniu zaistniałych sytuacji tego typu, powinny też prowadzić do stopniowego ograniczania problemów życiowych subiektywnie odczuwanych przez osoby usprawniane.** Przedstawiona definicja rehabilitacji została sformułowana przede wszystkim pod kątem potrzeb psychologów, którzy uczestniczą w tym procesie. Należy podkreślić, że w zaprezentowanej definicji rehabilitacji znalazło się określenie, które nie zostało jeszcze bliżej omówione. Chodzi o tę właściwość rehabilitacji, którą nazwano „ciągiem specjalnie zaprogramowanych działań specjalistycznych".

70.3.2
Metody, technologie i programy rehabilitacji

Problemy rozwiązywane przy zastosowaniu rehabilitacji są bardzo zróżnicowane i trudne. Dotyczą zarówno dysfunkcji organizmu, jak i niepełnosprawności psychologicznej oraz niepełnosprawności społecznej. Nie może więc dziwić fakt, że również fachowa pomoc udzielana osobom niepełnosprawnym jest bardzo zróżnicowana. Dzięki temu zróżnicowaniu metod rehabilitacji realizowany jest najważniejszy postulat teoretyków rehabilitacji, który głosi, że rehabilitacja musi być kompleksowa. Rozwiązywanie problemów osób niepełnosprawnych wymaga także bardzo specjalistycznej wiedzy. Każdy z tych problemów łączy się bowiem z zasadniczą ingerencją w:

(1) pracę określonych układów biologicznych organizmu;
(2) organizację doświadczeń życiowych i mechanizmy psychologiczne sterujące postępowaniem człowieka;
(3) strukturę i reguły funkcjonowania środowiska fizycznego i społecznego, w którym żyją ludzie niepełnosprawni.

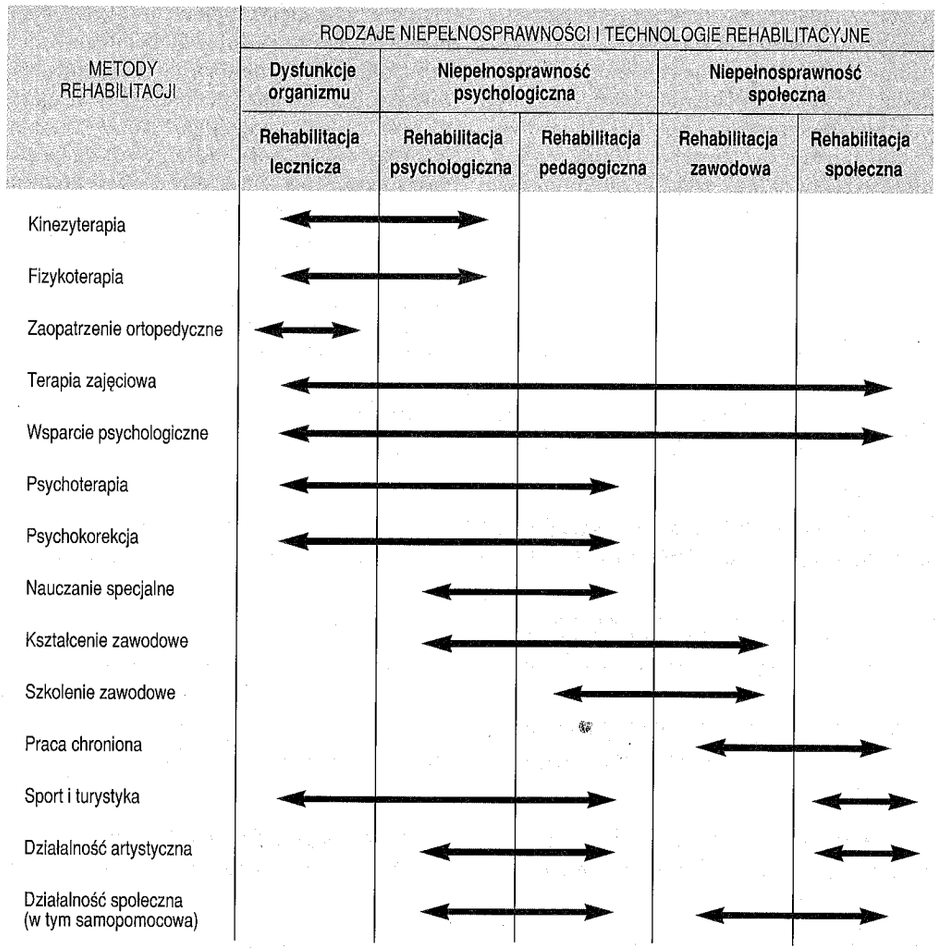
W celu skutecznego rozwiązywania tak różnorodnych i trudnych problemów, w rehabilitacji ukształtowały się specjalizacje, w których ramach wypracowano metody zapewniające optymalne rozwiązywanie konkretnych problemów osób niepełnosprawnych. Ponieważ rozwiązanie tych złożonych problemów wymaga współpracy fachowców reprezentujących różne dyscypliny wiedzy (lekarzy, biofizyków, pedagogów, psychologów, pracowników socjalnych, fizjoterapeutów itd.), stosowane przez nich metody integrowane są w większe całości w taki sposób,

aby za ich pomocą można było ograniczyć występującą dysfunkcję organizmu i jej psychologiczne oraz społeczne skutki. Te zasady postępowania rehabilitacyjnego, które wykorzystują różne metody działania w celu ograniczenia niepełnosprawności w wymiarze biologicznym bądź psychologicznym albo społecznym, nazywamy **technologiami rehabilitacji** (Kipnis, 1992).

W literaturze fachowej można napotkać wiele podobnych podziałów działań realizowanych w ramach rehabilitacji. Zazwyczaj jednak w klasyfikacjach tych dąży się do jednoznacznego przyporządkowania konkretnych metod do odpowiedniej dziedziny rehabilitacji (Kabsch, 1998; Livneh, 1988; Majewski, 1995). W praktyce rehabilitacyjnej te normatywne podziały nie znajdują pełnego

TABELA 70.1

Podział technologii i metod rehabilitacji



odzwierciedlenia. Poza tym często mieszane są ze sobą metody i technologie rehabilitacji. Wreszcie różnie też szacuje się liczbę istniejących technologii. Niektóre z nich wyróżniane są bardzo często (rehabilitacja lecznicza, zawodowa i społeczna), inne – sporadycznie (na przykład rehabilitacja psychologiczna, pedagogiczna, przemysłowa). W tabeli 70.1 przedstawiono najważniejsze rodzaje metod i technologii rozwiązywania problemów osób niepełnosprawnych. W tej propozycji technologie rehabilitacji zostały przyporządkowane trzem podstawowym sferom niepełnosprawności: dysfunkcjom organizmu, niepełnosprawności psychologicznej i niepełnosprawności społecznej. W praktyce odróżnia się wyraźnie rehabilitację zawodową i społeczną, dlatego też w odniesieniu do niepełnosprawności społecznej wprowadzono możliwość stosowania obu technologii. Należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że rehabilitacja zawodowa jest tylko wyróżnionym rodzajem rehabilitacji społecznej.

Jak wynika z tabeli 70.1, **metody rehabilitacji** można podzielić na takie, które koncentrują się na jednym wymiarze niepełnosprawności, a tym samym są wykorzystywane przez określony rodzaj **technologii rehabilitacji,** oraz takie, które oddziałują w sposób bardziej wszechstronny, wskutek czego można je włączyć do kilku technologii. Tabela ilustruje również dość specyficzny charakter psychologicznej technologii rehabilitacji (z włączeniem rehabilitacji pedagogicznej) w porównaniu z trzema pozostałymi technologiami. Charakteryzuje się ona dwiema właściwościami. Z jednej strony dysponuje stosunkowo niewielką liczbą właściwych sobie metod wykorzystywanych w rehabilitacji. Z drugiej strony metody te mogą uzupełniać i wzbogacać większość pozostałych metod rehabilitacji. Inaczej mówiąc, niepełnosprawność psychologiczna może być zmniejszana lub likwidowana za pomocą większości (a może nawet wszystkich) wyróżnionych tutaj metod rehabilitacji, o ile tylko zostanie spełniony jeden warunek: metody te muszą być stosowane w taki sposób, aby osobom niepełnosprawnym dawały okazję do przeorganizowania swojego stosunku do własnego kalectwa, do samych siebie i do otoczenia.

Podejmując proces rehabilitacji konkretnej osoby niepełnosprawnej, trzeba w miarę precyzyjnie zdiagnozować jej problemy rehabilitacyjne, określić możliwości rozwiązania tych potrzeb i wreszcie zaplanować, uwzględniając pewną perspektywę czasową, konkretne metody i sposoby ich wykorzystania w celu rozwiązania problemów życiowych wynikających z nabytego kalectwa. Trzeba zatem dążyć do ukonkretnienia i dostosowania wszystkich lub tylko niektórych technologii rehabilitacji do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Procedurę tę można nazwać **programowaniem rehabilitacji**. Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami, należy też pamiętać, aby w opracowaniu tego programu – poza zespołem specjalistów w zakresie poszczególnych technologii rehabilitacji – uczestniczyła również osoba niepełnosprawna. Dzięki takiemu postępowaniu przyszła rehabilitacja nabierze zindywidualizowanego charakteru, umożliwiając tym samym skuteczną realizację procesu usprawniania.

70.4

Podsumowanie

Praktyka rehabilitacyjna – rozpatrywana z punktu widzenia psychologii – ma kilka charakterystycznych właściwości. Po pierwsze, prowadzi się ją głównie na gruncie systemu pojęć medycznych, prawnych, pedagogicznych lub nawiązujących do języka potocznego. Psychologowie zaangażowani w tę praktykę muszą, oczywiście, respektować istniejący stan rzeczy, jednocześnie odczuwają jednak potrzebę posiadania własnych podstaw teoretycznych, własnego systemu pojęć, które pomagałyby w lepszym rozumieniu problemów osób niepełnosprawnych oraz w efektywnym ich rozwiązywaniu. Bardzo pomocna jest dla nich wiedza teoretyczna z zakresu psychologii klinicznej, psychologii rozwojowej i psychologii społecznej, a przede wszystkim te jej działy, które hasłowo określane są jako: psychologia osób niewidomych, psychologia osób przewlekle chorych, psychologia osób upośledzonych umysłowo, psychologia osób niesłyszących itd. Jest to o tyle zrozumiałe, że psychologowie zajmujący się praktyką rehabilitacyjną pracują zwykle z osobami o określonym typie niepełnosprawności.

W rozdziale tym starano się wykazać, że możliwe jest odkrywanie bardziej uniwersalnych prawidłowości w sposobach psychologicznego reagowania na zaistniałe kalectwo niż te, które opisywane są w ramach „psychologii" poszczególnych kategorii osób niepełnosprawnych. Wskazuje na to przegląd kilku psychologicznych koncepcji, zaprezentowany na początku tego rozdziału. Powstająca niepełnosprawność może wywoływać u człowieka silną traumę psychiczną, może prowadzić do stanów kryzysowych lub do poczucia wyalienowania z życia społecznego. Jednocześnie skłania ona do przeciwstawiania się zaistniałej sytuacji, przystosowania do niej i zaakceptowania własnego położenia życiowego. Każda z koncepcji psychologicznych wiele wnosi do wiedzy o osobach niepełnosprawnych. Sądzimy jednak, że w zbyt małym stopniu uwzględniają one problematykę osób niepełnosprawnych, włączonych w proces rehabilitacji. Z tego też powodu przedstawiona została propozycja traktowania niepełnosprawności jako predyspozycji do tworzenia sytuacji problemowych, a rehabilitacji jako procesu, w którego ramach rozwiązywane są problemy życiowe osób niepełnosprawnych. Dzięki takiemu rozumieniu tych pojęć możliwa staje się większa integracja teoretycznych podstaw rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Według jakich kryteriów można rozpoznawać osoby niepełnosprawne?
2. Na czym polega różnica między dysfunkcją organizmu, niepełnosprawnością psychologiczną i niepełnosprawnością społeczną?
3. Opierając się na zaprezentowanych koncepcjach psychologicznych niepełnosprawności, proszę określić czynniki, które decydują o przejściu jednostki z pozycji osoby chorej do pozycji osoby niepełnosprawnej.
4. Opierając się na etapowej koncepcji akceptacji własnej niepełnosprawności Nancy Kerr, proszę wskazać etap, w którym powinna rozpocząć się rehabilitacja, i uzasadnić swój wybór.
5. Na czym polega opracowanie programu rehabilitacji?

LITERATURA ZALECANA

Gałkowski, T. (1995). *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym.* Warszawa: WSiP.

Kiwerski, J., Ostrowska, A. (red.). (1994). *Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób o poszczególnych rodzajach niepełnosprawności.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.

Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne.* Warszawa: PWN.

Ossowski, R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
Witkowski, T. (1993). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo „Małe Dziecko Boskiej Opatrzności".
Zabłocki, J. (1997). *Wprowadzenie do rewalidacji*. Toruń: Wydawnictwo A. Marszałek.

XII

ETYKA ZAWODOWA PSYCHOLOGA

Małgorzata Toeplitz-Winiewska (redakcja)

71

Etyczne aspekty uprawiania zawodu psychologa

Małgorzata Toeplitz-Winiewska

Nauki społeczne podejmują refleksję nad etycznymi aspektami relacji między profesjonalistą (lekarzem, psychologiem, socjologiem, nauczycielem itp.) a osobą, wobec której specjalista podejmuje działania zawodowe. Nie chodzi tylko o to, by skutecznie pomóc człowiekowi, ale także by przy tej okazji nie naruszyć ważnych dla niego wartości, nie pozbawić go poczucia niezależności, decydowania o samym sobie, autonomii. Psychologowie coraz częściej zastanawiają się nad etycznymi regułami uprawiania zawodu, a w wielu krajach ustanawia się zasady postępowania ujęte w kodeksy zawodowe.

71.1

Etyczne aspekty praktyki psychologicznej

Zawód psychologa należy do zawodów zaufania społecznego. Oznacza to, że psycholog w swej praktyce zawodowej nawiązuje specyficzne relacje z osobą czy grupą, z którą pracuje. Odbiorca usług psychologa obdarza go zaufaniem, powierzając swoje intymne, osobiste przeżycia, wyrażając zgodę na ingerencję w świat wewnętrzny, wyłącznie jemu dostępny. Psycholog w swoich oddziaływaniach nie tylko rozpoznaje wyjątkową, niepowtarzalną złożoność człowieka, ale także wpływa na zmiany jego zachowania. Wpływ ten jest ułatwiony dzięki szczególnej, profesjonalnej formie kontaktu, będącej elementem wyszkolenia zawodowego psychologa.

Rozwój usług psychologicznych wraz ze zwiększaniem się obszarów życia społecznego, w których działa psycholog, oraz wzrastającym zapotrzebowaniem na pomoc psychologiczną powodują konieczność opisu podstawowych, obowiązujących wszystkich psychologów, etycznych zasad uprawiania zawodu. Problemy etyczne pojawiają się w każdej dziedzinie zastosowań psychologii. Zaufanie społeczne, którym obdarzany jest zawód psychologa, oznacza na przykład kategoryczny wymóg zachowania tajemnicy zawodowej. Wszelkie informacje i dane przekazane psychologowi pozostają pod ochroną, są traktowane jako poufne i jedynie w przypadkach

określonych przez prawo (Kpk, art. 180) lub kodeks etyczny psychologa (art. 21) tajemnica zawodowa może przestać obowiązywać.

Od początku lat sześćdziesiątych działalność zawodowa psychologa poddawana jest refleksji etycznej, a profesjonalne towarzystwa psychologiczne zaczęły tworzyć kodeksy etyczne i zasady postępowania zawodowego.

Większość istniejących i stosowanych kodeksów etycznych, takich jak: amerykański (APA, 1992), brytyjski (BPS, 1994), kanadyjski (CPA, 1988), czy wreszcie polski (PTP, 1992), podkreśla, że naczelną wartością dla psychologa jest dobro drugiego człowieka. Dlatego więc we wszystkich swoich działaniach psycholog winien respektować podstawowe wartości związane z drugim człowiekiem – przede wszystkim jego godność, podmiotowość, autonomię, prawo do intymności i poufności oraz prawo do samostanowienia i kierowania się własnym systemem wartości. Wszyscy psychologowie zgodnie akceptują te ogólne zalecenia. Dylematy i wątpliwości pojawiają się dopiero w konkretnych sytuacjach.

Autorzy niektórych kodeksów (APA, 1992; CPA, 1988) starają się dostarczyć bardzo dokładnych wskazówek postępowania w niemal każdej sytuacji. Kodeks staje się wtedy rodzajem przewodnika, jednakże stały rozwój aktywności psychologów uniemożliwia nawet wyobrażenie sobie wszystkich możliwych dylematów etycznych związanych z wykonywaniem zawodu. Kodeks brytyjski i polski formułują szereg ogólnych zasad i wytycznych, co wymusza na psychologu wrażliwość etyczną w każdym momencie wykonywania zawodu.

W dalszych rozważaniach skoncentrujemy się na dwóch głównych obszarach działalności zawodowej psychologa – psychologa jako diagnosty, opisującego indywidualne cechy psychiki klienta, i psychologa jako terapeuty, osoby niosącej klientowi pomoc. Etyczne problemy badań naukowych zostały omówione w rozdziale 13. Osobę poszukującą pomocy psychologa przyjęło się nazywać, dość niefortunnie, **klientem**, by podkreślić w ten sposób jej niezależność od psychologa oraz by odróżnić ją od pacjentów, czyli osób chorych.

Każda relacja psychologa z klientem – zarówno diagnoza psychologiczna, jak i udzielanie pomocy – składa się z trzech zasadniczych części:

(1) z ustalenia umowy dotyczącej celu i zakresu usług,
(2) z właściwego procesu diagnostycznego lub udzielania pomocy,
(3) z zakończenia diagnozy lub terapii.

Rozważmy, jakie problemy etyczne mogą pojawić się na różnych etapach kontaktu psychologa z klientem w dwóch zasadniczych dziedzinach działalności psychologicznej – w diagnostyce i w udzielaniu pomocy psychologicznej.

71.1.1
Problemy etyczne diagnostyki psychologicznej

Najważniejszym momentem nawiązania właściwej relacji między psychologiem a jego klientem jest pierwsze spotkanie. Niezależnie od tego, jaki rodzaj usług psycholog oferuje i kto jest jego klientem, od prawidłowo ustalonego **kontraktu** zależy, czy nie zostaną naruszone zasady etyczne. Pierwszy kontakt psychologa z klientem to wspólne ustalenie zakresu działań psychologa, a więc celu działania, form działania i granic ingerencji psychologicznej. Każda osoba zgłaszająca się do psychologa – niezależnie od tego, czy jest to matka z dzieckiem z trudnościami, czy nastolatek oczekujący pomocy w wyborze szkoły, czy człowiek załamany po stracie kogoś bliskiego, czy wreszcie instytucja oczekująca sporządzenia ekspertyzy w określonej sprawie – ustala z psychologiem zasady jego działania i interwencji. Podstawowymi elementami kontraktu są ustalenia dotyczące:

(1) celu działania psychologa,
(2) zakresu jego interwencji,

(3) oczekiwanych przez klienta skutków,
(4) czasu trwania usługi,
(5) wynagrodzenia psychologa.

71.1.1.1
Zasady ustalania kontraktu w diagnozie psychologicznej

Diagnoza psychologiczna może być przeprowadzana w efekcie zgłoszenia się klienta zainteresowanego rozwiązaniem określonego problemu (na przykład, jaką szkołę wybrać?) lub na zlecenie instytucji (szkoły, sądu, zakładu pracy itp.). Z perspektywy nawiązania kontaktu z klientem oraz jego motywacji do współpracy z psychologiem sytuacje te diametralnie się różnią. Wskażemy jednak najpierw na to, co wspólne dla sytuacji diagnozy psychologicznej. Przy ustalaniu kontraktu z klientem psychologa obowiązują dwie niżej omówione zasady.

Po pierwsze, należy określić cel badania i ewentualne konsekwencje tego badania dla danej osoby. Zgłaszając się do psychologa, klient często oczekuje, że psycholog po postawieniu diagnozy dokona niejako za niego wyboru dalszej drogi życiowej. Zadaniem psychologa jest pomoc przy określeniu problemu lub pytań, z którymi klient się zgłasza, i uświadomienie mu, czego może oczekiwać po diagnozie psychologicznej. Określenie celu diagnozy oznacza także zakreślenie granic ingerencji psychologa w życie wewnętrzne klienta. Psycholog nie ma pełnej swobody dokonywania diagnozy funkcjonowania jednostki w różnych sferach – może to zrobić tylko w tym zakresie, jaki wyznacza umowa z klientem. Jeśli na przykład powodem diagnozy jest badanie psychicznej sprawności osoby starającej się o zezwolenie na posiadanie broni, to psycholog nie ma prawa w wywiadzie wnikać w intymne relacje klienta z innymi ludźmi.

Po drugie, należy uzyskać zgodę klienta na udział w badaniu. Aby uzyskać taką zgodę, należy klienta szczegółowo poinformować o tym, jaki będzie przebieg badania, i o metodach, przy których pomocy będzie badany. Informacja ta musi być udzielana w taki sposób, by badany ją zrozumiał.

W praktyce diagnostycznej psychologa często zdarzają się sytuacje, gdy klientem psychologa jest instytucja. Zlecenie przez szkołę badania poziomu intelektualnego dziecka czy zlecenie przez instytucję zatrudniającą, na przykład, pracowników ochrony badania ich podatności na sytuacje stresowe to tylko niektóre przykłady usług diagnostycznych psychologa dla instytucji. Nawet wtedy, gdy klientem jest instytucja, psycholog musi uzyskać zgodę badanego lub jego prawnego opiekuna – w wypadku dzieci – na poddanie go badaniu. Są dwa wyjątki od tej zasady: (1) gdy przepisy prawa obligują osobę do poddania się badaniu psychologicznemu, (2) gdy zgoda na poddanie się badaniu psychologicznemu (diagnostycznemu) jest jednoznacznie założona w postępowaniu danej instytucji – człowiek, podejmując w niej pracę, automatycznie wyraża zgodę na poddawanie się badaniom diagnostycznym. J. Brzeziński (1994) zwraca uwagę na trzecią sytuację – gdy badanie psychologiczne przewidziane jest jako stały element organizacji edukacji. Warto sobie uświadomić, że w dotychczasowym polskim systemie edukacji nie ma obowiązku poddawania się badaniu psychologicznemu, a szkoła, kierując ucznia na takie badanie do poradni psychologiczno-pedagogicznej, musi prosić rodziców dziecka o udzielenie na nie zgody. Najbardziej skrajnym przypadkiem niedobrowolnego poddania się badaniu psychologicznemu jest badanie na zlecenie sądu. Jest ono przymusowe dla osoby badanej. Przymusowość dotyczy zarówno podejrzanych, oskarżonych, jak i stron w procesie rozwodowym czy opiekuńczym. O ile w wypadku spraw karnych oskarżeni są w sytuacji przymusu faktycznego i nie mogą odmówić poddania się badaniu (określa to art. 65 § 1 pkt 2 Kodeksu postępowania karnego), to w innych wypadkach jest to przymus psychologiczny. Strony w procesie rodzinnym mają świadomość, że odmowa udziału w badaniu psychologicznym jest interpretowana przez sąd na ich niekorzyść.

Działając na zlecenie klienta instytucjonalnego, psycholog musi pamiętać, że podmio-

tem jego diagnozy jest konkretna osoba i wobec niej obowiązują go zasady kodeksu etycznego.

Psycholog ma w tej sytuacji dwa zadania: (1) zawarcie kontraktu z klientem – instytucją oraz (2) uzyskanie zgody na badanie od osoby będącej podmiotem diagnozy. Przyjęcie zlecenia od instytucji oznacza zawarcie z klientem kontraktu. Instytucja określa swoje oczekiwania, wyznacza cel diagnozy i jej zakres oraz zasady wykorzystania otrzymanej opinii. Psycholog, przyjmując zlecenie, akceptuje te warunki, co nie oznacza, iż przedtem nie może ich negocjować. Instytucja, dając zlecenie, nie może bowiem wymagać, żeby badania odbywały się w warunkach niezgodnych ze standardami etycznymi obowiązującymi psychologa. Oczekiwania instytucji, że badanie psychologiczne może się odbywać bez zapewnienia maksymalnego komfortu psychicznego badanemu (na przykład w obecności nauczyciela czy innych osób trzecich), w pośpiechu i pod presją czasową (na przykład na korytarzu sądu w przerwie rozprawy), nie mogą zostać zaakceptowane przez psychologa. Psycholog bowiem, ponosząc pełną odpowiedzialność za osobę badaną i wydaną o niej opinię, sam ustala warunki, przebieg i metody badania.

Jeśli nie jest to badanie obligatoryjne, to kontakt z osobą badaną psycholog zaczyna od uzyskania od niej zgody na badanie i na stosowanie określonych metod diagnostycznych.

W sytuacji badań obligatoryjnych – także wtedy, gdy zgody na badanie udzielili rodzice małoletniego dziecka – obowiązkiem psychologa jest wyjaśnienie badanemu celu badania i jego możliwych dalszych konsekwencji dla badanego. Wszystkie zalecenia etyczne odnoszą się w tym samym stopniu do dzieci, jak i do dorosłych badanych. Ze szczególną starannością trzeba dążyć do tego, by badany zrozumiał, co i w jakim celu psycholog będzie z nim robił. Ważnym elementem tej procedury jest uzyskanie akceptacji wobec planowanych metod i toku postępowania. To ustalenie wstępne daje badanemu szansę zachowania autonomii oraz doświadczenia, że nie jest przedmiotem zabiegów psychologa, ale ich **podmiotem**. W przypadkach skrajnych, gdy występuje prawny przymus badania (na przykład w wypadku oskarżonego), wyjaśnienie procedury postępowania daje możliwość milczenia lub odmowy badania. Zlecenie badania przez sąd wydaje się, zdaniem niektórych autorów (np. Stanik, 1995), zdejmować z psychologa problem granic i motywacyjnych meandrów dobrowolności badania, nie zwalnia go jednak z uzyskania zrozumienia przez badanego metod stosowanych w badaniu i ich akceptacji. Sytuacja ta jest niezwykle trudna dla psychologa – dążąc do poszanowania godności i autonomii badanego, musi zaakceptować także jego prawo do obrony poprzez milczenie i odmowę poddania się badaniu. Wywieranie jakiejkolwiek presji psychicznej na osobie badanej jest naruszeniem etycznym.

71.1.1.2 Przebieg procesu diagnostycznego

Po zawarciu umowy z klientem psycholog przystępuje do właściwego etapu pracy – diagnozy. Zawiera on mniej pułapek etycznych, ale ważna jest stała refleksja nad tym, czy nie zostały przekroczone granice zawartej umowy. W wypadku postępowania diagnostycznego problemem jest:

(1) wykraczanie poza ustalone granice diagnozy, na przykład wgłębianie się w relacje klienta z rodzicami, w sytuacji gdy diagnozuje się jego przydatność do zawodu kierowcy;
(2) dobór właściwych w odniesieniu do problemu metod diagnostycznych, a także metod spełniających określone warunki metodologiczne (zob. rozdz. 11.2, 11.3).

Diagnoza psychologiczna określonego aspektu funkcjonowania człowieka jest zadaniem niezwykle trudnym. Psycholog często ma wiele wątpliwości dotyczących interpretacji uzyskanych od badanego danych. Może więc ulegać pokusie, by stosować coraz więcej technik diagnostycznych i zbierać różne informacje, które nie wiążą się bezpośrednio z obszarem diagnozowanym. Jednak zgoda na badanie, na przykład, poziomu intelektualnego nie daje psychologowi prawa do wnikania w system wartości klienta czy w jego problemy emocjonalne.

Stosowane narzędzia diagnostyczne, testy muszą spełniać wymogi rzetelności, trafności, normalizacji i standaryzacji (zob. rozdz. 11.2). Psycholog musi wiedzieć, jaką wartość diagnostyczną mają stosowane przez niego metody, czy zostały przystosowane do polskich warunków, jakich grup dotyczą normy. Psycholog musi oceniać swoje postępowanie diagnostyczne zarówno na etapie doboru narzędzi, jak i ich interpretacji. Oczekiwania psychologa pełnią niezwykle ważną funkcję w weryfikacji postawionych przez niego hipotez diagnostycznych. O ile testy psychologiczne – dzięki temu, że spełniają wymogi narzędzi standardowych i obiektywnych – określają bardzo dokładnie zasady interpretacyjne, to metody swobodne – wywiad, obserwacja czy techniki projekcyjne – przy interpretacji wyników mogą podlegać dużemu wpływowi oczekiwań badającego. Psycholog często nieświadomie swoim zachowaniem, mimiką, głosem przekazuje badanemu, czego od niego oczekuje. Jest to tak zwany **efekt Rosenthala** (Brzeziński i Kowalik, 1993). Badania Rosenthala i jego współpracowników potwierdziły, że oczekiwania psychologa wobec badanych występują równie często w badaniach laboratoryjnych, jak w badaniach przeprowadzanych w warunkach naturalnych. Nie sposób uwolnić się od własnych oczekiwań, ale można je kontrolować. Psycholog o wysokim poziomie oczekiwań skłonny jest reinterpretować napływające dane w duchu wcześniejszych oczekiwań, zwłaszcza jeśli dane te są niejednoznaczne.

Warunki, w jakich przeprowadzane jest badanie, muszą dawać klientowi poczucie komfortu psychicznego i przekonanie, że nie została naruszona zasada poufności danych. Oznacza to, że badanie musi odbywać się w przyjaznej atmosferze, w pomieszczeniu, które nie kojarzy się badanemu z przymusem czy z instytucją, wreszcie – bez obecności osób trzecich.

71.1.1.3 Zakończenie procesu diagnostycznego

Zakończenie procesu diagnostycznego to sformułowanie diagnozy. Podstawowe zasady diagnostyki psychologicznej zostały omówione w rozdziale 12. My zajmiemy się dalszym etapem. Po sformułowaniu diagnozy psycholog przygotowuje opinię dla zleceniodawcy oraz informacje dla osoby badanej. Tylko wtedy, gdy zleceniodawcą jest osoba poddająca się badaniu, następuje tożsamość tych dwóch zadań. W codziennej praktyce diagnostycznej najczęściej jednak zleceniodawcą jest instytucja lub rodzice, trzeba więc oddzielnie rozważyć problemy związane z (1) przekazywaniem informacji badanemu i (2) z formułowaniem diagnozy jako opinii o badanym.

Przekazanie informacji o wynikach badań jest ważnym elementem podmiotowego traktowania badanego. Niezależnie od tego, czy człowiek dobrowolnie, czy obligatoryjnie poddaje się badaniu, nie może mieć poczucia, że wypełnił szereg kwestionariuszy, rozwiązał testy, opowiedział o sobie psychologowi i został potraktowany jak przedmiot, o którym sporządzi się opinię, do której – być może – będzie miał kiedyś wgląd. Psychologowie, uchylając się od tego trudnego zadania, często uważają, że klient (zleceniodawca) ma prawo pierwszy otrzymać opinię. Nie należy jednak mylić obowiązku przekazania badanemu informacji o wynikach z pełną opinią przedkładaną klientowi.

Jakie zasady obowiązują przy udzielaniu badanemu informacji o wynikach? Podstawową zasadą jest, by informacje były dla badanego zrozumiałe. Należy więc uwzględniać wszystkie dane, które już o nim posiadamy (poziom intelektualny, wykonywany zawód itp.), by sformułowane opinie zostały odebrane zgodnie z intencją psychologa. Przekazywanie informacji zwrotnych odbywa się poprzez rozmowę psychologa z badanym o wynikach, której celem jest dostarczenie ważnych dla badanego przesłanek do wiedzy o sobie. Przekazując informacje o wynikach,

trzeba pamiętać, że najważniejsza jest ochrona dobra badanego. Ten wzgląd nakłania psychologa do wyważania przekazywanych informacji, tak aby to, co badany o sobie usłyszy, nie miało destrukcyjnego wpływu na jego dalszy los. Badany musi także uzyskać informację, jakie dane o nim zostaną przekazane osobom trzecim i jakie mogą być skutki sformułowanej przez psychologa opinii.

Nieodłącznym elementem diagnostyki psychologicznej jest jawne lub ukryte wartościowanie ludzi. Przygotowując opinię lub orzeczenie psychologiczne, łatwo o etykietowanie, stygmatyzację ludzi (Poznaniak, 1994). Jest to negatywne wartościowanie poprzez przypisanie specyficznych etykiet diagnostycznych, na przykład „niedojrzały emocjonalnie", „alkoholik", „niedostosowany społecznie" itp. Określenia te niczego nie wyjaśniają instytucji zlecającej badanie, a mogą być wykorzystane przez nieprofesjonalistę do niewłaściwej, dosłownej interpretacji uzyskanych danych. W sprawach rozwodowych często zdarza się, że niefortunne sformułowania opinii psychologa służą rozwodzącym się małżonkom do dalszych rozgrywek.

Opinia dla zleceniodawcy powinna charakteryzować się językiem komunikatywnym, zwięzłym i odpowiadać na postawione przez niego problemy. Diagnoza psychologiczna musi być przekazana tak, by klient (instytucja) potrafił zinterpretować wyniki i podjąć adekwatne do nich decyzje dotyczące badanego. Warto zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo związane z przekazywaniem liczbowych wyników testów psychologicznych. Przede wszystkim odbiorca diagnozy nie rozumie, co wyraża wynik liczbowy, jakie są jego granice i jak się odnosi do wyników grupy normalizacyjnej. Innym aspektem tej sprawy jest pozorna dokładność pomiaru, jaką sugerują wyniki testu wyrażone liczbowo. Laikowi może się wydawać, że jest to pomiar równie stały i niezawodny jak pomiar wagi czy wzrostu. Psychologowie winni w tym zakresie tworzyć określone standardy pisania opinii i w żadnym razie nie ulegać naciskom, by przedstawiać wyniki badań testowych.

Najpoważniejszym przekroczeniem zasad zawodowych przy sporządzaniu opinii jest wnioskowanie poza faktami i informacjami uzyskanymi w czasie badania diagnostycznego. Drastycznymi przykładami mogą być, na przykład, określanie poziomu inteligencji bez przeprowadzenia badań testowych, czy też wypowiadanie się o relacjach między małżonkami na podstawie kontaktu jedynie z żoną.

Sporządzanie opinii dla instytucji to także umiejętna selekcja informacji uzyskanych od badanego. Obowiązuje tu zasada zachowania **tajemnicy zawodowej**. Dłuższy kontakt z badanym w czasie dokonywania diagnozy psychologicznej sprzyja jego otwartości. Uzyskujemy znacznie więcej informacji o badanym, także intymnych, niż jest to potrzebne do udzielenia odpowiedzi na pytania instytucji. W opinii powinny znaleźć się tylko informacje niezbędne. Psychologowie często zapominają, że badany obdarza ich zaufaniem, toteż przekazywanie szczegółów jego życiorysu w opinii jest naruszeniem tajemnicy zawodowej, a tym samym nadużyciem zaufania.

71.1.2
Problemy etyczne udzielania pomocy psychologicznej

Celem wszelkich form pomocy psychologicznej jest dokonanie zmiany w człowieku i w jego zachowaniu. W tym obszarze działalności zawodowej psychologów wyczulenie na problemy etyczne jest bardzo duże. Pojawiają się pytania o granice wpływu na postawy, sposób przeżywania oraz zachowania drugiego człowieka. Kiedy oddziaływania psychologa nabierają cech manipulacji, indoktrynacji? Czy psycholog bądź psychoterapeuta nie ogranicza wolności drugiego człowieka? Czy celem psychoterapii jest dobro jednostki? Jeśli tak, to kto ma je określać – sam klient czy terapeuta? Te i inne dylematy etyczne są coraz częściej rozważane w różnych pracach o psychoterapii i innych formach pomocy psychologicznej (Leder, 1995; Sęk, 1994).

Próbą rozwiązania dylematu granic wpływu psychologa jest zawarcie umowy między psychologiem a klientem co do celu i zakresu terapii.

71.1.2.1
Ustalanie kontraktu w sytuacji terapeutycznej

Psycholog, udzielając pomocy psychologicznej, podejmując się psychoterapii, realizuje – podobnie jak lekarz – powszechnie obowiązujące normy działania na rzecz drugiego człowieka. Oczekiwania klienta, którego poczucie bezradności wobec własnych problemów skłoniło do poszukiwania profesjonalnej pomocy, są zwykle bardzo duże. Często klient, przychodząc do psychologa, wierzy, że rozwiąże on wszystkie jego problemy życiowe i dostarczy recepty na lepsze, bardziej udane życie. Zawarcie właściwego kontraktu z klientem chroni go przed rozczarowaniem i zawodem. W zależności od orientacji psychoterapeutycznej, umowy dotyczące celu i przebiegu procesu terapeutycznego są mniej lub bardziej sformalizowane, a określenie celu – bardzo precyzyjne, na przykład likwidacja lęku przed pająkami w psychoterapii behawioralnej, lub ogólne, na przykład reintegracja osobowości w psychoterapii Rogersa (Trzebińska, 1994).

Ustalenie celu pomocy psychologicznej to najczęściej dookreślenie przez klienta problemu, z którym zgłasza się po pomoc, i oczekiwań względem psychologa. Określając cel pomocy psychologicznej, wyznacza się wspólnie zakres interwencji, a więc granice, w których klient dopuszcza wnikanie w swoje intymne sprawy. Jeśli psycholog pozwoli trwać klientowi w przekonaniu, że znajdzie radę na wszystkie jego życiowe problemy, to popełni błąd w sztuce. Łatwo wówczas o przekroczenie granic umowy z klientem.

Efektem ustalenia celu, zakresu i przebiegu terapii jest uzyskanie od klienta tak zwanej „poinformowanej zgody" (APA, 1992). „Zgoda poinformowana" oznacza, że klient jest w ogóle zdolny do udzielenia zgody, został poinformowany o istotnych kwestiach dotyczących procedury postępowania, wyraża zgodę dobrowolnie i bez nacisku.

Ważnym elementem zawieranego kontraktu jest ustalenie czasu trwania terapii, a co się z tym wiąże – wynagrodzenia psychologa. Klient musi zaakceptować długość kontaktu terapeutycznego, nie jest przecież bez znaczenia, czy pomoc będzie udzielana przez okres kilku tygodni, czy paru lat. Wynagrodzenie terapeuty jest także związane z czasem trwania terapii. Te dwa elementy kontraktu, jako ściśle ze sobą powiązane, muszą być dokładnie określone. Zdarza się, iż w czasie terapii psycholog stwierdza, że skuteczność jego oddziaływań zależy od przedłużenia kontaktów terapeutycznych. Oznacza to jednak, że należy uprzedzić o tym klienta i właściwie ustalić nowe zasady, nową umowę. Wynagrodzenie jest bardzo szczegółowo omawiane, klient musi wiedzieć, jakie koszty poniesie w związku z otrzymywaną usługą. Opłaty za terapię w naszym kraju, gdzie przez wiele lat wszelkie formy leczenia były bezpłatne dla pacjentów, budzą wiele emocji. Niedokładnie określony kontrakt w tym zakresie może spowodować różne oskarżenia pod adresem psychologa, podważyć jego uczciwość i kompetencje profesjonalne.

W trakcie psychoterapii powstaje specyficzna relacja między psychologiem a klientem. Szczegółowo problemy te zostały omówione w rozdziale 69.; warto przypomnieć, że relacja ta jest oparta na silnej więzi emocjonalnej, skupieniu uwagi psychologa na kliencie i jego problemach, wytworzeniu się zależności klienta od psychologa. W czasie terapii może dojść do sytuacji, w której to nie umiejętności profesjonalne, a sam psycholog staje się dla klienta rozwiązaniem jego problemów. Nawiązanie z klientem bliskiego, intymnego, prywatnego kontaktu jest najbardziej drastycznym przykładem wykroczenia poza granice zawartej umowy. Amerykański kodeks etyczny psychologa (APA, 1992) podkreśla wyraźnie niedopuszczalność nawiązywania prywatnych, intymnych, seksualnych kon-

taktów nie tylko z aktualnymi, ale także z byłymi klientami. Psycholog nie może podejmować się terapii osoby, z którą pozostawał w prywatnych relacjach.

71.1.2.2 Przebieg procesu pomagania

Ustalenie właściwego kontraktu sprzyja w dużej mierze eliminacji błędów etycznych w procesie udzielania pomocy psychologicznej. Jednakże terapia jest procesem, trudno więc do końca przewidzieć jej przebieg i wynik. Niezbędne jest przestrzeganie kilku ważnych etycznych zasad w samym procesie terapeutycznym. Helena Sęk (1994) podkreśla następujące zasady:

(1) Zasada **podmiotowości klienta**. Relacja między klientem a psychologiem ma charakter asymetryczny, wynikający z różnych ról, jakie obaj pełnią. Teoretycznie zakłada się, że relacja ta powinna być partnerska, jednakże to terapeuta jest autorytetem, służy pomocą osobie – ona wyjściowo jest słabsza. Psycholog, aby nie nadużywać swojego autorytetu, powinien w trakcie kontaktów z klientem minimalizować własną przewagę. Dokonuje się to dzięki podkreślaniu podmiotowości klienta, bezwarunkowej akceptacji jego jako osoby, otwartości i tolerancji na jego inność i indywidualność.

(2) Zasada **poszanowania prywatności**. Psycholog w relacji z klientem musi dbać o to, by nie naruszać jego intymności i nie wkraczać w sfery, które klient chce chronić. Zakres ingerencji w cudze życie i problemy jest wyznaczany przez samego klienta. Zasada ta bywa zagrożona w terapii grupowej, w wypadkach, gdy grupa wywiera nacisk na osobę, by ujawniła swoje problemy.

(3) Zasada zwiększania zakresu **samodzielnych decyzji klienta**. Psycholog dba o rozwój osoby, której pomaga, czyniąc ją współodpowiedzialną za postępy w terapii.

(4) Zasada **zachowania tajemnicy zawodowej**. Tylko wzajemne zaufanie w kontakcie klienta z psychologiem stwarza poczucie bezpieczeństwa i przekonanie, że tajemnica zawodowa zostanie zachowana. Psychologowie udzielający pomocy muszą być szczególnie wrażliwi na wszelkie formy naruszania tajemnicy zawodowej, czy to w opisach form terapii, czy w takiej prezentacji przypadku, która umożliwia identyfikację osoby. Zwiększenie niebezpieczeństwa naruszenia tej zasady wiąże się również z terapią grupową, w której także uczestnicy sesji są powiernikami swoich intymnych problemów. To zagrożenie wymusza na psychologu szczególną odpowiedzialność za ustalenie w tym zakresie kontraktu z grupą i tworzenie reguł zachowania tajemnicy.

Uwzględniając w procesie pomagania przedstawione zasady, psycholog nie może polegać jedynie na własnym oglądzie relacji z klientem. Proces terapeutyczny musi być poddawany superwizji. Wymóg ten został zapisany w wielu kodeksach etycznych. W proces oddziaływania psychologicznego zaangażowane są nie tylko umiejętności i wiedza psychoterapeuty, ale i jego osobowość. To jego doświadczenie zawodowe, samoświadomość, a także doświadczenie życiowe mają zasadniczy wpływ na skuteczność procesu pomagania. Dlatego też bezwzględnie konieczne jest poddawanie stałej superwizji własnych czynności zawodowych przez terapeutę. Omawianie z doświadczonymi kolegami przebiegu terapii, wątpliwości klienta i psychoterapeuty, czy wreszcie dylematów etycznych pozwala uniknąć wielu błędów.

71.1.2.3 Zakończenie procesu pomagania

Zakończenie procesu terapeutycznego wyznaczone jest przez kontrakt. Funkcją ostatniego etapu pomagania psychologicznego jest podsumowanie uzyskanych przez klienta efektów oraz pomoc w przeniesieniu ich na sytuacje życiowe, pozaterapeutyczne. Ewa Trzebińska (1994) szczegółowo omawia przebieg i strategie zakończenia psychoterapii. Z punktu widzenia dyrektyw etycznych ważne jest, by rozwiązanie kontraktu nie wytworzyło w kliencie poczucia porzucenia go z nierozwiązanymi problemami i bez pomocy. Psycholog musi omówić z klientem zakończenie relacji, znać jego pogląd na ten temat i potrzeby w zakresie dalszej pomocy.

Inną sytuacją zakończenia procesu pomagania jest przypadek, gdy psycholog stwierdza, że jego oddziaływanie nie przynosi klientowi żadnych korzyści, lub nawet mu szkodzi. Może tak się stać na przykład wtedy, gdy dojdzie do wytworzenia nieprawidłowej relacji między klientem a psychologiem. W tej sytuacji psycholog musi sam zakończyć terapię i podjąć kroki umożliwiające przejęcie klienta przez innego specjalistę.

71.1.3 Kompetencje w praktyce psychologicznej

W każdej dziedzinie działalności praktycznej psychologa obowiązuje nakaz utrzymywania wysokiego poziomu kompetencji zawodowych. Oznacza to z jednej strony potrzebę stałego doskonalenia wiedzy i umiejętności zawodowych, z drugiej zaś – świadomość granic własnych kompetencji szczegółowych i ograniczeń fachowości. Analizując zalecenia etyczne, można określić trzy najważniejsze aspekty refleksji nad własnymi kompetencjami zawodowymi:

(1) podejmowanie zadań profesjonalnych zgodnych z wiedzą i kompetencjami,

(2) przerwanie lub zakończenie kontaktu z klientem po stwierdzeniu własnej niekompetencji,

(3) publiczne przedstawianie wiedzy i kompetencji zgodnie ze stanem faktycznym.

Podejmowanie się zadań, na przykład diagnostycznych, bez odpowiednich kompetencji powoduje, że przygotowana opinia jest nierzetelna a skutki błędnego rozpoznania i diagnozy mogą być dla badanego katastrofalne. Pogłębiona świadomość własnych umiejętności i ograniczeń pozwala psychologowi nie podejmować się tego, czego nie umie wykonać. Wszelkie usługi psychologiczne to działanie na rzecz innych ludzi. Szkody wyrządzane przez niekompetentnych psychologów są ogromne, podważają też zaufanie do zawodu i wszystkich psychologów.

Wobec poważnego dylematu staje psycholog, gdy nacisk wywiera instytucja, w której pracuje. Sytuacja nakłaniania psychologa przez pracodawcę, by w czynnościach wykraczał poza swoje przygotowanie zawodowe, jest w praktyce dość częsta. Dzieje się tak dlatego, że przeważnie przełożonym psychologa jest inny profesjonalista (lekarz lub nauczyciel), który nie tylko nie rozumie specyficzności zawodu, ale też nie obliguje go kodeks etyczny psychologa.

Psycholog, przygotowując opinię czy ekspertyzę, często działa na pograniczu różnych dyscyplin i do prawidłowego wykonania zadania niezbędna jest mu wiedza z tej drugiej dziedziny. Często na przykład sąd poleca instytucji (szpitalowi) wykonanie badania świadka, a dyrektor przekazuje tę sprawę psychologowi, który nie ma ani doświadczenia z problematyką zeznań świadków, ani niezbędnej wiedzy o problemach prawnych. Wykonując niekompetentnie – a więc źle – swoją pracę, psycholog sprzeniewierza się zasadzie występowania w interesie człowieka. Obowiązkiem psychologa w takiej sytuacji jest odmowa podjęcia się pracy, do której nie jest przygotowany.

Świadomość granic własnych kompetencji oznacza także konsultowanie z innymi specjalistami przypadków trudnych, w których proces terapeutyczny nie przebiega tak, jak by tego oczekiwał psychoterapeuta. Przyznanie się do braku wiedzy czy umiejętności nie ponosi za sobą tak trudnych do

oszacowania skutków, jak niekompetentna diagnoza bądź terapia.

Informując o świadczonych przez siebie usługach, psycholog musi w odpowiedzialny sposób przedstawiać ich zakres i własne umiejętności. Informacja przekazywana publicznie, na przykład w postaci ulotek lub reklamy, staje się dla klienta przesłanką do formułowania oczekiwań wobec psychologa. Niezależnie od tego, kto pisał taką ulotkę, odpowiedzialność za jej treść spoczywa na psychologu. Amerykański kodeks etyczny (APA, 1992) wymienia bardzo szczegółowe zasady formułowania komunikatów dotyczących działalności zawodowej psychologów.

Jak już zaznaczaliśmy, praktyka psychologiczna wymaga stałego dokształcania i doskonalenia zawodowego. Psycholog zajmujący się głównie diagnozą musi znać nowe narzędzia diagnostyczne, ich kontekst teoretyczny, wartość i zasady interpretacyjne. Terapeuta stale poddaje swoje umiejętności ocenie kolegów profesjonalistów, doskonaląc swój warsztat. Psycholog posługuje się w pracy nie tylko wiedzą fachową, ale też własną osobowością, systemem wartości, doświadczeniami życiowymi. Podnoszenie kompetencji zawodowych to także troska o własny stan psychiczny. Pracując stale z ludźmi obciążonymi trudnymi problemami, sam przeżywa stres. Stres ten jest nieunikniony, jeśli udziela się pomocy psychologicznej, ale i diagnosta doświadcza często stresu zawodowego. Jest to naturalna reakcja na cierpienia i przeżycia urazowe dotykające innych ludzi. Skumulowanie stresu związanego z pracą i nieskuteczne radzenie sobie z nim może przybrać formę kryzysu, lub nawet chronicznej reakcji kryzysowej, zwanej zespołem wypalenia zawodowego (*burnout syndrome*; Sęk, 1996). Każdy psycholog może wpływać na przebieg stresu i zapobiegać jego odległym skutkom. Umiejętność samoobserwacji, korzystanie z grupy odniesienia, superwizja, stałe doskonalenie zawodowe – to tylko niektóre ze sposobów radzenia sobie z przeciążeniami w pracy zawodowej (Badura-Madej i Piątek, 1996). Kompetencje zawodowe to także świadomość obciążeń psychicznych związanych z wykonywaniem zawodu.

71.2

Etyczne aspekty nauczania i popularyzacji psychologii

Nauczanie psychologii to kształcenie studentów w ramach studiów wyższych magisterskich, dające podstawy do uprawiania zawodu, oraz nauczanie psychologii nieprofesjonalistów – pedagogów, lekarzy, prawników itp.

71.2.1 Nauczanie psychologii

Szkolenie przyszłych psychologów odbywa się w czasie pięcioletnich studiów magisterskich. Motywacja, jaka przyświeca osobom podejmującym studia psychologiczne, jest bardzo różna. Anna Brzezińska (1994) wymienia pięć następujących grup motywów:

(1) motywy poznawcze – dążenie do poznania tej dziedziny wiedzy;
(2) motywy pragmatyczne bezpośrednie – dążenie do zdobycia zawodu psychologa;
(3) motywy pragmatyczne pośrednie – dążenie do zdobycia umiejętności psychologicznych, wykorzystywanych potem w innym zawodzie;
(4) motywy osobiste – dążenie do poznania siebie i swoich problemów;
(5) motywy społeczne – uleganie presji otoczenia.

Autorka podkreśla, że o ile studenci nie zawsze do końca zdają sobie sprawę z dominującej motywacji do studiowania psychologii, to prowadzący zajęcia są gotowi wartościować motywy, dzieląc studentów na gorszych i lepszych ze względu na nie. Rozwiązaniem tego dylematu jest wzbogacanie oferty zajęć fakultatywnych, na których istnieje możliwość realizowania przez studentów własnych preferencji.

71.2.1.1 Nasycenie treści nauczania problematyką etyczną

Akademickie kształcenie psychologów to nie tylko dążenie do stworzenia studentom optymalnych warunków nauczania i realizacji ich aspiracji poznawczych, ale także pierwszy kontakt z zasadami zawodu. Niezależnie od bogactwa wiedzy teoretycznej o człowieku, która jest przekazywana w czasie studiów, to właśnie tu studenci stykają się z postawami psychologów profesjonalistów wobec ludzi będących podmiotem ich działań. Ucząc się psychologii, mają okazję dostrzegać problematykę etyczną i dylematy związane z uprawianiem zawodu.

Aspekt etyczny uprawiania zawodu psychologa – niezależnie od tego, czy psycholog jest badaczem, diagnostą, czy terapeutą – jest w procesie dydaktycznym stale obecny. Podczas omawiania w trakcie zajęć eksperymentów, diagnoz czy konkretnych przypadków niezbędna jest refleksja nad wymogami etycznymi zawodu. Zuzanna Toeplitz (1994) podkreśla fakt, że uwrażliwienie studentów na dylematy etyczne nie jest proste, ponieważ duża część nauczycieli akademickich nie ma kontaktu z praktyką psychologiczną, co utrudnia im odnoszenie zagadnień teoretycznych do dylematów realnie występujących w praktyce.

Pomijanie problematyki etycznej w trakcie nauczania psychologii jest modelowaniem niewłaściwych postaw. Może bowiem wytworzyć w studentach przekonanie, że istnieją takie działy psychologii, w których dylematy etyczne nie występują (na przykład eksperymenty ze zwierzętami). Wprowadzenie odrębnych zajęć, poświęconych wyłącznie etyce zawodowej wraz z omówieniem kodeksu etyczno-zawodowego psychologa, nie do końca rozwiązuje problem. Inni dydaktycy, zwłaszcza prowadzący zajęcia teoretyczne, mogą czuć się zwolnieni od omawiania ze studentami problemów etycznych.

71.2.1.2 Prace praktyczne wykonywane w czasie zajęć

Wszelkie zasady obowiązujące psychologa praktyka odnoszą się także do działalności dydaktycznej. Trudność polega na tym, że psycholog nauczyciel musi przewidywać możliwość naruszenia zasad etycznych przez studentów, z którymi pracuje. Jego zadaniem jest więc wskazywanie konieczności uzyskiwania przez studenta zgody na badania, informowania badanych o celu badania i wreszcie przekazywania badanemu informacji zwrotnych. Jest odpowiedzialny nie tylko za poziom merytoryczny wykonywanych przez studenta prac, ale także za ich poziom etyczny.

Toeplitz (1994) zwraca uwagę na problem doboru osób do badań wykonywanych w ramach podstawowych zajęć praktycznych (nauka stosowania metod diagnostycznych). Dydaktyk musi czuwać nad tym, by osoby te spełniały dwa warunki:

(1) nie pozostawały w bliskich relacjach osobistych ze studentem,
(2) nie były osobami w oczywisty sposób zaburzonymi.

Warunek pierwszy to realizacja kodeksowej zasady, że relacje psycholog – klient muszą być neutralne w momencie zawierania kontraktu i nie mogą być obciążone żadnymi związkami emocjonalnymi. Wymaganie to jest też związane z próbą uchronienia studenta przed problemami, jakie może napotkać przy diagnozie osoby znajomej. Ważna jest też ochrona prywatności osoby badanej, gdyż nawet nieświadomie student może potem

wykorzystywać w sytuacjach prywatnych informacje uzyskane w czasie wykonywania badań.

Warunek drugi to ochrona osób badanych. Uaktywnienie poważnych problemów osoby badanej w trakcie dokonywania diagnozy może niekorzystnie się na niej odbić. Student na zajęciach podstawowych z diagnostyki nie jest przygotowywany na takie sytuacje i pozostaje całkowicie bezradny wobec problemów badanego. Badanie może stać się bodźcem do ujawnienia poważnych problemów osoby zaburzonej. Jednocześnie prowadzący zajęcia nie może ingerować w to, co dzieje się między badającym a badanym, jego kontrola ogranicza się przecież do protokołów, nagrań wywiadu, interpretacji technik. Refleksja osób prowadzących te zajęcia powinna skupić się na szczegółowych zaleceniach związanych z doborem osób badanych przez studentów.

Ważnym aspektem dydaktyki psychologicznej jest modelowanie przez prowadzącego właściwych zachowań. Studenci często uczą się, obserwując rzeczywiste badania czy interwencje psychologiczne, lub też w nich uczestnicząc. W takiej sytuacji należy bezwzględnie uzyskać zgodę osób uczestniczących w badaniach na udział czy obserwowanie przez studentów. Podobna zasada obowiązuje wtedy, gdy rejestrujemy badanie na taśmie i chcemy je wykorzystać do celów dydaktycznych. Jeśli prowadzący zajęcia nie dopełni tych wymogów, wówczas przekazuje studentom niewłaściwe wzory postępowania, narusza zasady kodeksu zawodowego.

We wcześniejszych rozważaniach zwracaliśmy uwagę na fakt, że psycholog w swoich działaniach praktycznych posługuje się wiedzą, umiejętnościami, ale także swoją osobowością. I to osobowość oraz samoświadomość psychologa są najlepszymi gwarantami poziomu etycznego jego oddziaływań (Sęk, 1994). Uznając prawdziwość tego stwierdzenia, często podejmuje się w środowisku akademickim problem, czy należy uczyć psychologii osoby o wyraźnych zaburzeniach funkcjonowania. Dyskusje te nie prowadzą do żadnych wniosków, nie wiadomo bowiem, kto miałby diagnozować te zaburzenia. Ukończenie studiów psychologicznych zaś nie jest równoznaczne z podjęciem praktyki zawodowej.

Psycholog, pełniąc funkcję nauczyciela, niejako automatycznie staje się autorytetem dla studentów. W procesie dydaktycznym należy podkreślić jeszcze dwa aspekty. Dydaktyka akademicka charakteryzuje się dużym stopniem autorskiego, twórczego podejścia do przekazywanych treści. Nie zwalnia to prowadzącego zajęcia od wskazywania innych, często odrzucanych przez siebie koncepcji. Psycholog dydaktyk nie może wywierać żadnych nacisków na studentów – na przykład, by uczestniczyli w różnych badaniach.

71.2.2 Popularyzacja psychologii

Od kilku lat wzrasta zapotrzebowanie na komentarze i wyjaśnienia psychologiczne różnych niepokojących zjawisk, takich jak wzrost agresji i brutalności młodzieży oraz tak zwanych pseudokibiców, wpływ gier komputerowych na rozwój dzieci itp. Psychologowie są zarzucani przez środki masowego przekazu różnymi pytaniami. To zainteresowanie stanowi okazję sprzyjającą popularyzacji osiągnięć psychologii, podkreślaniu jej roli w życiu społecznym, a nie tylko w życiu jednostki. Na psychologu wypowiadającym się publicznie spoczywa ogromna odpowiedzialność. Występuje on jako reprezentant zawodu, znawca i ekspert. Poprzez swoje wypowiedzi tworzy obraz psychologii i psychologów. Wpływa też na poziom społecznego zaufania do przedstawicieli tej profesji.

Popularyzacja nauki to przede wszystkim odczyty, publikacje popularnonaukowe itp. W dalszych uwagach skoncentrujemy się na wystąpieniach w mediach, ponieważ ta forma popularyzacji musi podlegać refleksji etycznej. Szczególnie do tej formy propagowania

psychologii odnosi się postulat niewykraczania poza własne kompetencje i odpowiedzialności za wypowiadane opinie. Stosowanie kilku podstawowych zasad, zaproponowanych przez Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne (BPS, 1997), pozwoli ograniczyć możliwość naruszenia kodeksu.

Proponuje się następujące rady dla osób udzielających wywiadów prasowych, radiowych lub telewizyjnych. W wypadku prośby o skomentowanie konkretnego wydarzenia czy zachowania jakiejś osoby rozmawiać należy o prawidłowościach ogólnych, nie sugerując, że jesteśmy w stanie zinterpretować na odległość i na podstawie prasowych doniesień zachowanie człowieka bądź zjawisko społeczne. W każdej sytuacji wywiadu należy:

(1) znać cel wywiadu,
(2) znać pytania,
(3) znać temat, na jaki się wypowiadamy.

Te pozornie oczywiste zalecenia często nie są uwzględniane, ponieważ psycholog ulega presji czasu i dziennikarzy. Zgadza się na wywiady telefoniczne bez autoryzacji i bez szansy wpłynięcia na merytoryczną wartość przypisanej mu wypowiedzi. Rolą psychologa w tym wypadku jest dbałość o to, by jego wypowiedź była zgodna ze stanem wiedzy psychologicznej i nie spowodowała negatywnych konsekwencji dla nikogo. Inne wskazówki formułowane przez APA (1992) i BPS (1997) pozwalają ograniczyć przeżycie stresu związanego z publicznym udzielaniem wywiadu.

Psycholog, rozważając dylematy etyczne, sięgnąć może do Kodeksu etyczno-zawodowego psychologa, który przygotowany został przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Jest on próbą przełożenia opisanych wcześniej wartości na konkretne zasady postępowania. Tekst tych zasad ulega stałemu doskonaleniu wraz z rozwojem zastosowań psychologii. Polskie Towarzystwo Psychologiczne dąży do szerokiego rozpropagowania kodeksu, udzielając zgody na opublikowanie go w tym podręczniku i zachęcając psychologów do podejmowania dyskusji etycznych.

71.3 Podsumowanie

W rozdziale omówiono podstawowe dylematy etyczne związane z diagnostyką psychologiczną i udzielaniem pomocy psychologicznej. Ważnymi zaleceniami etycznymi dla działań psychologa są: (1) ustalenie kontraktu obejmującego cel i zakres interwencji psychologa, oczekiwanych skutków, czasu trwania usługi oraz wynagrodzenia psychologa; (2) troska w procesie interwencji o podmiotowe traktowanie klienta; (3) przekazanie informacji zwrotnych o uzyskanych wynikach, zakończenie relacji z klientem. Psycholog, rozpoczynając badanie, uzyskuje od klienta zgodę na jego udział oraz zastosowanie określonych narzędzi pomiarowych. W przewidzianych przez prawo przypadkach uzyskanie takiej zgody nie jest konieczne. Jednak także wtedy psycholog musi uzyskać od badanego (zarówno dorosłego, jak i dziecka) akceptację toku postępowania diagnostycznego i stosowanych technik.

W trakcie całego procesu – i diagnostycznego, i terapeutycznego – psycholog czuwa nad tym, by klienta traktować podmiotowo. Ważnym elementem relacji z klientem jest zachowanie poufności i przestrzeganie tajemnicy zawodowej. Na żadnym etapie oddziaływania psychologicznego klient nie może czuć się przedmiotem niezrozumiałych dla siebie manipulacji psychologa.

Refleksja etyczna nad własną działalnością zawodową jest ściśle powiązana z podnoszeniem kompetencji profesjonalnych. Świadomość ograniczenia możliwości zawodowych chroni psychologa przed podejmowaniem się zadań wykraczających poza jego wiedzę i umiejętności.

W działalności dydaktycznej psycholog staje przed trudnym zadaniem modelowania relacji studentów z osobami badanymi w ramach wykonywanych prac praktycznych oraz

stwarzania takich sytuacji dydaktycznych, które ograniczą możliwości zachowań nieetycznych. Programy nauczania psychologii przeznaczone dla innych profesji dostosowują wiedzę do potrzeb tych zawodów, nie udostępniając specyficznych dla psychologów umiejętności diagnostycznych.

Zasygnalizowano problemy związane z publicznym występowaniem psychologa, gdy popularyzuje on osiągnięcia dyscypliny. Zapotrzebowanie na psychologiczne interpretacje różnych zjawisk społecznych stwarza dogodne warunki do upowszechniania wyjaśnień zgodnych z wiedzą psychologiczną. Stwarza także niebezpieczeństwo wykorzystywania autorytetu psychologa i jego dziedziny do oddziaływań sprzecznych z zasadami etyki zawodowej.

Zasady etycznego postępowania psychologa w roli praktyka, badacza, nauczyciela i popularyzatora zawiera Kodeks etyczno-zawodowy psychologa.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Jakie są podstawowe ustalenia w kontrakcie zawieranym przez psychologa z klientem?
2. Co oznacza pojęcie „zgoda poinformowana"?
3. Jaką funkcję pełni przekazywanie badanemu informacji o wynikach?
4. Jakie etyczne zasady obowiązują w procesie terapeutycznym?
5. Co zaleca się psychologom udzielającym mediom wywiadów?

LITERATURA ZALECANA

Brzeziński, J., Poznaniak, W. (red.). (1992). *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów.* Poznań: Humaniora.

Leder, S. (1995). Zagadnienia etyczne w psychoterapii. W: M. Siwak-Kobayashi, S. Leder (red.), *Psychiatria i etyka* (s. 77–88). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.

72

Kodeks etyczno-zawodowy psychologa*

Psychologia jako profesja i jako dyscyplina naukowa należy do tych dziedzin ludzkiej aktywności, w których centrum zainteresowania i oddziaływań jest człowiek. Relacje interpersonalne nawiązywane przez psychologa występującego zarówno w roli praktyka, jak badacza czy nauczyciela, podobnie jak wszelkie relacje międzyludzkie, posiadają zawsze wymiar etyczny. Relacje te mają jednak szczególny, niesymetryczny charakter, wynikający z przewagi kompetencji interpersonalnych po stronie psychologa, który dysponuje specjalistyczną wiedzą i technikami służącymi do poznawania innych ludzi i oddziaływania na nich. Rola zawodowa psychologa obejmuje ingerencję w sposób istnienia drugiego człowieka jako indywidualnej i niepowtarzalnej całości, ingerencję, której skutki mogą być nieodwracalne. Te okoliczności decydują o znaczeniu przestrzegania zasad etyki zawodowej w działalności psychologów i uzasadniają stawianie im wysokich wymagań etycznych.

Naczelną wartością dla psychologa jest dobro drugiego człowieka. Celem jego działalności profesjonalnej jest niesienie pomocy innej osobie w rozwiązywaniu trudności życiowych i osiąganiu lepszej jakości życia na drodze rozwoju indywidualnych możliwości oraz ulepszaniu kontaktów międzyludzkich.

W badaniach cel ten istnieje w dalszej perspektywie. Kontakt nawiązywany w celach badawczych, jeśli w swoich założeniach nie ma być pomocny, to w każdym razie nie powinien przynieść uszczerbku osobom uczestniczącym w badaniach.

Mimo różnych porządków moralnych i światopoglądowych istnieje zespół podstawowych wartości humanistycznych, które znalazły wyraz w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ. W swoich czynnościach zawodowych psycholog zawsze powinien respektować te podstawowe wartości, zwłaszcza godność osoby ludzkiej, podmiotowość i autonomię człowieka, i jego prawo do nieskrępowanego rozwoju. Psycholog uznaje prawo każdego człowieka do kierowania się własnym systemem wartości, dokonywania własnych wyborów, jak również prawo do intymności. Jednocześnie psycholog świadomy jest skutków, jakie przynosi lub przynieść może w przyszłości jego oddziaływanie – osta-

* Kodeks etyczno-zawodowy psychologa został zatwierdzony przez Walne Zgromadzenie Delegatów PTP w grudniu 1991 roku. Przedruk za zgodą PTP. *Copyright* Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

tecznie powinny to być skutki pomyślne dla odbiorcy lub odbiorców czynności zawodowych psychologa. W każdym przypadku na psychologu ciąży odpowiedzialność za następstwa kontaktu, jaki w ramach swojej roli zawodowej nawiązuje z drugim człowiekiem. Granice ingerencji psychologa wyznaczone są z jednej strony – jego kompetencjami profesjonalnymi, z drugiej strony – celami i oczekiwaniami formułowanymi przez osoby zgłaszające się po pomoc psychologiczną.

Współpracując z przedstawicielami innych zawodów, psycholog nie przekracza granic swoich kompetencji i szanuje kompetencje innych specjalistów. Jednocześnie dba o utrzymanie własnej tożsamości zawodowej, respektuje cele i wartości właściwe własnej profesji i wystrzega się identyfikacji z postawami innych specjalistów, jeśli te postawy są niezgodne z zasadami etycznymi zawodu psychologa. Zasada ta obowiązuje zawsze, ilekroć psycholog występuje w swojej roli zawodowej, bez względu na to, jakie są specyficzne cele i zadania instytucji, w której jest on zatrudniony.

W przypadku rezygnacji z wykonywania zawodu psychologa na rzecz innych ról zawodowych (np. administracyjnych) osoba z wykształceniem psychologicznym nie powinna celowo wykorzystywać związanej z kierunkiem wykształcenia wiedzy oraz umiejętności poznawania ludzi i oddziaływania na nich w sposób niezgodny z etyką zawodową psychologa. Psycholog angażujący się w działalność polityczną nie powinien wykorzystywać prestiżu zawodu psychologa jako argumentu popierającego prezentowane poglądy.

ZASADY OGÓLNE

art. 1

Wykonując czynności zawodowe, psycholog zawsze dąży do tego, żeby kontakt z nim był pomocny dla drugiego człowieka czy grupy osób. Psycholog z racji swojego zawodu poczuwa się do udzielania pomocy psychologicznej w każdych okolicznościach, gdy zachodzi taka potrzeba.

art. 2

Psycholog jest świadomy szczególnej odpowiedzialności wynikającej ze specyfiki wykonywanego zawodu. Powinien znać granice swoich kompetencji i nie podejmuje się zadań przekraczających jego możliwości. Dokłada wszelkich starań, aby zapewnić jak najwyższy poziom wykonywanej pracy.

art. 3

Przyjmując określoną postawę wobec norm moralnych i obyczajowych w życiu prywatnym, psycholog zdaje sobie sprawę, że jego decyzje w sprawach osobistych mogą wpływać na jakość jego czynności zawodowych, a także rzutować na zaufanie społeczne do psychologii i psychologów. W społecznych oczekiwaniach zawarte są przy tym wysokie wymagania dotyczące przestrzegania zasad etycznych w życiu prywatnym przez osoby, których rola zawodowa obejmuje oddziaływania na drugiego człowieka.

art. 4

Obowiązkiem psychologa jest stały rozwój zawodowy i dążenie do stałego rozwoju osobistego. Kwalifikacje psychologa powinny odzwierciedlać aktualny poziom wiedzy i technik psychologicznych. Psycholog korzysta z dorobku nauki światowej. Przyjmowanie twierdzeń i metod wypracowanych w innych warunkach społecznych i kulturowych powinna poprzedzać krytyczna analiza możliwości ich wykorzystania w naszych warunkach.

art. 5

Psycholog ustosunkowuje się twórczo do zastanego dorobku swojej dyscypliny. Przyczynia się do rozwoju wiedzy, ulepszania metod badawczych, narzędzi diagnostycznych i technik terapeutycznych. Jest krytyczny wobec własnych dokonań, rozpowszechniając je ujawnia sposoby dotychczasowej weryfikacji. Dąży do bezstronności i obiektywizmu w ocenie nowych technik oddziaływania psychologicznego i nieprofesjonalnych form pomocy psychologicznej oraz powstrzymuje się od działań utrudniających ich rozwój, nie mając po temu merytorycznych powodów.

art. 6

Psycholog udostępnia własny dorobek naukowy, przestrzegając zasad odpowiedzialności zawodowej, dobra osoby i dobra społecznego.

art. 7

Psycholog nie przedstawia niezgodnie z prawdą swojego wykształcenia, kompetencji profesjonalnych i doświadczenia zawodowego.

art. 8

Psycholog powstrzymuje się od wykonywania czynności zawodowych, jeżeli okoliczności zewnętrzne lub jego własny aktualny stan fizyczny czy psychiczny są tego rodzaju, że mogą istotnie obniżyć poziom wykonywanej pracy lub zakłócić bezstronność osądu zawodowego.

art. 9

Relacje między psychologami opierają się na wzajemnym szacunku i koleżeństwie, wynikającymi ze wspólnoty wartości i celów, świadomości rangi społecznej wykonywanego zawodu oraz przyjętej na siebie odpowiedzialności zawodowej.

art. 10

Psycholog nie jest obojętny na odstępstwa od zasad etyki zawodowej ze strony innych psychologów. Stwierdzając nieetyczne postępowanie kolegi w sprawach zawodowych lub dowiadując się o takim zachowaniu, psycholog stara się przekonać go o niewłaściwości jego czynów, korzystając, gdy trzeba, z pomocy innych kolegów. Jeśli taka interwencja okazuje się nieskuteczna, psycholog zgłasza sprawę do zarządu oddziału PTP, który określa dalszy sposób jej załatwienia.

art. 11

Krytyczna ocena pracy i działalności innych psychologów nie powinna mieć charakteru deprecjonującego osobę i w żadnym wypadku nie może służyć do rozgrywek osobistych. Psycholog powstrzymuje się od wydawania takich ocen w obecności osób postronnych, dbając o niepodważanie zaufania do psychologii i psychologów.

art. 12

Psycholog wykazuje stałą troskę o prestiż i poziom wykonywania zawodu. Nie udostępnia specyficznych technik diagnozy psychologicznej osobom nieprzygotowanym do ich kompetentnego stosowania. Psycholog przeciwstawia się podejmowaniu działalności psychologicznej, a zwłaszcza stosowaniu specyficznych technik diagnostycznych i terapeutycznych przez osoby nieposiadające kwalifikacji psychologicznych.

art. 13

Psycholog nie może akceptować warunków pracy, które ograniczają jego niezależność zawodową, a zwłaszcza takich, które uniemożliwiają stosowanie zasad etyki zawodowej. Psycholog powinien domagać się poszanowania dla własnej niezależności, bez względu na pozycję, jaką zajmuje w hierarchii zawodowej. Każdy psycholog ma obowiązek występować w obronie niezależności swych kolegów.

PSYCHOLOG JAKO PRAKTYK

art. 14

Podejmując działalność praktyczną, psycholog akceptuje fakt, że jego odpowiedzialność zawodowa przybiera wówczas konkretną formę odpowiedzialności za drugiego człowieka czy grupę osób.

art. 15

Psycholog powinien wykonywać swoje czynności zawodowe, dążąc do osiągnięcia możli-

wie najwyższego poziomu swej pracy, bez względu na to, kto jest odbiorcą jego czynności i jaki jest jego osobisty stosunek do tej osoby czy osób. W szczególności intencja niesienia pomocy i staranność w wykonywaniu czynności zawodowych przez psychologa nie zależy od takich właściwości klienta, jak: pozycja społeczna, sytuacja materialna, poglądy polityczne, światopogląd i system wartości, rasa, narodowość i wiek, a także charakter problemów wymagających interwencji psychologicznej.

art. 16

Psycholog powinien poinformować klienta o ewentualnym ryzyku związanym ze stosowanymi metodami terapeutycznymi oraz o istniejących metodach alternatywnych, z uwzględnieniem metod niepsychologicznych. Jeśli psycholog nie jest w stanie udzielić skutecznej pomocy wskutek braku kwalifikacji potrzebnych w danym wypadku lub powstania wadliwej relacji z klientem, kieruje go do innego psychologa lub do innego specjalisty. Psycholog podejmuje się jedynie tych czynności zawodowych, do których posiada kwalifikacje potwierdzone odpowiednim szkoleniem i doświadczeniem praktycznym.

art. 17

Rozpoczynając pracę, psycholog każdorazowo uzgadnia z klientem cel i zakres swoich oddziaływań oraz zasadnicze sposoby postępowania. Ustalenia te mają charakter wstępny i mogą ulec zmianie w toku dalszych kontaktów. W przypadku istnienia niezgodności poglądów należy dążyć do uzgodnienia jednolitego stanowiska. Psycholog respektuje system wartości klienta i jego prawo do podejmowania własnych decyzji, nie powinien jednak podejmować się interwencji, jeśli jej cele lub stosowane metody nie byłyby zgodne z jego etyką zawodową.

art. 18

Osoby zgłaszające się do psychologa nie z własnej inicjatywy, zarówno dorośli, jak dzieci (kierowane na badania diagnostyczne lub zabiegi psychokorekcyjne), powinny być przez niego informowane o celu postępowania, stosowanych metodach, wynikach i sposobie ich udostępnienia. Psycholog stara się uzyskać akceptację planowanych czynności zawodowych przez te osoby.

art. 19

Osoby małoletnie powinny być traktowane w sposób szczególny. Podstawową zasadą psychologa w pracy z osobami małoletnimi jest ich dobro, co oznacza, że osoby te w kontaktach z psychologiem mają prawa nie mniejsze niż klienci dorośli. Kontakty z psychologiem w żadnym razie nie mogą być realizowane pod presją ze strony instytucji i osób dorosłych decydujących w imieniu małoletniego. W takim przypadku oraz w razie stwierdzenia naruszenia przez instytucję lub osoby dorosłe dobra małoletniego psycholog ma prawo odmówić współpracy z tymi instytucjami i osobami. Psycholog ma moralny obowiązek stać w obronie praw małoletniego. Psycholog ma prawo i też obowiązek respektować decyzję małoletniego jako osoby ludzkiej w zakresie kontaktów z nim.

art. 20

Osobom korzystającym z diagnozy i terapii psychologicznej psycholog udziela informacji o stosowanych metodach i uzyskanych wynikach, kierując się dobrem tych osób. Psycholog unika postępowania stwarzającego ryzyko zagrożenia wartości cenionych przez klienta, a także okazji do błędnej interpretacji podawanych informacji. W wypadkach wątpliwych psycholog upewnia się, czy informacje zostały właściwie zrozumiane.

art. 21

Psychologa obowiązuje przestrzeganie tajemnicy zawodowej. Ujawnienie wiadomości objętych tajemnicą zawodową może nastąpić jedynie wtedy, gdy poważnie zagrożone jest bezpieczeństwo klienta lub innych osób. Jeśli jest to możliwe, decyzję w tej sprawie należy dokładnie omówić z doświadczonym i bezstronnym kolegą. Materiały poufne powinny być komisyjnie zniszczone, jeżeli zaistnieją warunki grożące ich ujawnieniem.

art. 22

Wnikanie w intymne, osobiste sprawy klienta dopuszczalne jest jedynie w takim zakresie, jaki wynika z celów pomocy psychologicznej.

art. 23

Współpracując ze specjalistami z innych dziedzin lub korzystając z ich konsultacji (to jest wykonując badanie na ich zlecenie), psycholog udostępnia wyniki własnych badań tylko w takim stopniu, w jakim jest to potrzebne. Informuje przy tym o konieczności utrzymania tych danych w tajemnicy.

art. 24

Korzystając z pomocy personelu pomocniczego bez pełnych kwalifikacji (np. asystenci psychologiczni, studenci, pielęgniarki itp.), psycholog odpowiada za realizację zasad etyki zawodowej. W szczególności psycholog powiadamia asystentów o obowiązku bezwzględnego przestrzegania tajemnicy zawodowej, z wyjątkiem zagrożenia bezpieczeństwa osób, a materiały powierzone asystentom do opracowania zabezpiecza w miarę możliwości przed imienną identyfikacją.

art. 25

Psycholog zachowuje wrażliwość etyczną, nie unika rozstrzygania konfliktów moralnych, lecz stara się je dostrzegać, dokładnie rozważa sytuację i podejmuje decyzje, kierując się własnym rozeznaniem, w oparciu o naczelne wartości etyczne swojego zawodu. Nawet nie akceptując postępowania osoby, psycholog powinien starać się jej pomóc.

art. 26

Gdy w swoich czynnościach zawodowych psycholog zostanie uwikłany w konflikt interesów, zarówno między osobami, jak między osobami i instytucją, postępuje tak, aby nie spowodować szkody dla którejkolwiek z zainteresowanych stron. Jeśli w grę wchodzi konflikt między interesami osoby i instytucji, psycholog zachowuje bezstronność.

art. 27

Ogłaszając lub reklamując usługi zawodowe, psycholog rzetelnie przedstawia swoje kwalifikacje i zakres oferowanych czynności.

art. 28

Psycholog jako psychoterapeuta jest świadomy niebezpieczeństw wynikających z jego możliwości wpływania na innych ludzi, w związku z czym poddaje się superwizji lub konsultacji.

PSYCHOLOG JAKO BADACZ

art. 29

Psycholog w roli badacza zdaje sobie sprawę z tego, że wyniki badań naukowych nie tylko stanowią poszerzenie obszaru ludzkiej wiedzy, lecz mogą także być wykorzystane w praktyce społecznej. Psychologia ze względu na swą bliskość z życiem społecznym jest tą dziedziną nauki, której wyniki mogą być nadużywane w celu kształtowania przekonań i zachowania ludzi. Podejmując badania naukowe, psycholog starannie rozważa ich stronę etyczną, a zwłaszcza możliwe pozytywne i negatywne konsekwencje udostępnienia wyników badań i ich wykorzystania w praktyce społecznej.

art. 30

Psycholog prowadzący badania naukowe podejmuje tematy zgodne z wartościami etycznymi swojej profesji, jest odpowiedzialny za dobór metod badawczych umożliwiających uzyskanie wiarygodnych wyników i za rzetelne przedstawienie rezultatów badań. W sprawach tych psycholog podejmuje decyzje, nie ulegając presji osób ani okoliczności.

art. 31

Podejmując badania z udziałem ludzi, psycholog starannie rozważa zgodność planowanego

przedsięwzięcia z ogólnymi zasadami etyki zawodowej. Przy zatwierdzaniu planów badań podległych członków zespołu badawczego, doktorantów czy magistrantów kierownik lub promotor powinien uwzględniać kryteria etyczne. Osoby pracujące pod czyimś kierunkiem również ponoszą odpowiedzialność za stronę etyczną badań, w tym zakresie, w jakim zależy to od ich własnej decyzji.

art. 32

Psycholog przestrzega zasady dobrowolności uczestniczenia w badaniach psychologicznych, a także respektuje prawo uczestników do wycofania się w dowolnym momencie z dalszego udziału w badaniach. Jeżeli uczestnicy badań pozostają w stosunku zależności wobec prowadzącego badania jako jego studenci, klienci lub pracownicy, a także wtedy, gdy istnieje możliwość społecznej presji na udział w badaniach, należy szczególnie zadbać o to, aby zasada dobrowolnego udziału nie była naruszona.

art. 33

Psycholog nie podejmuje badań, które mogłyby narazić osoby uczestniczące na cierpienia lub utratę cenionych wartości. Jeżeli ważne względy poznawcze i praktyczne przemawiają za przeprowadzeniem tego rodzaju badań i nie istnieją inne sposoby uzyskania danych, należy bezstronnie rozważyć, czy spodziewane korzyści z badań uzasadniają i usprawiedliwiają ich prowadzenie. Przed uzyskaniem zgody na udział w badaniach należy w takich wypadkach szczególnie starannie poinformować przyszłych uczestników o ich przebiegu. Uczestnikami takich badań nie mogą być osoby pozostające w stosunku zależności wobec prowadzącego badania. Psycholog zobowiązany jest również podjąć wszelkie dostępne kroki w celu zminimalizowania przykrości związanych z badaniami i ich negatywnych skutków dla osób uczestniczących.

art. 34

Przed rozpoczęciem badań psycholog ma obowiązek poinformowania uczestników o ich celu, przebiegu, a zwłaszcza o tych aspektach badania, co do których w sposób uzasadniony można oczekiwać, że będą wpływać na gotowość uczestniczenia, oraz wyjaśnić wszystkie inne aspekty badania, o które pytają uczestnicy, i uzyskać ich zgodę. Jeżeli planuje się zastosowanie urządzeń rejestrujących zachowanie uczestników badań (kamera, magnetofon albo obserwacja z ukrycia), bezwzględnie należy o tym poinformować badanych i uzyskać ich zgodę. Dotyczy to zarówno dorosłych, jak i dzieci. W wyjątkowych wypadkach informacje te można przekazać po zakończeniu badań, należy jednak wtedy zapewnić badanym możliwość odmowy zgody na wykorzystanie uzyskanych od nich danych.

art. 35

W każdym przypadku powoływania się na konkretne wyniki badań psycholog usuwa z nich wszystko, co mogłoby się przyczynić do identyfikacji osób uczestniczących.

art. 36

Posługując się w badaniach zwierzętami, psycholog unika zadawania im cierpień; jeśli ze względu na szczególnie ważne cele badawcze cierpienie zwierzęcia jest nie do uniknięcia, psycholog usilnie dąży do jego złagodzenia.

art. 37

Psycholog dba o rzetelne przedstawienie wyników swych badań i stara się zapobiec ich niewłaściwemu wykorzystaniu. Dlatego należy zawsze uwzględniać wyniki, które nie potwierdzają hipotez badawczych, istnienie alternatywnych hipotez i alternatywnych sposobów interpretacji wyników oraz ograniczenia zasięgu generalizacji uzyskanych rezultatów. Szczególną ostrożność należy zachować przy formułowaniu praktycznych wniosków z badań.

art. 38

Psychologa obowiązuje prawdziwe i wyczerpujące informowanie o źródłach, z których korzystał. Psycholog nie zataja, że korzystał

w swoich publikacjach lub pracach badawczych z materiałów innych autorów oraz z pomocy i konsultacji innych osób.

art. 39

Uczestnicząc w pracach zespołowych, psycholog respektuje prawa autorskie innych członków zespołu i dba o ochronę własnych praw autorskich. Zasada ta jest szczególnie ważna przy prowadzeniu badań interdyscyplinarnych.

art. 40

Psycholog nie firmuje swoim nazwiskiem żadnych publikacji lub prac, w których nie brał udziału, ani nie przedstawia swojego udziału w sposób niezgodny z rzeczywistym wkładem wniesionym w te prace.

art. 41

Psycholog opiniujący prace badawcze innych autorów zdaje sobie sprawę ze znaczenia krytyki naukowej w rozwoju dyscypliny i ciążącej na nim osobistej odpowiedzialności za rzetelność wydawanych ocen. Psycholog nie podejmuje ocen pracy, jeśli istnieją okoliczności uniemożliwiające wydanie bezstronnej, rzetelnej i kompetentnej oceny.

art. 42

Psycholog jako członek społeczności akademickiej realizuje naczelne wartości etyczne swojego zawodu, jak godność, podmiotowość i autonomia człowieka. W kontaktach z przedstawicielami innych dziedzin nauki stara się upowszechniać typ relacji oparty na tych wartościach.

PSYCHOLOG JAKO NAUCZYCIEL I POPULARYZATOR

art. 43

Psycholog jest świadomy faktu, że ze względu na specyfikę dyscypliny jego osobiste przekonania, wartości i prywatne normy etyczne wpływać mogą na dobór i sposób przekazywania treści dydaktycznych. Występując w roli nauczyciela pokazującego wiedzę psychologiczną, psycholog powinien zaznaczyć, kiedy prezentuje osobisty punkt widzenia; obowiązuje go jednak znajomość i rzetelne przedstawienie innych stanowisk.

art. 44

Przygotowując studentów i absolwentów do praktycznego wykonywania zawodu, należy kłaść nacisk na jego aspekty etyczne, akcentując naczelne wartości etyczne zawodu. Psycholog wykorzystuje konkretne przykłady dla rozwijania wrażliwości etycznej przyszłych psychologów i ich umiejętności rozstrzygania dylematów moralnych towarzyszących wykonywaniu czynności zawodowych. Pokazuje i przybliża studentom wzorce etycznego postępowania w sprawach zawodowych.

art. 45

Psycholog jako nauczyciel, zwłaszcza przy nauczaniu umiejętności praktycznych, zdaje sobie sprawę, że jego postępowanie w stosunku do klientów czy podopiecznych kształtuje postawy zawodowe uczniów.

art. 46

W zajęciach dydaktycznych, podczas których prowadzone są demonstracje osób lub wytworów, psycholog unika momentów o charakterze widowiskowo-sensacyjnym. Wszelkie demonstracje powinna cechować dyskrecja i takt. Jeśli demonstracja dotyczy osób, udział w niej powinien być w pełni dobrowolny, a osoby uczestniczące powinny być chronione przed jakimikolwiek skutkami ujemnymi. Jeśli pojawi się ryzyko zaistnienia takich skutków, należy demonstrację przerwać.

art. 47

Zajęcia o charakterze laboratoryjno-ćwiczeniowym dostarczające uczestnikom okazji do wglądu we własne problemy emocjonalne mogą być prowadzone jedynie przez psychologów posiadających odpowiednie przeszko-

lenie. Psycholog prowadzący tego rodzaju zajęcia odpowiada za ich bezpośrednie i odległe skutki dla uczestników.

art. 48

Psycholog nie prowadzi żadnego wycinkowego szkolenia dla niepsychologów w zakresie funkcji i prac wymagających pełnego wykształcenia i kwalifikacji psychologa.

art. 49

Psycholog w miarę swoich możliwości przeciwdziała nauczaniu psychologii przez osoby nieposiadające wykształcenia psychologicznego, np. zgłaszając takie fakty do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

art. 50

Upowszechniając wiedzę psychologiczną, psycholog dba o zgodność przekazywanych treści ze współczesnym stanem nauki, uwzględnia różnice między hipotezami i dobrze udokumentowanymi twierdzeniami i w sposób rzetelny przedstawia praktyczne możliwości psychologii. Szczególnie starannie psycholog przedstawia te treści, które są niezgodne z obiegową wiedzą psychologiczną lub podatne na różnorakie interpretacje.

Zasady Kodeksu etyczno-zawodowego obowiązują wszystkich polskich psychologów. Wstępując do Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, psycholog przyjmuje na siebie zobowiązanie skrupulatnego przestrzegania zasad Kodeksu etyczno-zawodowego psychologa i upowszechniania ich wśród psychologów niezrzeszonych w PTP. Postępowanie członka PTP sprzeczne z Kodeksem etyczno-zawodowym pociąga za sobą sankcje, o których orzeka Sąd Koleżeński.

Bibliografia

Abeele, P. V. (1988). Economic agents' expectations in a psychological perspective. W: W. F. Van Raaij, G. M. van Veldhoven, K. E. Warneryd (red.), *Handbook of economic psychology* (s. 478–515). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Abelson, R. P. (1981). Psychological status of the script concept. *American Psychologist, 36,* 715–729.

Abelson, R. P. (1982). Three modes of attitude-behavior consistency. W: M. P. Zanna, E. T. Higgins, C. P. Herman (red.), *Consistency in social behavior: The Ontario Symposium* (t. 2, s. 131–146). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87,* 49–74.

Adamczak, M. (1988). *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. W: L. Berkowitz (red.), *Advances in experimental social psychology* (t. 2, s. 267–299). New York: Academic Press.

Ader, R. (1990). Psychoneuroimmunologia. *Nowiny Psychologiczne, 1–2,* 141–150.

Adler, A. (1986/1933). *Sens życia.* Warszawa: PWN.

Adler, N., Stone, G. (1986). Psychologia a system opieki zdrowotnej. *Nowiny Psychologiczne, 3–4,* 40–92.

Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J., Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality.* New York: Harper & Brothers.

Aitken, S. C. (1992). The personal contexts of neighbourhood change. *Journal of Architectural and Planning Research, 9,* 338–360.

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior.* Milton Keynes: Open University Press.

Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Albee, G. W. (1984). A competency model must replace the defect model. W: J. M. Joffe, G. W. Albee, L. D. Kelly (red.), *Readings in primary prevention of psychopathology* (s. 228–246). Hanover: University Press of New England.

Alcoholics Anonymous (1976). New York: AA World Services.

Alderfer, C. P. (1972). *Existence, relatedness and growth: Human needs in organizational settings.* New York: Free Press.

Aleksandrowicz, J. (1988). *Sumienie ekologiczne.* Warszawa: Wiedza Powszechna.

Aleksandrowicz, J. W. (1996). *Psychoterapia medyczna,* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Aleksandrowicz, J. W., Bigo, B., Namysłowska, I., Pawlik, J. (1976). Psychoterapia jako specjalistyczna metoda leczenia. *Psychoterapia, 17,* 3–10.

Alexander, F., French, T. M. (1948). *Studies in psychosomatic medicine.* New York: Ronald Press.

Alexander, R. D. (1987). *The biology of moral systems.* Hawthorne, NY: Aldine de Gruiter.

Alkohol i zdrowie (1995). *VIII Raport specjalny dla Kongresu USA.* Warszawa: PARPA.

Allen, G. W. (1957). Planning sheltered employment services at the community level. *The New Outlook for the Blind, 51,* 298.

Allison, S. T., McQueen, L. R., Shaerfl, L. M. (1992). Social decision making processes and the equal partitionment of shared resources. *Journal of Experimental Social Psychology, 28,* 23–42.
Allport, F. H. (1920). The influence of the group upon association and thought. *Journal of Experimental Psychology, 3,* 159–182.
Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice.* Cambridge, MA: Addison-Wesley.
Alluisi, E. A. (1991). The development of technology for collective training: SIMNET, a case study. *Human Factors, 33,* 343–362.
Altemeyer, B. (1988). *The enemies of freedom.* San Francisco: Jossey-Bass.
Altman, I. (1973). Some perspectives on the study of man-environment phenomena. *Representative Research in Social Psychology, 4,* 109–126.
Altman, I. (1975). *The environment and social behavior: Privacy, personal space, territory, crowding.* Monterey, CA: Brooks/Cole.
Altman, I. (1981). Reflections on environmental psychology. *Human Environments, 2,* 5–7.
Altman, I. (1996). Higher education and psychology in the Millenium. *American Psychologist, 4,* 371–378.
Alzheimer, A. (1907). Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. *Algemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 64,* 146–148.
Ambady, N., Rosenthal, R. (1993). Half a minute: Predicting teacher evaluations from thin slices of nonverbal behavior and physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology, 64,* 431–441.
Amelang, M. (1997). Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of Personality, 11,* 319–342.
American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 4). Washington: Autor.
American Psychological Association (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 47,* 1597–1611.
Ames, C. (1992). Classrooms: Goals, structures, and student motivation. *Journal of Educational Psychology, 84,* 261–271.
Amundson, M. E., Hart, C. A., Holmes, T. H. (1981). *Manual for Schedule of Recent Experience.* Seattle: University of Washington Press.
Anderson, D. J. (1986). Doświadczenie stanu Minnesota. *Nowiny Psychologiczne, 5–6,* 41–64.
Anderson, L. M. (1981). Land use designations affect perceptions of scenic beauty in forest landscapes. *Forest Science, 27,* 392–400.
Anderson, N. H. (1981). *Foundations of information integration theory: Concepts and applications.* Chichester: Wiley.
Andreas, C., Andreas, S. (1995). *Serce umysłu.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Andreoli, V., Worchel, S. (1978). Effects of media, communicator, and message position on attitude change. *Public Opinion Quarterly, 42,* 59–70.
Angspaugh, D., Ezell, G., Goodman, K. N. (1987). *Teaching today's health.* London: Merrill Publishing Company.
Antonides, G., Farago, K., Ranyard, R., Tyszka, T. (1994). Perceptions of economic activities: A cross-country comparison. W: T. Tyszka (red.), *Cognitive representation of economics* (s. 39–60). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping.* San Francisco: Jossey-Bass.
Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 206–231). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Arnetz, B. B. (1998). Environmental illness: Multiple chemical sensitivity, sick building syndrome, electric and magnetic field disease. W: A. Lundberg (red.), *The environment and mental health: A guide for clinicians* (s. 115–146). Washington: Erlbaum.
Arnold, J. (1997). *Managing careers into the 21st century.* London: Chapman.
Aronsion, E., Blaney, N., Stephan, C., Sikes, J., Snapp, M. (1978). *The jigsaw classroom.* Newbury Park, CA: Sage.
Aronson, E., Turner, J. A., Carlsmith, J. M. (1963). Communicator credibility and communication discrepancy as determinants of opinion change. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 67,* 31–36.
Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (1997). *Psychologia społeczna.* Poznań: Zysk i S-ka.
Aronson, E., Worchel, P. (1966). Similarity vs. liking as determinants of interpersonal attractiveness. *Psychonomic Science, 5,* 157–158.
Asch, S. E. (1946). Forming impressions of personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 41,* 258–290.
Asch, S. E. (1955). Opinions and social pressure. *Scientific American, 193,* 31–35.
Ashforth, B. E., Saks, A. M. (1996). Socialization tactics: Longitudinal effects on newcomer adjustment. *Academy Management Journal, 39,* 149–178.
Atkinson, J. W. (1964). *Introduction to motivation.* Princeton, NJ: Van Nostrand.
Axelrod, R. (1984). *The evolution of cooperation.* Newy York: Basic Books.
Babska, Z. (1961). Z badań psychologii ekologicznej w Stanach Zjednoczonych. *Psychologia Wychowawcza, 4,* 399–408.
Badura-Madej, W., Piątek, J. (1996). Stres związany z pomaganiem ludziom w kryzysach. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej* (s. 193–204). Warszawa: Interart.
Bailey, A., Philips, W., Rutter, M. (1996). Autism: Towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37,* 89–126.
Bales, R. F. (1996). *Most effective leadership in context of cultural diversity.* San Diego: SCG.
Bandler, R., Grinder, J. (1995). *Z żab w księżniczki.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification.* New York: Holt, Rinehart and Winston.
Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84,* 191–215.
Bandura, A. (1977b). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health promoting behavior. W: J. Madden (red.), *Neurobiology of learning, emotion and affect* (s. 229–270). New York: Raven Press.
Bandura, A., Walters, R. H. (1968). *Agresja w okresie dorastania.* Warszawa: PWN.
Bańka, A. (1995). *Zawodoznawstwo, doradztwo zawodowe, pośrednictwo pracy. Psychologiczne metody i strategie pomocy bezrobotnym.* Poznań: Print-B.
Bańka, A. (1996). *Psychopatologia pracy.* Poznań: Gemini.
Bańka, A. (1997). *Architektura psychologicznej przestrzeni życia. Behawioralne podstawy projektowania.* Poznań: Gemini.
Bańka, J. (1998a). Poglądy Wojciecha Jastrzębowskiego na pracę i naukę o pracy. *Ergonomia, 21,* 25–37.

Bańka, A. (1998b). Polscy pionierzy psychologii stosowanej. *Ergonomia, 22*, 47–58.
Barbaro, B. (red.). (1994). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny.* Kraków: Collegium Medicum UJ.
Bargh, J. A. (w druku). Automatyzmy dnia powszedniego. *Czasopismo Psychologiczne.*
Bargh, J. A., Chen, M., Burrows, L. (1996). Automaticity of social behavior: Direct effects of trait construct and stereotype activation on action. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 230–244.
Barker, P. (1997). *Metafory w psychoterapii.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Barker, R. G. (1968). *Ecological psychology: Concepts and methods for studying the environment of human behavior.* Stanford: Stanford University Press.
Barker, R. G. (1976). On the nature of the environment. W: H. M. Proshansky, W. I. Ittelson, L. G. Rivlin (red.), *Environmental psychology: People and their physical settings* (s. 12–26). New York: Holt, Rinehart and Winston.
Barker, R. G. (1979). The influence of frontier environments on behavior. W: J. O. Steffen (red.), *The American West: New perspectives, new dimensions* (s. 61–93). Norman: University of Oklahoma Press.
Barker, R. G., Gump, P. V. (1964). *Big school, small school.* Stanford: Stanford University Press.
Barker, R. G., Schoggen, P. (1977). Ecological factors in development in an American and an English small town. W: H. McGurk (red.), *Ecological factors in human development* (s. 61–76). Amsterdam: North-Holland.
Barker, R. G., Wright, H. F. (1955). *Midwest and its children.* New York: Harper & Row.
Barker, R., Wright, B., Gonick, M. (1946). *Adjustment to physical handicaps and illness: A survey of the social psychology of physique and disability.* New York: Social Science Research Counsil.
Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing an unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*, 65–94.
Barnes, R. D., Ickes, W., Kidd, R. F. (1979). Effects of the perceived intentionality and stability of another's dependency on helping behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin, 5*, 367–372.
Baron, R. S. (1986). Distraction-conflict theory: Progress and problems. *Advances in Experimental Social Psychology, 20*, 242–266.
Barral, W. (1996). Autyzm i psychoza: przypadek Bertranda. *Zielone Domy w Polsce. Nowa Perspektywa profilaktyki społecznej.* Materiały seminarium. Warszawa, 25–27 kwietnia 1996. Warszawa: Wydawnictwo CETFIC – Francuski Ośrodek Kształcenia Informacji Kadr.
Bar-Tal, D. (1986). The Masada syndrome: A case of central belief. W: N. Milgram (red.), *Stress and coping in time of war.* New York: Brunner/Mazel.
Bartels, B. J. (1984). Early psychosocial interventions in severe trauma. W: D. W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 25–36). Rockville: An Aspen Publication.
Bartlett, C. J. (1978). Equal employment opportunity issues in training. *Human Factors, 20*, 179–188.
Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology.* Cambridge: Cambridge University Press.
Bashir, Q. (1989). *Transcultural medicine.* Dordrecht: Kluver Academic Publishers.
Bastiaans, J. (1968). Psychoanalitic investigation on the psychic aspects of acute myocardial infarction. *Psychotherapy and Psychosomatics, 16*, 202–210.
Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Baum, A., Paulus, P. B. (1987). Crowding. W: D. Stokols, I. Altman (red.), *Handbook of environmental psychology* (s. 533–570). New York: Wiley.
Baum, A., Valins, S. (1977). *Architecture and social behavior: Psychological studies in social density.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Baumeister, R. F. (1982). A self-presentational view of social phenomena. *Psychological Bulletin, 91*, 3–26.
Baumeister, R. F. (1997). Identity, self-concept, and self-esteem: The self lost and found. W: R. Hogan, J. Johnson, S. Briggs (red.), *Handbook of personality psychology* (s. 681–710). San Diego: Academic Press.
Bearison, D. J. (1998). Pediatric psychology and children's medical problems. W: I. E. Sigel, K. A. Renniger (red.), *Handbook of child psychology* (wyd. 5, s. 635–712). New York: Wiley.
Beatty, R. W., Ulrich, D. O. (1991). Re-energizing the mature organization. *Organizational Dynamics, 20*, 16–30.
Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York: Harper & Row.
Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.
Becker, J. P., Silver, E. A., Kantowski, M. G., Travers, K. J., Wilson, J. W. (1990). Some observations of mathematics teaching in Japanese elementary and junior high schools. *Arithmetic Teacher, 38*, 12–21.
Becker, M. H., Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation. *Medical Care, 13*, 10–24.
Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitstest.* Göttingen: Hogrefe.
Becker, P. (1992). Diagnostik und Bedingungsanalyse des Gesundheitsverhaltens. W: H. Schröder, K. Rescker (red.), *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (s. 105–124). Regensburg: Roderer Verlag.
Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review, 74*, 183–200.
Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. *Advances in Experimental Social Psychology, 6*, 1–62.
Bennett, S. J. (1993). Relationships among selected antecedent variables and coping effectiveness in postmyocardial infarction patients. *Research in Nursing and Health, 16*, 131–139.
Bereiter, C., Scardamalia, M. (1989). Intentional learning as a goal of instruction. W: L. B. Resnick (red.), *Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser* (s. 361–451). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Berg, E. A. (1948). A simple objective test for measuring flexibility in thinking. *Journal of General Psychology, 39*, 15–22.
Bergin, A. E., Garfield, S. L. (red.). (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis.* New York: Wiley.
Bergin, A. E., Garfield, S. L. (red.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley.
Berkowitz, L. (1962). *Aggression: A social psychological analysis.* New York: McGraw-Hill.
Berkowitz, L. (1965). The concept of aggressive drive: Some additional considerations. *Advances in Experimental Social Psychology, 2*, 301–327.
Berkowitz, L. (1968). Impulse, aggression and the gun. *Psychology Today, 2 (4)*, 18–22.
Berkowitz, L. (1972). Social norms, feelings, and other factors affecting helping and altruism. *Advances in Experimental Social Psychology, 6*, 63–108.
Berkowitz, L. (1987). Mood, self-awareness, and willingness to help. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 721–729.

Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. *Psychological Bulletin, 106*, 59–73.
Bernstein, B. (1980). Socjolingwistyczne ujęcie procesu socjalizacji: uwagi dotyczące podatności na oddziaływania szkoły. W: G. W. Shugar, M. Smoczyńska (red.), *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór prac* (s. 557–596). Warszawa: PWN.
Berry, J. (1990). Psychology of acculturation. W: E. Brislin (red.), *Applied cross-cultural psychology* (s. 232–253). Newbury Park, CA: Sage.
Bettelheim, B. (1989). *Rany symboliczne*. Warszawa: Czytelnik.
Beutler, L. E., Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
Biela, A. (1990). Stres decyzyjny w sytuacji pracy zawodowej. W: A. Biela (red.), *Stres w pracy zawodowej. Wybrane zagadnienia* (s. 173–199). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
Biela, A. (red.). (1984). *Stres psychiczny w sytuacji kryzysu ekologicznego. Badania z zakresu sozopsychologii*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
Biela, A., Kamiński, L., Manek, A., Pietraszkiewicz, H., Sienkiewicz, Z., Szumielewicz, J. (1992). *Kwestionariusz Lubelski Stanowiska Pracy*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
Bielicka, I., Olechnowicz, H. (1959). Prace Katedry Propedeutyki Pediatrii Akademii Medycznej w Warszawie z zakresu psychologii i higieny psychicznej dziecka. *Psychologia Wychowawcza 4*, 411–413.
Bilikiewicz, T. (1972). Charakteropatia – organiczne zaburzenia charakteru. *Psychiatria Polska, 2*, 23–31.
Blanchard, C. D., Blanchard, R. J. (1986). Punishment and aggression: A critical reexamination. W: R. J. Blanchard, C. D. Blanchard (red.), *Advances in the study of aggression* (t. 2, s. 121–164). Orlando: Academic Press.
Bobryk, J. (1981). *Społeczne podstawy „Ja podmiotowego"*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
Bobryk, J. (1996). *Akty świadomości i procesy poznawcze*. Wrocław: Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej.
Bogacka, I., Frączek, A. (1965). Wprowadzenie do psychopatologii. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (seria IV, t. 1, s. 28–37). Warszawa: PWN.
Bogdanowicz, M. (1995). *O dysleksji, czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu – odpowiedzi na pytania rodziców i nauczycieli*. Lublin: Wydawnictwo Popularno-Naukowe Linea.
Bogdanowicz, M., Kisiel, B., Przasnycka M. (1992). *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*. Warszawa: WSiP.
Boggiano, A. K. (1998). Maladaptive achievement patterns: A test of a diathesis-stress analysis of helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1681–1695.
Bogucka, J., Kościelska M. (red.). (1994). *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Materiały dla nauczycieli i rodziców*. Warszawa: Społeczne Towarzystwo Oświatowe.
Bogucka, J., Kościelska, M. (red.). (1996). *Wychowanie i nauczanie integracyjne. Nowe doświadczenia*. Warszawa: Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
Bokus, B. (1986). Communication and space structuring in the early years. Referat na „8th Congress of Cross-Cultural Psychology", Istambuł.
Boninger, D. S., Krosnick, J. A., Berent, M. K. (1995). Origins of attitude importance: Self-interest, social identification, and value relevance. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 61–80.
Booth-Kewley, S., Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin, 3*, 343–362.

Borden, R. J. (1975). Witnessed aggression: Influence of an observer's sex and values on aggressive responding. *Journal of Personality and Social Psychology, 31*, 567–573.
Borkenau, P. (1990). Traits as ideal-based and goal-derived social categories. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 381–396.
Borkowska, M. (red.). (1989). *ABC rehabilitacji dzieci. Mózgowe porażenie dziecięce* (t. 2 i 3). Warszawa: Wydawnictwo Pelikan.
Bornstein, R. F. (1989). Exposure and affect: Overview and meta-analysis of research, 1968–1987. *Psychological Bulletin, 106*, 265–289.
Boski, P. (1991). Jak wartości polityczne dzieliły elektoraty pretendentów do Belwederu w wyborach prezydenckich 1990? W: W. Z. Daab, K. Korzeniowski, P. Boski, K. Gembura-Chmielewski, K. Skarżyńska, M. Zakrzewski (red.), *Polski wyborca '90. Psychospołeczne studia nad wyborami prezydenckimi* (s. 93–125). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Boski, P. (1992). O byciu Polakiem w ojczyźnie i o zmianach tożsamości kulturowo-narodowej na obczyźnie. W: P. Boski, M. Jarymowicz, H. Malewska-Peyre (red.), *Tożsamość a odmienność kulturowa* (s. 67–211). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Boski, P. (1993). O dwóch wymiarach lewicy–prawicy na scenie politycznej i w wartościach politycznych polskich wyborców. W: J. Reykowski (red.), *Wartości i postawy Polaków a zmiany systemowe* (s. 49–101). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Bower, G. H., Black, J. B., Turner, J. T. (1979). Scripts in memory for texts. *Cognitive Psychology, 11*, 177–220.
Bowker, L. H. (1986). *Ending the violence*. Montreal: Learning Publications.
Bradshaw, J. (1995). *Zrozumieć rodzinę*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
Bransford, J. D., Johnson, M. K. (1972). Contextual prerequisites for understanding: Some investigations of comprehension and recall. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 11*, 717–726.
Brazelton, T. B., Cramer, B. (1991). The earliest relationships. London: Karnac Books.
Brehm, J. W., Cole, H. (1966). Effects of a favor which reduces freedom. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*, 420–426.
Brewer, M. B. (1991). On social self: On being the same and different at the same time. *Personality and Social Psychology Bulletin, 17*, 475–482.
Brewer, M. B. (1999). Kiedy stereotypy powodują stereotypizację: wpływ stereotypów na spostrzeganie osób. W: C. N. Macrae, C. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie* (s. 208–224). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Brewer, M. B., Gardner, W. (1996). Who is this „we"? Levels of collective identity and self representations. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 83–93.
Brewer, M. B. Kramer, R. M. (1986). Choice behavior in social dilemmas: Effects of social identity, group size, and decision framing. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 543–549.
Brigham, J. C. (1971). Ethnic stereotypes. *Psychological Bulletin, 76*, 15–38.
British Psychological Society (1994). *The code of conduct*. Leicester: Autor.
British Psychological Society (1997). Udzielanie wywiadu – zasady, wskazówki i rady. *Nowiny Psychologiczne, 1*, 93–97.
Brock, T. C. (1965). Commitment to exposure as a determinant of information receptivity. *Journal of Personality and Social Psychology, 2*, 10–19.
Brody, N. (1997). Intelligence, schooling, and society. *American Psychologist, 52*, 1046–1050.
Bronfenbrenner, U., Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualization in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review, 101*, 568–586.

Brophy, J., Good, T. L. (1986). Teacher behavior and student achievement. W: M. C. Wittrock (red.), *Handbook of research on teaching*. New York: Macmillan.
Brown, A. L. (1997). Transforming schools into communities of thinking and learning about serious matters. *American Psychologist, 52*, 399–413.
Brown, A. L., Ferrara, R. A. (1994). Poznawanie stref najbliższego rozwoju. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów* (s. 217–258). Poznań: Zysk i S-ka.
Brown, A. L., Palincsar, A. S. (1984). Reciprocal teaching of comprehension-fostering and monitoring activities. *Cognition and Instruction, 1*, 117–175.
Brown, A. L., Reeve, R. A. (1987). Bandwidths of competence: The role of supportive contexts in learning and development. W: L. S. Liben, D. H. Feldman (red.), *Development and learning: Conflicts or congruence?* (s. 173–222). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Brown, C. V. (1980). *Taxation and the incentive to work*. Oxford: Oxford University Press.
Brown, R. (1974). Further comment on the risky shift. *American Psychologist*, 57, 590–604.
Brown, R., Fish, D. (1983). The psychological causality implicit in language. *Cognition, 14*, 237–273.
Brown, S. (1990). *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*. Warszawa: PZWL.
Browne, K., Herbert, M. (1998). *Zapobieganie przemocy domowej*. Warszawa: PARPA.
Bruhn, J. G. (1995). Beyond discipline: Creating a culture for interdisciplinary research. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 30*, 331–341.
Bruhn, J. G., Wolf, S. (1979). *The Roseto story: An anatomy of health*. Norman: University of Oklahoma Press.
Bruner, J. S., Bornstein, M. H. (1989). On interaction. W: M. H. Bornstein, J. S. Bruner (red.), *Interaction in human development* (s. 1–14). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Brunswik, E. (1956). *Perception and representative design of psychological experiments*. Berkeley: University of California Press.
Bryan, K. (1995). *The right hemisphere language battery* (wyd. 2). London: Whurr Publishers.
Brzezińska, A. (1987). *Czytanie i pisanie – nowy język dziecka*. Warszawa: WSiP.
Brzezińska A. (1994a). Czym może być aktywne uczestnictwo ucznia i nauczyciela? W: G. Lutomski (red.), *Uczyć inaczej* (s. 31–40). Poznań: Humaniora.
Brzezińska, A. (1994b). Kształcenie psychologów: pytania o relację nauczania i jej wymiar etyczny. W: J. Brzeziński, W. Poznaniak (red.), *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów* (s. 242–268). Poznań: Humaniora.
Brzezińska, A. (1996). Model edukacji dla obywatelskiej współpracy: interwencja edukacyjna wspomagająca społeczność lokalną. W: R. Cichocki (red.), *Podmiotowość społeczności lokalnych: praktyczne programy wspomagania rozwoju* (s. 195–218). Poznań: Wydawnictwo Media.
Brzezińska, A. (1997). Refleksja w działalności nauczyciela. *Studia Edukacyjne, 3*, 113–131.
Brzezińska, A., Potok, A. (red.). (1996). *Kształcenie liderów społeczności wiejskich* (s. 83–112). Poznań: Wydawnictwo Fundusz Współpracy/Cooperation Fund.
Brzeziński, J. (1994). Testy psychologiczne i ich użytkownicy – analiza kontekstu etycznego. W: J. Brzeziński, W. Poznaniak (red.), *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów* (s. 83–101). Poznań: Humaniora.
Brzeziński, J. (1997). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Brzeziński, J., Gaul, M., Hornowska, E., Machowski, A., Zakrzewska, M. (1996). *Skala Inteligencji D. Wechslera dla Dorosłych. Wersja zrewidowana. WAIS-R(PL). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Brzeziński, J., Kowalik, S. (1993). Modelujący wyniki badania psychologicznego (diagnostycznego) wpływ osoby badanej (pacjenta) i badacza (klinicysty). W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (s. 269–302). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Brzozowski, P., Drwal, R. Ł. (1995). *Kwestionariusz Osobowości Eysencka. Polska adaptacja EPQ-R. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
Budkiewicz, J., Kączkowska, J. (1987). *Z dziejów psychologii stosowanej w Polsce do roku 1957 ze szczególnym uwzględnieniem poradnictwa zawodowego*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
Bullough, V. (1994). *Human sexuality: An encyclopedia*. New York: Garlan.
Burchell, B. (1992). Towards a social psychology of the labour market: Or why we need to understand the labour market before we can understand unemployment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 65*, 345–354.
Burger, J. M. (1992). *Desire for control: Personality, social, and clinical perspectives*. New York: Plenum Press.
Burnstein, E. (1983). Persuasion as argument processing. W: M. Brandstatter, M. H. Davis, G. Stocker-Kriechgauer (red.), *Group decision processes*. London: Academic Press.
Buss, A. R. (1978). Causes and reasons in attribution theory: A conceptual critique. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*, 1311–1321.
Butcher, J. N., Dalhstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., Kraemer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2: Mannual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
Byrne, D. (1971). *The attraction paradigm*. New York: Academic Press.
Byrne, D., Nelson, D. (1965). Attraction as a linear function of proportion of positive reinforcements. *Journal of Personality and Social Psychology, 1*, 659–663.
Cahagan, A. E., Tedeschi, J. T. (1968). Strategy and the credibility of promises in the prisoner's dilemma game. *Journal of Conflict Resolution, 12*, 224–234.
Calhoun (1976). The role of space in animal sociology. W: H. M. Proshansky, W. H. Ittelson, L. G. Rivlin (red.), *Environmental psychology: People and their physical settings* (s. 181–189). New York: Holt, Rinehart and Winston.
Cameron-Bandler, L. (1993). *Ku harmonii w miłości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Cameron-Bandler, L., Gordon, D., Lebeau, M. (1994). *Know how*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Canadian Psychological Association (1988). *Canadian code of ethics for psychologists: Companion manual*. Toronto: Autor.
Cantor, N., Mischel, W. (1986). Prototypy w spostrzeganiu osób. W: T. Maruszewski (red.), *Poznanie, afekt, zachowanie* (s. 20–52). Warszawa: PWN.
Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
Caporael, L., Dawes, R., Orbell, J., Van de Kragt, A. (1989). Selfishness examined: Cooperation in the absence of egoistic incentives. *Behavioral and Brain Sciences, 12*, 683–739.
Caramazza, A. (1984). The logic of neuropsychological research and the problem of patient classification in aphasia. *Brain and Language, 21*, 9–20.
Carlson, M., Marcus-Newhall, A., Miller, N. (1990). Effects of situational aggression cues: A quantitative review. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 622–633.
Carretero, M., Voss, J. F. (1994). *Cognitive and instructional processes in history and social sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Carver, C. S., de la Garza, N. H. (1984). Schema-guided information search in stereotyping of the elderly. *Journal of Applied Social Psychology, 14*, 69–81.

Carver, C. S., Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior.* New York: Springer-Verlag.
Carver, C. S., Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 66,* 184–195.
Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 267–283.
Cascio, W. F. (1995). Wither industrial and organizational psychology in changing world of work? *American Psychologist, 50,* 928–939.
Cassidy, T. (1997). *Environmental psychology: Behaviour and experience in context.* Hove: Psychology Press.
Cecchin, G. (1995). *Mediolańska szkoła terapii rodzin.* Kraków: Collegium Medicum UJ.
Ceci, S. J., Williams, W. M. (1997). Schooling, intelligence, and income. *American Psychologist, 52,* 1051–1058.
Cermak, T. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence – a guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children.* Minneapolis: Johnson Institute Books.
Chaiken, S. (1980). Heuristic versus systematic information processing and the use of source versus message cues in persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 752–766.
Chaiken, S., Eagly, A. H. (1983). Communication modality as a determinant of persuasion: The role of communicator salience. *Journal of Personality and Social Psychology, 45,* 241–256.
Chapanis, A. (1991). To communicate the human factors message, you have to know what the message is and how to communicate it. *Human Factors Society Bulletin, 34,* 1–4.
Chapman, L. J. (1967). Illusory correlation in observational report. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 6,* 151–155.
Chi, M., Glaser, R., Farr, M. (1988). *The nature of expertise.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Chirot, D. (1997). *Tyrani XX wieku.* Warszawa: M. Urbański.
Chłopkiewicz, M. (1980). *Osobowość dzieci i młodzieży. Rozwój i patologia.* Warszawa: WSiP.
Choi, S. C., Mirjafari, A., Weaver, H. B. (1976). The concept of crowding: A critical review and proposal of an alternative approach. *Environment and Behavior, 8,* 345–362.
Chomsky, N. (1957). *Syntactic structures.* The Hague: Mouton.
Christie, R. (1991). Authoritarianism and related constructs. W: J. P. Robinson, P. R. Shaver, P. S. Wrightsman (red.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (s. 501–571). New York: Academic Press.
Christie, R., Geis, F. L. (1970). *Studies in machiavellianism.* New York: Academic Press.
Cialdini, R. B. (1994). *Wywieranie wpływu na ludzi: teoria i praktyka.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Cialdini, R. B., Kallgren, C. A., Reno, R. R. (1991). A focus theory of normative conduct: A theoretical refinement and reevaluation of the role of norms in human behavior. *Advances in Experimental Social Psychology, 24,* 201–234.
Cialdini, R. B., Kenrick, D. T., Baumann, D. J. (1981). Effects of mood on prosocial behavior in children and adults. W: N. Eisenberg-Berg (red.), *The development of prosocial behavior* (s. 339–359). New York: Academic Press.
Cialdini, R. B., Vincent, J. E., Lewis, S. K., Ctalan, J., Wheeler, D., Darby, B. L. (1975). Reciprocal concessions procedure for inducing compliance: The door in the face technique. *Journal of Personality and Social Psychology, 31,* 206–215.
Cicchetti, D., Cohen, D. (red.). (1995). *Developmental psychopathology: Theory and methods* (t. 1); *Risk, disorder, and adaptation* (t. 2). New York: Wiley.

Cicchetti, D., Toth, S. L. (1998). Perspectives on research and practice in developmental psychopathology. W: I. E. Sigel, K. A. Renninger (red.), *Handbook of child psychology* (wyd. 5, t. 4, s. 479–584). New York: Wiley.
Cicchetti, D., Toth, S. L., Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. W: T. Ollendick, R. Prinz (red.), *Advances in clinical child psychology* (t. 17, s. 1–75). New York: Plenum Press.
Cieślak, M., Spett, K., Szymusik, A., Wolter, W. (1991). *Psychiatria w procesie karnym.* Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
Clarke, A. M., Clarke, A. D. (1976). *Early experience: Myth and evidence.* London: Open Books.
Code, C., Wallesch, C.-W., Joanette, Y., Lecours, A. R. (1996). *Classic cases in neuropsychology.* Hove: Psychology Press.
Codol, J.-P. (1979). *Semblables et différents. Recherches sur la quête de la différenciation sociale.* Aix-en-Provence: Université de Provence.
Codol, J.-P., Jarymowicz, M. (1984). L'estimation de la ressemblance entre des personnes. *Bulletin de Psychologie, 366,* 813–822.
Cogswell, B. E. (1977). Self-socialization: Readjustment of paraplegics in the community. W: J. Stubbins (red.), *Social and psychological aspects of disability* (s. 123–130). Baltimore: University Park Press.
Cogswell, B. E. (1984). Socialization after disability: Recentry in the community. W: D. W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 111–118). Rockville: An Aspen Publication.
Cohen, D., Nisbett, R. E., Bowdle, B. F., Schwarz, N. (1996). Insult, aggression, and Southern culture of honor: An „experimental ethnography". *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 945–960.
Cohen, S., Weinstein, N. (1981). Nonauditory effects of noise on behavior and health. *Journal of Social Issues, 37,* 36–70.
Coltheart, M. (1980). Deep dyslexia: A review of the syndrome. W: M. Coltheart, K. Patterson, J. C. Marshall (red.), *Deep dyslexia* (s. 22–47). London: Routledge & Kegan Paul.
Conner, M., Graham, S. (1993). Situational and attitudinal influences upon students' intention to use condom. W: H. Schroeder, K. Reschke, M. Johnston, S. Maes (red.), *Health psychology: Potential in diversity* (s. 91–100). Regensburg: Roderer Verlag.
Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order.* New York: Scribner.
Cooper, C. R., Payne, R. (red.). (1987). *Stres w pracy.* Warszawa: PWN.
Cottrell, N. B., Wack, D. L., Sekerak, G. J., Rittle, R. H. (1968). Social facilitation of dominant responses by the presence of an audience and the mere presence of others. *Journal of Personality and Social Psychology, 9,* 245–250.
Coulton, C. J. (1984). Person-environment fit and rehabilitation. W: D. W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 119–129). Rockville: An Aspen Publication.
Courneya, K. S., Nigg, C. R., Estabrooks, P. A. (1998). Relationship among the theory of planned behaviour, stage of change, and exercise behaviour in older persons over a three year period. *Psychology & Health, 13,* 355–368.
Covington, M. V. (1985). Strategic thinking and the fear of failure. W: J. W. Segal, S. F. Chipman, R. Glaser (red.), *Thinking and learning skills* (s. 389–416). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Cowen, E. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present and future. W: L. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, S. S. Farber (red.), *Preventive psychology* (s. 11–30). New York: Pergamon Press.
Crain, W. (1992). *Theories of development* (wyd. 3). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Cramer, R. E., McMaster, M. R., Bartell, P. A., Dragna, M. (1988). Subject competence and minimization of the bystander effect. *Journal of Applied Social Psychology, 18,* 1133–1148.

Crano, W. D. (1995). Attitude strength and vested interests. W: R. E. Petty, J. A. Krosnick (red.), *Attitude strength: Antecedents and consequences* (s. 131–157). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Cranston, M. (1974). *Ideology.* London: Encyclopedia Brittanica.
Crockett, W. H. (1982). Balance, agreement and positivity in the cognition of small social structures. *Advances in Experimental Social Psychology, 15,* 1–57.
Crooks, R., Karla, B. (1996). *Our sexuality.* Pacific Grove, AL: Brooks/Cole.
Crusco, A. H., Wetzel, C. G. (1984). The Midas touch: The effects of interpersonal touch on restaurant tipping. *Personality and Social Psychology Bulletin, 10,* 512–517.
Cummings, E. M., Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 35,* 73–112.
Czabała, J. C. (1989). *Rodzina i zaburzenia psychiczne.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Czabała, J. C. (1997). *Czynniki leczące w psychoterapii.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Czapiński, J. (1982). Positive-negative asymmetry at the group and individual level: Further evidence and a new interpretation. *Polish Psychological Bulletin, 13,* 153–158.
Czapiński, J. (1985). *Wartościowanie – zjawisko inklinacji pozytywnej. O naturze optymizmu.* Wrocław: Ossolineum.
Czapiński, J. (1988). *Wartościowanie – efekt negatywności. O naturze realizmu.* Wrocław: Ossolineum.
Czapiński, J. (1994). *Psychologia szczęścia.* Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
Czapiński, J. (1996). *Cywilizacyjna rola edukacji: dlaczego warto inwestować w wykształcenie.* Warszawa: Prace Monograficzne Instytutu Studiów Społecznych UW.
Czapów, C. (1975). *Socjotechnika w zakładzie pracy.* Warszawa: Wydawnictwo CRZZ.
Czapska, M. (1989). *Europa w rodzinie.* Warszawa: Res Publica.
Czerniawska, E. (1996). Metody badania samoregulacji w uczeniu się tekstów podręcznikowych. *Psychologia Wychowawcza, 39,* 56–65.
Czernicki, Z., Łuczywek, E., Fersten, E. (1994). Zmiany krążenia mózgowego w czasie testów neuropsychologicznych oceniane na drodze przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej. *Neurologia i Neurochirurgia Polska, 28,* 861–868.
Czerwińska-Jasiewicz, M. (1991). *Psychologiczne problemy wyboru zawodu.* Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
Czerwiński, M. (1972). *Przemiany obyczaju.* Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Czerwiński, M. (1974). *Życie po miejsku.* Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Czownicka, A. (1981). *Modele powstawania zachowań autystycznych u dzieci we wczesnej ontogenezie. Przegląd literatury i studia przypadków.* Nieopublikowana praca magisterska. Instytut Psychologii UW, Warszawa.
Czownicka, A. (1993). *Przypadek Mateusza. Psychoza dziecięca: obiekt, symbol i istota terapii analitycznej.* Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii UW.
Czubalski, K. (1984). Choroby psychosomatyczne – wybrane zagadnienia. *Psychiatria Polska, 18,* 389–392.
Czyż, E., Szymańczak, J. (red.). (1995). *Dziecko krzywdzone: próba opisu zjawiska.* Warszawa: Fundacja „Dzieci Niczyje" i Medecins du Monde.
Daab, W. Z. (1993). Indywidualizm a poglądy społeczno-polityczne. W: J. Reykowski (red.), *Wartości i postawy Polaków a zmiany systemowe* (s. 101–129). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Damasio, H. (1989). Neuroimaging contributions to the understanding of aphasia. W: F. Beller, J. Grafman (red.), *Handbook of neuropsychology* (t. 2, s. 3–46). Amsterdam: Elsevier.

Danysz, A. (red.). (1979). *Zasady i metody klinicznej oceny leków.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Darley, J. M., Gilbert, D. T. (1985). Social psychological aspects of environmental psychology. W: G. Lindzey, E. Aronson (red.), *Handbook of social psychology* (wyd. 3, t. 2, s. 949–991). New York: Random House.
Darley, J. M., Batson, C. D. (1973). From Jerusalem to Jericho: A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 27,* 100–108.
Darley, J. M., Gross, P. H. (1983). A hypothesis-confirming bias in labeling effects. *Journal of Personality and Social Psychology, 44,* 20–33.
Darley, J., Latané, B. (1968). Bystander intervention in emergencies: Diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology, 8,* 377–383.
Davidson, A. R., Jaccard, J. J. (1979). Variables that moderate the attitude-behavior relation: Results of a longitudinal survey. *Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 1364–1376.
Davis, D. (1982). Determinants of responsiveness in dyadic interaction. W: W. Ickes, E. S. Knowles (red.), *Personality, roles and social behavior* (s. 129–143). New York: Springer-Verlag.
Davis, L. E., Wacker, G. J. (1987). Job design. W: G. Salvendy (red.), *Handbook of human factors* (s. 432–452). New York. Wiley.
Davison, N. (1994). *Abnormal psychology.* New York: Wiley.
Dawes, R. M. (1989). Statistical criteria for establishing a truly false consensus effect. *Journal of Experimental Social Psychology, 25,* 1–17.
Dawes, R. M., Van de Kragt, A. J. C., Orbello, J. M. (1988). Not me or thee but me: The importance of group identity in eliciting cooperation in dilemma situations. *Acta Psychologica, 68,* 83–97.
Dawkins, R. (1996). *Samolubny gen.* Warszawa: Prószyński i S-ka.
Dąbrowski, K. (1959). *Społeczno-wychowawcza psychiatria dziecięca.* Warszawa: PZWL.
Dąbrowski, K. (1979). *Wprowadzenie do higieny psychicznej.* Warszawa: PWN.
de Barbaro, B. (red.). (1997). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny.* Kraków: Collegium Medicum UJ.
De Greene, K. B. (1970). *Systems psychology.* New York: McGraw-Hill.
de Hoog, K. (1979). Mate selection in The Netherlands. W: M. Cook, G. Wilson (red.), *Love and attraction* (s. 171–174). Oxford: Pergamon Press.
De Jong, F. P. C. M., Simons, R.-J. (1990). Self-regulation in text processing. *European Journal of Psychology of Education, 3,* 177–190.
Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation,* New York: Plenum Press.
Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum Press.
Dega, W. (red.). (1964). *Ortopedia i rehabilitacja.* Warszawa: PZWL.
Deklaracja Helsingborgska (1997). *Neurologia i Neurochirurgia Polska, 31, supl. 1.*
Dembo, M. H. (1997). *Stosowana psychologia wychowawcza.* Warszawa: WSiP.
Derbis, R., Bańka, A. (1998). *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność.* Poznań: Wydawnictwa Naukowe SPiA.
Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Revised manual.* Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.
Deutsch, M. (1958). Trust and suspicion. *Journal of Conflict Resolution, 2,* 265–279.
Deutsch, M. (1973). *The resolution of conflict.* New Haven, CT: Yale University Press.
Deutsch, M., Gerard, H. B. (1955). A study of normative and informational social influences upon individual judgment. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 51, 629–636.

Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 5–18.
Devine, P. G., Monteith, M. J. (1993). The role of discrepancy-associated affect in prejudice reduction. W: D. M. Mackie, D. L. Hamilton (red.), *Affect, cognition, and stereotyping* (s. 317–344). London: Academic Press.
Diamond, M. (1977). Sexuality and the handicapped. W: R. P. Marinelli, A. E. Dell-Orto (red.), *The psychological and social impact of physical disability* (s. 208–225). New York: Springer-Verlag.
Diener, C. I., Dweck, C. S. (1978). An analysis of learned helplessness: Continuous changes in performance, strategy and achievement cognitions following failure. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*, 451–462.
Dittes, J. E. (1959). Attractiveness of group as a function of self-esteem and acceptance upon conformity to group norms. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 53*, 77–82.
Dodrill, C. B. (1997). Myths of neuropsychology. *The Clinical Neuropsychologist, 11*, 1–17.
Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P. (red.). (1974). *Stressful life events: Their nature and effects.* New York: Wiley.
Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 31–68). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
Doliński, D. (1993). *Orientacja defensywna*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Doliński, D., Nawrat, R. (1998). „Fear-then-relief" procedure for producing compliance: Beware when the danger is over. *Journal of Experimental Social Psychology, 34*, 27–50.
Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H., Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.
Dołęga, J. M. (1993). *Człowiek w zagrożonym środowisku*. Warszawa: Wydawnictwo ATK.
Doman, G. (1996). *Jak postępować z dzieckiem z uszkodzeniem mózgu*. Poznań: Wydawnictwo PROTEXT.
Dovidio, J. F. (1984). Helping behavior and altruism: An empirical and conceptual review. *Advances in Experimental Social Psychology, 17*, 361–427.
Dovidio, J. F., Gaertner, S. L. (1986). Prejudice, discrimination, and racism: Historical trends and contemporary approaches. W: J. F. Dovidio, S. L. Gaertner (red.), *Prejudice, discrimination, and racism* (s. 167–193). New York: Academic Press.
Dovidio, J. F., Piliavin, J. A., Gaertner, S. L., Schroeder, D. A., Clark, R. D. (1991). The arousal: Cost-reward model and the process of intervention. A review of the evidence. W: M. S. Clark (red.), *Review of personality and social psychology* (t. 12, s. 86–118). Newbury Park, CA: Sage.
Doweiko, H. E. (1996). *Concepts of chemical dependency*. New York: Brooks/Cole.
Drath, W. H., Paulus, C. J. (1994). *Making common sense: Leadership as meaning-making in a community of practice.* (Raport nr 156). Greensboro, NC: Center for Creative Leadership.
Drenth, J. D., Thierry, H., De Wolff, C. J. (red.). (1998). *Handbook of work and organizational psychology* (wyd. 2). Philadelphia: Psychology Press.
Drwal, R. Ł. (1981). *Osobowość wychowanków zakładów poprawczych.* Wrocław: Ossolineum.
Dubos, R. (1986). *Pochwała różnorodności*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Duckitt, J. (1992). *The social psychology of prejudice*. New York: Praeger.
Dudek, Z. W. (1995). *Psychologia integralna Junga*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia.

Dudek, Z. W. (1997). *Jungowska psychologia marzeń sennych*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia.
Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. New York: Hoeber.
Dunbar, F. (1949). *Emotions and bodily changes: A survey of literature on psychosomatic interrelationships. 1910–1945.* New York: Columbia University Press.
Dunbar, K. (1994). How scientists really reason: Scientific reasoning in real-world laboratories. W: R. J. Sternberg, J. Davidson (red.), *The nature of insight* (s. 365–395). Cambridge, MA: MIT Press.
Durkin, K. (1988). The social nature of social development. W: M. Hewstone, W. Stroebe, J.-P. Codol, G. M. Stephenson (red.), *Introduction to social psychology* (s. 39–59). New York: Blackwell.
Duval, S., Wicklund, R. A. (1973). Effects of objective self-awareness on attribution of causality. *Journal of Experimental Social Psychology, 9*, 17–31.
Dweck, C. S., Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review, 95*, 256–273.
Dymkowski, M. (1993). *Poznawanie siebie: umotywowane sprawdziany samowiedzy.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Eagly, A. H., Ashmore, R. D., Makhijani, M. G., Longo, L. C. (1991). What is beautiful is good, but...: A meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. *Psychological Bulletin, 110*, 109–128.
Eagly, A. H., Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
Eagly, A. H., Steffen, V. J. (1986). Gender and aggressive behavior: A metaanalytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin, 100*, 309–330.
East, R. (1997). *Consumer behavior: Advances and applications in marketing*. New York: Prentice-Hall.
Eberhardt, J. L., Fiske, S. T. (1999). Motywowanie jednostek do zmiany: co ma czynić osoba stereotypizowana. W: C. N. Macrae, C. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie* (s. 96–332). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Eckenrode, J., Gore, S. (red.). (1990). *Stress between work and family*. New York: Plenum Press.
Eibl-Eibesfeldt, I. (1997). *Miłość i nienawiść. Historia naturalna elementarnych sposobów zachowania się* (wyd. 2). Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Eisenberger, R., Cameron, J. (1996). Detrimental effects of reward: Reality or myth? *American Psychologist, 51*, 1153–1166.
Eisenberger, R., Selbst, M. (1994). Does reward increase or decrease creativity? *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 1116–1127.
Elbirlik, K. (1985). Altered body concept following loss of limb or function. W: D. W. Krueger (red.), *Emotional rehabilitation of physical trauma and disability* (s. 35–43). New York: Pergamon Press.
Eliasz, A. (1981). *Temperament a system regulacji stymulacji*. Warszawa: PWN.
Eliasz, A. (1987). Temperament contingent cognitive orientation towards various aspects of reality. W: J. Strelau, H. J. Eysenck (red.), *Personality dimensions and arousal* (s. 197–213). New York: Plenum Press.
Eliasz, A. (1990). Broadening the concept of temperament: From disposition to hypothetical construct. *European Journal of Personality, 4*, 287–302.
Eliasz, A. (1992). Czynniki warunkujące rozwój młodzieży w ujęciu psychologii ekologicznej. W: A. Eliasz, M. Marszał-Wiśniewska (red.), *Temperament a rozwój młodzieży* (s. 229–240). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Eliasz, A. (1993). *Psychologia ekologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Eliasz, A. (1995). Podmiotowe i środowiskowe czynniki utrudniające efektywną regulację stymulacji. *Czasopismo Psychologiczne, 1*, 129–141.
Eliasz, A., Wrześniewski, K. (1988). *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a Wzór zachowania „A"*. Wrocław: Ossolineum.
Elliot, A. J., Harackiewicz, J. M. (1996). Approach and avoidance achievement goals and intrinsic motivation: A mediation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 461–475.
Elliot, A. J., Sheldon, K. M. (1997). Avoidance achievement motivation: A personal goals analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1–15.
Elliott, E. S., Dweck, C. S. (1988). Goals: An approach to motivation and achievement. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 5–12.
Ellis, A. (1985). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). W: J. K. Zeig (red.), *The evolution of psychotherapy* (s. 107–132). New York: Brunner/Mazel.
Emery, F. E., Thorsrud, E. (1969). *Form and content of industrial democracy*. London: Tavistock.
Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844–854.
Endlin, G., Golanty, E. (1982). *Health and wellness*. Boston: Jones & Bartlett.
Engel, G. (1962). *Psychological development in health and disease*. Philadelphia: Saunders.
Epstein, S. (1991). Cognitive-experiential self-theory: An integrative theory of personality. W: R. Curtis (red.), *The relational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology* (s. 111–137). New York: Guilford Press.
Erez, M. (1994). Toward model of cross-cultural industrial and organizational psychology. W: H. C. Triandis, M. D. Dunette, L. M. Hough (red.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (s. 559–601). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
Erickson, M., Rossi, E. L. (1996). *Lutowy człowiek*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Ericsson, K. A., Charness, N. (1994). Expert performance: Its structure and acquisition. *American Psychologist, 49*, 725–747.
Ericsson, K. A., Krampe, R. T., Tesch-Roemer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review, 100*, 363–406.
Ericsson, K. A., Lehmann, A. C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology, 47*, 273–305.
Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 1*, 58–121.
Erikson, E. H. (1995). Zabawa i aktualność. W: A. Brzezińska, T. Czub, G. Lutomski, B. Smykowski (red.), *Dziecko w zabawie i świecie języka* (s. 232–269). Poznań: Zysk i S-ka.
Erikson, E. H. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
Etheredge, L. (1993). The hardball practitioner. W: N. J. Kressel (red.), *Political psychology* (s. 114–127). New York: Paragon House.
Evans, G. W., Cohen, S. (1987). Environmental stress. W: D. Stokols, I. Altman (red.), *Handbook of environmental psychology* (s. 571–610). New York: Wiley.
Evans, G. W., Lepore, S. J. (1992). Conceptual and analytic issues in crowding research. *Journal of Environmental Psychology, 12*, 163–173.
Eysenck, H. J. (1964). *Crime and personality*. London: Paladin.

Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality* (wyd. 3). London: Methuen.
Eysenck, H. J. (1973). *The inequality of man*. London: Temple Smith.
Eysenck, H. J., Gudjonsson, G. H. (1989). *The causes and cures of criminality*. New York: Plenum Press.
Eysenck, H. J., Wilson, G. D. (1978). Conclusion: Ideology and the study of social attitudes. W: H. J. Eysenck, G. D. Wilson (red.), *The psychological basis of ideology* (s. 303–313). Baltimore: University Park Press.
Eysenck, H. J., Eysenck, M. (1996). *Podpatrywanie umysłu. Dlaczego ludzie zachowują się tak, jak się zachowują?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove: Psychology Press.
Ezzy, D. (1993). Unemployment and its mental health: A critical review. *Social Science & Medicine, 37*, 41–52.
Fagiano, D. (1993). Training is the best new job security. *Management Review, 82*, 4–5.
Fagot, B. I., Leinbach, M. D., O'Boyle, C. (1992). Gender labeling, gender stereotyping, and parenting behavior. *Developmental Psychology, 28*, 225–230.
Faire, U., Theorell, T. (1976). Life changes and myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 4*, 115–122.
Falger, P. R. (1983). Pathogenic life changes in middle adulthood and coronary heart disease: A life-span developmental perspective. *International Journal of Aging and Human Development, 16*, 7–27.
Fantino, E. (1973). Aversive control. W: J. A. Nevin (red.), *The study of behavior: Learning, motivation, emotion, and instinct* (s. 231–248). Glenview, IL: Scott, Foresman.
Farnik-Brodzińska, M., Woźniakowa, Y., Mendrek, J., Kasznia-Kocot, J. (1997). Wpływ ołowiu na rozwój dzieci – obserwacje psychologów i pediatrów. W: W. Leksowski, J. Matysiakiewicz (red.), *Psychiatria ekologiczna* (s. 99–104). Katowice: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
Fazio, R. H. (1986). How do attitudes guide behavior? W: R. M. Sorrentino, E. T. Higgins (red.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (s. 204–243). New York: Guilford Press.
Fazio, R. H., Herr, P. M., Olney, T. J. (1984). Attitude accessibility following a self-perception process. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 227–286.
Fazio, R. H., Zanna, M. P. (1981). Direct experience and attitude-behavior consistency. W: L. Berkowitz (red.), *Advances in experimental social psychology* (t. 14, s. 161–202). New York: Academic Press.
Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
Fersten, E., Łuczywek, E., Jurkiewicz, J., Dowżenko, A. (1997). Ocena aktywności poznawczej osób z wodogłowiem niskociśnieniowym leczonych operacyjnie. *Neurologia i Neurochirurgia Polska, 31*, 77–88.
Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7*, 117–140.
Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
Festinger, L., Carlsmith, J. M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 58*, 203–211.
Feuerstein, R., Feuerstein, S. (1994). Mediated learning experience: A theoretical review. W: R. Feuerstein, P. S. Klein, A. J. Tannenbaum (red.), *Mediated learning experience (MLE): Theoretical, psychosocial and learning implications* (s. 3–51). London: Freund Publishing House.
Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. New York: McGraw-Hill.

Fiedler, K., Semin, G. R., Finkenauer, C., Berkel, I. (1995). Actor-observer bias in close relationships: The role of self-knowledge and self-related language. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*, 525–538.
Fincham, F. D., Jaspars, J. M. (1980). Attribution of responsibility: From man the scientist to man as a lawyer. *Advances in Experimental Social Psychology, 13,* 81–138.
Firkowska-Mankiewicz, A. (1972). *Czynniki biopsychiczne a przestępczość nieletnich.* Warszawa: PWN.
Fishbein, M., Ajzen, I. (1974). Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review, 81*, 59–74.
Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research.* Reading, MA: Addison-Wesley.
Fisher, C. M., Adams, R. D. (1958). Transient global amnesia. *Transactions American Neurological Association, 83,* 143–146.
Fisher, K. (1993). *Leading self-directed work teams: A guide to developing new team leadership skills.* New York: McGraw-Hill.
Fiske, S. T. (1982). Schema-triggered affect: Applications in social perception. W: M. S. Clark, S. T. Fiske (red.), *Affect and cognition: The 17th Annual Carnegie Symposium on Cognition.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Fiske, S. T., Kinder, D. R., Lerter, W. M. (1983). The novice and the expert: Knowledge-based strategies in political cognition. *Journal of Experimental Social Psychology, 19*, 381–400.
Fiske, S. T., Pavelchak, M. A. (1993). Reakcje afektywne oparte na kategorialnym przetwarzaniu informacji a reakcje afektywne oparte na przetwarzaniu analitycznym. Rozwinięcie w terminach koncepcji schematów wyzwalających afekt. W: T. Maruszewski (red.), *Poznanie, afekt, zachowanie* (s. 53–101). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Fiske, S. T., Taylor, S. E. (1991). Social cognition. New York: McGraw-Hill.
Fitts, P. M. (1951). *Human engineering for an effective air navigation and traffic control system.* Washinton: National Research Council.
Flach, J. M., Hagen, B. A., O'Brien, D., Olson, W. A. (1990). Alternative displays for discrete movement control. *Human Factors, 32*, 685–695.
Fodor, J. A. (1983). *The modularity of mind.* Cambridge, MA: MIT Press.
Foersterling, F. (1989). Models of covariantion and attribution: How do they relate to the analogy of analysis of variance? *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 615–625.
Folkman, S. (1992). Making the case for coping. W: B. N. Carpenter (red.), *Personal coping: Theory, research and applications* (s. 31–46). Westport: Praeger.
Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219–239.
Folkman, S., Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 150–160.
Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkiel-Schetter, C., De Longis, A., Gruben, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 992–1003.
Fortuna, D. (1993). Założenia terapii rodzinnej i małżeńskiej. W: A. Kokoszka, P. Drozdowski (red.), *Wprowadzenie do psychoterapii* (s.189–216). Kraków: Akademia Medyczna.
Fox, J., Guyer, M. (1977). Group size and others' strategy in an n-person game. *Journal of Conflict Resolution,12*, 224–234.

Frączek, A. (1974). Informational role of situation as a determinant of aggressive behavior. W: J. de Wit, W. W. Hartup (red.), *Determinants and origins of aggressive behavior* (s. 225–230). The Hague: Mouton.
Frączek, A. (1986). Wstęp: Problematyka i charakter zbioru. W: A. Frączek (red.), *Studia nad uwarunkowaniami i regulacją agresji interpersonalnej* (s. 15–29). Wrocław: Ossolineum.
Frączek, A., Stępień, E. (1997). Zachowania związane ze zdrowiem dorastających a promocja zdrowia. W: Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), *Promocja zdrowia (*s. 70–77). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Free, L., Cantril, H. (1967). *The political beliefs of Americans.* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
Freedman, J. L. (1984). Effect of television violence on aggressiveness. *Psychological Bulletin, 96*, 227–246.
Freedman, J. L., Fraser, S. C. (1966). Compliance without pressure: The foot in the door technique. *Journal of Personality and Social Psychology, 4*, 196–202.
Freeman, H. L., Stansfeld, S. A. (1998). Psychosocial effects of urban environments, noise, and crowding. W: A. Lundberg (red.), *The environment and mental health: A guide for clinicians* (s. 147–173). Washington: Lawrance.
Freeman, S., Walker, M. R., Borden, R., Latané, B. (1975). Diffusion of responsibility and restaurant tipping: Cheaper by the bunch. *Personality and Social Psychology Bulletin, 1*, 584–587.
French, J. R. P., Raven, B. (1959). The basis of social power. W: D. Cartwright (red.), *Studies in social power* (s. 150–167). Ann Arbor: University of Michigan Press.
Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood.* New York: International Universities Press.
Freud, A. (1997/1936). *Ego i mechanizmy obronne.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Freud, S. (1959/1909). A phobia in a five-years old boy. W: S. Freud (aut.), *Collected papers,* (t. 3, s. 149–209). New York: Basic Books.
Freud, S. (1982/1917). *Wstęp do psychoanalizy.* Warszawa: PWN.
Freud, S. (1995a/1927–1930). *Kultura jako źródło cierpień.* Warszawa: Wydawnictwo KR.
Freud, S. (1995b/1917). *Wykłady ze wstępu do psychoanalizy.* Warszawa: Wydawnictwo KR.
Freud, S. (1997a/1901). *Psychopatologia życia codziennego. Marzenia senne.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Freud, S. (1997b/1913). *Totem i tabu.* Warszawa: Wydawnictwo KR.
Frey, D. (1986). Recent research on selective exposure to information. *Advances in Experimental Social Psychology, 19*, 41–80.
Friedman, H. S., Booth-Kewley, S. (1987). The „disease-prone" personality: A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist, 42,* 539–555.
Friedman, M., Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association, 169*, 1286–1296.
Friedrich-Cofer, L., Huston, A. C. (1986). Television violence and aggression: The debate continues. *Psychological Bulletin, 100*, 364–371.
Fry, P. S., Wong, P. T. P. (1991). Pain management training in the elderly: Matching interventions with subjects' coping style. *Stress Medicine, 7,* 93–98.
Funder, D. C. (1987). Errors and mistakes: Evaluating the accuracy of social judgment. *Psychological Bulletin, 101,* 75–90.
Gaberle, A. (1993). *Patologia społeczna.* Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.

Gallagher, J. J. (1994). Teaching and learning: New models. *Annual Review of Psychology, 45,* 171–195.
Gałkowski, T. (1998). Problemy osób niepełnosprawnych w działaniach Europejskiej Wspólnoty. W: S. Kowalik, Z. Zabor, W. Martyniec (red.), *Rehabilitacja w domach pomocy społecznej* (s. 17–23). Jarogniewice: Stowarzyszenie Przyjaciół i Sympatyków DPS.
Gałkowski, T. (red.). (1984). *Dziecko autystyczne i jego rodzice.* Warszawa: Polskie Towarzystwo do Walki z Kalectwem, Oddział Warszawski.
Gałkowski, T., Kiwerski, J. (red.). (1986). *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji.* Warszawa: PZWL.
Gardner, R. C. (1994). Stereotypes as consensual beliefs. W: M. P. Zanna, J. M. Olson (red.), *The psychology of prejudice: The Ontario Symposium* (t. 7, s. 1–31). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Garfield, S. L., Bergin, A. E. (1994). *Handbook of psychoterapy and behavior change.* New York: Wiley.
Garfield, S. L., Bergin, A. E. (red.). (1990). *Psychoterapia i zmiana zachowania.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Garg-Janardan, C., Eberts, R. E., Zimolong, B., Nof, S. Y., Salvendy, G. (1987). Expert systems. W: G. Salvendy (red.), *Handbook of human factors* (s. 1130–1171). New York. Wiley.
Garrett, J. F. (red.). (1953). *Psychological aspects of physical disability.* Washington: Office of Vocational Rehabilitation.
Gaś, Z. B. (1981). Współzależność pomiędzy wybranymi formami agresywności a patologicznymi cechami osobowości. *Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne, 12,* 119–133.
Gattuso, S. M., Litt, M. D., Fitzgerald, T. E. (1992). Coping with gastrointestinal endoscopy: Self-efficacy enhancement and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 133–139.
Gaugler, B. B., Rosenthal, D. B., Thornton, G. C., Bentson, C. (1987). Meta-analysis of assessment centre validity. *Journal of Applied Psychology, 54,* 493–511.
Gąsowska, T., Pietrzyk-Stępkowska, Z. (1978). *Praca wyrównawcza z dziećmi mającymi trudności w czytaniu i pisaniu. Poradnik nauczyciela – reedukatora. Cz. II – Zajęcia reedukacyjne.* Warszawa: WSiP.
Geen, R. G., Quanty, M. B. (1977). The catharsis of aggression: An evaluation of a hypothesis. *Advances in Experimental Social Psychology, 10,* 1–37.
Geller, S. (1976). Wybrane zagadnienia z zakresu teorii i praktyki terapii behawioralnej. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (t. 5, s. 223–257). Warszawa: PWN.
Gibbs, J. P. (1987). Deterrence theory and research. W: G. B. Melton (red.), *Nebraska Symposium on Motivation 1986* (t. 33, s. 87–130). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
Gierowski, J. K. (1979). Niektóre biopsychiczne determinanty agresywnego zachowania przestępczego. *Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne, 9,* 153–171.
Gierowski, J. K. (1980). Dymensja psychotyzmu w koncepcji osobowości H. J. Eysencka oraz jej związek z zachowaniem przestępczym. *Zdrowie Psychiczne, 1,* 25–34.
Gierowski, J. K. (1989). *Motywacja zabójstw.* Kraków: Wydawnictwo Akademii Medycznej.
Gierowski, J. K. (1995). Wpływ typu i poziomu agresywności sprawcy na zachowanie homicidalne. *Psychiatria Polska, 29,* 34–44.
Gilbert, D. T., Malone, P. S. (1995). The correspondence bias. *Psychological Bulletin, 117,* 21–38.
Gilbert, D. T., Pelham, B. W., Krull, D. S. (1988). On cognitive busyness: When person perceivers meet persons perceived. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 733–740.
Ginzberg, E., Ginzburg, S., Alexander, S., Herma, J. L. (1951). *Occupational choice: An approach to a general theory.* New York: Columbia University Press.

Gjerde, P. (1995). Alternate pathways to chronic depressive symptoms in young adults: Gender differences in developmental trajectories. *Child Development, 66,* 1277–1300.
Glaser, R. (1993). *Advances in instructional psychology* (t. 4). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Glaser, R., Bassok, M. (1989). Learning theory and the study of instruction. *Annual Review of Psychology, 40,* 631–666.
Gliszczyńska, X. (1981). *Motywacja do pracy.* Warszawa: Książka i Wiedza.
Gniazdowski, A. (1995). Rola wybranych czynników psychospołecznych w procesie promocji zdrowia w Polsce. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, 2 (7),* 22–28.
Gniazdowski, A. (red.). (1990). *Zachowania zdrowotne.* Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
Gochman, D. S. (red.). (1988). *Health behaviour: Emerging research perspectives.* New York: Plenum Press.
Goldberg, E. (1990). *Contemporary neuropsychology and the legacy of Luria.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna.* Poznań: Media Rodzina of Poznań.
Gołąb, A. (1996). Przydatność technik apercepcyjnych dla oceny zasadności podejrzeń o nadużycia seksualne wobec dziecka. W: A. Czerederecka, T. Jaśkiewicz-Obydzińska (red.), *Techniki projekcyjne w psychologicznej ekspertyzie sądowej* (s. 68–81). Kraków: Instytut Ekspertyz Sądowych.
Gołąb, B. K. (1990). *Anatomia czynnościowa ośrodkowego układu nerwowego.* Warszawa: PZWL.
Goodglass, H. (1993). *Understanding aphasia.* San Diego: Academic Press.
Gordon, R. A. (1996). Impact of ingratiation on judgments and evaluations: A meta-analytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology, 71,* 54–70.
Gorenflo, D. W., Crano, W. D. (1989). Judgmental subjectivity/objectivity and locus of choice in social comparison. *Journal of Personality and Social Psychology,* 57, 605–614.
Gorer, G. (1968). Man has no „killer" instinct. W: M. F. A. Montagu (red.), *Man and aggression* (s. 119–146). New York: Oxford University Press.
Gossop, M. (1997). *Nawroty w uzależnieniach.* Warszawa: PARPA.
Gottschalk, L. A., Fronczek, J. (1993). Defense mechanisms and hope as protective factors in physical and mental disorders. W: U. Hentschel, G. J. W. Smith, W. Ehlers, J. G. Draguns (red.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (s. 339–359). New York: Springer-Verlag.
Gottschalk, L. A., Hoigaard-Martin, J. (1986). The emotional impact of mastectomy. *Psychiatry Research, 17,* 153–167.
Gough, H. G. (1984). A managerial potential scale for the California Psychological Inventory. *Journal of Applied Psychology, 69,* 233–240.
Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review, 25,* 161–178.
Górnik-Durose, M. (1995). Przydatność modeli wpływu społecznego dla promocji zdrowia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, 2(5–6),* 22–39.
Graesser, A. C. (1981). *Prose comprehension beyond the word.* New York: Springer-Verlag.
Graham, J. R. (1990). *MMPI–2: Assessing personality and psychopathology.* New York: Oxford University Press.
Greenwald, A. G., Banaji, M. R. (1995). Utajone poznanie społeczne. Postawy, wartościowanie siebie i stereotypy. *Przegląd Psychologiczny, 38,* 11–63.
Greenwald, A. G., Gillmore, G. M. (1997). No pain, no gain? The importance of measuring course workload in student ratings of instruction. *Journal of Educational Psychology, 89,* 743–751.

Greenwald, A. G., Pratkanis, A. R. (1988). JA jako centralny schemat postaw. *Nowiny Psychologiczne, 2,* 20–70.
Grice, H. P. (1975). Logic in conversation. W: P. Cole, J. L. Morgan (red.), *Syntax and semantics* (t. 3, s. 41–58). New York: Academic Press.
Griffitt, W. (1970). Environmental effects on interpersonal affective behavior: Ambient effective temperature and atraction. *Journal of Personality and Social Psychology, 15,* 240–244.
Grinker, R. R., Spiegel, J. P. (1945). *Men under stress.* New York: McGraw-Hill.
Grodzka, M. (1984). *Dziecko autystyczne. Dziennik terapeuty.* Warszawa: PWN.
Grodzka, M. (1995). *Płacz bez łez. Listy rodziców dzieci autystycznych.* Gdańsk: MAKmed.
Groen, J. J. (1982). *Clinical research in psychosomatic medicine.* Assen: Van Gorcu.
Grossman, R., Scala, K. (1993). *Health promotion and organizational development: Developing settings for health.* Vienna: IFF/Gesundheit und Organisationsentwicklung.
Gruszczyk-Kolczyńska, E. (1992). *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki.* Warszawa: WSiP.
Grzegołowska-Klarkowska, H. (1986). *Mechanizmy obronne osobowości.* Warszawa: PWN.
Grzegorzewska, M. (1948). Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej. *Psychologia Wychowawcza, 3/4,* 24–28.
Grzelak, J. Ł. (1981). Social interdependence: Do we know what we want to know? *Polish Psychological Bulletin, 12,* 125–135.
Grzelak, J. Ł. (1991). The model of homo economicus. Should it be revisited? W: M. Lerner, R. Vermont (red.), *Social justice in human relations* (s. 211–238). New York: Plenum Press.
Grzelak, J. Ł. (1995). Sytuacyjna zmienność preferencji społecznych. W: W. Łukaszewski (red.), *W kręgu teorii czynności. Kolokwia psychologiczne* (t. 5, s. 69–86). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Grzelak, J. Ł., Grzelak-Wolniewicz, B. (1993). Ocena efektywności programów profilaktycznych. Perspektywa metodologiczna. *Alkoholizm i Narkomania, 13,* 70–112.
Grzelak, J. Ł., Nejtardt, G. (1996). Attitudes toward public affairs in society in transition. W: D. Messick, W. Liebrand (red.), *Frontiers in social dilemmas research* (s. 37–59). New York: Springer-Verlag.
Grzelak, J. Ł., Tyszka, T. (1974). Some preliminary experiments on cooperation in n-person games. *Polish Psychological Bulletin, 5,* 83–91.
Grzesiuk, L. (red.). (1994a). *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Grzesiuk, L. (1994b). Techniki w psychoterapii. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 194–210). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Grzesiuk, L. (1994c). Zjawiska w psychoterapii. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 137–193). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Grzesiuk, L., Jakubowska, U. (1994). Podejście systemowe, W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 60–68). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Grzymała-Moszczyńska, H., Nowicka, E. (1998). *Goście i gospodarze. Problem adaptacji kulturowej w obozach dla uchodźców oraz otaczających je społeczności lokalnych.* Kraków: Zakład Wydawniczy „NOMOS".
Gump, P. V. (1974). Operating environments in open and traditional schools. *School Review, 84,* 575–593.
Gump, P. V. (1987). School and classroom environments. W: D. Stokols, I. Altman (red.), *Handbook of environmental psychology* (s. 691–732). New York: Wiley.

Gurycka, A. (1979). *Struktura i dynamika procesu wychowawczego. Analiza psychologiczna.* Warszawa: PWN.
Gurycka, A. (1980). Psychologiczne problemy wychowania. W: A. Gurycka (red.), *Stosowana psychologia wychowawcza* (s. 10–28). Warszawa: PWN.
Gurycka, A. (1985). Podmiotowość – postulat dla wychowania. W: A. Gurycka (red.), *Podmiotowość w wychowawczych doświadczeniach dzieci i młodzieży* (t. 1, s. 8–30). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii UW.
Gurycka, A. (1990). *Błąd w wychowaniu.* Warszawa: WSiP.
Guski, R. (1977). An analysis of spontaneous noise complaints. *Environmental Research, 13,* 229–236.
Guyer, M., Rapoport, A. (1972). 2 x 2 games played once. *Journal of Conflict Resolution, 16,* 409–431.
Guzetti, B. J., Snyder, T. E., Glass, G. V., Gamas, W. S. (1993). Promoting conceptual change in science: A comparative meta-analysis of instructional interventions from reading education and science education. *Reading Research Quarterly, 28,* 116–159.
Haberlandt, K., Bingham, G. (1984). The effect of input direction on the processing of script statements. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 23,* 162–177.
Hajduk, Z. (1991/92). Nowsze tendencje w filozofii nauki oraz w filozofii przyrody. *Roczniki Filozoficzne, 39/40,* 283–303.
Haley, J. (1995). *Niezwykła terapia.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Hall, E. M., Gott, S. P., Pokorny, R. A. (1990). *AFHRL Technical Paper 90.* Brooks, TX: Human Resources Laboratory.
Hall, E. T. (1976). *Ukryty wymiar.* Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Hamburger, Y. (1994). The contact hypothesis reconsidered: Effects of the atypical outgroup member on the outgroup stereotype. *Basic and Applied Social Psychology, 15,* 339–358.
Hamera, E. K., Shontz, F. C. (1978). Perceived positive and negative effects of life-threatening illness. *Journal of Psychosomatic Research, 22,* 419–424.
Hamilton, D. L., Sherman, S. J. (1989). Illusory correlation: Implications for stereotype theory and research. W: D. Bar-Tal, C. F. Graumann, A. W. Kruglanski, W. Stroebe (red.), *Stereotyping and prejudice: Changing conceptions* (s. 59–82). New York: Springer-Verlag.
Hamilton, M. (1955). *Psychosomatics.* New York: Wiley.
Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23,* 56–62.
Hammond, K. J., Seifer, C. M., Gray, K. C. (1991). Functionality and analogical transfer: A hard match is good to find. *Journal of Learning Science, 1,* 111–152.
Hankała, A. (1993). Rola układu immunologicznego w przezwyciężaniu stresu. *Zdrowie Psychiczne, 34,* 64–68.
Hann, N. (1965). Coping and defense mechanisms related to personality inventories. *Journal of Consulting Psychology, 29,* 373–378.
Harackiewicz, J. M., Elliot, A. J. (1993). Achievement goals and intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology, 65,* 904–915.
Harari, H., Kaplan, R. M.(1982). *Social psychology.* Monterey, CA: Brooks/Cole.
Hardin, G. (1968). The tragedy of the commons. *Science, 162,* 1243–1248.
Harford, T., Solomon, L. (1967). „Reformed sinner" and „lapsed saint" strategies in prisoner's dilemma game. *Journal of Conflict Resolution, 11,* 104–109.
Harré, R. (1984). *Personal being.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
Harris, D., Guten, S. (1979). Health protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior, 20,* 17–29.

Hart, H. L. A., Honore, T. (1985). *Causation in the law*. Oxford: Clarendon Press.
Harvey, J. H., Ickes, W., Kidd, R. (1976). Historical perspective: A conversation with Fritz Heider. W: J. H. Harvey, W. Ickes, R. Kidd (red.), *New directions in attribution research* (t. 2, s. 371–388). New York: Wiley.
Hastorf, A., Schneider, D., Polefka, J. (1970). *Person perception*. Reading, MA: Addison-Wesley.
Hatfield, E., Sprecher, S. (1986). *Mirror, mirror...: The importance of looks in everyday life*. Albany, NY: SUNY Press.
Hathaway, S. R., McKinley, J. C. (1943). *MMPI manual*. New York: Psychological Corporation.
Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
Heider, F., Simmel, M. (1944). An experimental study of apparent behavior. *American Journal of Psychology, 57*, 243–249.
Heifetz, R. A. (1994). *Leadership without easy answers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
Heitzman, J. (1997). Zespół pourazowego stresu i ostra reakcja na stres jako diagnostyczna alternatywa zaburzeń reaktywnych w psychiatrii sądowej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, 6*, 55–64.
Herr, E. L. (1997). Perspectives on career guidance and counseling in the 21st century. *Educational and Vocational Guidance, 60*, 1–15.
Herr, P. M. (1986). Consequences of priming: Judgment and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1106–1115.
Herrnstein, R. J., Nickerson, R. S., Sanchez, M., Swets, J. A. (1986). Teaching thinking skills. *American Psychologist, 41*, 1279–1289.
Hershenson, D. B. (1990). A theoretical model for rehabilitation counseling. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 33*, 268–278.
Hershenson, D. B. (1992). Conception of disability: Implications for rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 35*, 103–115.
Herzberg, F. (1968). On more time: How you motivate employees? *Harvard Business Review, 46*, 53–62.
Herzyk, A. (1996a). Zaburzenia emocjonalne w dysfunkcjach mózgowych. W: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* (s. 205–238). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Herzyk, A. (1996b). Pierwotna afazja postępująca. *Audiofonologia, 9*, 41–59.
Herzyk, A. (1999). Neuropsychologiczne modele emocji. W: A. Herzyk, A. Borkowska (red.), *Neuropsychologia emocji. Poglądy, badania, klinika* (s. 13–40). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Herzyk, A., Kądzielawa, D. (red.). (1996). *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Ossolineum.
Heszen-Klemens, I. (1983). *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Heszen-Niejodek, I. (1991). Radzenie sobie z konfrontacją stresową (wybrane zagadnienia). *Nowiny Psychologiczne, 1–2*, 13–26.
Heszen-Niejodek, I. (1992). *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*. Kraków: Universitas.
Heszen-Niejodek, I. (1993). Wypowiedź w dyskusji na temat problemów etycznych w badaniach naukowych z zakresu psychologii. *Nowiny Psychologiczne, 1*, 59–68.
Heszen-Niejodek, I. (1995). The level of patients' anxiety and their illness behavior. W: J. Rodrigues-Marin (red.), *Health psychology and quality of life research* (t. 1, s. 396–404). Alicante: The University of Alicante.

Heszen-Niejodek, I. (1996a). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 12–43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Heszen-Niejodek, I. (1996b). *Styl radzenia sobie a efektywność radzenia sobie z chorobą somatyczną* (raport KBN 1 P106 004 05). Katowice: Uniwersytet Śląski, Instytut Psychologii.
Heszen-Niejodek, I. (1997a). Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 21–39). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Heszen-Niejodek, I. (1997b). Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czasopismo Psychologiczne, 3*, 7–22.
Heszen-Niejodek, I., Broome, A. (1991). Rozwój zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby. *Przegląd Psychologiczny, 34*, 57–77.
Heszen-Niejodek, I., Gottschalk, L. A., Januszek, M. (w druku). Anxiety and hope during the course of three different somatic illnesses: A longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
Heszen-Niejodek, I., Sęk, H. (red.). (1997). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Hewstone, M. (1999). Kontakt i kategoryzacja: zmiana stosunków międzygrupowych w ujęciu psychologii społecznej. W: C. N. Macrae, C. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie* (s. 263–295). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Hewstone, M. (1989). *Causal attribution: From cognitive processes to collective beliefs*. Cambridge, MA: Blackwell.
Hewstone, M., Antaki, C. (1988). Attribution theory and social explanations. W: M. Hewstone, W. Stroebe, J.-P. Codol, G. M. Stephenson (red.), *Introduction to social psychology: A European perspective* (s. 111–141). Oxford: Blackwell.
Heyman, G. D., Dweck, C. S. (1992). Achievement goals and intrinsic motivation: Their relations and their role in adaptive motivation. *Motivation and Emotion, 16*, 231–247.
Higgins, E. T. (1996). Knowledge activation: Accessibility, applicability, and salience. W: E. T. Higgins, A. W. Kruglanski (red.), *Social psychology: Handbook of basic principles*. (s. 133–168). New York: Guilford Press.
Higgins, E. T., King, G. A., Mavin, G. H. (1982). Individual construct accessibility and subjective impressions and recall. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 35–47.
Higgins, E. T., Rholes, W. S., Jones, C. R. (1977). Category accessibility and impression formation. *Journal of Experimental Social Psychology, 13*, 141–154.
Higgs, E. S. (1987). A space between planning and technology. *Man-Environment-Systems, 17*, 123–200.
Hill, K. T. (1984). Debilitating motivation and testing: A major educational problem – possible solutions and policy applications. W: R. Ames, C. Ames (red.), *Research on motivation in education* (s. 245–274). San Diego: Academic Press.
Hilschhorn, L. (1995). *The workplace within: Psychodynamics of organizational life*. Cambridge, MA: MIT Press.
Hilton, D. (1988). Logic and causal attribution. W: D. J. Hilton (red.), *Contemporary science and natural explanation: Commonsense conceptions of causality* (s. 33–65). Brighton: Harvester Press.
Hilton, D. (1991). A conversational model of causal explanation. W: W. Stroebe, M. Hewstone (red.), *European review of social psychology* (t. 2, s. 51–81). New York: Wiley.
Hilton, D., Slugoski, B. R. (1986). Knowledge-based causal attribution: The abnormal conditions focus model. *Psychological Review, 93*, 75–88.

Hinde, R. A., Stevenson-Hinde, J. (1994). Związki interpersonalne a rozwój dziecka. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów* (s. 45–71). Poznań: Zysk i S-ka.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513–524.

Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research, 4*, 187–197.

Hobfoll, S. E. (1992). *Conservation of resources (COR): COR evaluation and sample publications.* Tekst nieopublikowany, Applied Psychology Center, Kent State University.

Hobfoll, S. E., Freedy, J. R., Green, B. L., Solomon, S. D. (1996). Coping in reaction to extreme stress: The roles of resource loss and resource availability. W: M. Zeidner, N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (s. 322–349). New York: Wiley.

Hodapp, R. M., Zigler, E. (1995). Past, present, and future issues in the developmental approach to mental retardation and developmental disabilities. W: D. Cicchetti, D. Cohen (red.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (t. 2, s. 299–331). New York: Wiley.

Hoffman, M. L. (1990). Empatia a aktywność prospołeczna. W: J. Reykowski, N. Eisenberg, E. Staub (red.), *Indywidualne i społeczne wyznaczniki wartościowania* (s. 77–98). Wrocław: Ossolineum.

Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences.* Beverly Hills, CA: Sage.

Hofstede, G. (1993). Cultural constraints in management theories. *Academy of Managament Executive, 7*, 81–94.

Hogan, D. (1991). Sexual dysfunction: A historical perspective. W: C. E. Walker (red.), *Clinical psychology* (s. 279–309). New York: Plenum Press.

Holahan, C. J., Wandersman, A. (1987). The community psychology perspective in environmental psychology. W: D. Stokols, I. Altman (red.), *Handbook of environmental psychology* (s. 827–861). New York: Wiley.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Schaefer, J. (1996). Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. W: M. Zeidner, N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (s. 24–43). New York: Wiley.

Holland, A. (1980). *The communicative abilities in daily living: Manual.* Baltimore: University Park Press.

Holland, J. L. (1985). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Holland, J. L. (1996). Exploring careers with a typology: What we have learned and some new directions. *American Psychologist, 51*, 397–406.

Hollander, E. P. (1985). Leadership and power. W: G. Lindzey, E. Aronson (red.), *Handbook of social psychology* (s. 485–539). New York: Random House.

Hollender, M. H. (1975). *Psychologia w praktyce lekarskiej.* Warszawa: PZWL.

Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 14*, 121–132.

Holmes, T. S., Holmes, T. H. (1974). The consequences of change for health. *Blue Print for Health, 25*, 66–72.

Holst, D., Fuchs, E., Stöhr, W. (1983). Physiological changes in male tupaia belangeri under different types of social stress. W: T. M. Dembroski, T. H. Schmidt, G. Blümchen (red.), *Biobehavioral bases of coronary heart disease.* Basel: Karger.

Horney, K. (1976). *Neurotyczna osobowość naszych czasów.* Warszawa: PWN.

Horney, K. (1980). *Nerwica a rozwój człowieka. Trudna droga do samorealizacji.* Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Horney, K. (1987). *Nowe drogi w psychoanalizie.* Warszawa: PWN.

Hornowski, R., Hornowski, L., Vogel, S. (1995). An essay on Wilhelm von Humboldt and the shaking palsy: First comprehensive description of Parkinson's disease by a patient. *Neurology, 45*, 565–568.

House, R. J. (1971). A path-goal theory of leader effectiveness. *Administrative Science Quarterly, 16*, 321–338.

Hovland, C. I., Janis, I. L. (red.). (1959). *Personality and persuasibility.* New Haven, CT: Yale University Press.

Hovland, C. I., Lumsdaine, A. A., Sheffield, F. D. (1949). *Experiments on mass communication.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Hovland, C. I., Sears, R. R. (1940). Minor studies in aggression, VI: Correlation of lynchings with economic indices. *Journal of Personality, 9*, 301–310.

Howard, D., Hatfield, F. M. (1987). *Aphasia therapy: Historical and contemporary issues.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Howell, W. C. (1993). Engineering psychology in a changing world. W: L. W. Porter., M. R. Rosenzweig (red.), *Annual review of Psychology* (t. 44, s. 231–163). Palo Alto, CA: Annual Reviews Inc.

Hoyer, W. D. (1984). An examination of consumer decision making for a common repeat-purchase product. *Journal of Consumer Research, 11*, 822–829.

Hoyer, W. D., Brown, S. P. (1990). Effects of brand awareness on choice for a common, repeat-purchase product. *Journal of Consumer Research, 17*, 141–148.

Hraba, J., Brinkman, R., Gray-Ray, P. (1996). A comparison of Black and White prejudice. *Sociological Spectrum, 16*, 129–157.

Huflejt-Łukasik, M. (1994). Poznawczo-behawioralne psychoterapie depresji. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 341–400). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hulek, A. (1969). *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów.* Warszawa: PZWL.

Hurrelman, K. (1994). *Struktura społeczna a rozwój osobowości.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Hymes, R. W. (1986). Political attitudes as social categories: A new look at selective memory. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 233–241.

Imieliński, K. (1994). *Seksiatria. Patologia seksualna.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Insko, C. A. (1965). Verbal reinforcement of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology, 2*, 621–623.

Ischeiser, G. (1949). Misunderstandings in human relations: A study in false social perception. *The American Journal of Sociology, 55*, 1–68.

Isen, A. M. (1984). Toward the understanding the role of affect in cognition. W: R. S. Wyer, T. K. Srull (red.), *Handbook of social cognition* (t. 3, s. 179–236). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Iskara-Golec, I., Costa, G., Foljard, S., Marek, T., Pokorski, J., Smith, L. (red.). (1998). *Stres pracy zmianowej. Przyczyny, skutki, strategie przeciwdziałania.* Kraków: Universitas.

Jackson, J. H. (1878). On affections of speech from disease of the brain. *Brain, 1*, 304–330.

Jacobs, P. A., Brunton, M., Melville, M. M., Brittain, R. P., McClemont, W. F. (1965). Aggressive behavior, mental subnormality and the XYY male. *Nature, 208*, 1351–1352.

Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis.* London: Cambridge University Press.

Jaklewicz, A. (1993). *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Jakubik, A. (1997). *Zaburzenia osobowości.* Warszawa: PZWL.
Jakubowska, U. (1994a). Badania nad psychoterapią. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 86–107). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Jakubowska, U. (1994b). Podejście behawioralno-poznawcze. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 32–49). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Jakubowska, U. (1995). Politycy oraz cechy mentalności społeczno-politycznej ich zwolenników. W: J. Reykowski (red.), *Potoczne wyobrażenia o demokracji* (s. 233–275). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
James, W. (1890). *The principles of psychology.* New York: Holt.
Janis, I. L. (1958). *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients.* New York: Wiley.
Janowski, A. (1995). *Uczeń w teatrze życia szkolnego.* Warszawa: WSiP.
Jarosz, M. (1988). *Psychologia lekarska.* Warszawa: PZWL.
Jaroszyński, J. (1981). *Międzynarodowa klasyfikacja chorób i przyczyn zgonów. IX wersja. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Jarvik, L. F., Klodin, V., Matsuyama, S. S. (1973). Human aggression and the extra Y chromosome: Fact or fantasy? *American Psychologist, 43,* 674–682.
Jarymowicz, M. (1979). *Modyfikowanie wyobrażeń dotyczących „ja" dla zwiększania gotowości do zachowań prospołecznych.* Wrocław: Ossolineum.
Jarymowicz, M. (1980). Makiawelizm – osobowość ludzi nastawionych na manipulowanie innymi. W: J. Reykowski (red.), *Osobowość a społeczne zachowanie się ludzi* (s. 285–317). Warszawa: Książka i Wiedza.
Jarymowicz, M. (1984). *Spostrzeganie własnej indywidualności. Percepcja i atrakcyjność odrębności własnej osoby od innych ludzi.* Wrocław: Ossolineum.
Jarymowicz, M. (1991). The self distinctive traits as personal identity attributes. *European Bulletin of Cognitive Psychology, 6,* 679–695.
Jarymowicz, M. (1994a). W stronę indywidualnej podmiotowości i zbliżeń z innymi. W: M. Jarymowicz (red.), *Poza egocentryczną perspektywą widzenia siebie i świata* (s. 11–33). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Jarymowicz, M. (1994b). Poznawcza indywiduacja a społeczne identyfikacje. W: M. Jarymowicz (red.), *Poza egocentryczną perspektywą widzenia siebie i świata* (s. 107–125). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Jarymowicz, M. (1994c). O formach umysłowego ujmowania My i ich związku ze spostrzeganiem Innych. W: M. Jarymowicz (red.), *Poza egocentryczną perspektywą widzenia siebie i świata* (s. 191–212). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Jarymowicz, M., Codol, J.-P. (1979). Perception of self-others similarity and forming an image of an unknown person. *Przegląd Psychologiczny, 22,* 73–88.
Jarymowicz, M., Kwiatkowska, A. (1988). Atrybuty własnej tożsamości: właściwości spostrzegane jako wspólne dla JA i INNYCH versus specyficznie własne. W: M. Jarymowicz (red.), *Studia nad spostrzeganiem relacji JA – INNI: tożsamość, indywiduacja, przynależność.* Wrocław: Ossolineum.
Jasiewicz, K. (1992). Polish election of 1990: Beyond the „Pospolite ruszenie". W: W. O. Connor, P. Płoszajski (red.), *Escape from socialism* (s. 181–199). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.

Jaspars, J. (1983). The process of causal attribution in common sense. W: M. Hewstone (red.), *Attribution theory: Social and functional extensions* (s. 28–44). Oxford: Blackwell.
Jecker, J., Landy, D. (1969). Liking a person as a function of doing him a favor. *Human Relations, 22,* 371–378.
Jedlewski, S. (1978). *Odnowa zakładów dla nieletnich.* Warszawa: WSiP.
Jellinek, E. M. (1987). Stadia nałogu alkoholowego, *Nowiny Psychologiczne, 3,* 3–20.
Jenkins, C. D. (1976). Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease. *New England Journal of Medicine, 294,* 987–994.
Jodzio, K. (1996). *Neuropsychologiczne następstwa rewaskularyzacji mięśnia sercowego u osób z chorobą niedokrwienną serca.* Nieopublikowana rozprawa doktorska, Wydział Nauk Społecznych, UG, Gdańsk.
Jodzio, K. (1999). *Afazja pierwotna postępująca.* Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
Johansen, R. (1987). Stres a projektowanie socjotechniczne. W: C. L. Cooper, R. Payne (red.), *Stres w pracy* (s. 328–354). Warszawa: PWN.
John, O. P., Hampson, S. E., Goldberg, L. R. (1991). The basic level in personality trait-hierarchies: Studies of trait use and accessibility in different contexts. *Journal of Personality and Social Psychology, 60,* 348–361.
Johnson, B. T., Eagly, A. H. (1989). The effects of involvement on persuasion: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 106,* 290–314.
Johnson, V. (1992). *Od jutra nie piję.* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
Jones, E. E. (1964). *Ingratiation: A social psychological analysis.* New York: Appleton-Century-Crofts.
Jones, E. E., Berglas, S. C. (1978). Control of attributions about the self through self-handicapping strategies: The appeal of alcohol and the role of underachievement. *Personality and Social Psychology Bulletin, 4,* 200–206.
Jones, E. E., Davis, K. E. (1965). From acts to dispositions: The attribution process in person perception. *Advances in Experimental Social Psychology, 2,* 220–266.
Jones, E. E., Harris, V. A. (1967). The attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology, 3,* 1–24.
Jones, E. E., Nisbett, R. E. (1972). The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior. W: E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins, B. Weiner (red.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior* (s. 79–94). Morristown, NJ: General Learning Press.
Joyce, B., Weil, M., Showers, B. (1992). *Models of teaching.* Boston: Allyn & Bacon.
Jung, C. G. (1981). *Archetypy i symbole. Pisma wybrane.* Warszawa: Czytelnik.
Jung, C. G. (1995/1938). *Psychologia a religia.* Warszawa: Wydawnictwo KR – Wydawnictwo WROTA.
Jussim, L. (1998). Samospełniające się proroctwa a utrzymywanie się stereotypów: rola interakcji w diadach i sił społecznych. W: C. N. Macrae, C. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie* (s. 133–160). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Kabsch, A. (1998). Rozważania o filozofii rehabilitacji. W: S. Kowalik, Z. Zabor, W. Martyniec (red.), *Rehabilitacja w domach pomocy społecznej* (s. 7–15). Jarogniewice: Stowarzyszenie Przyjaciół i Sympatyków DPS.
Kamfer, L., Venter, D. J. L. (1994). First evaluation of a stereotype reduction workshop. *South African Journal of Psychology, 24,* 13–20.

Kamińska-Feldman, M. (1988). Deindywiduacja: źródła i konsekwencje. W: M. Jarymowicz (red.), *Studia nad spostrzeganiem relacji JA – INNI: tożsamość, indywiduacja, przynależność* (s. 83–101). Wrocław: Ossolineum.

Kanfer, R. (1996). Self-regulatory and other non-ability determinants of skill acquisition. W: P. M. Gollwitzer, J. A. Bargh (red.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (s. 404–423). New York: Guilford Press.

Kaplan, H. (1978). *The illustrated manual of sexual therapy.* New York: Brunner.

Kaplan, H. (1994). *The new sex therapy.* London: Bailliere Tindall.

Kaplan, H., Sadock, B. J. (1991). *Synopsis of psychiatry.* Baltimore: Williams and Wilkins.

Kaplan, H., Sadock, B. (1995). *Psychiatria kliniczna.* Wrocław: Urban, Partner.

Kaplan, P. S. (1990). *Educational psychology for tomorrow's teacher.* St. Paul: West Publishing Company.

Karbe, H., Kertesz, A., Polk, M. (1993). Profiles of language impairment in primary progressive aphasia. *Archives of Neurology 50,* 193–201.

Karta Ottawska (1994). Zdrowie i promocja zdrowia. W: J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia* (s. 423–429). Warszawa: Sanmedia.

Karyłowski, J. (1975). *Z badań nad mechanizmami ustosunkowań interpersonalnych.* Wrocław: Ossolineum.

Karyłowski, J. (1982). *O dwóch typach altruizmu.* Wrocław: Ossolineum.

Kasl, S. (1987). Wkład epidemiologii do badań nad stresem w pracy. W: G. L. Cooper, R. Payne (red.), *Stres w pracy* (s. 10–81). Warszawa: PWN.

Kassin, S. M. (1979). Consensus information, prediction and causal attribution: A review of the literature and issues. *Journal of Personality and Social Pychology, 37,* 1966–1981.

Katona, G. (1975). *Psychological economics.* New York: Elsevier.

Katz, D. (1973). Patterns of leadership. W: J. Knutson (red.), *Handbook of political psychology* (s. 203–233). San Francisco: Jossey-Bass.

Katz, D., Kahn, R. L. (1979). *Społeczna psychologia organizacji.* Warszawa: PWN.

Katzenbach, J. R., RCL Team. (1995). *Real change leaders.* New York: Random House.

Kądzielawa, D. (1986). Asymetria półkul mózgowych w zakresie emocji. *Studia Psychologiczne, 24,* 87–102.

Kądzielawa, D. (red.). (1990). *Podręcznik do Baterii Testów Neuropsychologicznych Halitea-da–Reitana.* Nieopublikowany maszynopis, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Kądzielawa, D. (1996). Afazja. W: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* (s. 53–86). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kądzielawa, D. (1997). Zaburzenia językowe po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu. W: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.), *Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej* (s. 111–155). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. W: D. Levine (red.), *Nebraska Symposium on Motivation* (t. 15, s. 192–238). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Kelley, H. H. (1972). Causal schemata and the attribution process. W: E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins, B. Weiner (red.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior.* Morristown, NJ: General Learning Press.

Kelley, H. H. (1973). The process of causal attribution. *American Psychologist, 28,* 107–128.

Kelley, H. H. (1997). Expanding the analysis of social orientations by reference to the sequential-temporal structure of situations. *European Journal of Social Psychology, 27,* 373–404.

Kelley, H. H., Grzelak, J. Ł. (1972). Conflict between individual and common interest in an n-person relationship. *Journal of Personality and Social Psychology, 21,* 190–197.

Kelley, H. H., Michela, J. L. (1980). Attribution theory and research. *Annual Review of Psychology, 31,* 347–503.

Kelley, H. H., Stahelski, A. J. (1970). The inference intentions from moves in the prisoner's dilemma game. *Journal of Experimental Social Psychology, 6,* 401–419.

Kelley, H. H., Thibaut, W. (1978). *Interpersonal relations: A theory of interdependence.* New York: Wiley.

Kelly, G. A. (1955). The psychology of personal constructs. New York: Norton.

Kempisty, C., Szemraj-Lachyńska, A. (1982). Miażdżyca w procesie starzenia się i umieralności byłych więźniów obozów hitlerowskich. *Przegląd Lekarski, 39,* 102–107.

Kernberg, O. (1980). *Internal world and external reality.* New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients.* New York: Basic Books.

Kerr, D., Brunnstrom, S. (1962). *Training of the lower extremity amputee.* Springfield: Thomas.

Kerr, N. (1977). Understanding the process of adjustment to disability. W: J. Stubbins (red.), *Social and psychological aspects of disability* (s. 317–324). Baltimore: University Park Press.

Kerr, N. L. (1983). Motivation losses in groups: A social dilemma analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 45,* 819–828.

Kerr, N. L. (1992). Efficacy as a causal and moderating variable in social dilemmas. W: W. B. G. Liebrand, D. M. Messick, H. A. M. Wilke (red.), *Social dilemmas* (s. 59–80). New York: Pergamon Press.

Kertesz, A. (1981). *Western Aphasia Battery.* New York: Grune and Stratton.

Kępiński, A. (1977). *Psychopatie.* Warszawa: PZWL.

Kępiński, A. (1989). *Poznanie chorego.* Warszawa: PZWL.

Kim, U. (1994). Individualism and collectivism: Conceptual clarification and elaboration. W: U. Kim, H. C. Triandis, C. Kagitcibasi, S.-C. Choi, G. Yoon (red.), *Individualism and collectivism: Theory, methods and applications* (s. 19–41). Thousand Oaks, CA: Sage.

King-Sun Fu. (1987). Artificial inteligence. W: G. Salvendy (red.), *Handbook of human factors* (s. 1105–1119). New York: Wiley.

Kinney, J., Leaton, G. (1996). *Zrozumieć alkohol.* Warszawa: PARPA.

Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C. (1948). *Sexual behavior in the human male.* Philadelphia: Saunders.

Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C. (1953). *Sexual behavior in the human female.* Philadelphia: Saunders.

Kipnis, D. (1992). Does behavior technology change practitioners' behavior as well as the behavior of people they are trying to help. W: S. Worchel, W. Wood, J. A. Simpson (red.), *Group process and productivity* (s. 224–244). London: Sage.

Kirchler, E., Zani, B. (1995). Why don't they stay at home? Prejudices against ethnic minorities in Italy. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 5,* 59–65.

Kirejczyk, K. (red.). (1981). *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika.* Warszawa: PWN.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD–10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (1997). Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius".

Kleczewska, B. (1996). *Medycyna a prawa człowieka.* Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe.

Klein, P. (1994). Całościowa ocena i interwencja w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów* (s. 189–216). Poznań: Zysk i S-ka.

Klohnen, E. C., Bera, S. (1998). Behavioral and experiential patterns and avoidantly and securely attached women across adulthood: A 31-year longitudinal perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 74,* 211–223.

Klonowicz, T. (1992). *Stress w Wieży Babel. Różnice indywidualne a wysiłek inwestowany w trudną pracę umysłową*. Wrocław: Ossolineum.
Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. W: G. S. Sanders, J. Suls (red.), *Social psychology of health and illness* (s. 3–32). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Kochańska, G. (1980). Experimental formation of cognitive and helping social motivation in children. *Polish Psychological Bulletin, 11*, 75–85.
Kocur, J., Trendak, W., Bukowski, J. (1997). Etyka ekologiczna i jej znaczenie dla psychiatrii i psychologii. W: W. Leksowski, J. Matysiakiewicz (red.), *Psychiatria ekologiczna* (s. 46–49). Katowice: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
Kofta, M. (1979). *Samokontrola a emocje*. Warszawa: PWN.
Kofta, M. (1982). Freedom of choice and autonomous regulation: Outline of a theory. *Polish Psychological Bulletin, 11*, 13–21.
Kofta, M. (1985). Orientacja podmiotowa: zarys modelu. W: A. Gurycka (red.), *Podmiotowość w wychowawczych doświadczeniach dzieci i młodzieży* (t. 1, s. 46–88). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
Kofta, M. (1996). Wprowadzenie do psychologii stereotypów i uprzedzeń. W: M. Marody, E. Gucwa-Leśna (red.), *Podstawy życia społecznego w Polsce* (s. 165–173). Warszawa: Instytut Studiów Społecznych UW.
Kofta, M., Sędek, G. (1993). Wyuczona bezradność: podejście informacyjne. W: M. Kofta (red.), *Psychologia aktywności. Zaangażowanie, sprawstwo, bezradność* (s. 133–170). Poznań: Nakom.
Kofta, M., Szustrowa, T. (1991). Wprowadzenie. W: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (s. 5–14). Warszawa: PWN.
Kohl, S. J. (1984). Psychosocial stressors in coping with disability. W: D. W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 51–60). Rockville: An Aspen Publication.
Kohlberg, L., Mayer, R. (1993). Rozwój jako cel wychowania. W: Z. Kwieciński, L. Witkowski (red.), *Spory o edukację. Dylematy i kontrowersje we współczesnych pedagogiach* (s. 51–95). Warszawa: IBE/Edytor.
Kohn, M. L., Slomczynski, K. M. (1990). *Social structure and self-direction*. Cambridge, MA: Blackwell.
Kohut, H. (1985). *Self psychology and the humanities: Reflections on a new psychoanalytic approach*. New York: Norton.
Kolarska-Bobińska, L. (1998). *Negocjacje z Unią Europejską – opinie Polaków*. (Raport z badań). Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
Kolb, B. (1989). Brain development, plasticity, and behavior. *American Psychologist, 44*, 1203–1212.
Kolbe, L. J. (1988). The application of health behaviour reasearch: Health education and health promotion. W: D. S. Gochman (red.), *Health behaviour: Emerging reasearch perspectives*. New York: Plenum Press.
Komorita, G. P., Barth, J. M. (1985). Components of rewarding social dilemmas. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 364–373.
Komorita, S. S., Parks, C. D. (1984). *Social dilemmas*. Madison: Brown, Benchmark.
Konarzewski, K. (1992). O wychowaniu w szkole. W: K. Kruszewski (red.), *Sztuka nauczania. Czynności nauczyciela* (s. 284–345). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Koos, E. L. (1954). *The health of Regionville. What the people thought and did about it*. New York: Wiley.
Koradecka, D. (red.). (1997). *Bezpieczeństwo pracy i ergonomia*. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy.

Koralewicz, J. (1987). *Autorytaryzm, lęk, konformizm*. Wrocław: Ossolineum.
Koralewicz, J., Ziółkowski, M. (1990). *Mentalność Polaków*. Poznań: Nakom.
Kordys, J. (1991). *Mózg i znaki*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Koren, P., Carlton, K., Shaw, D. (1980). Marital conflict: Relations among behaviors, outcomes, and distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 460–468.
Korzeniowski, K. (1993a). Orientacja demokratyczna vs. autorytarna w społeczeństwie polskim. W: J. Reykowski (red.), *Wartości i postawy Polaków a zmiany systemowe* (s. 129–155). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Korzeniowski, K. (1993b). Alienacja polityczna a uczestnictwo polityczne w warunkach transformacji systemu. W: J. Reykowski (red.), *Wartości i postawy Polaków a zmiany systemowe* (s. 155–187). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Kosewski, M. (1977). *Agresywni przestępcy*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
Koss, M. P., Harvey, M. R. (1991). *The rape victim* (wyd. 2). Newbury Park, CA: Sage.
Kościelska, M. (1976). *Psychologiczne problemy padaczki u dzieci*. Warszawa: PWN.
Kościelska, M. (1984). *Rozwój społeczny a upośledzenie umysłowe*. Warszawa: PWN.
Kościelska, M. (1988). Założenia i metody pracy Ośrodka Terapeutycznego dla Dzieci przy Wydziale Psychologii UW. W: M. Kościelska (red.), *Studia z psychologii klinicznej dziecka* (s. 21–321). Warszawa: WSiP.
Kościelska, M. (1989). Psychologiczne podstawy organizacji życia dzieci i dorosłych upośledzonych umysłowo w domach pomocy społecznej. *Nowiny Psychologiczne, 1*, 71–93.
Kościelska, M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Kościelska, M., Czownicka, A. (1985). Infantile autism: Theoretical and terapeutic approach. *Psychoterapia, 1*, 15–20.
Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.
Kovel, J. (1970). *White racism: A psychohistory*. New York: Pantheon.
Kowalik, S. (1984). Zasady interpretacji Skali Wechslera w praktyce diagnostycznej. W: J. Brzeziński (red.), *Wybrane zagadnienia z psychometrii i diagnostyki psychologicznej* (s. 151–180). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
Kowalik, S. (1991). Wybrane psychospołeczne problemy niepełnosprawności i rehabilitacji. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (s. 446–471). Warszawa: PWN.
Kowalik, S. (1994). Szkic o koncepcjach socjalizacji. W: J. Brzeziński, L. Witkowski (red.), *Edukacja wobec zmiany społecznej* (s. 277–291). Poznań: Edytor.
Kowalik, S. (1996). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Interart.
Kowalik, S., Bańka, A. (red.). (1998). *Perspektywy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
Kowalik, S., Sęk, H. (1998). Psychologia kliniczna i psychologia społeczna – pojęcia, przedmiot i wzajemne związki. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (wyd. 3, s. 17–41). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Kowert, P. A. (1996). Where does the buck stop? Assessing the impact of presidential personality. *Political Psychology, 17*, 421–453.
Kozielecki, J. (1981). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: PWN.
Kozłowska, A. (1996). *Jak pomagać dziecku z zaburzeniami życia uczuciowego*. Warszawa: Wydawnictwo „Żak".
Kranas, G. (1972). Utility of outcomes and liking in group conflict of interest. *Polish Psychological Bulletin, 13*, 63–72.
Kratochvil, S. (1974). *Psychoterapia*. Warszawa: PWN.
Kratochvil, S. (1981). *Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic*. Warszawa: PWN.

Kratochvil, S. (1996a). *Hipnoza kliniczna.* Warszawa: Wydawnictwo KR.
Kratochvil, S. (1996b). *Hipnoza. Podejście eksperymentalne.* Warszawa: Wydawnictwo KR.
Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: A meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21,* 58–75.
Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes. *Advances in Behavioral Research and Therapy, 7,* 235–248.
Krohne, H. W. (1996). Individual differences in coping. W: M. Zeidner, N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (s. 381–409). New York: Wiley.
Krosnick, J. A., Betz, A. L., Jussim, L. J., Lynn, A. R. (1992). Subliminal conditioning of attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18,* 152–162.
Krueger, D. W. (1984). Psychological rehabilitation of physical trauma and disability. W: D. W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 3–13). Rockville: An Aspen Publication.
Kruglanski, A. W. (1975). The endogenous-exogeneous partition in attribution theory. *Psychological Review, 82,* 387–406.
Kruglanski, A. W. (1979). Causal explanation, teleological explanation: On radical particularism in attribution theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 1447–1457.
Kruglanski, A. W., Ajzen, I. (1983). Bias and error in human judgment. *European Journal of Social Psychology, 13,* 1–44.
Krupnick, J. (1984). The diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorders. W: W. W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 15–24). Rockville: An Aspen Publication.
Kruszewski, K., Konarzewski, K. (1995). *Sztuka nauczania.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Kubacka-Jasiecka, D. (1975). *Funkcjonowanie społeczne osób agresywnych i samoagresywnych.* Wrocław: Ossolineum.
Kubacka-Jasiecka, D. (1997). Z problematyki interwencji w kryzysie – zagadnienia wybrane. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 113–130). Kraków: Wydawnictwo ALL.
Kubacka-Jasiecka, D., Lipowska-Teutsch, A. (red.). (1997). *Wobec przemocy.* Kraków: Wydawnictwo ALL.
Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying.* New York: Macmillan.
Kucińska, M., Mellibruda, J. (1997). Program analizy przebiegu i efektów terapii alkoholików – APETA. *Alkoholizm i Narkomania, 28, 325–420.*
Kuczyński, P. (1986). Interwencja socjologiczna á la Touraine (przyczynek do analizy sytuacji badawczej jako sytuacji społecznej). *Studia Socjologiczne, 102,* 83–101.
Kuhl, J. (1982). Action vs. state orientation as a mediator between motivation and action. W: W. Hacker, W. Volport, M. Von Cranach (red.), *Cognitive and motivational aspects of action* (s. 67–85). Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
Kuhl, J. (1986). Motivation and information processing: A new look at decision making, dynamic change and action control. W: R. M. Sorentino, E. T. Higgins (red.), *Handbook of motivation and cognition* (s. 404–434). New York: Wiley.
Kuhlman, M. D., Marshello, A. M. J. (1975). Individual differences in game motivation as moderators of preprogrammed strategy effects in prisoner's dilemma game. *Journal of Personality and Social Psychology, 32,* 912–931.
Kulczycki, J., Kuran, W., Sobczyk, W. (red.). (1992). *Podstawy neurologii dla lekarza rodzinnego.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Kulczycki, M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego. Z zagadnień współpracy pracownika służby zdrowia z pacjentem.* Wrocław: Ossolineum.
Kulisiewicz, T. (1982). *Uzależnienie alkoholowe.* Warszawa: PZWL.

Kunda, Z., Sinclair, L., Griffin, D. (1997). Equal ratings but separate meanings: Stereotypes and the construal of traits. *Journal of Personality and Social Psychology, 72,* 720–734.
Kuo, Z. Y. (1938). Further study of the behavior of the cat toward the mouse. *Journal of Comparative Psychology, 25,* 1–8.
Kuo, Z. Y. (1967). *The dynamics of behavior development.* New York: Random House.
Kuratowska, Z., Lutyński, A., Dwilewicz-Trojan, J. (1982). *Wybrane zagadnienia immunologii klinicznej.* Warszawa: PZWL.
Kurcz, I. (1992). Stereotypy, prototypy i procesy kategoryzacji. W: Z. Chlewiński, I. Kurcz (red.), *Stereotypy i uprzedzenia* (s. 29–44). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Kurcz, I. (1995). *Zmienność i nieuchronność stereotypów.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Kutter, P. (1998). *Współczesna psychoanaliza. Psychologia procesów nieświadomych.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Kwiatkowska, A. (1994). O funkcjach podziałów na swoich i obcych: tożsamościowe uwarunkowania społecznych kategoryzacji. W: M. Jarymowicz (red.), *Poza egocentryczną perspektywą widzenia siebie i świata* (s. 191–212). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Kwiatkowska, A. (w druku). *Tożsamość i społeczne kategoryzacje.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologiii PAN.
Kwieciński, Z. (1985). Edukacja jako podmiot, instrument i przedmiot samoregulacji społecznej. Propozycja badań skoordynowanych. W: Z. Kwieciński (red.), *Zagrożenia, możliwości i potrzeby wspomagania rozwoju* (s. 7–22). Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika.
Kwieciński, Z. (1992a). Dziesięciościan edukacji. Składniki i aspekty – potrzeba całościowego ujęcia. W: Z. Kwieciński (red.), *Socjopatologia edukacji* (s. 13–20). Warszawa: Edytor.
Kwieciński, Z. (1992b). Kryzys społeczeństwa wychowującego (Hipotezy ostrzegawcze. Propozycje naprawy). W: Z. Kwieciński (red.), *Socjopatologia edukacji* (s. 21–33). Warszawa: Edytor.
La Rue, A. (1992). *Aging and neuropsychological assessment.* New York: Plenum Press.
Lacey, J. I., Batemen, D. E., Lehn, R. (1953). Autonomic response specifity: An experimental study. *Psychosomatic Medicine, 15,* 8–16.
Laing, R. D. (1995). *Podzielone „Ja".* Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
Laing, R. D. (1996). *Polityka doświadczenia. Rajski ptak.* Warszawa: Wydawnictwo KR.
Laing, R. D. (1997). *„Ja" i inni.* Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
Laing, R. D., Esterson, A. (1995). *Zdrowie, szaleństwo i rodzina.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Lamb, R., Hurst, P., Kennedy, R. (1996). *Interpretacja i wykorzystanie testów uzdolnień i zainteresowań w poradnictwie zawodowym.* Warszawa: Departament Pracy Stanów Zjednoczonych – Pomoc Specjalistyczna dla Polski.
Lambert, M. J., Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. W: A. E. Bergin, S. L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 143–189). New York: Wiley.
Lampert, M. (1992). Teaching and learning long division for understanding in school. W: G. Leinhart, R. Putnam, R. A. Hattrup (red.), *Analysis of arithmetic for mathematics teaching* (s. 221–282). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Landy, F. J. (1993). Early influences on the development of industrial/organizational psychology. W: T. K. Fagan, G. R. VandenBos (red.), *Exploring applied psychology: Origins and critical analyses* (s. 79–118). Washington: American Psychological Association.

Landy, F. J., Shankster, L. J. (1994). Personnel selection and placement. W: M. R. Rosenzweig, L. W. Porter (red.), *Annual review of psychology* (t. 45, s. 261–296). Palo Alto, CA: Annual Reviews Inc.

Langer, E. J. (1989). Minding matters: The consequences of mindlessness-mindfulness. *Advances in Experimental Social Psychology, 22*, 137–173.

Langfeldt, T., Porter, M. (1986). *Sexuality and family planning*. Copenhagen: World Health Organization.

LaPierre, R. T. (1934). Attitudes vs. actions. *Social Forces, 13*, 230–237.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: WSiP.

Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*. Warszawa: PWN.

Latané, B. (1981). The psychology of social impact. *American Psychologist, 36,* 343–356.

Latané, B., Darley, J. M. (1968). Group inhibition of bystander intervention in emergencies. *Journal of Personality and Social Psychology, 10*, 215–221.

Latané, B., Darley, J. M. (1970). *The unresponsive bystander: Why doesn't he help*? New York: Appleton-Century-Crofts.

Latané, B., Liu, J. H., Nowak, A., Bonevento, M. (1995). Distance matters: Physical space and social impact. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 795–805.

Latané, B., Nida, S. (1981). Ten years of research on group size and helping. *Psychological Bulletin, 89*, 308–324.

Latané, B., Williams, K., Harkins, S. (1979). Many hands make light the work: The causes and consequences of social loafing. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 822–832.

Lau, R. R. (1990). Political motivation and political cognition. W: E. T. Higgins, R. M. Sorrentino (red.), *Handbook of motivation and cognition* (t. 2, s. 297–333). New York: Guilford Press.

Lawler, E. E., III, Porter, L. W. (1967). The effect of performance on job satisfaction. *Industrial Relations, 7*, 20–28.

Lawson, C. A. (1958). *Language, thought, and the human mind*. East Lansing, MI: Michigan State University Press.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process.* New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1980). The stress and coping paradigm. W: L. A. Bond, J. C. Rosen (red.), *Competence and coping during adulthood* (s. 28–74). Hanover: University Press of New England.

Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry, 1,* 3–13.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation.* New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1993a). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234–247.

Lazarus, R. S. (1993b). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44,* 1–21.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer-Verlag.

Le Doux, J. (1992). Emotion and the limbic system concept. *Concepts in Neuroscience, 2*, 1–17.

Lea, S. E. G. (1978). The psychology and economics of demand. *Psychological Bulletin, 85,* 441–446.

Lea, S. E. G., Tarpy, M. R., Webley, P. (1987). *The individual in the economy: A survey of economic psychology.* Cambridge: Cambridge University Press.

Leder, S. (1995). Zagadnienia etyczne w psychoterapii. W: M. Siwak-Kobayashi, S. Leder (red.), *Psychiatria i etyka* (s. 77–88). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.

Leder, S., Kosewska, A., Bigo, B. (1980). Dynamika grup a psychoterapia grupowa. W: H. Wardaszko-Łyskowska (red.), *Terapia grupowa w psychiatrii* (s. 17–61). Warszawa: PZWL.

Lee, C., Owen, N. (1985). Behaviorally-based principles as guidelines for health promotion. *Community Health Studies, 9*, 131–138.

Leinhardt, G. (1993). On teaching. W: R. Glaser (red.), *Advances in instructional psychology* (t. 4, s. 1–54). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Leinhardt, G., Fienberg, J. (1992). *Integration of lesson structure and teachers' subject matter knowledge.* Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh.

Leksowski, W., Matysiakiewicz, J. (red.). (1997). *Psychiatria ekologiczna*. Katowice: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Lemańska, H. (1984). Rola wzorów percepcyjnych sytuacji stresowych w powstawaniu niektórych schorzeń somatycznych. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Lenartowska-Hałoń, A. (1993). *Wpływ oceny pierwotnej na radzenie sobie z chorobą.* Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Pedagogiki i Psychologii UŚ, Katowice.

Lepper, M. R., Greene, D., Nisbett, R. E. (1973). Undermining children's intrinsic interest with extrinsic rewards: A test of the overjustification hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 28*, 129–137.

Leśniak, E. (1996). Interwencja kryzysowa. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej* (s. 55–72). Kraków: Interart.

Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. W: S. Rachman (red.), *Contribution to medical psychology* (t. 2, s. 7–30). Oxford: Pergamon Press.

Levin, J. D. (1997). *Treatment of alcoholism and other addictions – a self-psychology approach*. New York: Jason Aronson.

Lewicka, M. (1993). *Aktor czy obserwator. Psychologiczne mechanizmy odchyleń od racjonalności w myśleniu potocznym.* Warszawa: Pracownia Wydawnicza PTP.

Lewicka, M. (1983). Lista przymiotnikowych określeń człowieka. *Przegląd Psychologiczny, 26*, 703–713.

Lewicki, A. (1965). Główne problemy psychologii klinicznej. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (seria IV, t. 1, s. 11–28). Warszawa: PWN.

Lewicki, A. (1978). Psychologia kliniczna w zarysie. W: A. Lewicki (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 10–43). Warszawa: PWN.

Lewin, K. (1951). Problems of research in social psychology. W: D. Cartwright (red.), *Field theory in social science* (s. 155–169). New York: Harper & Row.

Lewis, A., Webley, P., Furnham, A. (1995). *The new economic mind: The social psychology of economic behaviour.* New York: Harvester Whaetsheaf.

Lew-Starowicz, Z. (1997). *Leczenie zaburzeń seksualnych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Leyens, J.-P., Frączek, A. (1984). Aggression as an interpersonal phenomenon. W: H. Tajfel (red.), *The social dimension* (t. 1). Cambridge: Cambridge University Press.

Leyens, J.-P., Yzerbyt, V. Y., Rogier, A. (1997). Personality traits that distinguish you and me are better memorized. *European Journal of Social Psychology, 5,* 511–537.

Leyens, J.-P., Yzerbyt, V. Y., Schadron, G. (1994). *Stereotypes and social cognition.* London: Sage.

Liebrand, W. B. G. (1984). The effect of social motives, communication and group size in an n-person multi-stage mixed-motive game. *European Journal of Social Psychology, 14*, 239–264.

Liebrand, W. B. G., Jansen, W. T. L., Ruken, V. M., Cuhre, C. J. M. (1986). Might over morality: Social values and the perception of other players in experimental games. *Journal of Experimental Social Psychology, 22*, 203–215.

Liebrand, W. B. G., van Run, C. J. (1985). The effects of social motives on behavior in social dilemmas in two cultures. *Journal of Experimental Social Psychology, 21*, 86–102.

Lief, H. (1994). Integrative therapy in a woman with secondary low sex desire. W: R. Rosen, S. Leiblum (red.), *Case studies in sex therapy* (s. 110–131). New York: Guilford Press.
Linder (1976). Personal space. W: J. W. Thibaut, J. T. Spence, R. C. Carson (red.), *Contemporary topics in social psychology* (s. 455–477). Morristown, NJ: General Learning Press.
Lipman, M., Sharp, A. M., Oscanyan, F. (1980). *Philosophy in the classroom*. Philadelphia: Temple University Press.
Lipowska-Teutsch, A. (1997). *Rodzina a przemoc.* Warszawa: PARPA.
Lipowski, Z. J. (1968). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: Theoretical issues. *Psychosomatic Medicine, 30,* 395–422.
Lipowski, Z. J. (1984). What does the word „psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine, 46,* 153–171.
Lipowski, Z. J. (1986a). Psychosomatic medicine: Past and present. Part I. Historical background. *Canadian Journal of Psychiatry, 31,* 2–7.
Lipowski, Z. J. (1986b). Psychosomatic medicine: Past and present. Part II. Current state. *Canadian Journal of Psychiatry, 31,* 8–13.
Lipset, M. L. (1960). *Political man*. Garden City, NY: Doubleday.
Lis, S. (1966). Wpływ wcześniactwa na rozwój umysłowy dziecka. *Psychologia Wychowawcza, 3,* 293–312.
Lis-Turlejska, M. (1998). *Traumatyczny stres – koncepcja i badania.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Livneh, H. (1988). Assessing outcome criteria in rehabilitation: A multi-component approach. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 32,* 72–94.
Loomis, J. L. (1959). Communication, the development of trust and cooperative behavior. *Human Relations, 12,* 305–315.
LoPiccolo, L. (1980). Low sexual desire. W: S. Leiblum, L. Pervin (red.), *Principles and practice of sex therapy* (s. 29–64). New York: Guilford Press.
Lorenz, K. (1965). *Evolution and modification of behavior*. Chicago: University of Chicago Press.
Lorenz, K. (1996). *Tak zwane zło* (wyd. 3). Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Lowen, A. (1976). *Bioenergetics*. New York: Penguin Books.
Lowen, A. (1990). *Miłość, seks i serce*. Warszawa: Wydawnictwo Pusty Obłok.
Lowen, A. (1991). *Duchowość ciała*. Warszawa: Jacek Santorski.
Lowen, A. (1995). *Narcyzm. Zaprzeczenie prawdziwemu Ja*. Warszawa: Jacek Santorski.
Luban-Plozza, B., Poldinger, W., Kroger, F. (1992). *Psychosomatic disorders in general practice.* Berlin: Springer-Verlag.
Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F., Wasilewski, B. (1995). *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Ludewig, K. (1995). *Terapia systemowa. Podstawy teoretyczne i praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Ludwick-Rosenthal, R., Neufeld, R. W. (1993). Preparation for undergoing an invasive medical procedure: Interacting effects of information and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 156–164.
Lundberg, A. (red.). (1998). *The environment and mental health: A guide for clinicians*. Washington: Erlbaum.
Lynch, K. (1960). *The image of the city*. Cambridge, MA: MIT Press.
Lynch, K. (1977). *Growing up in cities*. Cambridge, MA: MIT Press.
Łazowski, J. (red.). (1978). *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej.* Warszawa: PZWL.

Łosiak, W. (1994). *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym. Badania pacjentów chirurgicznych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Łuczywek, E. (1996). Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji. W: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* (s. 111–149). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Łukaszewski, W. (1984). *Szanse rozwoju osobowości*. Warszawa: Książka i Wiedza.
Łukaszewski, W. (1995). The attitude toward Jews in Polish psychological studies. *Polish Psychological Bulletin, 26,* 97–112.
Łukaszewski, W. (1999). Młodzi Polacy o narodach Europy. W: B. Wojciszke, M. Jarymowicz (red.), *Rozumienie zjawisk społecznych* (s. 209–242). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Łukomski, J. (1994). *Solidarność człowieka z przyrodą*. Radom: AVE.
Łuria, A. R. (1976a). *Podstawy neuropsychologii*. Warszawa: PZWL.
Łuria, A. R. (1976b). *Utracony i odzyskany świat.* Warszawa: PWN.
Maass, A., Arcuri, L. (1999). Język a stereotypizacja. W: C. N. Macrae, C. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie* (s. 161–188). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Mac Iver, D. J., Reuman, D. A., Main, S. R. (1995). Social structuring of the school: Studying what is, illuminating what could be. *Annual Review of Psychology, 46,* 375–400.
Maccoby, E. E. (1984). Socialization and developmental change. *Child Development, 55,* 317–328.
MacCrimmon, K. R., Wehrung, D. A. (1990). Characteristics risk taking executives. *Management Science, 36,* 422–435.
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.
Macrae, C. N., Stangor, C., Hewstone, M. (red.). (1999). *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Maes, S. (1992). Gesundheitspsychologie, Gesundheitsfürsorge, und Krankheitsprävention. W: H. Schröder, K. Reschke (red.). *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (s. 13–40). Regensburg: Roderer Verlag.
Maes, S., Leventhal, H., de Ridder, D. T. D. (1996). Coping with chronic diseases. W: M. Zeidner, N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (s. 221–251). New York: Wiley.
Magnusson, D. (1990). Personality development from an interactional perspective. W: L. A. Pervin (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 193–222). New York: Guilford Press.
Mahler, M. S., Pine, F. I., Bergman, A. (1975). *Psychobiological birth of the infant*. New York: Basic Books.
Maier, S. F., Watkins, L. R., Fleshner, M. (1997). Psychoneuroimmunologia. O współzależności pomiędzy zachowaniem, mózgiem i odpornością. *Nowiny Psychologiczne, 1,* 5–35.
Maison, D. (1997). Wpływ utajonych sygnałów afektywnych na formułowanie ocen. *Studia Psychologiczne, 35,* 41–56.
Majcher, G. (1989). Współzależność a kontrola. W: J. Ł. Grzelak (red.), *Problemy współzależności społecznej* (s. 7–55). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
Majchrzyk, Z. (1995). *Motywacje zabójczyń. Alkohol i przemoc w rodzinie.* Warszawa: PARPA.
Majewski, T. (1995). *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Maki, J., McClintock, C. G. (1983). The accuracy of social value prediction: Actor and observers influences. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 829–838.
Makowski, A. (1994). *Niedostosowanie społeczne młodzieży i jej resocjalizacja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Malik, A., Batra, P. (1997). Effects of crowding on a complex task. *Journal of Personality and Clinical Studies, 13*, 87–91.
Mankin, D. (1978). *Toward a post-industrial psychology: Emerging perspectives on technology, work, education, and leisure*. New York: Wiley.
Manning, G., Curtis. K. (1988). *Morale: Quality of worklife*. Cincinnati: South Western Publisher.
Mansbridge, J. J. (1990). The rise and fall of self-interest in explanation of political life. W: J. J. Mansbridge (red.), *Beyond self-interest* (s. 3–25). Chicago: University of Chicago Press.
March, J. G., Shapira, Z. (1987). Managerial perspectives on risk and risk taking. *Management Science, 33*, 1404–1418.
March, J. G., Simon, H. A. (1958). *Organizations*. New York: Wiley.
Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*, 551–558.
Marczewska, H. (1994). Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimera. W: H. Marczewska, E. Osiejuk (aut.), *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimera, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu* (s. 7–60). Warszawa: Energeia.
Marek, T., Fąfrowicz, M. (1998). Specyfika pracy zmianowej operatora. W: I. Iskara-Golec, G. Costa, S. Foljard, T. Marek, J. Pokorski, L. Smith (red.), *Stres pracy zmianowej. Przyczyny, skutki, strategie, przeciwdziałania* (s. 226–239). Kraków: Universitas.
Margasiński, A. (1996). *Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
Marks, G., Miller, N. (1987). Ten years of research on the false consensus effect: An empirical and theoretical review. *Psychological Bulletin, 102*, 72–90.
Markus, H. (1978). The effect of mere presence on social facilitation: An unobtrusive test. *Journal of Experimental Social Psychology, 14*, 389–397.
Markus, H. (1981). The drive for integration: Some comments. *Journal of Experimental Social Psychology, 17*, 257–261.
Markus, H. (1993). Ja w myśli i pamięci. W: T. Maruszewski (red.), *Poznanie, afekt, zachowanie* (s. 102–130). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Markus, H., Kitayma, S. (1991). Culture and self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review, 98*, 224–253.
Markus, H., Zajonc, H. (1985). The cognitive perspectives in social psychology. W: G. Lindzey, E. Aronson (red.), *The handbook of social psychology* (wyd. 3, t. 1, s. 137–230). New York: Random House.
Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention – maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
Marsh, H. W. (1984). Students evaluations of university teaching: Dimensionality, reliability, validity, potential biases, and utility. *Journal of Educational Psychology, 76*, 707–754.
Marteau, T. M., Johnston, M. (1987). Health psychology: The danger of neglecting psychological models. *Bulletin of the British Psychological Society, 40*, 82–85.
Martelli, M. F., Auerbach, S. M., Alexander, J., Mercuri, L. G. (1987). Stress management in the health care setting: Matching interventions with patient coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 201–207.
Martin, J. H. (1989). *Neuranatomy: Text and atlas*. Amsterdam: Elsevier.

Martin, L. L., Seta, J. J., Crelia, R. (1990). Assimilation and contrast as a function of people willingness and ability to expand effort in forming an impression. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 27–37.
Maruszewski, M. (1969). Zadania psychologa w klinice ogniskowych uszkodzeń mózgu. W: A. Lewicki (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 322–383). Warszawa: PWN.
Maruszewski, M. (1970). *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne*. Warszawa: PWN.
Maslach, C. (1994). Wypalenie zawodowe. W: P. G. Zimbardo, F. L. Ruch (red.), *Psychologia i życie* (s. 623–628). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Maslow, A. (1990/1970). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: PAX.
Masters, W., Johnson, V. (1975). *Współżycie seksualne człowieka*. Warszawa: PZWL.
Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist, 35*, 807–817.
Matarazzo, J. D. (1987a). There is only one psychology, no specialties, but many applications. *American Psychologist, 42*, 893–903.
Matarazzo, J. D. (1987b). Relationship of health psychology to other segments of psychology. W: G. C. Stone, S. M. Weiss, J. D. Matarazzo, N. E. Miller, J. Rodin, C. D. Belar, M. J. Follick, J. E. Singer (red.), *Health psychology: A discipline and a profession* (s. 41–59). Chicago: University of Chicago Press.
Matczak, A., Piotrowska, A., Ciarkowska, W. (1997). *Skala Inteligencji D. Wechslera dla Dzieci – wersja zmodyfikowana. WISC-R. Podręcznik* (wyd. 2). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
Matkowski, M. (1992). *MMPI: badania – opracowanie – interpretacja*. Poznań: Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości.
Maultsby, M. C. (1992). *Racjonalna terapia zachowania*. Poznań: Fundacja Alterna.
Maultsby, M. C., Hendricks, A. (1992). *ABC twoich emocji*. Poznań: Fundacja Alterna.
Mayer, R. E. (1997). Multimedia learning: Are we asking the right questions? *Educational Psychologist, 32*, 1–19.
Mayer, R. E., Sims, V. K. (1994). For whom is a picture worth a thousand words? Extensions of a dual-coding theory of multimedia learning. *Journal of Educational Psychology, 86*, 389–401.
Mayo, L. W. (1957). Rehabilitation and social work. *New Outlook for the Blind, 51*, 397.
Mazurkiewicz, E. (1978). Podstawy wychowania zdrowotnego. W: Z. J. Brzeziński, C. W. Koraczak (red.), *Higiena i ochrona zdrowia* (s. 10–26). Warszawa: PZWL.
Mączyński, J. (1996). *Partycypacja w podejmowaniu decyzji*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
Mądrzycki, T. (1977). *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa: WSiP.
McArthur, L. A. (1972). The how and what of why: Some determinants and consequences of causal attributions. *Journal of Personality and Social Psychology, 22*, 171–193.
McClelland, D. C. (1961). *The achieving society*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for „intelligence". *American Psychologist, 28*, 1–14.
McClelland, D. C., Atkinson, J. W., Clark, R. A., Lowell, E. L. (1953). *The achievement motive*. New York: Appleton-Century-Crofts.
McClintock, C. G. (1972). Social motivation – a set of propositions. *Behavioral Science, 17*, 458–454.
McCormick, E. J., Jeanneret, P. R., Mecham, R. C. (1969). *The development and background of the Position Analysis Questionnaire*. Lafayette, IN: Purdue University Press.

McGuire, W. J. (1985). Attitudes and attitude change. W: G. Lindzey, E. Aronson (red.), *Handbook of social psychology* (wyd. 3, t. 2, s. 233–346). New York: Random House.
McGuire, W. J., McGuire, C. V. (1981). The spontaneous self-concept as affected by personal distinctiveness. W: M. D. Lynch, A. A. Norem-Hebeisen, K. J. Gergen (red.), *Self-concept: Advancess in theory and research* (s. 147–171). Cambridge, MA: Ballinger.
Mead, G. H. (1975/1934). *Umysł, osobowość i społeczeństwo.* Warszawa: PWN.
Mechanic, D. (1962). *Students under stress: A study in the social psychology of adaptation.* New York: Free Press.
Mechanic, D. (1968). *Medical sociology.* New York: Free Press.
Meder, J. (red.). (1995). Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych. Warszawa: Scholar.
Meder, J. (1997). Nowoczesne formy rehabilitacji chorych na schizofrenię. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii, 3,* 57–62.
Meece, J. L., Wigfield, A., Eccles, J. S. (1990). Predictors of math anxiety and its influence on young adolescents' course enrollment intentions and performance in mathematics. *Journal of Educational Psychology, 82,* 60–70.
Meighan, R. (1993). *Socjologia edukacji.* Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika.
Meister, D. (1987). *System effectiveness testing.* W: G. Salvendy (red.), *Handbook of human factors* (s. 1271–1297). New York: Wiley.
Melchior, M. (1990). *Społeczna tożsamość jednostki.* Warszawa: Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW.
Mellibruda, L. (1984). Teoria i praktyka medycyny behawioralnej. *Nowiny Psychologiczne, 6–7,* 85–93.
Mellibruda, J. (1990). *Nowe koncepcje i metody psychologiczne w lecznictwie odwykowym.* (Raport końcowy z badań realizowanych w latach 1986–1990). Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
Mellibruda, J. (1996a). *Ludzie z problemami alkoholowymi.* Warszawa: CRSS.
Mellibruda, J. (1996b). *Pułapka niewybaczonej krzywdy.* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
Mellibruda, J. (1997). Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania, 28,* 277–306.
Mellibruda, J. (1998). Przemoc domowa. W: J. Mellibruda (red.), *O przemocy domowej – poradnik dla lekarza pediatry.* Warszawa: PARPA.
Mellibruda, J., Sobolewska, Z. (1997). Koncepcja i terapia współuzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania, 28,* 421–430.
Mellibruda, J., Sobolewska, Z. (1999). *Psychoterapia uzależnienia od alkoholu.* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
Mellibruda, J., Szczepańska, H. (1988). *Psychologiczne problemy żon alkoholików.* (Raport z badań). Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
Menn, L., Obler, L. (1990). *Agrammatic aphasia: A cross-language narrative sourcebook.* Amsterdam: John Benjamin PC.
Messick, D. M. (1973). To join or not to join: An approach to the unionization decision. *Organizational Behavior and Human Performance, 10,* 145–156.
Messick, D. M., Allison, S. T., Samuelson, C. D. (1988). Framing and communication effects on groups members' responses to environmental and social uncertainty. W: S. Maital (red.), *Applied behavioural economics* (t. 2, s. 677–700). Brighton: Wheatsheaf Books.

Messick, D. M., Brewer, R. M. (1983). Solving social dilemmas: A review. W: L. Wheeler, P. Shaver (red.), *Review of personality and social psychology* (t. 4, s. 11–44). Beverly Hills, CA: Sage.
Mesulam, M. M. (1982). Slowly progressive aphasia without generalized dementia. *Annals of Neurology, 11,* 592–598.
Metter, E. J. (1992). Role of subcortical structures in aphasia: Evidence from studies of resting cerebral glucose metabolism. W: G. Vallar, S. F. Cappa, C. W. Wallesch (red.), *Neuropsychological disorders associated with subcortical lesions* (s. 478–500). Oxford: Oxford University Press.
Meyer, V., Chesser, E. S. (1973). *Terapia behawioralna w psychiatrii klinicznej.* Warszawa: PZWL.
Michalska, H. (1969). Wprowadzenie do zagadnień zdrowia psychicznego. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (seria IV, t. 3, s. 61–106). Warszawa: PWN.
Michotte, A. E. (1946). *La perception de la causalite.* Paris: J. Vrin.
Mika, S. (1969). *Skuteczność kar w wychowaniu.* Warszawa: PWN.
Mika, S. (1982). *Psychologia społeczna.* Warszawa: PWN.
Miles, H. H. W., Waldfogel, S., Bazaeber, E., Cobb, S. (1954). Psychosomatic study of 46 young men with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine, 16,* 455–465.
Milgram, S. (1974). *Obedience to authority.* New York: Harper & Row.
Milgram, S. (1976). The experience of living in cities. W: H. M. Proshansky, W. H. Ittelson, L. G. Rivlin (red.), *Environmental psychology: People and their physical settings* (s. 494–508). New York: Holt, Rinehart and Winston.
Milgram S., Bickman, L., Berkowitz, L. (1969). Note on the drawing power of crowds of diferent size. *Journal of Personality and Social Psychology, 13,* 79–82.
Milgram, S., Jodelet, D. (1976). Psychological maps of Paris. W: H. M. Proshansky, W. H. Ittelson, L. G. Rivlin (red.), *Environmental psychology: People and their physical settings* (s. 104–124). New York: Holt, Rinehart and Winston.
Miller, D. T., Ross, M. (1975). Self-serving biases in the attribution of causality: Fact or fiction? *Psychological Bulletin, 82,* 213–225.
Miller, E. (1993). *From dependency to autonomy: Studies in organization and change.* London: Free Association Books.
Miller, J. G., Bersoff, D. M., Harwood, R. L. (1990). Perceptions of social responsibility in India and in the United States: Moral imperatives or personal decisions. *Journal of Personality and Social Psychology, 58,* 33–47.
Miller, L. (1986). „Narrow localizationism" in psychiatric neuropsychology. *Psychological Medicine, 16,* 729–734.
Miller, N., Campbell, D. T. (1959). Recency and primacy in persuasion as a function of the timing of speeches and measurements. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 59,* 1–9.
Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to asses styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 345–353.
Miller, S. M. (1990). To see or not to see: Cognitive informational styles in the coping process. W: M. Rosenbaum (red.), *Learned resourcefulness* (s. 95–126). New York: Springer-Verlag.
Miller, S. M., Magnan, C. E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: Should the doctor tell all? *Journal of Personality and Social Psychology, 45,* 223–336.
Mindell, A. (1991). *O pracy ze śniącym ciałem.* Warszawa: Wydawnictwo Pusty Obłok.
Mindell, A. (1992). *Śniące ciało w związkach.* Warszawa: Jacek Santorski.
Mindell, A. (1993). *Śniące ciało.* Opole: Wydawnictwo Rebirthing.
Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mobley, W. H. (1982). *Employee turnover: Causes, consequences, and control.* Reading, MA: Addison-Wesley.
Montagu, A. (1976). *The nature of human aggression.* New York: Oxford University Press.
Monti, P. M., Kadden, R. M., Cooney, N. L.(1994). *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu.* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
Morris, D. (1974). *Naga małpa.* Warszawa: Wiedza Powszechna.
Moscovici, S., Lage, E., Naffrechoux, M. (1969). Influence of a consistent minority on the responses of a majority in a color perception task. *Sociometry, 32,* 365–380.
Moser, G. (1988). Urban stress and helping behavior: Effects of environmental overload and noise on behavior. *Journal of Environmental Psychology, 8,* 287–298.
Motovidlo, S. J. (1994). Diagnoza behawioralna na użytek selekcji i rozwijania uzdolnień menedżerskich. *Przegląd Psychologiczny, 27,* 337–352.
Motyka, M. (1984). Psychosomatyczne modele choroby. *Przegląd Lekarski, 41,* 23–26.
Mowday, R. T., Steers, R. M., Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior, 14,* 224–247.
Mroziak, B., Czabała, J. C., Wójtowicz, S. (1997). Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska, 31,* 257–268.
Mroziak, J. (1997). Zaburzenia pamięci w następstwie uszkodzeń mózgu. W: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.), *Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej* (s. 157–189). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Muchinsky, P. M. (1987). *Psychology applied to work: An introduction to industrial and organizational psychology* (wyd. 2). Chicago: Dorsey Press.
Mueller, C. W., Donnerstein, E., Hallam, J. (1983). Violent films and prosocial behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9,* 83–89.
Murray, H. A., MacKinnon, D. W. (1946). Assessment of OSS personnel. *Journal of Consulting Psychology, 10,* 76–80.
Musatti, T. (1995). Wczesne relacje rówieśnicze według Piageta i Wygotskiego. W: A. Brzezińska, G. Lutomski, B. Smykowski (red.), *Dziecko wśród rówieśników i dorosłych* (s. 107–146). Poznań: Zysk i S-ka.
Muskat, K., Kościelska, M. (1988). Praca terapeutyczna z rodzicami dzieci upośledzonych umysłowo i dzieci autystycznych. W: M. Kościelska (red.), *Studia z psychologii klinicznej dziecka* (s. 220–254). Warszawa: WSiP.
Nadeau, S. E., Crosson, B. (1997). Subcortical aphasia. *Brain and Language, 58,* 355–402.
Nagle, T. T., Holden, R. K. (1995). *The strategy and tactics of pricing: A guide to profitable decision making.* Englewood Clifs, NJ: Prentice-Hall.
Namowicz-Chrzanowska, H. (1965). Poziom inteligencji a różnice między skalą słowną i bezsłowną w populacji więziennej. *Przegląd Penitencjarny, 3,* 117–122.
Namysłowska, I. (1983). Psychoanalityczna teoria związków z obiektem. *Psychiatria, 17,* 435–443.
Namysłowska, I. (1996). The role of family in etiology and treatment of eating disorders. *Neurologia Croatica, 45,* 35–36.
Namysłowska, I. (1997). *Terapia rodzin.* Warszawa: Springer-Verlag – Wydawnictwo Naukowe PWN.
Narodowy Program Zdrowia 1996–2005 (1996). Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.
Nartowska, H. (1980). *Różnice indywidualne czy zaburzenia rozwoju dziecka przedszkolnego.* Warszawa: WSiP.
Neale, J. M., Davison, G. C., Haaga, D. A. F. (1996). *Exploring abnormal psychology.* New York: Wiley.

Neff, W. S. (1977). *Work and human behavior.* Chicago: Aldine.
Neisser, V. (1976). General, academic, and artificial intelligence. W: L. B. Resnick (red.), *Human intelligence: Perspectives on its theory and measurement* (s. 179–189). Norwood, NJ: Ablex.
Nemeth, C., Mayseless, O., Sherman, J., Brown, Y. (1990). Exposure to dissent and recall of information. *Journal of Personality and Social Psychology, 58,* 429–437.
Nesher, P. (1989). Microworlds in mathematical education: A pedagogical realism. W: L. B. Resnick (red.), *Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser* (s. 187–215). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Newcomb, T. M. (1963). Persistence and regression of changed attitudes: Long range studies. *Journal of Social Issues, 19,* 3–14.
Newman, L. S. (1991). Why are traits inferred spontaneously? A developmental approach. *Social Cognition, 9,* 221–253.
Newman, S. (1990). Coping with chronic illness. W: P. Bennet, J. Weinman, P. Spurgeon (red.), *Current developments in health psychology* (s. 159–175). London: Harwood.
Nęcki, Z. (1975). *Psychologiczne uwarunkowania wzajemnej atrakcyjności.* Wrocław: Ossolineum.
Nicholls, J. G. (1984). Conceptions of ability and achievement motivation. W: R. Ames, C. Ames (red.), *Research on motivation in education* (t. 1, s. 39–73). San Diego: Academic Press.
Nigro, G. (1977). Sexuality in the handicapped: Some observations on human needs and attitudes. W: J. Stubbins (red.), *Social and psychological aspects of disability* (s. 131–136). Baltimore: University Park Press.
Nisbett, R. E., Borgida, E. (1975). Attribution and the psychology of prediction. *Journal of Personality and Social Psychology, 32,* 932–943.
Nisbett, R. E., Borgida, E., Crandall, R., Reed, H. (1976). Popular induction: Information is not necessarily informative. W: J. S. Carroll, J. W. Payne (red.), *Cognition and social behavior* (s. 113–134). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Nisbett, R. E., Caputo, C., Legant, P., Maracek, J. (1973). Behavior as seen by the actor and as seen by the observer. *Journal of Personality and Social Psychology, 27,* 154–165.
Nisbett, R., Cohen, D. (1996). *Culture of honor: The psychology of violence in the South.* Boulder: Westview Press.
Nosal, C. S. (w druku). Kryteria doboru menedżerów zależne od poziomu zarządzania: Natura problemu i propozycja rozwiązania. *Ergonomia.*
Nosal, C. S., Piskorz, Z., Świątnicki, K. (1997). *Kwestionariusz Preferencji Zawodowych KPZ. Polska adaptacja skali Johna L. Hollanda – Podręcznik dla doradców zawodowych.* Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
Nowak, A., Lewenstein, M., Szamrej, J. (1993). „Bąble" modelem przemian społecznych. *Świat Nauki, 48,* 16–25.
Nowak, A., Szamrej, J., Latané, B. (1990). From private attitude to public opinion: A dynamic theory of social impact. *Psychological Review, 97,* 362–376.
Nowak, S. (1973). Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych. W: S. Nowak (red.), *Teorie postaw* (s. 17–87). Warszawa: PWN.
Noworol, C., Łącała, Z., Bevauale, A. (w druku). Kwestionariusz Preferencji Zawodowych J. Hollanda w zarządzaniu. *Ergonomia.*
Nuttin, J. M., Jr. (1987). Affective consequences of mere ownership: The name letter in twelve European languages. *European Journal of Social Psychology, 17,* 381–402.
O'Connor, J., Seymour, J. (1996). *NLP. Wprowadzenie do neurolingwistycznego programowania.* Poznań: Zysk i S-ka.
Obholzer, A., Vega Zagier, R. (1994). *The unconscious at work: Individual and organizational stress in human services.* London: Routledge.

Obrzut, J. E., Hynd, G. W. (red.). (1986). *Child neuropsychology.* London: Academic Press.
Obuchowska, I. (red.). (1991). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie.* Warszawa: WSiP.
Obuchowski, K. (1965). *Psychologia dążeń ludzkich.* Warszawa: PWN.
Obuchowski, K. (1982). *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych* (wyd. 2). Warszawa: PWN.
Obuchowski, K. (1993). *Człowiek intencjonalny.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
O'Guinn, T. C., Shrum, L. J. (1997). The role of television in the construction of consumer reality. *Journal of Consumer Research, 23,* 278–294.
Okóń, J., Paluszkiewicz, L. (1966). *Psychologia inżynieryjna.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowo-Techniczne.
Older, M. T., Clegg, C. W., Waterson, P. E. (1997). A critical assessment of task allocation methods and their applicability. *Ergonomics, 40,* 151–171.
Olechnowicz, H. (1983). Wczesny autyzm dziecięcy. W: E. Czownicka (red.), *Psychologiczne problemy wczesnego autyzmu* (s. 11–71). Warszawa: WSiP.
Olechnowicz, H. (1994). *Wyzwalanie aktywności dzieci głębiej upośledzonych umysłowo.* Warszawa: WSiP.
Olechnowicz, H. (1995). *Dziecko własnym terapeutą.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Olechnowicz, H. (red.). (1997). *Opowieści terapeutów.* Warszawa: WSiP.
Olson, M. (1965). *The logic of collective action.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin, 86,* 852–875.
Ones, D. S., Viswersvaran, C., Schmidt, F. L. (1993). Comprehensive meta-analysis of integrity test validities: Findings and implications for personnel selection and theories job performance. *Journal of Applied Psychology, 78,* 679–703.
Ortega-Andeane, P., Urbina-Soria, J. (1988). A case study of wayfinding and security in a Mexico City hospital. *Environmental Design Research Association, 19,* 231–236.
Orth-Gomér, K. (1994). The significance of interaction in behavioral medicine. *Homeostasis, 35,* 6–15.
Orwid, M., Pietruszewski, K. (1993). *Psychiatria dzieci i młodzieży.* Kraków: Collegium Medicum UJ.
Osiatyński, W. (1992). *Grzech czy choroba.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Osiejuk, E. (1996). Nieafatyczne zaburzenia mowy w przypadkach półkuli „niedominującej". W: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* (s. 87–110). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Osiejuk-Łojek, E., Marcopulos, B. A. (1997). Zaburzenia neuropsychologiczne w infekcji HIV i AIDS. W: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.), *Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej* (s. 247–268). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Ostendorf, F. (1994). Zur Taxonomie deutscher Dispositionsbegriffe. W: W. Hager, M. Hasselhorn (red.), *Handbuch deutschschprachiger Wortnormen* (s. 382–441). Göttingen: Hogrefe.
Ostrihańska, Z. (1976). Wielokrotni recydywiści w świetle badań kryminologicznych i psychologicznych. *Archiwum Kryminologii, 7,* 87–99.
Ostrihańska, Z., Szamota, B., Wójcik, D. (1982). *Młodociani sprawcy przestępstw o charakterze chuligańskim.* Warszawa: PWN.
Ostrowska, A. (1997). Prozdrowotne style życia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, 4 (10–11),* 7–24.
Ostrowska, K., Wójcik, D. (1986). *Teorie kryminologiczne.* Warszawa: Wydawnictwo ATK.
Overall, J. E., Gorman, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Report, 10,* 799–812.

Palmer, J. A. (1980). *Primer of eclectic psychotherapy.* Monterey, CA: Brooks/Cole.
Paluchowski, W. J. (1984). *Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI.* Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
Paluchowski, W. J. (red.). (1985). *Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI* (t. 1–3). Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych PTP i UW.
Paluszkiewicz, L., Okóń, J. (1966). *Psychologia inżynieryjna.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowo-Techniczne.
Park, B., Rothbart, M. (1982). Perception of out-group homogenity and levels of social categorization: Memory for the subordinate attributes of in-group and out-group members. *Journal of Personality and Social Psychology, 42,* 1051–1068.
Parke, R. D., Berkowitz, L., Leyens, J.-P., West, S. G., Sebastian, R. J. (1977). Some effects of violent and nonviolent movies on the behavior of juvenile delinquents. *Advances in Experimental Social Psychology, 10,* 135–172.
Parsons, F. (1909). *Choosing a vocation.* Boston: Houghton Mifflin.
Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość.* Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
Patchen, M. (1987). Strategies for eliciting cooperation from an adversary. *Journal of Conflict Resolution, 31,* 164–185.
Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist, 41,* 432–444.
Patterson, G. R., Littman, R. A., Bricker, W. (1967). Assertive behavior in children: A step toward a theory of aggression. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 32* (cały nr 113).
Pawlik, J. (1993). *Psychoterapia analityczna. Formy grupowe.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Pąchalska, M. (1987). *Kompleksowy model rehabilitacji chorych z ogniskowym uszkodzeniem mózgu i afazją całkowitą.* Kraków: Akademia Wychowania Fizycznego.
Pearson, L. (red.). (1973). *Śmierć i umieranie.* Warszawa: PZWL.
Peeters, G., Czapiński, J. (1990). Positive-negative asymmetry in evaluations: The distinction between affective and informational negativity effects. W: W. Stroebe, M. Hewstone (red.), *European review of social psychology* (t. 1, s. 33–60). Chichester: Wiley.
Perkins, D. N., Grotzer, T. A. (1997). Teaching intelligence. *American Psychologist, 52,* 1125–1133.
Perkins, D. N., Jay, E., Tishman, S. (1993). Beyond abilities: A dispositional theory of thinking. *Merill-Palmer Quarterly, 39,* 1–21.
Perley, J., Winget, C., Placci, C. (1971). Hope and discomfort as factors influencing treatment continuance. *Comparative Psychiatry, 12,* 557–563.
Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim.* Lafayette, IN: Real People Press.
Perls, F. (1973). *The Gestalt approach to therapy.* Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
Pessin, J. (1933). The comparative effects of social and mechanical stimulation on memorizing. *American Journal of Psychology, 45,* 263–270.
Petrich, J., Holmes, T. H. (1977). Life change and onset of illness. *Medical Clinics of North America, 61,* 825–834.
Pettigrew, T. F. (1970). The measurement and correlates of category width as a cognitive variable. W: P. B. Warr (red.), *Thought and personality* (s. 127–142). Middlesex: Penguin Books.
Pettigrew, T. F., Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology, 25,* 57–75.

Petty, R. R., Cacioppo, J. T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology, 19,* 123–205.
Petty, R. R., Cacioppo, J. T., Goldman, R. (1981). Personal involvement as a determinant of argument-based persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology, 41,* 847–855.
Pheysey, D. C. (1993). *Organizational cultures.* London: Routledge.
Piliavin, J. A., Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., Clark, R. D. (1981). *Emergency intervention.* New York: Academic Press.
Piliavin, J. A., Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., Clark, R. D. (1981). *Emergency intervention.* New York: Academic Press.
Pittman, T. S., Pittman, N. L. (1980). Deprivation of control and the attribution process. *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 377–389.
Platt, J. (1973). Social traps. *American Psychologist, 28,* 641–651.
Płużek, Z. (1971). *Wartość testu WISKAD-MMPI dla diagnozy różnicowej w zakresie nozologii psychiatrycznej.* Nieopublikowany maszynopis, Wydział Filozofii Chrześciańskiej KUL, Lublin.
Polskie Towarzystwo Psychologiczne (1992). *Kodeks etyczno-zawodowy psychologa.* Warszawa: Autor.
Pommersbach, J. (1988). Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd Psychologiczny, 31,* 503–525.
Popielarska, A. (1968). *Odległe następstwa psychiatryczne po zamkniętych urazach czaszki i mózgu u dzieci.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Medycznej.
Posner, G., Strike, K., Hewson, P., Gertzog, W. (1982). Accomodations of scientific conception: Toward a theory of conceptual change. *Science Education, 66,* 211–227.
Pospiszyl, I. (1994). *Przemoc w rodzinie.* Warszawa: WSiP.
Pospiszyl, K. (1973). *Psychologiczna analiza wadliwych postaw społecznych młodzieży.* Warszawa: PWN.
Pospiszyl, K. (1985). *Psychopatia.* Warszawa: PWN.
Poznaniak, W. (1982). *Zaburzenia w uspołecznieniu u przestępców. Analiza niektórych mechanizmów psychologicznych.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
Poznaniak, W. (1994). Diagnozowanie a etykietowanie (stygmatyzowanie) ludzi. W: J. Brzeziński, W. Poznaniak (red.), *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów* (s. 73–81). Poznań: Humaniora.
Pratkanis, A. G. (1988). The attitude heuristic and selective fact identification. *British Journal of Social Psychology, 27,* 257–263.
Prediger, G. J., Vansickle, T. R. (1992). Locating occupations on Holland's hexagon: Beyond RIASEC. *Journal of Vocational Behavior, 40,* 111–128.
Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. (1983). Stage and process of self-change of smoking. Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 390–395.
Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1994). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis.* Pacific Grove, AL: Brooks/Cole.
Proshansky, H. M. (1976). Environmental psychology: A methodological orientation. W: H. M. Proshansky, W. H. Ittelson, L. G. Rivlin (red.), *Environmental psychology: People and their physical settings* (s. 206–217). New York: Holt, Rinehart and Winston.
Proshansky, H. M., Ittelson, W. H., Rivlin, L. G. (red.). (1976). *Environmental psychology: People and their physical settings.* New York: Holt, Rinehart and Winston.
Proshansky, H. M., O'Hanlon, T. (1977). Environmental psychology: Origins and development. W: D. Stokols (red.), *Perspectives on environment and behavior* (s. 97–129). New York: Plenum Press.

Pruitt, D. G., Kimmel, M. J. (1977). Twenty years of experimental gaming: Critique, synthesis, and suggestions for the future. *Annual Review of Psychology, 28,* 363–392.
Pruitt, D. G., Rubin, J. Z. (1986). *Social conflict.* New York: Random House.
Pruitt, D. J., Insko, C. A. (1980). Extension of the Kelley attribution model: The role of comparison-object consensus, target-object consensus, distinctiveness and consistency. *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 39–58.
Prusiński, A. (1974). *Podstawy neurologii klinicznej.* Warszawa: PZWL.
Przesmycka-Kamińska, J. (1980). *Zaburzenia porozumiewania się słownego z otoczeniem w afazji.* Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
Przetacznik-Gierowska, M. (1996). Zasady i prawidłowości psychicznego rozwoju człowieka. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (aut.), *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne* (s. 57–84). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Przetacznik-Gierowska, M., Włodarski, Z. (1994). *Psychologia wychowawcza* (t. 1 i 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Przetacznikowa, M. (1973). *Podstawy rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży.* Warszawa: PZWS.
Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne* (s. 23–57). Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
Pulton, T. W. (1984). A social-psychological inquiry into alienation and disability. W: D. W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 89–97). Rockville: An Aspen Publication.
Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J. (1985). The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the North Karelia Project. *Annual Review of the Public Health, 6,* 147–193.
Pużyński, S. (1988). *Depresje.* Warszawa: PZWL.
Pużyński, S. (red.). (1993). *Leksykon psychiatrii.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Pużyński, S., Beręsewicz, M. (red.). (1993). *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Pużyński, S., Wciórka, J. (red.). (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD–10.* Kraków–Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Quattrone, G. A. (1982). Overattribution and unit formation: When behavior engulfs the person. *Journal of Personality and Social Psychology, 42,* 593–607.
Quine, L., Rutter, D. R., Arnold, L. (1998). Predicting and understanding safety helmet use among schoolboy cyclist: A comparison of the theory of planned behaviour and health belief model. *Health & Psychology, 13,* 251–270.
Radochoński, M. (1984). *Psychoterapia rodzinna w ujęciu systemowym.* Rzeszów: Wydawnictwo WSP w Rzeszowie.
Rahn, W. M. (1998). Candidate evaluation in complex information environments: Cognitive organization and comparison process. W: M. Lodge, K. M. McGraw (red.), *Political judgment: Structure and process* (s. 43–65). Ann Arbor: University of Michigan Press.
Rakowska, J. M. (1996). Badania nad procesem i wynikiem psychoterapii. *Nowiny Psychologiczne, 4,* 65–83.
Ramirez, J. M. (1984). *Psychobiological consequences of urban stress.* Referat wygłoszony na: „The Thirteenth International Conference on the Unity of Sciences". Washington.
Rasa, O. A. E. (1969). The effect of pair isolation on reproductive success in Etroplus maculatus (*Cichlidae*). *Zeitschrift für Tierpsychologie, 26,* 846–852.
Rasinski, K. A., Tyler, T. R. (1986). Social psychology and political behavior. W: S. Long (red.), *Political behavior annual* (t. 1, s. 103–128). Boulder: Westview Press.
Ratajczak, Z. (1979). *Zarys psychologii pracy.* Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Ratajczak, Z. (red.). (1989). *Psychologiczne koszty aktywności człowieka*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Ratajczak, Z. (1991). *Elementy psychologii pracy*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Ratajczak, Z. (1995). Utrata pracy jako doświadczenie traumatyzujące i wyzwanie rozwojowe. W: Z. Ratajczak (red.), *Bezrobocie. Psychologiczne i społeczne koszty transformacji systemowej* (s. 17–23). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Raven, B. H. (1992). A power/interaction model of interpersonal influence: French and Raven thirty years later. *Journal of Social Behavior and Personality, 7*, 217–244.
Reeder, G. D., Brewer, M. B. (1979). A schematic model of dispositional attribution in interpersonal perception. *Psychological Review, 86*, 61–79.
Regan, D. T. (1971). Effects of favor and liking on compliance. *Journal of Experimental Social Psychology, 7*, 627–639.
Regan, D. T., Williams, M., Sparling, S. (1972). Voluntary expiation of guilt: A field experiment. *Journal of Personality and Social Psychology, 24*, 42–45.
Reich, R. (1991). *The work of nations*. New York: Simon & Schuster.
Reitan, R., Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery. Theory and clinical interpretation*. Tuscon, AZ: Neuropsychology Press.
Reno, R. R., Cialdini, R. B., Kallgren, C. A. (1993). The transsituational influence of social norms. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 104–112.
Resnick, L. B., Omanson, S. F. (1987). Learning to understand arithmetic. W: R. Glaser (red.), *Advances in instructional psychology* (t. 3, s. 41–95). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Reykowski, J. (1966). *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stressu psychologicznego*. Warszawa: PWN.
Reykowski, J. (1974). *Eksperymentalna psychologia emocji* (wyd. 2). Warszawa: Książka i Wiedza.
Reykowski, J. (1975). Osobowość jako centralny system regulacji. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 762–825). Warszawa: PWN.
Reykowski, J. (1979). *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*. Warszawa: PWN.
Reykowski, J. (1982). Motivation of prosocial behavior. W: V. Derlega, J. Grzelak (red.), *Cooperation and helping behavior* (s. 355–375). New York: Academic Press.
Reykowski, J. (1986). *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*. Warszawa: PWN.
Reykowski, J. (1992). Kolektywizm i indywidualizm jako kategorie opisu zmian społecznych i mentalności. *Przegląd Psychologiczny, 35*, 147–171.
Reykowski, J. (1995). Kolektywny system znaczeń. W: W. Łukaszewski (red.), *W kręgu teorii czynności. Kolokwia Psychologiczne* (t. 5, s. 55–68). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Reykowski, J. (1996a). O myśleniu ideologicznym. *Studia Psychologiczne, 34*, 9–24.
Reykowski, J. (1996b). Egocentryzm politycznego myślenia a rozwiązywanie społecznych zadań koordynacyjnych. *Czasopismo Psychologiczne, 2*, 7–30.
Reykowski, J., Skarżyńska, K., Ziółkowski, M. (red.). (1990). *Orientacje społeczne jako element mentalności*. Poznań: Nakom.
Richbell, S. (1997). Welfare services and the quality of working life. W: F. Avallone, J. Arnold, K. de Witte (red.), *Feelings work in Europe* (s. 387–392). Milano: Guerini.
Rizzini, I., Lusk, M. W. (1995). Children in the streets: Latin-America's lost generation. *Children and Youth Services Review, 17*, 391–400.
Rocznik Statystyczny (1997). *Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r.* Warszawa: GUS.
Rodin, J., Salovey, P. (1997). Psychologia zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 62–109). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Roe, A. (1956). *The psychology of occupations*. New York: Wiley.
Roe, A., Hubbard, W. D., Hutchinson, T., Bateman, T. (1996). Studies of occupational history: I. Job changes and the classification of occupations. *Journal of Counseling Psychology, 13*, 387–393.
Roethlisberger, F. J., Dickson, W. J. (1946). *Management and the worker*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. W: S. Koch (red.), *Psychology: A study of science* (t. 3, s. 184–256). New York: McGraw-Hill.
Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
Rogers, C. R. (1984). Teoria terapii, osobowości i relacji interpersonalnych, rozwinięta w oparciu o podejście skoncentrowane na kliencie. *Nowiny Psychologiczne, 2–3*, 1–91.
Rogers, C. R. (1991). *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*. Wrocław: Thesaurus-Press.
Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91*, 93–114.
Roine, E. (1992). *Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*. Opole: Wydawnictwo KONTAKT.
Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. New York: Basic Books.
Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
Rola, J. (1996). *Upośledzenie umysłowe jako czynnik ryzyka dla depresji dziecięcej*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
Rommetveit R. (1985). Language acquisition as increasing linguistic structuring of experience and symbolic behavior control. W: J. V. Wertsch (red.), *Culture, communication and cognition: Vygotskian perspectives* (s. 183–204). Cambridge: Cambridge University Press.
Rorty R. (1993). Edukacja i wyzwanie postnowoczesności. W: Z. Kwieciński, L. Witkowski (red.), *Spory o edukację. Dylematy i kontrowersje we współczesnych pedagogiach* (s. 96–102). Warszawa: Edytor.
Rosen, S. (1997). *Mój głos podąży za tobą*. Poznań: Zysk i S-ka.
Rosenberg, S. W., Kahn, S., Tran, T. (1991). Creating a political image: Shaping appearance and manipulating the vote. *Political Behavior, 13*, 345–364.
Rosenberg, S., Nelson, C., Vivekananthan, P. S. (1968). A multidimensional approach to the structure of personality impressions. *Journal of Personality and Social Psychology, 9*, 283–294.
Rosenhan, D. L., Seligman, M. E. P. (1994). *Psychopatologia* (t. 1 i 2). Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
Rosenman, R. H. (1986). Current and past history of Type A behavior pattern. W: T. H. Schmidt, T. H. Dembroski, G. Blumchen (red.), *Biological and psychological factors in cardiovascular disease*. Berlin: Springer-Verlag.
Rosenstock, I. M., Derryberry, M., Carriger, B. K. (1959). Why people fail to seek poliomyelitis vaccination. *Public Health Reports, 74*, 98–104.
Rosenthal, R., Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom*. New York: Holt, Reinehart and Winston.
Rosińska, Z., Olender-Dmowska, E. (red.). (1997). *Psychoterapia i kultura*. Warszawa: Wydział Filozofii i Socjologii UW.
Ross, L. (1977). The intuitive psychologists and his shortcomings: Distortions in the attribution process. *Advances in Experimental Social Psychology, 10*, 174–221.
Ross, L., Amabile, T. M., Steinmetz, J. L. (1977). Social roles, social control and biases in social-perception processes. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 485–494.

Ross, L., Greene, D., House, P. (1977). The „false consensus phenomenon": An egocentric bias in social perception and attribution processes. *Journal of Experimental Social Psychology, 13,* 279–301.

Ross, L., Ward, A. (1995). Psychological barriers to dispute resolution. W: *Advances of experimental social psychology* (t. 27, s. 255–304). Academic Press.

Ross, M., Sicoly, F. (1979). Egocentric biases in availability and attribution. *Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 322–336.

Rost, J. (1991). *Leadership for the 21st century.* New York: Praeger.

Rotter, G. S. (1967). An experimental evaluation of group attractiveness as a determinant of conformity. *Human Relations, 20,* 273–281.

Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology.* New York: Prentice-Hall.

Rouiller, J. Z., Goldstein, I. L. (1993). The relationship between organizational transfer climate and positive transfer of training. *Human Resources Development Quarterly, 4,* 377–390.

Rouse, W. B. (1990). Training and aiding personnel in complex systems. W: H. R. Booher (red.), *MANPRINT: An approach to systems integration* (s. 237–255). New York: Van Nostrand.

Ruback, R. B., Patnaik, R. (1989). Crowding, perceived control and the destruction of property. *Psychological Studies, 34,* 1–14.

Rule, B. G., Ferguson, T. J. (1984). The relation among attribution, moral evaluation, anger, and aggression in children and adults. W: A. Mummendey (red.), *Social psychology of aggression: From individual behavior to social interaction* (s. 267–295). New York: Springer-Verlag.

Rumelhart, D. E. (1980). Schemata: The building blocks of cognition. W: R. Spiro, B. Bruce, W. Brewer (red.), *Theoretical issues in reading comprehension* (s. 33–58). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rutkowska, A. (1977). Problem psychologicznej pomocy chorym neurologicznym i ich rodzinom. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica, 1,* 67–78.

Rutte, C. G., Wilke, H. A. M., Messick, D. M. (1987). Scarcity or abundance caused by people or the environment as determinants of behavior in the resource dilemma. *Journal of Experimental Social Psychology, 23,* 208–216.

Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,* 23–51.

Rutter, M., Quinton, D. (1987). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine, 14,* 853–880.

Ryan, C. S., Park, B., Judd, C. M. (1999). Pomiar trafności stereotypów: implikacje dla zrozumienia procesu stereotypizacji. W: C. N. Macrae, C. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie* (s. 97–129). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Rybakowski, J. (1997). Czynniki etiopatogenetyczne schizofrenii – implikacje terapeutyczne. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, supl. 2(5),* 77–84.

Rylke, H. (1993). *W zgodzie z sobą i z uczniem. Z doświadczeń nauczycieli i psychologów.* Warszawa: WSiP.

Ryn, Z. (1977). Z badań nad zachorowalnością i śmiertelnością byłych więźniów koncentracyjnych. *Przegląd Lekarski, 34,* 229–233.

Rywik, S., Kupść, W., Kuriata, P., Ziegman, M. (1987). *Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób układu krążenia w Polsce w latach 1976–1982. Podstawowe dane statystyczne.* Warszawa: Instytut Kardiologii.

Rzewuska, M., Pużyński, S., Landowski, J., Namysłowska, I., Rajewski, A., Rybakowski, J. (1997). Polskie standardy leczenia w schizofrenii. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Schizofrenii, 2,* 7–26.

Sacks, O. (1994). *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem.* Poznań: Zysk i S-ka.

Saffran, E. M. (1982). Neuropsychological approaches to the study of language. *British Journal of Psychology, 73,* 317–337.

Salovey, P., Mayer, J. D., Rosenhan, D. L. (1991). Mood and helping: Mood as a motivator of helping and helping as a regulator of mood. W: M. S. Clark (red.), *Prosocial behavior: Review of personality and social psychology* (t. 6, s. 143–166). Beverly Hills, CA: Sage.

Samuelson, C. D. (1991). Perceived task difficulty, causal attributions, and preferences for structural change in resource dilemmas. *Personality and Social Psychology Bulletin, 17,* 181–187.

Samuelson, C. D., Messick D. M., Rutte, C. G., Wilke, H. (1984). Individual and structural solutions to resource dilemmas in two cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 47,* 94–104.

Sanbonmatsu, D. M., Fazio, R. H. (1990). The role of attitudes in memory-based decision making. *Journal of Personality and Social Psychology, 59,* 614–622.

Sandoval, J. (1995). Teaching in subject matter areas: Science. *Annual Review of Psychology, 46,* 355–374.

Sanocki, W. (1974). Próba psychologicznej klasyfikacji młodocianych więźniów. *Przegląd Psychologiczny, 17,* 45–55.

Sanocki, W. (1978). *Kwestionariusze osobowości w psychologii.* Warszawa: PWN.

Sanoff, H. (1999). *Integrowanie programowania, ewaluacji i partycypacji w projektowaniu architektonicznym. Podstawy teorii Z.* Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Sarason, I. G. (1980). *Test anxiety: Theory, research and application.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sasal, D. (1998). *Niebieskie karty.* Warszawa: PARPA.

Sattler, D. N., Kerr, N. L. (1991). Might versus morality explored: Motivational and cognitive bases for social motives. *Journal of Personality and Social Psychology, 60,* 756–765.

Saville, P., Sik, G., Nyfeld, G., Hackston, J., MacIver, R. (1996). A demonstration of the validity of The Occupational Personality Questionnaire (OPQ) in the measurement of job competencies across time and in separate organizations. *Applied Psychology: An International Review, 45,* 243–262.

Sawa, B. (1991). *Uwarunkowania i konsekwencje psychologiczne zaburzeń mowy u dzieci.* Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Sawicka, M. (1997). Rozwiązywanie problemów interpersonalnych – przegląd literatury. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, supl. 2(5),* 47–53.

Scarpello, V., Campbell, J. P. (1983). Job satisfaction: Are all the parts there? *Personnel Psychology, 36,* 577–600.

Schaffer, H. R. (1977). Early interactive development. W: H. R. Schaffer (red.), *Studies in mother-infant interaction* (s. 3–16). London: Academic Press.

Schaffer, H. R. (1981). *Początki uspołecznienia dziecka.* Warszawa: PWN.

Schaffer, H. R. (1982). Sozialisation und Lernen in den ersten Lebensjahren. *Zeitschrift für Pädagogik, 28,* 193–202.

Schaffer, H. R. (1994a). Społeczny kontekst rozwoju psychobiologicznego. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów* (s. 72–95). Poznań: Zysk i S-ka.

Schaffer, H. R. (1994b). Wczesny rozwój społeczny. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów* (s. 96–124). Poznań: Zysk i S-ka.

Schaffer, H. R. (1994c). Wzajemność kontroli we wczesnym dzieciństwie. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów* (s. 125–149). Poznań: Zysk i S-ka.

Schaffer, H. R. (1994d). Epizody wspólnego zaangażowania jako kontekst rozwoju poznawczego. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów* (s. 150–188). Poznań: Zysk i Spółka.

Schain, M. (1996). Work, employment, and mental health. W: R. Renwick, I. Brown, M. Nagler (red.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications* (s. 327–341). Thousand Oaks, CA: Sage.

Schank, R. C., Fano, A., Bell, B., Jona, M. (1993). The design of goal-based scenarios. *Journal of Learning Sciences, 3,* 305–346.

Schank, R., Abelson, R. P. (1977). *Scripts, plans, goals, and understanding: An inquiry into human knowledge.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schaufeli, W. B., Maslach, C., Marek, T. (1993). The future of burnout. W: W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. (red.), *Professional burnout: Recent developments in theory and practice* (s. 253–260). London: Taylor and Francis.

Scheier, M. F., Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Theory and Research, 16,* 201–228.

Schmidt, F. I. (1995). Co naprawdę oznaczają dane? Wyniki badawcze, metaanaliza i wiedza kumulatywna w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne, 1,* 19–32.

Schmidt, F. L., Hunter, J. E. (1993). Tacit knowledge, practical intelligence, general mental ability, and job knowledge. *Current Directions in Psychological Science, 1,* 8–9.

Schneider, B. (red.). (1990). *Organizational climate and culture.* San Francisco: Jossey-Bass.

Schneider, J. R., Schmitt, N. (1992). An exercise approach to understanding assessment centre dimensions and exercise constructs. *Journal of Applied Psychology, 77,* 32–41.

Schneider-Corey, M., Corey, G. (1995). *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej.* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

Schoenborn, C. A. (1993). The Alameda study – 25 years later. W: S. Maes, H. Leventhal, M. Johnston (red.), *International review of health psychology* (t. 2, s. 81–116). New York: Wiley.

Schoenfeld, A. H. (1987). What's all the fuss about metacognition? W: A. H. Schoenfeld (red.), *Cognitive science and mathematics education* (s. 189–215). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schoenfeld, A. H. (1988). When good teaching leads to bad results: The disasters of „well taught" mathematics classes. *Educational Psychologist, 23,* 145–146.

Schön D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action.* New York: Basic Books.

Schopler, E., Reichsler, R., Lansing, M. (1995). *Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju: Techniki nauczania dla rodziców profesjonalistów* (t. 2). Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.

Schröder, H. (1964). *Inteligenzniveau, Inteligenzprofil und Inteligenzstruktur von jugendlichen Vermögenstraftätern.* Hamburg.

Schwab, D. P., Cummings, L. (1983). Przegląd teorii dotyczących związku między wykonywaniem zadań a satysfakcją. W: W. E. Scott, L. L. Cummings (red.), *Zachowanie człowieka w organizacji* (t. 1, s. 184–197). Warszawa: PWN.

Schwartz, G. E., Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine, 1,* 249–251.

Schwartz, S. (1994). Beyond individualism/collectivism: New cultural dimensions of values. W: U. Kim, H. C. Triandis, C. Kagitcibasi, S.-C. Choi, G. Yoon (red.), *Individualism and collectivism: Theory, methods and applications* (s. 85–119). Thousand Oaks, CA: Sage.

Schwartz, S. H. (1977). Normative influences on altruism. *Advances in Experimental Social Psychology, 10,* 232–258.

Schwartz, S. H. (1997). Values and culture. W: D. Munro, S. Carr, J. Schumaker (red.), *Motivation and culture* (s. 69–84). New York: Routledge.

Schwartz, S. H. (1998). *Cultural dimensions and value types.* Referat wygłoszony na „Small Group Meeting on Societal Psychology", Warszawa-Konstancin.

Schwarz, N. (1994). Judgment in social context: Biases, shortcomings, and the logic of conversation. *Advances in Experimental Social Psychology,* 26, 123–162.

Schwarz, N., Bless, H., Bohner, G. (1991). Mood and persuasion: Affective states influence the processing of persuasive communications. *Advances in Experimental Social Psychology, 24,* 161–199.

Schwarz, N., Bless, H., Wanke, M. (1992). Subjective assessments and evaluations of change: Lessons from social cognition research. Referat wygłoszony na „East-West Meeting of the EAESP", Münster.

Schwarzer, R. (red.). (1990). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch.* Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and new model. W: R. Schwarzer (red.), *Self-efficacy: Thought control of action* (s. 217–245). Washington: Hemisphere.

Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175–205). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Schwarzer, R. (red.). (1998). Modeling health behavior change: The Health Action Process Approach (HAPA). W: R. Schwarzer (red.), *Advances in health psychology research* (s. 1–10). Berlin: Freie Universität (EHPS-CD-Rom).

Scott, J. P. (1969). The social psychology of infrahuman animals. W: G. Lindzey, E. Aronson (red.), *The handbook of social psychology* (wyd. 2, t. 4, s. 344–391). Reading, MA: Addison-Wesley.

Sears, D. O. (1993). Symbolic politics. W: S. Iyengar, W. J. McGuire (red.), *Explorations in political psychology* (s. 113–149). Durham: Duke University Press.

Sedikides, C., Skowronski, J. (1991). The law of cognitive structure activation. *Psychological Inquiry, 2,* 169–184.

Segall, N. L. (1984). Cooperation, competition, and altruism within twin sets: A reappraisal. *Ethology and Sociobiology, 5,* 163–177.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death.* San Francisco: Freeman.

Selingman, P. (1993). *Czy optymizmu można się nauczyć?* Poznań: Rebis.

Selye, H. (1960). *Stress życia.* Warszawa: PZWL.

Semin, G. R., Fiedler, K. (1991). The linguistic category model, its bases, applications, and range. W: W. Stroebe, M. Hewstone (red.), *European review of social psychology* (t. 2, s. 1–30), Chichester: Wiley.

Semin, G. R., Marsman, J. G. (1994). „Multiple inference-inviting properties" of interpersonal verbs: Event instigation, dispositional inference, and implicit causality. *Journal of Personality and Social Psychology, 67,* 836–849.

Semin, G. R., Rubini, M., Fiedler, K. (1995). The answer is in the question: The effect of verb causality on locus of explanation. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21,* 834–841.

Seniów, J. (1998). *Neuropsychologiczna charakterystyka funkcjonowania poznawczo-emocjonalnego osób z chorobą Wilsona.* Nieopublikowany maszynopis, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Sermat, V. (1967). The possibility of influencing the other's behavior and cooperation: Chicken vs. prisoner's dilemma. *Canadian Journal of Psychology, 27,* 204–219.

Sędek, G. (1995). *Bezradność intelektualna w szkole.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Sędek, G., Kofta, M. (1990). When cognitive exertion does not yield cognitive gain: Toward an informational explanation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology, 58,* 729–743.

Sęk, H. (1987). Psychological concepts of health, modes of prevention and counseling for health promotion. *Polish Psychological Bulletin, 18,* 77–88.

Sęk, H. (1991). Podstawowe rodzaje pomocy psychologicznej. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (s. 365–380). Warszawa: PWN.

Sęk, H. (1992). Ecological thinking in health psychology. W: H. Sęk (red.), *Readings in health and preventive psychology* (s. 21–29). Poznań: Domke Publishing House.

Sęk, H. (1994). Problemy etyczne psychologów w kontakcie z pacjentem psychiatrycznym – diagnoza, terapia, profilaktyka. W: J. Brzeziński, W. Poznaniak (red.), *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów* (s. 139–159). Poznań: Humaniora.

Sęk, H. (red.). (1996). *Wypalenie zawodowe. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania.* Poznań: Domke Publishing House.

Sęk, H. (1997a). Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. W: Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), *Promocja zdrowia: Psychologiczne podstawy wdrożeń* (s. 34–55). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Sęk, H. (1997b). Psychologia wobec promocji zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 40–61). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (1997c). *Social influence theory and health promotion: The dilemmas of application.* Referat wygłoszony na konferencji amerykańsko-polskiej „The Practice of Social Influence in Established and Emerging Democracies". Kraków.

Sęk, H., Ścigała, I., Pasikowski, T., Beisert, M., Bleja, A. (1992). Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania. *Przegląd Psychologiczny, 23,* 351–363.

Shallice, T. (1979). Case study approach in neuropsychological research. *Journal of Clinical Neuropsychology, 1,* 183–211.

Shayer, M., Adey, P. S. (1993). Accelerating the development of formal thinking in middle and high school students: IV. Three years after a two-year intervention. *Journal of Research in Science Teaching, 30,* 351–366.

Shepanski, A., Shearer, T. (1995). A prospect theory account of the income tax withholding phenomenon. *Organizational-Behavior and Human-Decision-Processes, 63,* 174–186.

Sheridan, C. L., Radmacher, S. A. (1998). *Psychologia zdrowia.* Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

Sheridan, E. P., Matarazzo, J. D., Boll, T. J., Perry, N. W., Weiss, S. M., Belar, C. D. (1988). Postdoctoral education and training for clinical service providers in health psychology. *Health Psychology, 7,* 1–17.

Sherif, C. W., Sherif, M., Nebergall, R. E. (1965). *Attitude and attitude change: The social judgment-involvement approach.* Philadelphia: Saunders.

Sherif, M. E. (1935). A study of some social factors in perception. *Archives of Psychology, 2,* 187.

Sherman, J. W. (1996). Development and mental representation of stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 1125–1141.

Shontz, F. C. (1975). *Psychological aspects of physical illness and disability.* New York: Macmillan.

Shugar, G. W. (1989). Małe dziecko w sytuacji dwupodmiotowej: jak powstaje i na czym polega struktura Wspólne Działanie? W: A. Gurycka (red.), *Podmiotowość w wychowawczych doświadczeniach dzieci i młodzieży* (t. 1, s. 89–132). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Shulman, L. S. (1986). Paradigms and research programs in the study of teaching: A contemporary perspective. W: M. C. Wittrock (red.), *Handbook of research on teaching* (s. 3–36). New York: Macmillan.

Siciński, A. (red.). (1978). *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.

Sidanius, J. (1993). The psychology of group conflict and dynamics of oppression: A social dominance perspective. W: S. Iyengar, W. J. McGuire (red.), *Explorations in political psychology* (s. 183–219). Durham: Duke University Press.

Sidanius, J., Pratto, F. (1993). The inevitability of oppression and the dynamics of social dominance. W: P. Sniderman, P. E. Tetlock (red.), *Prejudice, politics, and race the American dilemma* (s. 173–211). Stanford: Stanford University Press.

Siergiejew, J. J. (1969). Pogranicznyje nerwno-psichiczeskije rasstrojstwa pri niekotorych formach tuberkulieza legkich. *Żurnał Newropatologii i Psychiatrii, 69,* 414–419.

Silver, R. L., Wortman, C. B. (1984). Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu. *Nowiny Psychologiczne, 4–5,* 29–95.

Simons, G. F., Vazquez, C., Harris, P. R. (1993). *Transcultural leadership.* Huston: Gulf.

Sinason, V. (1992). *Mental handicap and human condition: New approaches from the Tavistock.* London: Free Association Books.

Sinha, S. P., Mukherjee, N. (1996). The effect of perceived cooperation on personal space requirements. *Journal of Social Psychology, 136,* 655–657.

Skarżyńska, K. (1995a). Młodzi bezrobotni i ich rówieśnicy: odmienność celów i stylów życia oraz stosunku do pracy. W: A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych* (s. 117–128). Poznań: Gemini.

Skarżyńska, K. (1995b). Potoczna percepcja i ewaluacja rzeczywistości społeczno-politycznej. W: J. Reykowski (red.), *Potoczne wyobrażenia o demokracji* (s. 67–101). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Skarżyńska, K. (1999). *Psychologia polityczna.* Poznań: Zysk i S-ka.

Skarżyńska, K., Chmielewski, K. (1995). Sympatie partyjne młodzieży. Efekt oceny przeszłości czy różnic interesów i poglądów politycznych. *Kultura i Społeczeństwo, 39,* 167–181.

Skowronski, J. J., Carlston, D. E. (1987). Social judgment and social memory: The role of cue diagnosticity in negativity, positivity, and extremity biases. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 689–699.

Słońska, Z. (1994). Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, 1 (1–2),* 37–52.

Słońska, Z., Misiuna, M. (1993). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów.* Warszawa: Agencja Promo-Lider.

Smith, D. B. D. (1990). Human factors and aging: An overview of research needs and application opportunities. *Human Factors, 32,* 509–526.

Snyder, C. R., Fromkin, H. L. (1977). Abnormality as a positive characteristic: The development and validation of a scale measuring need for uniqueness. *Journal of Abnormal Psychology, 86,* 518–527.

Snyder, C. R., Fromkin, H. L. (1980). *Uniqueness: The human pursuit of difference.* New York: Plenum Press.

Sobolewski, A., Strelau, J., Zawadzki, B. (1999). Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZŻ): Polska adaptacja kwestionariusza „Recent Life Changes Questionnaire" (RLCQ) R. H. Rahe'a. *Przegląd Psychologiczny, 42,* 27–49.

Sokolik, M. (red.). (1988). *Niektóre problemy psychoterapii.* Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Sokolik, M. (red.). (1992). *Problemy współczesnej psychoanalizy.* Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
Sokolik, Z. (1994). Psychoanaliza (ortodoksyjna i teorie relacji z obiektem). Neopsychoanaliza. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 19–31). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Sokołowska, A. (1977). *Psychologiczna ekspertyza sądowa w sprawach dzieci i młodzieży.* Warszawa: PWN.
Sokołowska, M. (1980). *Granice medycyny.* Warszawa: Wiedza Powszechna.
Sokołowska, M. (1986). *Socjologia medycyny.* Warszawa: PZWL.
Solomon, M. R. (1996). *Consumer behavior: Buying, having, and being.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Sowa, J. (1984). *Kulturowe założenia normalności w psychiatrii.* Warszawa: PWN.
Spears, R., Manstead, A. S. R. (1990). Consensus estimation in social context. W: W. Stroebe, M. Hewstone (red.), *European review of social psychology* (t. 1, s. 81–109). Chichester: Wiley.
Sperry, R. N., Gazzaniga, M. S., Bogen, J. E. (1969). Interhemispheric relationships: The neocortical commissures; syndromes of hemispheric disconnection. W: P. J. Vinken, G. W. Bruyn (red.), *Handbook of clinical neurology* (t. 4, s. 112–125). Amsterdam: North-Holland.
Spionek, H. (1956). *Trudności wychowawcze i przestępczość nieletnich. Analiza psychologiczna.* Wrocław: Ossolineum.
Spionek, H. (1965). *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka. Zagadnienia wybrane.* Warszawa: PWN.
Spionek, H. (1973). *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne.* Warszawa: PWN.
Spreen, O., Risser, A., Edgell, D. (1995). *Developmental neuropsychology.* New York: Oxford University Press.
Spreen, O., Strauss, E. (1991). *Compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary.* New York: Oxford University Press.
Srull, T. K. (1981). Person memory: Some tests of associative storage and retrieval models. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory, 7,* 440–463.
Staats, C. K., Staats, A. W. (1958). Meaning established by classical conditioning. *Journal of Experimental Psychology, 54,* 74–80.
Stangor, C., Jonas, K., Stroebe, W., Hewstone, M. (1996). Influence of student exchange on national stereotypes, attitudes and perceived group variability. *European Journal of Social Psychology, 26,* 663–675.
Stangor, C., Lange, J. E. (1994). Mental representation of social groups: Advanced in understanding stereotypes and stereotyping. W: M. P. Zanna (red.), *Advances in experimental social psychology* (t. 26, s. 357–416). San Diego: Academic Press.
Stangor, C., McMillan, D. (1992). Memory for expectancy-congruent and expectancy-incongruent information: A review of the social and social developmental literatures. *Psychological Bulletin, 111,* 42–61.
Stangor, C., Schaller, M. (1999). Stereotypy jako reprezentacje indywidualne i zbiorowe. W: C. N. Macrae, C. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie* (s. 13–36). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Stanik, J. (1973). Niektóre czynniki pośrednio warunkujące dokonywanie czynów chuligańskich przez młodocianych. *Acta Universitas Wroclaviensis, 151,* 126–147.
Stanik, J. (1995). Węzłowe problemy etyczno-zawodowe biegłego sądowego psychologa. W: J. Stanik, Z. Majchrzyk (red.), *Etyczno-zawodowe problemy biegłego sądowego psychologa i psychiatry w praktyce sądowej* (s. 14–35). Katowice: Katedra Psychologii Klinicznej UŚ i Sekcja Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Stapp, W. B., Wals, A. E. J., Stankorb, S. L. (1996). *Environmental education for empowerment: Action research and community problem solving.* Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
Stemplewska-Żakowicz, K. (1996). *Osobiste doświadczenie a przekaz społeczny.* Wrocław: Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej.
Stephan, W. G., Rosenfeld, D. (1978). Effects of desegregation on racial attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology, 36,* 795–804.
Steptoe, A., O'Sullivan, J. (1986). Monitoring and blunting coping styles in women prior to surgery. *British Journal of Clinical Psychology, 25,* 143–144.
Stern, Y., Marder, K. (1991). The neurology and neuropsychology of HIV infection. W: F. Boller, J. Grafman (red.), *Handbook of Neuropsychology* (t. 5, s. 265–284). Amsterdam: Elsevier.
Sternberg, R. J., Wagner, R. K. (1986). *Practical intelligence: Nature and origins of competence in the everyday world.* New York: Cambridge University Press.
Sternberg, R. J., Wagner, R. K. (1993). The geocentric view of intelligence and job performance is wrong. *Current Directions in Psychological Science, 2,* 1–5.
Stevenson, H. W., Stigler, J. W., Lucker, G. W., Lee, S., Hsu, C. C., Kitamura, S. (1987). Classroom behavior and achievement of Japanese, Chinese, and American children. W: R. Glaser (red.), *Advances in instructional psychology* (t. 3, s. 153–204). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Stokols, D. (1972). On the distinction between density and crowding: Some implications for future research. *Psychological Review, 79,* 275–277.
Stokols, D. (1976). The experience of crowding in primary and secondary environments. *Environment and Behavior, 8,* 49–86.
Stokols, D. (1998). Paradoks psychologii środowiskowej. *Czasopismo Psychologiczne, 4,* 163–185.
Stoner, J. A. F., Freeman, R. E., Gilbert, D. R. (1997). *Kierowanie.* Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
Storms, M. D. (1973). Videotape and the attribution process: Reversing actors' and observers' points of view. *Journal of Personality and Social Psychology, 27,* 165–175.
Strelau, J. (1978). *Rola temperamentu w rozwoju psychicznym.* Warszawa: WSiP.
Strelau, J. (1996). Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 88–130). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Strelau, J. (1998). *Psychologia temperamentu.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Stroebe, W., Frey, B. S. (1982). Self-interest and collective action: The economics and psychology of public goods. *British Journal of Social Psychology, 21,* 121–137.
Stroebe, W., Jonas, K. (1996). Principles of attitude formation and strategies of change. W: M. Hewstone, W. Stroebe, G. M. Stephenson (red.), *Introduction to social psychology: A European perspective* (wyd. 2, s. 240–275). Oxford: Blackwell.
Strojnowski, J. (1985). *Psychoterapia.* Warszawa: PAX.
Stryker, S. (1987). Identity theory: Developments and extensions. W: K. Yardley, T. Honess (red.), *Self and identity: Psychological perspectives* (s. 89–103). Chichester: Wiley.
Suleiman, R., Rapoport, A. (1992). Provision of step-level public goods with continuous contribution. *Journal of Behavioral Decision Making, 5,* 133–153.
Suls, J., Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology, 4,* 249–288.
Suls, R. L., Miller, J. M. (red.). (1977). *Social comparison processes.* Washington: Hemisphere.
Super, D. (1972). *Psychologia zainteresowań.* Warszawa: PWN.

Sussman, M. B. (1977). Dependent disabled and dependent poor: Similarity of conceptual issues and research needs. W: J. Stubbins (red.), *Social and psychological aspects of disability* (s. 247–259). Baltimore: University Park Press.
Susułowska, M. (1975). Dorobek i perspektywy rozwojowe polskiej psychologii klinicznej. *Przegląd Psychologiczny, 28*, 46–57.
Swezey, R. W., Salas, E. (red.). (1991). *Teams: Their training and performance*. Norwood, NJ: Ablex.
Swim, J. K. (1994). Perceived versus meta-analytic effect sizes: An assessment of the accuracy of gender stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 21–36.
Swingle, P. G., Gillis, J. S. (1968). Effects of emotional relationship between protagonists in the prisoner's dilemma. *Journal of Personality and Social Psychology, 21*, 121–137.
Swingle, P. G., Santi, A. (1972). Communication in non-zero-sum games. *Journal of Personality and Social Psychology, 23*, 54–64.
Szacki, J. (1981). *Historia myśli socjologicznej*. Warszawa: PWN.
Szasz, T. (1989). *Sex by prescription: The stratling truth about today's therapy*. Syracuse: Syracuse University Press.
Szczechura, J., Terelak, J. F., Kobos, Z., Pińkowski, J. (1998). Analiza okulograficzna wpływu obciążenia pracą na sprawność operatorską pilota. *Czasopismo Psychologiczne, 4*, 186–194.
Szczepaniak, P., Strelau, J., Wrześniewski, K. (1996). Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji Kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny, 39*, 187–210.
Szuster, A. (1994). O uwarunkowaniach zdolności do miłowania innych: poznawcze wyodrębnienie własnej osoby a przychylność innym. W: M. Jarymowicz (red.), *Poza egocentryczną perspektywą widzenia siebie i świata* (s. 87–104). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Szustrowa, T. (1972). Zdolność do działania na rzecz celów pozaosobistych a niektóre właściwości rodzinnego treningu wychowawczego. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Warszawskiego, 1* (cały numer).
Szymańska, Z. (1979). *Byłam tylko lekarzem*. Warszawa: PAX.
Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
Tajfel, H. (1982). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
Tajfel, H., Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. W: W. G. Austin, S. Worchel (red.), *The social psychology of intergroup relations* (s. 33–50). Monterey, CA: Brooks/Cole.
Tajfel, H., Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. W: S. Worchel, W. G. Austin (red.), *The psychology of intergroup relations* (s. 7–24). Chicago: Nelson-Hall.
Tangney, J. P., Wagner, P. E., Hill-Barrow, D., Marschall, D. E., Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 797–809.
Tap, P. (1979). L'identification: Est-elle une alienation de l'identité? W: P. Tap (red.), *Identité individuelle et personalisation* (s. 237–250). Toulouse: Privat.
Targets for health for all (1985). Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
Taylor, F. (1911). *Scientific management*. New York: Harper.
Taylor, J. (red.). (1958). *Selected writings of J. H. Jackson*. New York: Basic Books.

Taylor, S. E. (1981). A categorization approach in stereotyping. W: D. L. Hamilton (red.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (s. 83–114). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Taylor, S. E. (1984). Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne, 6–7*, 15–38.
Taylor, S. E. (1986). *Health psychology*. New York: Random House.
Taylor, S. E. (1992). Psychologia zdrowia: nauka i praktyka. *Nowiny Psychologiczne, 1*, 37–56.
Taylor, S. E., Fiske, S. T. (1978). Salience, attention and attribution: Top of the head phenomena. *Advances in Experimental Social Psychology, 11*, 249–288.
Terhune, K. W. (1968). Motives, situation, and interpersonal conflict within the prisoner's dilemma. *Journal of Personality and Social Psychology, Monograph Supplement, 8*, 1–14.
Tesser, A. (1988). Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. *Advances in Experimental Social Psychology, 21*, 181–227.
Teuber, H. L. (1965). A measurement of functional communication in aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 46*, 101–107.
Thaler, R. (1985). Mental accounting and consumer choice. *Marketing Science, 4*, 199–214.
Theorell, T. (1982). Review of research on life events and cardiovascular illness. *Advances in Cardiology, 29*, 140–147.
Thompson, C. (1965). *Psychoanaliza. Narodziny i rozwój*. Warszawa: PWN.
Thompson, S. C., Kelley, H. H. (1981). Judgments of responsibility for activities in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 469–477.
Thompson, W. C., Cowan, C. L., Rosenhan, D. L. (1980). Focus of attention mediates the impact of negative affect on altruism. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 291–300.
Thoresen, C. E., Engleston, J. R. (1985). Counseling for health. *The Counseling Psychologist, 13*, 15–87.
Thorndike, R. L., Hagen, E. (1959). *10.000 careers*. New York: Wiley.
Thornton, G. C., Cleveland, J. N. (1990). Developing managerial talent through simulation. *American Psychologist, 45*, 190–199.
Tillmann, K. J. (1996). *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Tissot, M. (1758). *L'Onanizm. Dissertation sur les maladies produites par la masturbation*. Paris.
Toeplitz, Z. (1994). Etyczne dylematy nauczania psychologii. W: J. Brzeziński, W. Poznaniak (red.), *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów* (s. 227–239). Poznań: Humaniora.
Toeplitz-Winiewska, M. (1990). Problemy diagnostyczne w psychologicznej ekspertyzie w sprawach nieletnich przestępców. W: M. Gracar (red.), *Współczesna sądowa ekspertyza psychologiczna – nie wykorzystane możliwości* (s. 40–49). Kraków: Instytut Ekspertyz Sądowych.
Toffler, A. (1975). *Szok przyszłości*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Toffler, A. (1997). *Trzecia fala*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Tolman, E. C. (1948). Cognitive maps in rats and men. *Psychological Review, 55*, 189–208.
Tomaszewski, T. (1963). *Wstęp do psychologii*. Warszawa: PWN.
Tomaszewski, T. (1966). Aktywność człowieka. W: M. Maruszewski, J. Reykowski, T. Tomaszewski (aut.), *Psychologia jako nauka o człowieku* (s. 197–252). Warszawa: Książka i Wiedza.
Tomaszewski, T. (1975). Człowiek i otoczenie. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 13–36). Warszawa: PWN.
Tomaszewski, T. (1985). Człowiek jako podmiot i człowiek jako przedmiot. W: J. Reykowski, O. W. Owczynnikowa, K. Obuchowski (red.), *Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości* (wyd. 2, s. 59–74). Wrocław: Ossolineum.

Torrey, E. F. (1981). *Czarownicy i psychiatrzy*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
Torrey, E. F., Yolken, R. H. (1998). Is household crowding a risk factor for schizophrenia and bipolar disorder? *Schizophrenia Bulletin, 24*, 321–324.
Triandis, H. (1990). Cross-cultural studies of individualism and collectivism. *Nebraska Symposium on Motivation 1989*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
Triandis, H. C. (1991). Psychologia międzykulturowa: rozwój i osiągnięcia. *Przegląd Psychologiczny, 34*, 7–24.
Triandis, H. C., Leung, K., Villareal, M. J., Clack, F. L. (1985). Allocentric versus idiocentric tendencies: Convergent and discriminant validation. *Journal of Research in Personality, 19*, 395–415.
Trousseau, A. (1865). *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* (wyd. 2). Paris: J.-B. Bailliére.
Tryjarska, B. (1994a). Psychoterapia grupowa. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 211–244). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Tryjarska, B. (1994b). Terapia rodzinna. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 245–293). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Trzebińska, E. (1994). Ogólna charakterystyka przygotowania i przebiegu procesu psychoterapii. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 109–136). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Trzebińska, E. (1998). *Dwa wizerunki własnej osoby. Kliniczne i empiryczne studia nad tożsamością*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Trzebiński, J. (1985). Rola schematów poznawczych w zachowaniach społecznych. W: M. Lewicka, J. Trzebiński (red.), *Psychologia spostrzegania społecznego* (s. 257–346). Warszawa: Książka i Wiedza.
Tudge, J., Rogoff, B. (1995). Wpływ rówieśników na rozwój poznawczy – podejście Piageta i Wygotskiego. W: A. Brzezińska, G. Lutomski, B. Smykowski (red.), *Dziecko wśród rówieśników i dorosłych* (s. 180–213). Poznań: Zysk i S-ka.
Tuhan Mirza-Baranowska, I., Namowicz-Chrzanowska, H. (1972). Inteligencja nieletnich przestępców. *Zdrowie Psychiczne, 13*, 67–76.
Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. W: E. Tulving, W. Donaldson (red.), *Organization and memory* (s. 381–403). New York: Academic Press.
Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Oxford: Blackwell.
Tversky, A., Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science, 185*, 1124–1131.
Tversky, A., Kahneman, D. (1981). The framing of decision and the psychology of choice. *Science, 211*, 453–463.
Tylor, M. L. (1965). A measurement of functional communication in aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 46*, 101–107.
Tyszka, T. (1995). *Czy powrót do introspekcji?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Tyszka, T. (1997). *Psychologia zachowań ekonomicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Tyszka, T., Grzelak, J. Ł. (1976). Criteria of choice in n-person non-constant-sum games. *Journal of Conflict Resolution, 20*, 357–376.
U.S. Deparment of Labor (1977). *Dictionary of occupational titles* (wyd. 4). Washington: U.S. Government Printing Office.
Uhlaner, C. J. (1986). Political participation, rational actors, and rationality: A new approach. *Political Psychology, 7*, 551–575.

Ulatowska, H. K., Sadowska, M., Kądzielawa, D., Kordys, J. (w druku). Linguistic and cognitive aspects of proverb processing in aphasia. *Aphasiology*.
Valdés, M., de Flores T. (1987). Behavior pattern A and vulnerability to diseases. *Stress Medicine, 3*, 8–14.
Vallar, G. (1991). Current methodological issues in human neuropsychology. W: F. Boller, J. Grafman (red.), *Handbook of neuropsychology* (t. 5, s. 343–378). Amsterdam: Elsevier.
Vallerand, R. J., Deshaies, P., Cuerrier, J. P., Pelletier, L. G., Mongeau, C. (1992). Ajzen and Fishbein's theory of reasoned action as applied to moral behavior: A confirmatory analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 98–109.
Van de Kragt, A. J. C., Orbell, J. M., Dawes, R. M. (1983). The minimal contributing set as a solution to public goods problems. *American Political Science Review, 77*, 112–122.
Van Harrison, R. (1987). Indywidualno-środowiskowe dopasowanie a stres w pracy. W: G. L. Cooper, R. Payne (red.), *Stres w pracy* (s. 260–305). Warszawa: PWN.
Van Lange, P. A. M. (1994). Toward more locomotion in experimental games. W: U. Schulz, W. Albers, U. Mueller (red.), *Social dilemmas and cooperation* (s. 136–157). New York: Springer-Verlag.
Van Lange, P. A. M., Liebrand, W. B. G. (1991). Social value orientations and intelligence: A test of the goal prescribed rationality principle. *European Journal of Social Psychology, 21*, 273–292.
Van Lange, P. A. M., Liebrand, W. B. G., Messick, D. M., Wilke, H. A. M. (1992). Social dilemmas: The state of the art. Introduction and literature review. W: W. Liebrand, D. Messick, H. Wilke (red.), *Social dilemmas: Theoretical issues and research findings* (s. 3–12). Oxford: Pergamon Press.
Van Wagenen, W. P., Herren, R. Y. (1940). Surgical division of commissural pathways in the corpus callasum. *Archives of Neurology and Psychiatry 44*, 740–759.
Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. A. (1995). *Psychologia dziecka*. Warszawa: WSiP.
Veitch, R., Arrkelin, D. (1995). *Environmental psychology: An interdisciplinary perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Velichkovsky, B., van der Verr, G. (1997). Work at the information age: Challenges and opportunities for psychological research. W: F. Avallone, J. Arnold, K. de Witte (red.), *Feelings work in Europe* (s. 331–337). Milano: Studio Guerini.
Verba, S., Nie, N. H. (1991). Participation and equality: Who gets what and how? W: N. J. Kressel (red.), *Political psychology* (s. 285–295). New York: Paragon House.
Verburg, R. M. (1996). Developing HRM in foreign Chinese joint ventures. *European Management Journal, 14*, 518–525.
Verges, P., Tyszka, T., Verges P. (1994). Representation of economics by French and Polish students. W: T. Tyszka (red.), *Cognitive representation of economics* (s. 24–41). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Viney, L. L., Westbrook, M. T. (1982). Patterns of anxiety in the chronically ill. *British Journal of Medical Psychology, 55*, 87–95.
von Neuman, J., Morgenstern, O. (1944). *Theory of games and economic behavior*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
Vosniadou, S., Brewer, W. F. (1992). Mental models of the earth: A study of conceptual change in childhood. *Cognitive Psychology, 24*, 535–585.
Voss, J. F., Wiley, J., Carretero, M. (1995). Acquiring intellectual skills. *Annual Review of Psychology, 46*, 155–181.
Vrij, A., VanSchie, E., Cherryman, J. (1996). Reducing ethnic prejudice through public communication programs: A social-psychological perspective. *The Journal of Psychology, 130*, 413–420.

Vroom, V. H., Yetton, P. W. (1973). *Leadership and decision-making.* Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
Wäfler, T., Older, M. T. (1997). Comparision of two approaches supporting decisions on functions allocation. W: F. Avallone, J. Arnold, K. de Witte (red.), *Feelings work in Europe* (s. 234–241). Milano: Studio Guerini.
Wagner, R. K., Sternberg, R. J. (1991). *Tacit knowledge inventory for managers.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.
Wagner, U., Hewstone, M., Machleit, U. (1989). Contact and prejudice between Germans and Turks: A correlational study. *Human Relations, 42,* 561–574.
Wagner, U., Zick, Z. (1995). The relation of formal education to ethnic prejudice: Its reliability, validity and explanation. *European Journal of Social Psychology, 25,* 41–56.
Wahlund, R. (1992). Tax changes and economic behavior: The case of tax evasion. *Journal of Economic Psychology, 13,* 657–677.
Wald, I., Stomma, D. (1981). Upośledzenie umysłowe. W: A. Popielarska (red.), *Psychiatria wieku rozwojowego* (s. 185–195). Warszawa: PZWL.
Wallach, M. A., Kogan, N., Bem, D. J. (1962). Group influence on individual risk taking. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 65,* 75–86.
Wallander, J. L. (1995). Pediatric psychology coming of age. *Contemporary Psychology, 40,* 1083.
Wallen, R. (1964). *Psychologia kliniczna.* Warszawa: PWN.
Walmsley, D. J., Lewis, G. J. (1997). *Geografia człowieka: Podejścia behawioralne.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Walsh, K. (1998). *Neuropsychologia kliniczna.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Walster, E., Festinger, L. (1962). The effectiveness of „overheard" persuasive communications. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 65,* 395–402.
Walters, R. H., Brown, M. (1963). Studies of reinforcement of aggression: III. Transfer of responses to an interpersonal situation. *Child Development, 34,* 563–571.
Warneryd, K. E. (1986). Economic and psychological approaches to economic behavior. W: B. Brehmer, P. Lourens, G. Sevon (red.), *New directions in research on decision making* (s. 29–58). Amsterdam: North-Holand.
Warneryd, K. E. (1988). The psychology of innovative enterpreneurship. W: W. F. van Raaij, G. M. van Veldhoven, K. E. Warneryd (red.), *Handbook of economic psychology* (s. 404–447). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
Waterman, A. (1982). Indywidualizm i współzależność. *Nowiny Psychologiczne, 3,* 1–21.
Watson, D. (1982). The actor and the observer: How are their perceptions of causality divergent? *Psychological Bulletin, 92,* 682–700.
Watson, J. B. (1990/1925). Behawioryzm. Psychologia, jak ją widzi behawiorysta. Warszawa: PWN.
Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication.* New York: Norton.
Wawak-Sobierajska, B. (1991). *Odległość czasowa od zagrażającego wydarzenia a proces poznawczej adaptacji do choroby.* Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Pedagogiki i Psychologii UŚ, Katowice.
Wegsheider, S. (1981). *Another chance: Hope and health for alcoholic family.* Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
Weigl, B. (1976). Zastosowanie zasad warunkowania instrumentalnego w modyfikacji zaburzonych zachowań u dzieci. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (t. 5, s. 259–279). Warszawa: PWN.
Weigl, B. (1999). *Stereotypy i uprzedzenia etniczne u dzieci i młodzieży.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Weiner, B. (1985a). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review, 92,* 548–573.
Weiner, B. (1985b). „Spontaneous" causal thinking. *Psychological Bulletin, 97,* 74–84.
Weiner, B. (1990). History of motivational research in education. *Journal of Educational Psychology, 82,* 616–622.
Weinhold, B. K., Weinhold, J. B. (1989). *Breaking free of the co-dependency trap:* Toronto: Stillpoint.
Weiss, E., English, O. S. (1957). *Psychosomatic medicine.* Philadelphia: Saunders.
Weiss, S. M. (1987). Udział psychologii w medycynie behawioralnej. *Przegląd Psychologiczny, 30,* 431–439.
Wells, R. D., Schwebel, A. I. (1987). Chronically ill children and their mothers: Predictors of resilience and vulnerability to hospitalization and surgical stress. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 8,* 83–89.
Wertsch, J. V. (1985). *Vygotsky and the social formation of mind.* Cambridge: Cambridge University Press.
White, J. D., Carlston, D. E. (1983). Consequences of schemata for attention, impressions and recall in complex social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology, 45,* 538–549.
White, L. (1967). The historical roots of our ecological crisis. *Science, 155,* 1203–1207.
Whitney, D. E. (1990). Real robots don't need jigs. W: N. Moray, W. R. Ferrell, W. B. Rouse (red.), *Robotics, control and society* (s. 35–47). London: Francis and Taylor.
Wickens, C. D. (1992). *Engineering psychology and human performance.* New York: Harper Collins.
Wicker, A. W. (1969). Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues, 25,* 41–78.
Wicker, A. W., Kirmeyer, S. (1977). From church to laboratory to national park: A program of research on excess and insufficient populations in behavior settings. W: D. Stokols (red.), *Perspectives on environment and behavior* (s. 69–96). New York: Plenum Press.
Wicklund, R. A. (1975). Objective self-awareness. *Advances in Experimental Social Psychology, 9,* 233–275.
Wieczorkowska, G. (1982). A formal analysis of preferences. *Polish Psychological Bulletin, 13,* 73–77.
Wiliński, P. (1996a). Ciągłość i zmiana jako wyzwanie dla współczesnego świata. W: A. Brzezińska, A. Potok (red.), *Kształcenie liderów społeczności wiejskich* (s. 15–27). Poznań: Fundusz Współpracy/Cooperation Fund.
Wiliński, P. (1996b). Interwencja edukacyjna wspomagająca społeczność lokalną: założenia i uzasadnienia. W: R. Cichocki (red.), *Podmiotowość społeczności lokalnych: praktyczne programy wspomagania rozwoju* (s. 219–236). Poznań: Wydawnictwo Media.
Wiliński, P. (1997). Miejsce interwencji edukacyjnej w procesie zmian społecznych. *Materiały z I Ogólnopolskiej Konferencji Kształcenie liderów społeczności wiejskich, 21–22 stycznia 1997* (s. 82–88). Poznań: Fundusz Współpracy/Cooperation Fund.
Willems, E. P. (1977). Behavioral ecology. W: D. Stokols (red.), *Perspectives on environment and behavior* (s. 39–68). New York: Plenum Press.
Wilson, T. D., Capitman, J. A. (1982). Effects of script availability on social behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin, 8,* 11–20.
Winczo, M. (1994). Dwa kody – dwa światy? Czyli o tym, co może wynikać z odmiennej genezy kodów: percepcyjno-wyobrażeniowego i słowno-twierdzeniowego. W: M. Jarymowicz (red.), *Poza egocentryczną perspektywą widzenia siebie i świata* (s. 131–154). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Wing, J. K., Cooper, J. E., Sartorius, N. (1974). *Measurement and classification of psychiatric symptoms.* London: Cambridge University Press.
Wirsching, M. (1994). *Wokół raka. Pacjent, rodzina, opieka medyczna.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Wirth, L. (1938). Urbanism as a way of life. *American Journal of Sociology, 44,* 1–24.
Witkowski, S. A. (1995). *Psychologiczna prognoza efektywności kierowania. Możliwości i ograniczenia.* Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
Witkowski, T. (1993). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych.* Warszawa: Wydawnictwo MDBO.
Włodarczyk, C. (1994). Promocja zdrowia i polityka zdrowotna. W: J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia* (s. 15–42). Warszawa: Sanmedia.
Wojciszke, B. (1980). Ewolucja wyjaśniania poznawczego we współczesnej psychologii społecznej. *Przegląd Psychologiczny, 23,* 99–122 i 297–324.
Wojciszke, B. (1986a). *Teoria schematów społecznych.* Wrocław: Ossolineum.
Wojciszke, B. (1986b). *Struktura ja, wartości osobiste i zachowanie.* Wrocław: Ossolineum.
Wojciszke, B. (1991). *Procesy oceniania ludzi.* Poznań: Nakom.
Wojciszke, B. (1993). *Psychologia miłości.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Wojciszke, B. (1994). Multiple meanings of behavior: Construing actions in terms of competence or morality. *Journal of Personality and Social Psychology, 67,* 222–232.
Wojciszke, B., Bazińska, R., Jaworski, M. (1998). On the dominance of moral categories in impression formation. *Personality and Social Psychology Bulletin, 12,* 1245–1257.
Wojciszke, B., Brycz, H., Borkenau, P. (1993). Effects of information content and evaluative extremity on positivity and negativity biases. *Journal of Personality and Social Psychology, 64,* 327–336.
Wojciszke, B., Grzelak, J. (1995). Poczucie krzywdy Polaków: wzorce przeżywania, determinanty i konsekwencje. W: A. Biela, J. Brzeziński, T. Marek (red.), *Społeczne, eksperymentalne i metodologiczne konteksty procesów poznawczych człowieka* (s. 31–58). Poznań: Humaniora.
Wojciszke, B., Pieńkowski, R., Maroszek, A., Brycz, H., Ratajczak, M. (1993). Lay inferences of personality traits: The role of behavior prototypicality and between-trait differences. *European Journal of Social Psychology, 23,* 255–272.
Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services.* Toronto: Leonard Crainford.
Wolpe, J. (1993). *The practice of behavioral therapy.* New York: Pergamon Press.
Wolters, C. A., Yu, S. L., Pintrich, P. R. (1996). The relation between goal orientation and students' motivational beliefs and self-regulated learning. *Learning and Individual Differences, 8,* 211–238.
Wong, P. T. P., Weiner, B. (1981). When people ask „why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology, 40,* 650–663.
Wood, W., Chaiken, A. H. (1981). Stages in the analysis of persuasive messages: The role of causal attributions and message comprehension. *Journal of Personality and Social Psychology, 40,* 246–259.
Woods., P. J., Burns, J. (1984). Type A behavior pattern and illness in general. *Journal of Behavioral Medicine, 7,* 411–415.
Worchel, S., Morales, J. F., Paéz, D., Deschamps, J.-C. (red.). (1998). *Social identity.* London: Sage.
Worell, J., Remer, P. (1992). *Feminist perspectives in therapy: An empowerment model for women.* Chichester: Wiley.

World Health Organization (1992). *The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.* Geneva: Autor.
Woronowicz, B. T. (1997). *Alkoholizm jest chorobą.* Warszawa: PARPA.
Woydyłło, E. (1991). *Wybieram wolność.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
Wójcik, D. (1977). *Środowisko rodzinne a poziom agresywności młodzieży przestępczej i nieprzestępczej.* Wrocław: Ossolineum.
Wright, B. A. (1977). Issues in overcoming emotional barriers to adjustment in the handicapped. W: R. P. Marinelli, A. E. Dell Orto (red.), *The psychological and social impact of physical disability* (s. 356–362). New York: Springer-Verlag.
Wrześniewski, K. (1986). *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca* (wyd. 2). Warszawa: PZWL.
Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie: Wzór zachowania A.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Wrześniewski, K. (1996a). Pomiar radzenia sobie ze stresem – wybrane zagadnienia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, 3 (8–9),* 34–46.
Wrześniewski, K. (1996b). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 44–64). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Wrześniewski, K. (1998). Medycyna psychosomatyczna, medycyna behawioralna, psychologia medyczna, psychologia zdrowia – czy psychologia chorego somatycznie? *Nowiny Psychologiczne, 4,* 25–37.
Wrześniewski, K., Gebert, K. (1986). Czym jest, a czym nie jest medycyna psychosomatyczna – prezentacja aktualnych poglądów Z. J. Lipowskiego i J. J. Groena. *Przegląd Psychologiczny 29,* 155–162.
Wrześniewski, K., Lepczyński, P. (1985). Wzory reagowania emocjonalnego w sytuacjach stresowych i ich związek z chorobą somatyczną. *Polski Tygodnik Lekarski, 40,* 1285–1290.
Wrześniewski, K., Sosnowski, T. (1987). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI.* Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
Wyer, R. S., Jr. (1974). *Cognitive organization and change.* Potomac: Erlbaum.
Wygotski, L. S. (1971/1935). *Wybrane prace psychologiczne.* Warszawa: PWN.
Wygotski, L. S. (1978). *Narzędzie i znak w rozwoju dziecka.* Warszawa: PWN.
Wynne, L. C., Cole, R. E. (1983). Rochester Risk Research Program: A new look of parental diagnosis and family relationships. W: H. Stierlin, L. C. Wynne, M. Wirsching (red.), *Psychosocial intervention in schizophrenia* (s. 35–48). Berlin: Springer-Verlag.
Yakimovitch, D., Saltz, E. (1971). Helping behavior: The cry for help. *Psychonomic Science, 23,* 427–428.
Yamagishi, T., Sato, K. (1994). Motivational bases of the public goods problem. *Journal of Personality and Social Psychology, 50,* 67–73.
Young, D. P., Dixon, N. M. (1997). *Healping leaders take effective action: A program evaluation.* Greensboro, NC: Center for Creative Leadership.
Young-Bruehl, E. (1996). *The anatomy of prejudices.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
Zabłocki, J. (1997). *Wprowadzenie do rewalidacji.* Toruń: Wydawnictwo A. Marszałek.
Zadny, J., Gerard, H. B. (1974). Attributed intentions and informational selectivity. *Journal of Experimental Social Psychology, 10,* 34–52.
Zagrodzka, J. (1997). Neurofizjologiczne mechanizmy zachowania emocjonalnego. W: T. Górska, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie* (s. 359–377). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Zajonc, R. B. (1965). Social facilitation. *Science, 149*, 269–274.
Zajonc, R. B. (1985). Uczucia a myślenie: nie trzeba się domyślać, by wiedzieć, co się woli. *Przegląd Psychologiczny, 28*, 27–72.
Zakrzewski, M. (1991). Swobodne opisy kandydatów na urząd prezydenta RP w wyborach jesienią 1990 roku. W: W. Z. Daab, K. Korzeniowski, P. Boski, K. Gembura-Chmielewski, K. Skarżyńska, M. Zakrzewski (red.), *Polski wyborca '90. Psychospołeczne studia nad wyborami prezydenckimi* (s. 25–51). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Zalewska, M. (1990). *Funkcje słuchowe u dzieci głuchych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
Zalewska, M. (1998). *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy*. Warszawa: Jacek Santorski.
Zamek-Gliszczyńska, X. (1980). The work psychology in Poland. W: X. Zamek-Gliszczyńska (red.), *Work psychology in Europe* (s. 175–186). Warszawa: PWN.
Zautra, A. J., Manne, S. L. (1992). Coping with rheumatoid arthritis: A review of a decade of research. *Annals of Behavioral Medicine, 14*, 31–39.
Zawadzki, B. (1965). Wybrane problemy psychopatologii. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (seria 4, t. 1, s. 38–188). Warszawa: PWN.
Zeidner, M., Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. W: M. Zeidner, N. S. Endler (red.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (s. 505–531). New York: Wiley.
Zeig, J. K. (1997). *Spotkania z Ericksonem*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Zeigarnik, B. (1983). *Podstawy patopsychologii klinicznej*. Warszawa: PWN.
Zespół ds. Edukacji Zdrowotnej Europejskiego Biura Regionalnego WHO (1994). Styl życia a zdrowie. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, 1 (1–2)*, 99–111.
Zillmann, D. (1979). *Hostility and aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Zillmann, D. (1987). Cognition-excitation interdependencies in aggressive behavior. *Aggressive Behavior, 14*, 51–64.
Zillmann, D., Bryant, J. (1974). Effect of residual excitation on the emotional response to provocation and delayed aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 30*, 782–791.
Zillmann, D., Cantor, J. R. (1976). Effect of timing of information about mitigating circumstances on emotional responses to provocation and retaliatory behavior. *Journal of Experimental Social Psychology, 12*, 38–55.
Zillmann, D., Cantor, J. R. (1977). Affective responses to the emotions of a protagonist. *Journal of Experimental Social Psychology, 13*, 155–165.
Zimbardo, P. G., Ruch, F. L. (1996). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Znaniecki, F. (1973). *Socjologia wychowania*. Warszawa: PWN.
Zolich, R. (1983). *Dystans wobec lekarza a działania zdrowotne pacjenta*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Pedagogiki i Psychologii UŚ, Katowice.
Zuckerman, M. (1978). Actions and occurrences in Kelley's cube. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*, 647–656.
Zuckerman, M. (1979). Attribution of success and failure revisited, or: The motivational bias is alive and well in attribution theory. *Journal of Personality, 47*, 245–287.
Zuwerink, J. R., Devine, P. G. (1996). Attitude importance and resistance to persuasion: It's not just the thought that counts. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 931–944.
Żebrowska, M. (1946/1947). Poradnia Pedologiczna Patronatu Opieki nad Więźniami w Warszawie. *Psychologia Wychowawcza, 2/3*, 89–90.

Indeks rzeczowy

A

afazja 665
  kondukcyjna 666
  pierwotna postępująca 666–667, 671
  podkorowa 666
  transkorowa 666
agresja 723
  definicja 147
  instrumentalna 147
  interpersonalna 724
  katharsis 161–162
  kryminalna 723, 724
  modelowanie 153–155
  przeniesienie 151
  spirala przemocy 162
  teoria frustracji–agresji 150–153
  teoria instynktu 148–150
  teoria popędu 150–153
  teoria uczenia się 153–156
  wroga 147
  zrytualizowana 149
agresji przemieszczenie 217
agresji wyznaczniki
  emocje 158–160
  genetyczne 156
  normy społeczne 160–161
  prowokacja 156–158
  środki przekazu 160
agresywne zachowanie 724
akalkulia 633
aktywizacja wiedzy 35
  wyznaczniki 44
aktywność polityczna 393
  akceptacja systemu 394
  konwencjonalna 393
  niekonwencjonalna 393
  polityczne zniechęcenie 395
alienacja 218, 381, 395
altruizm 164
  patrz też: pomocne zachowanie
analiza pracy 295
  etapy 295
  rezultaty 295
  zastosowanie 295
analiza wymagań 296
analiza zadań 296
analiza zawodoznawcza 295
Anonimowi Alkoholicy 693
Anonimowych Alkoholików grupy 618
anoreksja 633
asocjalność 726
asymetria aktor–obserwator 62–64
asymetria czynnościowa półkul mózgowych 672
asymetria pozytywno-negatywna 71–72
atrakcyjność
  definicja 175
  fizyczna 183–184
  komplementy 184–185
  podobieństwo 182–183
  przysługi 184–185
atrybucja asymetrii aktor–obserwator 62–64
  błędy 60–67
  definicja 46–47
  efekt fałszywej powszechności 65–67
  egocentryzm atrybucyjny 65
  egotyzm atrybucyjny 64–65
  funkcje 67–69
  podstawowy błąd a. 60–62
atrybucja przyczynowa 136
  wewnętrzna (wewnątrzgrupowa) 134
  zewnętrzna przyczyn 134
atrybucji teorie
  Bema 50–51, 83
  Heidera 46–48
  Hiltona i Slugoskiego 56–58
  Jonesa i Davisa 48–50
  Kelleya 51–56
  Kruglanskiego 58–59
  model ANOVA 51–54
autoatrybucja 50–51
autokoncentracja 88
automatyzacja 289
autorytaryzm 218, 389, 390
autorytet 199
autyzm 633, 635, 640–642, 646

B

badania nad psychoterapią
  studium przypadku 793
  badania eksperymentalno-laboratoryjne 793
  badania naturalistyczno-korelacyjne 793
  model eksperymentalno-naturalistyczny 793
bariery społeczne 130
behawioralno-poznawcza koncepcja zapobiegania nawrotom picia 698
  czynniki ryzyka nawrotu 698
  zapobieganie nawrotom 699
bezczynność zawodowa 306
bezrobocie 305–306, 310
  długotrwałe 310–311
  grupy zagrożenia 309
  kryteria selekcji 310
  teoria deprywacji 310
  teoria fazowa Ezzy'ego 310
  skutki psychologiczne 310
bezwzględny gracz 382–383
bierność polityczna 394
bilans choroby 516
bioenergetyka 775
brak kontroli 430

C

cechy kryterialne 304
cechy osobowości 589
  paranoiczne 589
  schizoidalne 589
cele sprawnościowe 274–275, 276
cele wykonaniowe 274–275
centralny tor perswazji 95–96, 99, 103–104
choroba Alzheimera 670
choroba psychiczna 560
choroba Wilsona 669
cykl uczenia się 263
cynizm 219
częstość kontaktów 179
człowiek racjonalny 126
czynnik ryzyka zaburzeń 637
czynniki ryzyka 612
czynności emocjonalne 522

D

dane personalne 303
decentracja 123, 125
decyzje kadrowe 294–303
  alokacja 303
  klasyfikacja 303
deficyt 631
dehumanizacja pracy 305
  obciążenie pracą 306
  przeciążenie 306
    ilościowe 306
    jakościowe 306
deindywiduacja 110
dekompensacja 639
demencja (otępienie) 669–671, 681
  pseudodemencja 669

typu Alzheimera – DAT 670–671
wielozawałowa – MID 670–671
deprecjacja grupy przeciwstawnej 217
depresja 635, 642, 643
diagnoza neuropsychologiczna 655, 679–684
ekologiczna 682, 688
funkcjonalna 680–682, 688
lokalizacyjna 680–681, 688
różnicowa 680
diagnoza psychologiczna zaburzeń psychicznych 571–580
mechanizmów 576–578
na potrzeby terapii 575–576
nozologiczna 578
objawowa 576
osobowości 574–575
przyczynowa 571–575
różnicowa 567–571
skutków 57, 576–580
diagnoza różnicowa 671
diagnoza zaburzeń psychicznych 560
dobór krewniaczy 173
dobrostan biopsychospołeczny 607
dojrzały zamiar 549
dojrzewanie
definicja 239
a uczenie się 240
doradztwa modele 317–319
model konsultacyjny 317
model rehabilitacyjny 318
doradztwo zawodowe 317
doradztwo w miejscu pracy 317–318
doradztwo otwarte 317
doświadczenia o silnym ładunku emocjonalnym 208
drzwi przed nosem 202
dylematy dóbr publicznych 130
dylematy ograniczonych zasobów 130
dynamiczny układ funkcjonalny 664
dynamika lęku i nadziei 518
dysfunkcja mózgu 650
dysgrafia 628, 645
dyskryminacja w pracy 309
„akcja afirmacyjna" 309
grupy zagrożenia 309
„odwrócona dyskryminacja" 309
równe szanse zatrudnienia 309
dysleksja 628, 633, 645
dyspozycje symboliczne 385, 395
dyspozycje umysłowe 266
dyspozycyjny dochód osobisty 356
dystans społeczny 219

E

edukacyjne sukcesy i niepowodzenia 271
czas nauczania 271
czas zaangażowania zadaniowego 272
ilość przerabianego materiału 271
paradygmat proces – wynik 271
efekt asymilacji 93
efekt fałszywej powszechności 65–67
efekt kontrastu 93, 386
efekt negatywności 71
efekt obojętnego przechodnia 165–166
efekt pierwszeństwa 70, 101
efekt Rosenthala 827
efekt samej ekspozycji 82–83, 179
a emocje 81–83
a pamięć 85–86
a skrypt 88
a spostrzeganie 84–86
a zachowanie 83, 86–92
geneza 79–84
teoria działań przemyślanych 89–91
teorie zmiany postaw 92–97
efekt świeżości 70, 101
efekty odnoszenia do Ja 110
egocentryzm 123, 125
egocentryzm atrybucyjny 65
egoizm 164,169
egotyzm atrybucyjny 64–65
egzemplarz 207
egzocentryczna motywacja 173
ekologia behawioralna 412, 416
ekologia społeczna 406
ekspresja emocji 522
emocja
wpływ na postawy 81–83
a agresja 158–160, 162
a pomaganie innym 167–169, 173–175
a zmiana postaw 99–100
empatia 125
a pomaganie 169–170
endocentryczna motywacja 173
epidemiologia behawioralna 533
ergonomia 286, 288, 290
etologia 148–149
etyka ekologiczna 420–424

F

facylitacja społeczna 188
fałszywe alarmy 38–41
faworyzowanie własnej grupy 217
fiksacja 151
frustracja a agresja 150–152, 157–158
fundusz swobodnej decyzji 356

G

genogram 580
geny a agresja 156
globalizacja 286
gra – dylemat więźnia 128
gra kurcząt 128
gra o sumie stałej 127
gra pokus i obaw 131
gradient poznawczy 659
grupa 189
grupowa polaryzacja 192
wielkość grupy 190
grupy samopomocy 618, 686
grupy społeczne 118
grupy wzajemnej pomocy 618
gwałt 149

H

hamowanie społeczne 188
heurystyka ustosunkowania 86
heurystyka zakotwiczenia/dostosowania 61–62
higiena psychiczna 612
hipoteza konfliktu uwagi 189
hipoteza trójkąta 141
honoru kultura 157
huśtawka emocjonalna 202
hydrauliczna teoria agresji 148–149

I

identyfikacja 137, 203
ideologia romantyczna 243
ideologiczny tryb myślenia 387–388
ideologie 387
iloraz inteligencji 642
iluzoryczna korelacja 208, 209
indywidualizm 390
indywidualnego doświadczenia homogeniczność 208
informacja 203
korzystanie 527
unikanie 527
uzyskiwanie 527
inklinacja pozytywna 71
instynkt a agresja 148–153
integracja informacji 69–72
intencje 547
interwencja kryzysowa 164–166, 605, 615–616, 685
interwencja psychologiczna a agresja 163–164
interwencja wychowawcza 229, 233, 234
podwójna interwencja 233
skierowana na osobę 234
skierowana na otoczenie 233
w rzeczywistość indywidualną 234

w rzeczywistość społeczną 234
Inwentarz Objawów Psychopatologicznych (PSE) 570
Inwentarz Osobowości Eysencka (MPI) 575
Inwentarz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) 487

J

Ja 640, 646
podmiotowe 112
przedmiotowe 112
jakość życia 610

K

kary a agresja 162–163
kategoria społecznie konstruowana 118, 294
kategorii poznawczych szerokość 208
kategoryzacja społeczna 109, 209, 210
katharsis 161–162
kierownictwo 334
Kierunki Radzenia Sobie z Aktualnymi Problemami (COPE) 482
klasyfikacja zachowań 296
klient 824, 827
klimat organizacyjny 289
kolektywizm 390
kompetencje 203
komplementy 184
kompromis 400
komunikacja masowa 355
koncepcja choroby 514
koncepcja oczekiwań 138
koncepcja porównań społecznych 116
koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia 700–705
psychobiospołeczny (PBS) model uzależnienia 700
czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu 701
mechanizm nałogowego regulowania emocji 700, 701–702, 706, 708
mechanizm iluzji i zaprzeczania 700, 702–703, 705, 706
mechanizm rozpraszania i rozdwajania Ja 700, 703–705, 706
koncepcja umiejscowienia kontroli J. B. Rottera 721, 722–723
koncepcja uzależnienia w ujęciu psychologii Ja 699–700
koncepcja zmian życiowych 467, 474
konflikt grupowy 217
konflikt polityczny 396
konflikt destruktywny 397
geneza 397–398
sposoby rozwiązywania 399–401
rozwiązania integratywne 400
zapobieganie 401
konflikty wieloosobowe 129
konformizm 189
kontrakt 824–825, 830
kooperacja 128
kortyzol 157
kozioł ofiarny 394
Krótka Skala Psychopatologiczna 570
kryzys 615, 617
kryzysy tożsamościowe 110
kryzysy w niepełnosprawności
kryzys psychiczny 805
kryzys ograniczonej niezależności 806
kryzys pustki społecznej 807
kryzys związku z partnerem seksualnym 807
kształcenie 259
kształcenie myślenia 265
kultura organizacyjna 317, 325
akulturacja 327
etyka pracy 325
modernizacja 327
„protestancka etyka pracy" 328
teoria indywidualizmu – kolektywizmu 325
kupowanie impulsywne 371–374
ceny odniesienia 372
Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie (WCQ) 481–482

L

legitymizacja 203
lęk egzaminacyjny 276
lęk fobiczny (agorafobia) 584
lęk przed eksploatacją 137
Lista Objawów (MSCL–90) 571

M

macierz dana 138
macierz efektywna 138
makiawelizm 381–382
maksymy konwersacji 59–60
Mandala Zdrowia 607
mapy poznawcze 434
mechanizmy adaptacyjne 642, 643
infantylność 643
kompensacja 643
mechanizmy obronne 642, 643
mechanizmy obrony ego 110
medycyna behawioralna 454–455
medycyna psychosomatyczna 450–451, 453
mentalność 389
metoda ośrodków oceny 303
metodologia badań psychologicznych 446–450
badania ewolucyjne 446
badania prospektywne (podłużne) 449
badania retrospektywne 450
metoda eksperymentu laboratoryjnego 449
model przekonań zdrowotnych 447
podejście interdyscyplinarne 449
randomizacja 449
metodologia korelacyjna 650
metody badania potencjału pracownika 297–300
inwentarze biograficzne 300
symulacje 300
testy sprawnościowe 297
testy uzdolnień mechanicznych 297
metody oceny
Ćwiczenia „Koszyka" (ĆK; *in-basket*) 305
Ćwiczenia Grupowe (ĆG) 305
Inwentarzowy Test Sytuacyjny (ITS) 304
Prezentacja Formalna (PF) 305
Strukturyzowany Wywiad Zachowania 305
Studium Przypadku (SP) 305
Symulacja Odgrywania Roli (SOR) 305
Symulacyjne metody oceny 304–305
Sytuacyjny Test Wideo (STW) 304
Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD–10) 563, 568
Minesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (MMPI) (zob. WISKAD) 569
mniejszość 191
model kliniczno-opiekuńczy 560
model Minnesota 694–695
model przekonań zdrowotnych 546
oczekiwanie pozytywnego wyniku 546, 549
oczekiwanie własnej skuteczności 546, 549
model stanów nienormalnych 56–58
model szans na rozpracowanie przekazu 95–97
model środowiskowo-profilaktyczny 560
modele terapii uzależnienia oparte na teorii uczenia się 695–699
trening umiejętności zaradczych Montiego 696
teoria uczenia społecznego Alberta Bandury 697
modele umysłowe 264
modelowanie 135, 153–155
modyfikacja uprzedzeń i stereotypów 220–223
hipoteza kontaktu 221–222
model kumulacyjny 220
model podtypu 220
model rozcieńczenia 220
model zmiany radykalnej 220
teorie zmiany 220

motyw 525
motyw zdrowotny 461
motywacja 726
motywacja do ochrony 547
motywacja osiągnięć 360
motywacja pracy 286, 331–334
motywacja wewnętrzna 275
  a cele uczenia się 275
motywacji teorie 332–333
  koncepcja wzbogacania pracy 333
  motywatory 333
  teoria hierarchii potrzeb Maslowa 333
  teoria równowagi Adamsa 333
multimedialne środki przekazu 265
myślenie historyczne 262
  komplementarne modele wyjaśniające 263

N

nabywanie kompetencji 260
  nowicjusze 269
  specjaliści 260
nadawca przekazu 97–98
nagrody 203
nastrój
  a pomaganie 174–175
  a zmiana postaw 103–105
negocjacje 202
neopsychoanaliza 769
nerwica 635
neurolingwistyka 656
neuropsychologia 649–660
  człowieka (dorosłego) 656
  dziecka (rozwojowa) 656
  medyczna 657
  poznawcza 657, 665
  środowiskowa (ekologiczna) 657–658
  zwierząt 655
neurosemiotyka 656
niedobór zasobów w stosunku do potrzeb 430
niepełnosprawna osoba 798, 800, 809, 812
niepełnosprawności rozpoznawanie 799
niepełnosprawność 800, 813, 815
  intelektualna 642
  psychologiczna 800
niepoczytalność 727
niewiedza wielu 165
niska piłka 202
niszczenie zabawek 634
nonkonformizm 191
norma (norma psychiczna) 560, 635
normy nakazowe 190
normy opisowe 190
normy społeczne
  a agresja 160
  a pomocność 170–171
  n. odpowiedzialności społecznej 170
  n. wzajemności 170
nurty teoretyczne w psychoterapii 767–776
  bioenergetyka 775
  neopsychoanaliza 769
  podejście humanistyczno-egzystencjalne 771
  podejście psychoanalityczne 768
  podejście systemowe 773
  psychoterapia egzystencjalna 773
  psychoterapia eklektyczna 776
  psychoterapia Ericksonowska 775
  psychoterapia skoncentrowana na osobie 772
  szkoła komunikacyjna 774
  teoria relacji z obiektem 769
  terapia behawioralna 770
  terapia Gestalt 772
  terapia poznawcza 770
  terapia strukturalna 774
  terapia zorientowana na proces 776

O

obiektywne dane produkcyjne 303
  dane szacunkowe 303
obraz własnej choroby 514, 523
obserwacja 673
ocena
  a hipoteza 74–76
  a schemat 72–73
  asymetria pozytywno-negatywna 71–72
  efekt negatywności 71
  efekt pierwszeństwa 70
  efekt świeżości 70
  inklinacja pozytywna 71
  integracja informacji 69–72
  strategia diagnostyczności 74–75
  strategia konfirmacji 75
  uśrednianie 69
ocena personelu 303–305
  cele 303
  metody oceny 304–305
  miary/kryteria 303
  ośrodki oceny pracy 300
  procedury 303
ocena poznawcza 479–480
ocena wytworu 219
oczekiwania ekonomiczne 355–358
  konsumenckie 356, 357
  produkcyjne 357
oferty wychowawcze 231–232
  definicja 231
  konstruowanie 232
  dopasowanie (gotowość do przyjęcia) 231–232
  warunki realizacji 232
Ogólny Zespół Adaptacyjny (GAS) 465
opis 206
organizacja formalna 323
organizacja pracy 296
organizacja przekazu 101
organizacja wirtualna 294
  cyberprzestrzeń 294
organizacji dopasowanie 325, 327
organizacji rozwój 291, 339
  poszerzanie pracy 339–342
  wzbogacanie pracy 339–342
organizacji system 321, 339–343
  elementy 321
  systemy eksperckie 339
  projektowanie pracy 339
organizacji środowisko 322–323, 331, 340
  wewnętrzne 323
  zewnętrzne 323
organizacji zmiany dysfunkcjonalne 325
  indywidualno-środowiskowe zmiany 327
  morale pracownicze 327–328
  poczucie jakości życia 328
  przywiązanie do organizacji 328
  spostrzegana kompetencja własna 328
  stres organizacyjny 327
  zaangażowanie w pracę 327
organizacji zmiany funkcjonalne 325
organizacyjne zachowania 329
organizacyjny klimat 324
orientacja egoistyczno-roszczeniowa 394
orientacja indywidualistyczna 391
orientacja indywidualistyczno-demokratyczna 393
orientacja kolektywistyczna 390
orientacja kolektywistyczno-autorytarna 393
orientacja w świecie polityki 383–384
orientacje społeczne 141
orzeczenie (ekspertyza) neuropsychologiczne 686
osobowość 589–590
  anankastyczna (obsesyjno-kompulsywna) 590
  antysocjalna 726
  autorytarna 389
  borderline 635, 643
  chwiejna emocjonalnie 589
  dyssocjalna 589
  histroniczna (histeryczna) 589
  lękliwa 590
  odporna 461
  paranoiczna 589
  schizoidalna 589
  zależna 590
oszczędzanie 374–377
  formy 374
  motywy 374
  odroczona gratyfikacja 375
  preferencja czasu 375
  skłonność do ryzyka 375
ośrodek aktywności 413
ośrodki interwencji kryzysowej 616–618
otępienie (demencja) 669–672
  o. właściwe 670
  proces otępienny 670

P

paradygmat patogenetyczny 460
paradygmat salutogenetyczny 460
partycypacja 337
  formy 337–338
  wdrażanie 338
partycypacji programy 338
  demokracja zakładowa 338
  koła jakości 338
  samozarządzające się zespoły 338
  współzarządzanie 338
patologia 635, 636, 639
patologia pracy 305
patologia psychiczna 561
  kryteria 561
patomechanizm 640–644
patopsychologia eksperymentalna 556
perswazja – patrz: zmiana postaw 193
peryferyjny tor perswazji 95–96, 98, 99, 103–104
pierwotne poczucie tożsamościowe 113
poczucie koherencji 462, 562
poczucie kolektywnej skuteczności 395
poczucie politycznej bezradności 396
poczucie politycznej skuteczności 395
poczucie prywatności 427
podatki 363
  unikanie płacenia podatków 364
  oszustwa podatkowe 363
podejście deskryptywne 206
podejście ewaluatywne 206
podejście kulturowe 207
podejście psychoanalityczne 768
podejście społeczno-poznawcze 207
podejście systemowe 773
podobieństwo 182–183
Podręcznik Diagnostycznych i Statystycznych Zaburzeń Psychicznych (DSM) 563, 568
podstawowy błąd atrybucji 60–62
podtyp 208
poinformowana zgoda 829
polityczne przedmioty 379
polityczne zjawiska 379
pomoc psychologiczna
  opieka terapeutyczna 605, 645, 684–685
  ośrodki socjoterapeutyczne 646
  porada 644
  psychoterapia 630, 642, 645
  psychoedukacja 645, 647
  reedukacja 628, 645
  rehabilitacja 645
pomocne zachowanie
  definicja 164
  efekt obojętnego przechodnia 166
  obecność innych 166, 171–172
pomocnych zachowań teorie
  decyzyjny model interwencji 164–166
  model pobudzenia–bilansu 166–169
  teoria norm 169–171
popęd 525
poradnictwo psychologiczne 603, 616, 686
porażek ponoszenie 276
porażenie mózgowe 633
porozumiewanie się 136
porównań społecznych teoria 192
posłuszeństwo 199
postawa 192
  definicja 79
  doskonale racjonalna 80, 98
  roszczeniowa 542
potencjały zdrowia 537
potrzeba kontroli 191
potrzeba osiągnięć 359
poznawcza odrębność Ja – Inni 123
poznawcza reprezentacja zjawisk ekonomicznych 354, 355
praca 294
  bezpieczeństwo 283
  definicja prawna 294
  jakość 283
  optymalna ścieżka kariery 311
  otoczenie pracy 295
  proces pracy 294, 296
  produktywność 283
  przystosowanie 283, 285
  wydajność 283
  zakład pracy 294
  zawodowa 311
pracownika potencjał 297
pracowników selekcja 300–301
  klasyczny model selekcji 301
  koszty 301
  prawdopodobieństwo sukcesu w pracy 301
  procedura 301
pracy rodzaje 290–294
  fizyczna 290, 294
  umysłowa 294
  telepraca 294
prawo Yerkesa–Dodsona a agresja 159
prewencja (profilaktyka) zaburzeń 605, 612, 686–687
proces indywiduacji 239
procesu nauczania modele 266
  dokonywanie odkryć 267
  nauczyciel jako mistrz 269
  problemy i zadania specyficzne 268
  stymulujący współpracownik 268
  zadania i projekty 268
procesu nauczania złożoność 269
procesualny model czynności zdrowotnych 548–549
progresywizm 243
promocja zdrowia 603, 607, 687
prototyp 29, 207
prototyp Ja 114
prowokacja 156–158
próżniactwo społeczne 193
prywatna koncepcja natury ludzkiej 214
przedsiębiorczość 358–359
przejściowa amnezja globalna (TGA) 72–673
przemoc domowa 755
  definicja 755–763
  pranie mózgu 760
  proces wiktymizacji 759
  przemoc psychiczna 760
  psychologia ofiar 758–759
  psychologia sprawców 756–758
przestępca 712
przestępstwo 710
przestrzeń społeczna 194
przesunięcie ryzyka 192
przewidywanie zjawisk ekonomicznych 357–358
przymus 202
przynależność symboliczna 119
przysługi 184–185
przywiązanie do marki 370
  minimalizacja wysiłku poznawczego 370
przywiązanie do organizacji 331
przywództwa style 337
  autokratyczny 337
  negatywny 337
  partycypacyjny 337
  pozytywny 337
  typ *laissez faire* 337
przywództwa teorie 336–337
  sytuacje niesprzyjające 336
  sytuacje sprzyjające 336
przywództwo 334
  cechy 335
  definicja 334
  kompetencje przywódcze 335–336
psychiczny dobrostan 610
psycholingwistyka 665
psycholog wychowawczy 255
  zadania 255–256
psychologia ekologiczna 405–440
psychologia kliniczna 555
psychologia kliniczna dziecka 623, 626, 631
  neuropsychologia rozwojowa 630–631
  psychologia defektologiczna 628–630
  psychologia kliniczno-wychowawcza 628
  psychologia pediatryczna 631–632
  psychologia pedopsychiatryczna 631
  psychologia sądowa 627–628
psychologia kształcenia 259–279
  kierunki badań 259
psychologia medyczna 459
psychologia motywacji 726
psychologia poznawcza 665
psychologia pracy 283–320
  człowiek dopasowany 285
  postindustrialny paradygmat 292
  psychologia inżynieryjna 286, 288
  psychologia kadr 288
  psychologia organizacji 288, 322
  psychologia poradnictwa i doradztwa zawodowego 288
  psychologia przemysłowa 284
  psychologia robotyzacji i systemów informatycznych 289

psychologia stosunków międzyludzkich 285
psychologia szkolenia zawodowego 288
psychologia warunków pracy 288
psychologia zarządzania 288
psychologia zatrudnienia (zawodoznawstwo) 288
psychologia prewencyjna 612
psychologia systemów 289
systemy socjo-techniczne 289
socjo-technika 289
system człowiek – maszyna 290
psychologia środowiskowa 412, 417–420
środowisko naturalne 419
środowisko fizyczne 419
psychologia tożsamości 107–125
psychologia wychowania 227–256
zadania 230–232
psychologia zdrowia 456–457, 459
definicja 457
psychologiczna teoria współzależności 138
psychoneuroimmunologia 509
psychopatia 636, 714, 717
pierwotna 718
wtórna 718
psychopatologia 556
psychosomatyka 452–454, 631
psychotechnika 290
psychoterapia 579–580, 587–588, 767–795
behawioralno-poznawcza 588, 595
desensytyzacja 588
grupowa 588
humanistyczna 588
rodzaje 587–588
systemowa 588
wybór form 579–580
wybór treści 578–579
psychoterapia egzystencjalna 773
psychoterapia eklektyczna 776
psychoterapia Ericksonowska 775
psychoterapia grupowa 788–791
grupy zamknięte 789
grupy otwarte 789
psychoterapia skoncentrowana na osobie 772
psychoza 643
pułapki inwestycyjne 362–363
efekt utopionych kosztów 362
pułapki społeczne 130
punkt równowagi 128

R

radzenie sobie ukierunkowane na emocje 517
radzenie sobie z chorobą 523–529
instrumentalne radzenie sobie 523
style 528
radzenie sobie ze stresem (*coping*) 475
efektywność 487–491, 529
funkcje 476–478
mechanizmy obronne osobowości 476
mechanizmy obrony psychologicznej 476
proces radzenia sobie ze stresem 475–476, 478
stadia 478
strategie (style) 475, 481, 484–485, 527
reakcje seksualne
przebieg 732–734
kobiety 732
mężczyzny 733
reforma szkolnictwa 266
regresja 151
regresja do średniej 67
reguła minimaksu 127
rehabilitacja 813, 815, 816, 818
rehabilitacja neuropsychologiczna 682, 685, 688
relacja symbiotyczna 642
relacja z obiektem 640
responsywność 179
rola społeczna 31
rola wykształcenia 278
rozmowa psychologiczna 573
rozpoznawalność zachowań jednostki 133
rozproszenie odpowiedzialności 166, 193
rozumowanie naukowe 263, 264
rozwój 635
defekty w rozwoju 630
faza 637
fragmentaryczne opóźnienia 631
patologia 632, 633, 636, 637
rozwój intelektualny 641
upośledzenie rozwoju 630
zaburzenia 632, 633, 636
różnice indywidualne 637
ruch wolontariuszy 618
rutyny nauczycielskie 270
rywalizacja 128, 436
ryzyko w ekonomii 360
podejmowanie ryzyka 365–366
ryzyko związane z losem 362
ryzyko związane ze sprawnością 362
stosunek do ryzyka 359, 360
unikanie ryzyka 366
wielkość ryzyka 360

S

samopoznanie 112
samospełniające się proroctwa 75–76
schemat
a cecha 32
a hierarchiczność 29
a oceny 72–73
a prototyp 29
a skrypt 30
a stereotyp 31
definicja 28
przyczynowy 54–56
wpływ na pamięć 27–28, 37–42
wpływ na rozumienie 35–37
wpływ na uwagę 36
wpływ na zachowanie 42–43
schemat grupowy 207
schizofrenia 595–602
hebefreniczna 596
katatoniczna 596
leczenie 599–602
paranoidalna 596
prosta 597
przyczyny 598–599
rezydualna 597
urojenia 595
seksualności badania naukowe 731–735
sektorowa analiza rynku pracy 295
selekcji pracowniczej kryteria 300–301
proporcja odrzuconych 300
rzetelność 301
trafność 301
selekcji pracowniczej testy 294–301
miniaturowe próbki 299
procedura dopasowania stanowisk i ludzi 303
„sytuacja pracy" 294
sfery aktualnego rozwoju 251
sfery rozwoju najbliższego 251
siła przekonywania 194
Skala Depresji Hamiltona (HDRS) 570
Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych (WAIS-R-[PL]) 574
Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci (WISC-R) 574
skala makiawelizmu 381–382
Skala Społecznego Dystansu 219
Skala Stylu Behawioralnego Miller (MBSS) 487
skrypt
a postawa 88
definicja 30
wpływ na rozumienie 37–42
wpływ na zachowanie 42, 88
socjalizacja 725
socjalizacji modele 243
socjo-techniczne projektowanie 342–343
spirala przemocy 162
społeczno-ekologiczny model zdrowia 607
spostrzeganie 122
spostrzegania charakter synkretyczny 122
spostrzeganie przyczyn – patrz: atrybucja
standardy ewaluacyjne 295
stereotyp
a oceny 72–73
a schemat 31
stereotypy społeczne 206
cechy 207
egotystyczne 211
funkcje 211
geneza 208–211

metody badania 213
poznawcze 212
tożsamościowe 211
trwałość 208
stopa w drzwiach 201
strategia diagnostyczności 74–75
strategia konfirmacji 74–75
strategia lustrzanego odbicia 135
strategia negatywna 613
strategia pozytywna 613
strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia 708–710
osobisty plan terapii osoby uzależnionej 710
podstawowe elementy technologii psychoterapii uzależnienia 709
podstawowe zadania i tematy pracy 708
strategie behawioralne 523
strategie poznawcze 523
stres biologiczny 466
stres ekstremalny 474
stres organizacyjny 328
konflikt roli 328
wieloznaczność roli 328
stres psychologiczny 466–468, 472
ocena pierwotna 470
ocena poznawcza 469–470
ocena wtórna 470
relacyjne ujęcia 468–469
stres traumatyczny 474, 616
stresory 472
uniwersalne 474
stresu pourazowego zespół 497
struktura Ja 108, 112
struktura współzależności 127
studium przypadku 624, 654–655
styl życia 541–542
związany ze zdrowiem 543, 552
style nauczania a bezradność intelektualna 273
stylów nauczania rola 271–274
subiektywne koncepcje zdrowia 458–459
subiektywne teorie inteligencji 275
sukces w pracy 297
kryteria miękkie 297, 303
kryteria twarde 297
sukcesów osiąganie 276
swoboda wyboru zachowań 429
zachowania neutralne 429
zachowania intencjonalne wymierzone w przedmiot 429
czynniki niespecyficzne 431
czynniki specyficzne 431
system społeczny 323–324
elementy 323
normy 323
role 323
system zależności transakcyjnych 417
sytuacja trudna 635, 639
sytuacja zadaniowa 523
szkoła komunikacyjna 773–774
sztuczna inteligencja („inżynieria wiedzy") 289

Ś

środki przekazu 101–102
a przemoc 160
a zmiana postaw 101–102
środowisko drugoplanowe 429
środowisko miejskie 432
niewidzialne miasta 432
stres wielkomiejski 432–433
relacje funkcjonalne (modularne) 434
środowisko pierwszoplanowe 429
środowisko wychowawcze 228, 238
zorientowane na osoby 238
zorganizowane pozycjonalnie 238
świat polityki 379
orientacja ideologiczna 381
orientacja pragmatyczna 381

T

tajemnica zawodowa 823, 828, 830
taksonomia zadań (klasyfikacja) 296
techniczne systemy 343–349
systemy człowiek – maszyna 344–349
systemy eksperckie 343
rozwój SCM 345
techniki psychoterapii 781
desensytyzacja 781
interpretacja 781
klaryfikacja 782
kontakt 783
metafory 782
paradoks pragmatyczny 782
psychodrama 783
techniki adresowane bezpośrednio do ciała pacjenta 783
techniki modelowania 782
trans hipnotyczny 783
technologia humanistyczna 292
telefon zaufania 616
telewizja
a przemoc 160
a zmiana postaw 101–102
teoria adaptacji poznawczej 520
teoria czynności 458
teoria działań przemyślanych 89–91
teoria gier 126
teoria kar i nagród
a agresja 153–155, 162–163
a atrakcyjność 175–176
a pomaganie 167–169
teoria kategoryzowania samego siebie 118
teoria kontroli W. C. Recklessa 721
wewnętrzna kontrola 722
zewnętrzna kontrola 721, 722
teoria organizacji zachowania 523
teoria planowanego zachowania (TPB) 547
teoria przesunięcia pobudzenia 158
teoria relacji z obiektem 769
teoria równowagi poznawczej 176–179
teoria sądów społecznych 92–93
teoria społecznej dominacji 389
teoria tożsamości społecznej 118
teoria uzasadnionego zachowania (TRA) 547
Teoria Wyuczonej Bezradności 594
teoria zachowania zasobów 471
teorie ewolucji altruizmu 141
teorie rozwoju zawodowego 311–317
dojrzałość zawodowa 314
heksagonalny model 315
modalne preferencje personalne 315
preorientacja zawodowa 315
teoria cechy i czynnika 311
wysublimowane wzory tożsamości zawodowej 314
teorie zmiany postaw
procesualny model perswazji 94–95
teoria sądów społecznych 92–93
teorie dwutorowości perswazji 95–97
terapia behawioralna 770
terapia Gestalt 772
terapia mowy 685
terapia poznawcza 770
terapia rodzinna 791–793
zorientowana systemowo 792
niezorientowana systemowo 792
terapia strukturalna 774
terapia zorientowana na proces 776
terytorialność 424
testosteron 157
testy projekcyjne 575
Test Apercepcji Tematycznej (TAT) 575
Test Rorschacha 575
tożsamość 108, 111
tożsamość ego 113
perspektywa podmiotowa 113
tożsamość grupowa 137
tożsamość negatywna 116
tożsamość osobista 122, 125
tożsamość self 113
perspektywa przedmiotowa 113
tożsamość społeczna 117–122, 138
traflenia 37–41
transmisja kulturowa 243
trauma 642
treść przekazu 98–100

U

uczenie się 239
a dojrzewanie 240

ukryta teoria osobowości 33–34
umiejętności matematyczne 261
  technika rzutowania 261
umiejętności poznawcze 261
  strategie poznawcze 261
  strategie metapoznawcze 261
uogólnione zasoby odpornościowe 537
upośledzenie umysłowe 630, 635, 642
uprzedzenia (społeczne) 205, 214–220
  awersywne 215
  dominatywne 215
  geneza 216–218
  jawne 216
  metody badania 219–220
  ukryte 216
  wynikające z niejasności 215
ustalanie kontraktu 829
uszkodzenia mózgu 639
minimalne uszkodzenia mózgu 631
uśrednianie a oceny 69
uwrażliwienie 189
uzależnionej osoby funkcjonowanie 705–708
  głód alkoholu 706

W

wartościowanie 206
warunkowanie instrumentalne 82, 155
warunkowanie klasyczne 81
wiedza społecznie responsywna 557
WISKAD (zob. MMPI) 569
władza 323, 380
władzy sprawowanie 202
wpływ normatywny 191
wpływ społeczny 187, 610
  informacyjny 190
wpływu społecznego dynamiczna teoria 195
wpływu społecznego teoria 194
wpływu wielkość 194
wskaźnik postaw konsumenckich 358
współczesne teorie ewolucji 140
współuzależnienia psychoterapia 754
  schematy funkcjonowania osoby współuzależnionej 754
współuzależnienie 751, 753
  jako pułapka psychologiczna 752
współzależność społeczna 126
wtórne zyski 516
wybitne osiągnięcia 260
wychowania funkcja 236–237
  emancypacyjna 236–237
  socjalizacyjna 236–237
  zachowanie równowagi 237, 253
  zachwianie równowagi (konflikt) 237
wychowania modele 241–242, 245–247
  komplementarność modeli 246–247
  rozłączność modeli 246–247
wychowanie 227–229, 234–239
  definicja 227
  instytucjonalne 642
  skoncentrowane na kontekście 254
  strategie 235, 253–256
    zorientowane na system społeczny 235
    zorientowane na jednostkę 235, 254
  szeroki zakres 227
  wąski zakres 228
wychowawcy kompetencje 252
  gotowość do odpowiadania 252
  mechanizm życzliwego koła 252
wychowawcza interakcja 247
  cechy 247–249
wychowawczej interakcji modele 249–252
  quasi-podmiotowy 249
  podmiotowy 249
  przedmiotowy 249
wyczerpanie psychiczne 307
wykonywanie zaleceń lekarskich 524
wymagania pracy 285
wyniki optymalne Pareto 128
wypalenie zawodowe 306–308
  czynniki 308
  fazy 308
  sposoby przeciwdziałania 308
  symptomy 308
  wypalenie egzystencjalne 307
wywiad kliniczny 573
  schemat 573
wyższe czynności nerwowe 664
wyższe czynności psychiczne 664
wzmocnienie natychmiastowe
  negatywne 130
  pozytywne 130
wzmocnienie odroczone
  negatywne 130
  pozytywne 130
wzorce postępowania 209
wzorzec kandydata
  kompetencje intelektualne 304
  kompetencje interpersonalne 304
  kompetencje komunikacyjne 304
  kompetencje zawodowe 285
wzór percepcyjny 506
wzór reagowania emocjonalnego 506
Wzór zachowania A (WZA) 502–505, 511, 612

Z

zabójstwo 149
zaburzenia behawioralne 692
zaburzenia depresyjne 592–593
zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) 585
  dysocjacyjna amnezja 585
  dysocjacyjne zaburzenia ruchu 585
  osłupienie dysocjacyjne 585
zaburzenia lękowe 584
zaburzenia nastroju (zaburzenia afektywne) 592–595
  cyklotymia 593
  dystymia 593
  hipomania 592
  mania bez objawów psychotycznych 593
  mania z objawami psychotycznymi 593
  zespół depresyjny 592–593
  zespół maniakalny 592–593
zaburzenia nawyków i popędów 590
  patologiczne kradzieże (kleptomania) 590
  patologiczne podpalanie (piromania) 590
  patologiczny hazard 590
zaburzenia nerwicowe 583–588
  klasyfikacja 583–585
  leczenie 587–588
  przyczyny 586–587
zaburzenia obsesyjno-kompulsywne 585
  czynności przymusowe 585
  myśli natrętne 585
zaburzenia osobowości 588–592
zaburzenia psychiczne 560, 628, 635, 692
zaburzenia seksualne 735–737
  anorgazmia 745–747
  awersja seksualna 735
  brak lub utrata potrzeb seksualnych 735
  brak radosnego przeżywania 735
  brak reakcji genitalnej 735
  dewiacje 749
  dyspareunia 736, 749
  ekshibicjonizm 737
  fetyszyzm 736
  impotencja 741–743
  nadmierny popęd seksualny 736
  oglądactwo 737
  parafilie 749
  pedofilia 737
  perwersje 749
  pochwica 736, 747–748
  sadomasochizm 737
  transseksualizm 736
  transwestytyzm o typie podwójnej roli 736
  wytrysk przedwczesny 736, 743–745
  zaburzenia identyfikacji płciowej 736
  zaburzenia orgazmu 736
  zaburzenia pożądania i podniecenia seksualnego 748
  zaburzenia preferencji seksualnych 749–750
  zboczenia 749
zaburzenia występujące pod postacią somatyczną 585
  zaburzenia hipochondryczne 585–586
zaburzenia zachowania 588–592
zaburzeń seksualnych diagnostyka 739–741
  wywiad z pacjentem 739
  wywiad z partnerem 740
zaburzeń seksualnych psychogenne przyczyny 737–739
  podejście behawioralne 737
  podejście poznawcze 737

  podejście psychoanalityczne 737
zachowania antycypujące 240
zachowania antyzdrowotne 537, 539
zachowania ekonomiczne 352–354
zachowania indywidualistyczne 128
zachowania konsumenckie 366
  strategia alternatywna 369
  strategia kompensacji 366–368
  strategia koniunkcyjna 368–369
  strategia leksykograficzna 369–370
  strategie wyboru refleksyjnego 366
  wybory 366
zachowania organizacyjne 322–325, 330
  dyscyplina 330
  fluktuacja 330
  lojalność 330
  system zachowań 322
  wydajność 330
  zadanie 296
zachowania polityczne 393
zachowania prospołeczne 140
zachowania prozdrowotne 537, 539
zachowania przywódcze 335
zachowania samoleczenia 541
zachowania terytorialne ludzi 425
  terytoria drugoplanowe 425
  terytoria pierwszoplanowe 425
zachowania w zdrowiu i chorobie 539, 541
zachowania zdrowotne 535, 607
  medyczne 541
  podział 539
  przeszkody sytuacyjne 550
  rodzicielskie 541
  wsparcie społeczne 550
zachowania związane ze zdrowiem 536
  społeczne 541
zachowanie a postawy 86–92
zachowanie allocentryczne 605
zachowanie altruistyczne 605
zachowanie socjocentryczne 605
zachowań organizacyjnych modele 324–325
  a motywacja 325
  a zadowolenie z pracy 324
  autokratyczny 324
  kolegialny 325
  opiekuńczy 324
  wspomagający 324
zachowań przestępczych etiologia
  aberracje genetyczne 713
  biologiczne czynniki pośrednie 712
  charakteropatia 714, 715
  czynnik biopsychiczny 712
  inteligencja 714
  poziom ekstrawersji i neurotyczności 717
  psychopatia 714, 717
  psychotyczność 718
  temperament 714, 715
  upośledzenie umysłowe 719
zadowolenie z pracy 329
  czynniki 329
  dobrostan 330
  modele 330
  rodzaje 329
zaprzeczanie chorobie 519
zasada podwójnej dysocjacji 653–654
zatłoczenie 427–431
  fizyczne 430
  społeczne 430
  stymulacyjne przeciążenie 428
zaufanie interpersonalne 606
zauważalność własnego wpływu na rozwiązanie konfliktu 133
zdrowie behawioralne 459, 460
zdrowie psychiczne 562, 563
  kryteria 563
zdrowie seksualne 731
  definicja 731
zespół AIDS 674
zespół deficytu uwagi i nadaktywności (ADHD) 631
zespół objawów (syndrom) 651–653
  anatomiczno-funkcjonalny 653
  anatomiczny 652
  funkcjonalny 653
  lokalizacyjny 651
  nozologiczny 651
  w znaczeniu mocnym 652
  w znaczeniu słabym 652
zespół uzależnienia 692
  diagnoza 692
zespół wypalenia zawodowego 832
zjawiska aktywizujące mechanizmy uzależnienia 707
  destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich 707
  nastawienie autodestrukcyjne 707
  rozpad systemu wartości i brak konstruktywnej wizji życia 707
zjawiska w psychoterapii
  acting out 779
  identyfikacja projekcyjna 778
  kontakt 778
  modelowanie 780
  opór 779
  przeciwprzeniesienie 778
  przeniesienie 777
  rozładowanie napięć emocjonalnych 779
  warunkowanie instrumentalne 780
  warunkowanie klasyczne 780
  wgląd 780
zmiana błędnych przekonań naukowych 64
zmiany postaw teorie
  procesualny model perswazji 94–95
  teorie dwutorowości perswazji 95–97
  teoria sądów społecznych 92–93
zmiany postaw wyznaczniki
  emocje 99–100
  jednostronność argumentacji 99–100
  nadawca przekazu 97–98
  odbiorca przekazu 102–105
  organizacja przekazu 101
  środek przekazu 101–102
  treść przekazu 98–100
zmienność zachowania 633
zwiastuny choroby 507

Indeks nazwisk

A

Abeele, P. V., 357
Abelson, R. P., 30, 36, 416
Abramson, L. Y., 47, 396
Adamczak, M., 513
Adams, J. S., 333
Adams, R. D., 672
Ader, R., 509
Adey, P. S., 264
Adler, A., 769
Adler, N., 444
Adorno, T. W., 389
Aitken, S. C., 437
Ajzen, I., 80, 89, 90, 547, 549
Akelaitis, A. J., 668
Akert, R. M., 605, 612
Alamed, 461, 612
Albee, G. W., 612
Alderfer, C. P., 333
Aldrich, 396
Aleksandrowicz, J. W., 421, 767, 787, 788
Alexander, F., 451
Alexander, J., 529
Alexander, R. D., 140
Alexander, S., 312
Allen, G. W., 813
Allison, S. T., 134, 136
Allport, F. H., 188
Allport, G. W., 214, 221
Alluisi, E. A., 349
Altemeyer, B., 389
Altman, I., 284, 417, 420, 425, 427
Amabile, T. M., 60
Ambady, N., 270, 271
Amelang, M., 533
Ames, C., 274
Amundson, M. E., 495, 496
Anderson, D. J., 694
Anderson, L. M., 423
Anderson, N. H., 69, 70
Andreas, C., 775
Andreas, S., 775
Andreoli, V., 102
Angspaugh, D., 535
Ansari, 742
Antaki, C., 48
Antonides, G., 353
Antonovsky, A., 458, 460, 462, 537, 539, 562, 563, 613
Appelbaum, A. H., 572
Arcuri, L., 210, 218
Arnetz, B. B., 433
Arnold, J., 311, 317
Arnold, L., 547
Aronson, E., 103, 182, 222, 605, 618
Arrkelin, D., 435
Arystoteles, 58
Asch, S. E., 33, 34, 70, 189, 190
Ashforth, B. E., 331
Ashmore, R. D., 184
Atkinson, J. W., 276, 360
Auerbach, S. M., 529
Axelrod, R., 135

B

Babiński, 671
Babska, Z., 416
Badura-Madej, W., 832
Bailey, A., 642
Baker, 665
Bales, R. F., 325, 326, 334
Baley, S., 227, 625, 647
Banaji, M. R., 110
Bancroft, 745
Bandler, R., 775
Bandura, A., 153, 154, 155, 163, 241, 546, 549, 697, 770
Banks, W. C., 419
Bańka, A., 283, 288, 289, 290, 291, 295, 296, 310, 311, 316, 321, 329, 330, 331, 411, 419, 425, 431, 434, 437
Barbaro, B., 587
Bargh, J. A., 43, 111
Barker, P., 775, 782
Barker, R. G., 412–419, 430, 797
Barkley, R. A., 631
Barnes, R. D., 172
Baron, R. S., 189
Barral, W., 641, 646
Bar-Tal, D., 398
Bartell, P. A., 166
Bartels, B. J., 801
Bartlett, F. C., 28, 309
Bashir, Q., 729
Bassok, M., 261
Bastiaans, J., 451
Batawia, S., 627
Bateman, T., 316
Batemen, D. E., 506
Bateson, G., 773
Batra, P., 428, 431
Batson, C. D., 165, 169
Baum, A., 431
Baumeister, R. F., 68, 117, 122
Bazaeber, E., 500
Bazińska, R., 180, 181
Bearison, D. J., 632
Beatty, R. W., 337, 339
Beauvale, A., 298
Beavin, J. H., 773
Beck, A. T., 586, 594, 595, 770, 771
Becker, J. P., 268
Becker, M. H., 448
Becker, P., 533, 537, 539, 544, 545
Beers, C., 556
Bell, B., 265
Bem, D. J., 50, 51, 54, 83, 192
Bennett, S. J., 528
Bentson, C., 305
Bera, S., 426
Bereiter, C., 268
Berent, M. K., 105
Berg, E. A., 683
Bergin, A. E., 576, 783, 795
Berglas, S. C., 68
Bergler, 745
Bergman, A., 640
Berkel, I., 63
Berkowitz, L., 152, 160, 170, 175, 195, 723
Bernstein, B., 238
Berry, J., 327
Bersoff, D. M., 170
Bettelheim, B., 803
Betz, A. L., 81
Beutler, L. E., 578.
Bickman, L., 195
Biela, A., 296, 306, 422
Bielicka, I., 625
Bigo, B., 767, 789
Bijon, S. W., 242
Bilikiewicz, T., 714
Bingham, G., 31
Black, J. B., 31
Blanchard, C. D., 161
Blanchard, R. J., 161
Blaney, N., 222
Bless, H., 104, 386
Blight, 744
Blumstein, 665
Bobath, 645
Bobryk, J., 110, 113, 122
Bodenhausen, G. V., 35
Bogacka, I., 556
Bogdanowicz, M., 626, 628, 645, 647
Bogen, J. E., 668
Boggiano, A. K., 275
Bogucka, J., 630
Bohner, G., 104
Bokus, B., 426
Bonevento, M., 194
Boninger, D. S., 105
Booth-Kewley, S., 501, 802
Borden, R. J., 160, 193
Borelli, 742
Borgida, E., 54, 61
Borkenau, P., 32, 72
Borkowska, M., 645
Bornstein, M. H., 239
Bornstein, R. F., 82
Boski, P., 119, 392
Boynton, 394
Bower, G. H., 31, 40
Bowker, L. H., 758
Bradshaw, J., 751
Bransford, J. D., 28
Brazelton, T. B., 646
Brehm, J. W., 184
Brennman, 750
Brewer, M. B., 118, 120, 123, 138, 213, 50, 54
Brewer, R. M., 130, 137
Brewer, W. F., 263
Bricker, W., 163
Brigham, J. C., 207, 213
Brinkman, R., 219
Brittain, R. P., 156
Brock, T. C., 84
Brody, N., 278, 750
Bronfenbrenner, U., 637
Broome, A., 446
Brophy, J., 271, 272
Brown, A. L., 251, 268
Brown, C. V., 363, 371
Brown, M., 153
Brown, R., 192. 59
Brown, S. P., 695
Brown, Y., 192
Brown-Sequard, 671

Browne, K., 756, 757
Bruhn, J. G., 449, 508
Bruner, J. S., 239
Brunnstrom, S., 801
Brunswik, E., 410
Brunton, M., 156
Bryan, K., 668
Bryant, J., 159
Brycz, H., 32, 72
Brzezińska, A., 227, 230, 234, 244, 245, 249, 250, 252, 254, 259, 574, 832
Brzeziński, J., 446, 449, 825, 827
Brzozowski, P., 575
Budkiewicz, J., 627
Bukowski, J., 421
Bullough, V., 731, 739
Burchell, B., 331
Burger, J. M., 191
Burke, 334
Burns, J., 504
Burnstein, E., 192
Burrows, L., 43
Buss, A. R., 58, 63
Butcher, J. N., 570
Byrne, D., 66, 175, 176, 182

C

Cacioppo, J. T., 98, 99, 101
Cahagan, A. E., 136
Calhoun, 424
Cameron, J., 275
Cameron-Bandler, L., 775
Campbell, D. T., 101
Campbell, J. P., 329
Cannon, W., 452, 494, 495, 504
Cantor, J. R., 155, 158
Cantor, N., 40
Capitman, J. A., 42
Caplan, G., 612, 613, 618
Caporael, L., 141
Caputo, C., 63
Caramazza, A., 652, 657, 665
Carlsmith, J. M., 50, 103
Carlson, M., 152
Carlston, D. E., 36, 71
Carlton, K., 179
Carnes, 750
Carpenter, 262
Carr, A. C., 572
Carretero, M., 262
Carriger, B. K., 448
Carver, C. S., 36, 116, 460, 475, 482, 487
Cascio, W. F., 296
Cassidy, T., 410, 411, 426, 427, 432, 433, 436
Cattell, J., 291
Cecchin, G., 774, 792
Ceci, S. J., 278, 637
Cermak, T., 751, 752
Chaiken, S., 98, 102, 103
Chapanis, A., 344
Chapman, L. J., 209
Charness, N., 260
Chen, M., 43
Cherryman, J., 222
Chesser, E. S., 770, 780, 781
Chi, M., 260
Chirot, D., 385
Chłopkiewicz, M., 640
Chmielewski, K., 395
Choi, S. C., 427, 431
Chomsky, N., 656, 665
Christiansen, K. O., 712
Christie, R., 381, 382, 389
Cialdini, R. B., 170, 175, 190, 202
Ciarkowska, W., 574
Cicchetti, D., 633, 637, 640
Cieślak, M., 718
Ciupa, 647
Clack, F. L., 390
Clark, R. D., 166, 167, 168, 276
Clarke, A. D., 637
Clarke, A. M., 637
Clarkin, J. F., 578
Clegg, C. W., 347
Cleveland, J. N., 332
Cobb, S., 500
Code, C., 655
Codol, J. P., 120, 123, 125, 191
Cogswell, B. E., 805, 807
Cohen, D., 157, 640
Cohen, S., 419, 436
Cole, H., 184
Cole, R. E., 589, 742
Coltheart, M., 665
Conner, M., 549
Cooley, C. H., 111, 116
Cooney, N. L., 696
Cooper, C. R., 328
Cooper, J. E., 570
Corey, G., 788
Cottrell, N. B., 188
Coulton, C. J., 805
Courneya, K. S., 550
Covington, M. V., 274
Cowan, C. L., 174
Cowen, E., 614
Crain, W., 240–242
Cramer, B., 646
Cramer, R. E., 166
Crandall, R., 54
Crano, W. D., 190
Cranston, M., 387
Crelia, R., 37
Crooks, R., 733
Crosson, B., 666
Crusco, A. H., 426
Cummings, E. M., 642
Czabała, J. C., 555, 560, 563, 567, 583, 605, 767, 770, 773, 776, 780
Czapiński, J., 71, 72, 181, 278, 311
Czapów, C., 289
Czapska, M., 122
Czerniawska, E., 276
Czernicki, Z., 681
Czerwińska-Jasiewicz, M., 311
Czerwiński, M., 68, 435
Czownicka, A., 631
Czubalski, K., 453
Czyż, E., 627

D

Daab, W. Z., 391
Dalhstrom, W. G., 570
Damasio, H., 666
Danysz, A., 570
Darley, J. M., 74, 165, 166, 167, 410, 435, 436
Darwin, K., 671
David, 744
Davies, P. T., 642
Davis, D., 179
Davis, K. E., 47, 48, 56, 57, 60, 76
Davis, L. E., 339
Davison, G. C., 561
Dawes, R. M., 67, 133, 137, 141
Dawkins, R., 173
Dąbrowski, K., 556, 625, 635
de Barbaro, B., 773, 791
de Flores, 504
Dega, W., 626
De Greene, K. B., 289
De Groot, 276
de Hoog, K., 179
De Jong, F. P. C. M., 276
de la Garza, N. H., 36
Della Bitt, 373
De Longis, A., 482
Demerdasz, 742
de Ridder, D. T. D., 460, 528
Deci, E. L., 51, 275
Dembo, M. H., 227, 265
Derbis, R., 289, 311, 329, 330, 331
Derogatis, L. R., 571
Derryberry, M., 448
Deschamps, J. C., 120
Deutsch, F., 452
Deutsch, M., 135, 190, 397
Devine, P. G., 211, 216
Di Clemente, C. C., 550
Diamond, M., 808
Dickson, W. J., 286
Diener, C. I., 276
Dittes, J. E., 184
Dixon, N. M., 335
Dodrill, C. B., 683
Dodson, J. D., 526
Dohrenwend, B. P., 495, 496
Dohrenwend, B. S., 495, 496
Dolińska-Zygmunt, G., 543
Doliński, D., 68, 201, 202
Dollard, J., 150, 151, 723
Dołęga, J. M., 422
Doman, G., 645
Donnerstein, E., 167
Doob, L. W., 150, 724
Dovidio, J. F., 166, 167, 168, 207
Doweiko, H. E., 692
Dowżenko, A., 681
Dragna, M., 166
Drath, W. H., 325, 338
Drenth, J. D., 288
Drwal, R. Ł., 575, 627, 723
Dubos, R., 420, 421
Duckitt, J., 206
Dudek, Z. W., 770
Dunbar, F., 450–452, 500
Dunbar, K., 263
Dunkiel-Schetter, C., 482
Durkin, K., 239
Duval, S., 63
Dweck, C. S., 274–276
Dwilewicz-Trojan, J., 509
Dymkowski, M., 116

E

Eagly, A. H., 98, 102, 103, 156, 184
East, R., 372, 374
Eberhardt, J. L., 222
Eberts, R. E., 343
Eccles, J. S., 276
Eckenrode, J., 318
Edelman, M., 384, 394
Edgell, D., 361
Eibl-Eibesfeldt, I., 150
Eisenberger, R., 275
Elbirlik, K., 803
Eliasz, A., 405, 410, 411, 413, 416, 417, 425, 426, 428, 430, 432–437, 503, 506
Elliot, A. J., 275, 276
Ellis, A., 770
Emery, F. E., 339
Emery, G., 770

Endler, N. S., 486–488
Endlin, G., 542
Engel, G., 803
Engleston, J. R., 458
English, O. S., 500
Epstein, S., 113, 117
Erez, M., 322
Erickson, M., 775, 776, 783
Ericsson, K. A., 260
Erikson, E. H., 241, 635, 769
Estabrooks, P. A., 550
Esterson, A., 771
Etheredge, L., 382
Evans, G. W., 419, 428, 430, 436
Eysenck, H. J., 435, 575, 713, 716–718, 721, 770
Eysenck, M., 718, 721
Ezell, G., 535
Ezzy, D., 310

F

Fagiano, D., 318
Fagot, B. I., 210
Faire, U., 496
Falger, P. R., 469
Fano, A., 265
Farago, K., 353
Farr, M., 260
Fazio, R. H., 83, 85, 89, 91, 355
Fąfrowicz, M., 343
Fenichel, O., 750, 803
Ferguson, T. J., 158
Ferrara, R. A., 251
Fersten, E., 681, 682
Festinger, L., 50, 84, 116, 123, 185
Feuerstein, R., 252
Feuerstein, S., 252
Fiedler, F. E., 336
Fiedler, K., 59, 63, 64
Fienberg, J., 267
Fincham, F. D., 47, 57
Finkenauer, C., 63
Fiorina, 395
Firkowska-Mankiewicz, A., 712, 715, 719
Fish, D., 59
Fishbein, M., 80, 98, 547
Fisher, C. M., 672
Fisher, K., 338
Fiske, S. T., 31, 38, 44, 61, 64, 73, 206, 207, 222
Fitts, P. M., 346, 347
Fitzgerald, T. E., 529
Flach, J. M., 348
Fleshner, M., 510
Fletcher, B., 528
Fodor, J. A., 657
Foersterling, F., 52, 56
Folkman, S., 466, 469–472, 474, 476, 478–483, 516, 522, 523
Fortuna, D., 791, 792
Fox, J., 133, 134
Fraser, S. C., 201, 750
Frączek, A., 152, 158, 536, 724
Freedman, J. L., 160, 201
Freedy, J. R., 471
Freeman, H. L., 432, 433
Freeman, R. E., 323
Freeman, S., 193
French, J. R. P., 202
Frenkel-Brunswik, E., 389
Freud, A., 110, 148, 803
Freud, S., 241, 242, 450, 451, 516, 556, 586, 588, 624, 637, 768, 769, 778, 779
Frey, D., 84, 134
Friedman, H. S., 501, 742, 802
Friedman, M., 502
Friedrich-Cofer, L., 160
Fromkin, H. L., 125, 182, 191
Fronczek, J., 460
Fry, P. S., 529
Fuchs, E., 494
Funder, D. C., 61
Furnham, A., 365

G

Gaberle, A., 710, 712, 713
Gaertner, S. L., 166, 167, 168, 207
Gall, 671
Gallagher, J. J., 259
Galwitz, 742
Galvin, 665
Gałkowski, T., 631, 799, 813
Gamas, W. S., 263
Gardner, W., 118, 120, 207
Garfield, S. L., 793, 795
Garg-Janardan, C., 343
Garrett, J. F., 797
Gaś, Z. B., 725
Gattuso, S. M., 529
Gaul, M., 574
Gazzaniga, M. S., 668
Gąsowska, T., 628
Gebert, K., 453, 454
Geen, R. G., 161, 162
Geis, F. L., 381, 382
Geller, S., 782
Gerstmann, 652
Gerard, H. B., 38, 190
Gertzog, W., 264
Gessel, A., 240, 242
Gibbs, J. P., 162
Gierowski, J. K., 691, 710, 715, 716, 718, 719, 725, 727, 729
Gilbert, D. T., 61, 62, 323, 410
Gilbreth, F., 290
Gilbreth, Z., 290
Gillespie, 750
Gillis, J. S., 137
Gillmore, G. M., 276, 277, 278
Gilman, 673
Ginzberg, E., 312
Ginzburg, S., 312
Gjerde, P., 643
Glaser, R., 259–261
Glass, G. V., 263
Gleser, 518
Gniazdowski, A., 533, 534, 541–543
Gochman, D. S., 537
Goddard, 719
Golanty, E., 542
Goldberg, E., 658, 659
Goldberg, L. R., 32
Goldman, R., 98, 750
Goldstein, I. L., 328, 671
Goleman, D., 672
Gołąb, A., 627
Gołąb, B. K., 666
Gonick, M., 797
Good, T. L., 271, 272
Goodglass, H., 665
Gordon, D., 775
Gordon, J. R., 696, 698
Gordon, R. A., 184
Gore, S., 318
Gorenflo, D. W., 190
Gorer, G., 150
Gorman, D. R., 570
Gossop, M., 698
Gott, S. P., 348
Gottschalk, L. A., 460, 517, 518
Gough, H. G., 299
Gouldner, A. W., 170
Górnik-Durose, M., 551
Graesser, A. C., 39, 40
Graham, J. R., 570, 575
Graham, S., 549
Gramzow, R., 174
Gray, K. C., 346
Gray-Ray, P., 219
Green, B. L., 471
Greene, D., 51, 66
Greenwald, A. G., 110, 112, 113, 276, 277, 278
Grice, H. P., 59, 60
Griffin, D., 32
Griffitt, W., 176
Grinder, J., 775
Grinker, R. R., 466
Grodzka, M., 631, 642, 643
Groen, J. J., 453
Gross, P. H., 74
Grotzer, T. A., 265, 266
Gruben, R. J., 482
Gruneberg, 287
Gruszczyk-Kolczyńska, E., 628
Grzegołowska-Klarkowska, H., 110
Grzegorzewska, M., 628
Grzelak, J. Ł., 129, 131, 132, 134, 136, 141, 142, 143, 215, 614, 615
Grzelak-Wolniewicz, B., 614, 615
Grzesiuk, L., 767, 770, 771, 773, 774, 776–782
Grzymała-Moszczyńska, H., 205
Gudjonsson, G. H., 713
Gump, P. V., 413–415, 419
Gurycka, A., 227, 230, 249, 259
Guski, R., 419
Guten, S., 536, 543
Guyer, M., 131, 133, 134
Guzetti, B. J., 263

H

Haaga, D. A. F., 561
Haberlandt, K., 31
Hackston, J., 299, 332
Hagen, B. A., 348
Hagen, E., 312
Haith, M. M., 636
Hajduk, Z., 421
Haldane, J., 173
Haley, J., 773, 775
Hall, E. M., 348
Hall, E. T., 42, 424–426, 432
Hallam, J., 167
Halstead-Reitan, 683
Hamburger, Y., 221
Hamera, E. K., 517
Hamilton, D. L., 173, 209, 451, 501, 570
Hammond, K. J., 346
Hampson, S. E., 32
Haney, C., 419
Hankała, A., 510, 511
Hańbowski, 742
Harackiewicz, J. M., 275, 276
Harari, H., 618
Hardin, G., 130
Harford, T., 136
Harkins, S., 193
Harré, R., 112
Harris, D., 536, 543
Harris, P. R., 327
Harris, V. A., 49, 60, 61
Hart, C. A., 496
Hart, H. L. A., 57

Harvey, J. H., 47
Harvey, M. R., 147
Harwood, R. L., 170
Hastorf, A., 54, 64
Hatfield, F. M., 183, 685
Hathaway, S. R., 569, 575
Hauszyld, 291
Heider, F., 46–48, 58, 60–62, 64, 68, 76, 176
Heifetz, R. A., 325, 336
Heinroth, J. Ch., 450
Heitzman, J., 713
Hendricks, A., 770
Herbert, M., 756, 757
Herma, J. L., 312
Herr, E. L., 311
Herr, P. M., 37, 83
Herren, R. Y., 668
Herrnstein, R. J., 266
Hershenson, D. B., 813
Herzberg, F., 333, 339, 340
Herzyk, A., 664, 667, 668, 671, 672, 658
Heszen-Klemens, I., 453, 459, 514, 515, 517, 537, 539
Heszen-Niejodek, I., 443, 446, 456, 465, 477, 482, 484, 489, 513, 518, 525, 527
Hewson, P., 264
Hewstone, M., 47, 48, 68, 208, 214, 220, 221, 222
Heyman, G. D., 275
Higgins, E. T., 37, 43, 44, 45
Higgs, E. S., 437
Hill, K. T., 276
Hill-Barrow, D., 174
Hilschhorn, L., 339
Hilton, D., 56–60, 67
Hinde, R. A., 235
Hobfoll, S. E., 471–474
Hodapp, R. M., 643
Hoffman, M. L., 125, 242
Hofstede, G., 325, 389, 390
Hogan, D., 731
Hogg, M. A., 118
Hoigaard-Martin, J., 517
Holahan, C. J., 482, 488, 432
Holden, R. K., 373
Holland, A., 685
Holland, J. L., 298, 299, 315, 316, 327
Hollander, E. P., 380
Hollender, M. H., 519
Holmes, T. H., 467, 474, 495, 496
Holmes, T. S., 495
Holst, D., 494
Honore, T., 57
Horn, 719
Horney, K., 769
Hornowska, E., 654, 674
Hornowski, L., 654
House, P., 66
House, R. J., 336
Hovland, C. I., 100, 102, 151
Howard, D., 685
Howell, W. C., 288, 292, 346
Hoyer, W. D., 371
Hraba, J., 219, 221
Hubbard, W. D., 316
Huflejt-Łukasik, M., 771, 780
Hulek, A., 798, 813
Humboldt, W., 654
Hunter, J. E., 297, 298, 301
Hurrelman, K., 237
Hurst, P., 297
Huston, A. C., 160
Hutchinson, T., 316
Hynd, G. W., 630

I

Ickes, W., 47, 172
Imieliński, K., 735, 743
Insko, C. A., 51, 56, 82
Ischeiser, G., 47, 60
Iskara-Golec, I., 306
Ittelson, W. I., 425

J

Jackson, D. D., 773
Jackson, J. H., 667, 671, 650
Jacobs, P. A., 156
Jacobson, L., 75
Jaffe, P. G., 419
Jahoda, M., 294, 310
Jaklewicz, H., 641
Jakubik, A., 591
Jakubowska, U., 381, 770, 771, 773, 774, 793
James, W., 109, 112, 556, 671
Janis, I. L., 102, 466, 467, 522
Janowski, A., 229
Jansen, W. T. L., 142
Januszek, M., 518
Jarosz, M., 558
Jaroszyński, J., 592
Jarvik, L. F., 156
Jarymowicz, M., 110, 112, 119–125, 382, 172, 191
Jasiewicz, K., 392
Jaspars, J. M., 47, 57
Jastrow, 295, 319
Jastrzębowski, W., 290
Jaworski, M., 180, 181
Jay, E., 265, 267
Jeanneret, P. R., 346
Jecker, J., 184
Jedlewski, S., 627
Jellinek, E. M., 693
Jenkins, C. D., 454, 497, 500
Joanette, Y., 655
Jodelet, 433
Jodzio, K., 682, 666, 667, 673
Johansen, R., 289, 338, 343
John, O. P., 32
Johnson, B. T., 103
Johnson, M. K., 28
Johnson, V., 701, 732, 733, 746
Johnston, 447, 448, 457
Jona, M., 265
Jonas, K., 221
Jones, E. E., 47–49, 54, 56, 57, 60, 61, 62, 68, 76, 184
Jones, C. R., 37, 45
Joteyko, J., 291
Joyce, B., 243
Judd, C. M., 207
Jung, C. G., 770
Jurkiewicz, J., 681
Jussim, L. J., 75, 76, 81

K

Kabsch, A., 817
Kadden, R. M., 696
Kahn, S., 323, 328, 343, 383
Kahneman, D., 61, 366
Kallgren, C. A., 170, 190
Kamfer, L., 222
Kamińska-Feldman, M., 110
Kanfer, R., 328
Kanner, L., 640
Kantowski, M. G., 268
Kaplan, H., 599, 735, 737, 742–745, 747–750
Kaplan, P. S., 227
Karbe, H., 667
Karla, B., 733
Karyłowski, J., 169, 172, 182
Kasl, S., 306, 311, 328
Kassin, S. M., 61, 62
Katona, G., 352, 355, 357, 358, 374, 375
Katz, D., 323, 328, 343, 380
Katzenbach, J. R., 325, 336
Kaus, 742
Kądzielawa, D., 649, 656, 658, 660, 664–666, 671, 677, 683, 685
Kean, 665
Kelley, H. H., 46, 47, 51–58, 60, 64, 65, 68, 76, 77, 129, 134, 138–142
Kempisty, C., 497
Kennedy, R., 297
Kenrick, D. T., 175
Kernberg, O., 572, 576, 769
Kerr, N. L., 134, 137, 142, 801, 809, 810, 811, 819
Kertesz, A., 660, 667
Keys, 533
Kępiński, A., 560, 717
Khun, T., 285
Kidd, R. F., 47, 172
Kim, U., 391
Kimmel, M. J., 135, 138
Kinder, D. R., 38
King, G. A., 44
King-Sun Fu, 289
Kinney, J., 693
Kinsey, A., 731, 733, 739
Kipnis, D., 817
Kirchler, E., 210, 221
Kirejczyk, K., 624
Kirmeyer, S., 414
Kisiel, B., 647
Kitayama, S., 122, 123, 391
Kiwerski, J., 813
Kleczewska, B., 677
Klein, M., 633, 769
Klein, P., 252
Klodin, V., 156
Klohnen, E. C., 426
Klonowicz, T., 435
Kobasa, S. C., 461, 462
Kobos, Z., 299
Kochańska, G., 172
Kocur, J., 421
Kocowski, 466
Koenigsberg, H. W., 572
Koffka, K., 241
Kofta, M., 111, 212, 214, 249, 273, 476
Kogan, N., 192
Kohl, S. J., 801
Kohlberg, L., 241, 243
Kohn, M. L., 389
Kohut, H., 116, 699, 769
Kolarska-Bobińska, L., 384
Kolb, B., 637
Kolbe, L. J., 541, 745
Komorita, S. S., 130, 137
Konarzewski, K., 228, 259
Koos, E. L., 535
Koradecka, D., 288
Koralewicz, J., 389, 392
Kordys, J., 656
Koren, P., 179
Korzeniowski, K., 389, 395
Kosewska, A., 789
Kosewski, M., 161, 163, 724

Koss, M. P., 147
Kościelska, M., 526, 626, 630, 631, 636, 640, 642, 643, 647
Kotter, J. P., 325
Kovel, J., 215
Kowalik, S., 228, 310, 557, 558, 574, 797, 800, 812, 827
Kowert, P. A., 380, 382
Kozielecki, J., 42
Kozłowska, A., 628
Kraemer, B., 570
Kramer, R. M., 137, 138
Krampe, R. T., 260
Kranas, G., 137
Kratochvil, S., 742, 770, 783, 788, 794
Kretschmer, 588
Kröger, F., 453, 737
Krohne, H. W., 484, 486, 528
Krosnick, J. A., 81, 105
Krueger, D. W., 801, 802
Kruglanski, A. W., 47, 58, 59, 61
Krull, D. S., 62
Krupnick, J., 801
Kruszewski, K., 259
Krzykowski, 394
Kubacka-Jasiecka, D., 615, 725, 759
Kübler-Ross, E., 478
Kucińska, M., 708
Kuczyński, P., 233
Kuhl, J., 549
Kuhlman, M. D., 142
Kulczycki, J., 678
Kulczycki, M., 514
Kulisiewicz, T., 693
Kumaniecki, T., 228
Kunda, Z., 32
Kuo, Z. Y., 150
Kupść, W., 500
Kuran, W., 678
Kurcz, I., 206–208
Kuriata, P., 500
Kutter, P., 768, 769, 781
Kwiatkowska, A., 120, 124, 125
Kwieciński, Z., 230, 233

L

La Greca, 632
La Rue, A., 681, 682
Lacey, J. I., 506
Lacroix, 745, 747
LaFerla, 745
Lage, E., 191
Laing, R. D., 771–773
Lalond, 534–535
Lamb, R., 297
Lambert, M. J., 576
Lampert, M., 268
Landy, D., 184
Landy, F. J., 291, 295
Lange, J. E., 133, 206, 220, 671
Langer, E. J., 201, 243
Langfeldt, T., 731
Lansing, M., 642
Laplanche, J., 768
Larkowa, H., 310, 807
Latané, B., 165–167, 187, 193, 194, 435, 436
Lau, R. R., 384
Lawler, E. E., 331
Laws, 750
Lawson, C. A., 263
Lazarus, R. S., 428, 466, 469–472, 474–483, 486, 488, 491, 516, 517, 519, 522, 523
Le Doux, J., 671, 672
Lea, S. E. G., 353, 360, 364, 365, 374–376
Leaton, G., 693
Lebeau, M., 775
Lecours, A. R., 655
Leder, S., 789, 790, 829
Lee, C., 550
Legant, P., 63
Leggett, E. L., 274, 275
Lehmann, A. C., 260
Lehn, R., 506
Leiblum, 747
Leinbach, M. D., 210
Leinhardt, G., 267, 270, 280
Leksowski, W., 411, 421, 433
Lemańska, H., 506
Lenartowska-Haloń, A., 516, 517
Lepczyński, P., 506
Lepore, S. J., 428, 430
Lepper, M. R., 51, 54
Lerter, W. M., 38
Leśniak, E., 615
Leublum, 744
Leung, K., 390
Leventhal, H., 447, 460, 514, 528
Levin, J. D., 699, 700
Levinson, D. J., 389
Lewenstein, M., 197
Lewicka, M., 27, 45, 69, 143
Lewicki, A., 556, 558
Lewin, K., 410, 413
Lewis, A., 365
Lewis, G. J., 406, 407, 419, 436
Lew-Starowicz, Z., 691, 729, 730, 742–745, 747, 750
Leyens, J. P., 120, 125, 158, 160
Liebrand, W. B. G., 133, 136
Lief, H., 742, 748
Lightner, W., 624
Likert, 472, 487
Linder, 425, 426
Lipman, M., 266
Lipowska-Teutsch, A., 757, 759
Lipowski, Z. J., 450, 453, 454
Lipset, M. L., 389
Lis, S., 625
Lis-Turlejska, M., 497
Litt, M. D., 529
Littman, R. A., 163
Liu, J. H., 194
Livneh, H., 817
Locke, J., 241
Lombrozo, C., 712, 719
Longo, L. C., 184
Loomis, J. L., 136
LoPiccolo, L., 737
Lorenz. K., 148, 149, 424
Lourdes, 744
Lovaas, I., 633
Lowell, E. L., 276
Lowen, A., 775, 776, 779, 780, 783
Lowenberg, 394
Luban-Plozza, B., 453, 737
Ludewig, K., 773, 791
Ludwick-Rosenthal, R., 528
Lukensmeyer, 742
Lundberg, A., 411
Lusk, M. W., 427
Lutyński, A., 509
Lynch, K., 433, 437, 637
Lynn, A. R., 81

Ł

Łazowski, J., 451, 453, 513, 506
Łącała, Z., 298
Łosiak, W., 482, 513, 517
Łuczywek, E., 664, 669, 670, 681, 682
Łukaszewski, W., 206, 215, 219, 233
Łukomski, J., 420, 421
Łuria, A. R., 654, 664, 685

M

Maass, A., 210, 218
Mac Iver, D. J., 266, 299, 332
Maccoby, E. E., 241
MacCrimmon, K. R., 360
Machleit, U., 221
Machowski, A., 574
MacKinnon, D. W., 291
Macrae, C. N., 35, 208, 211, 212, 214, 218
Maes, S., 460, 528, 529, 550
Magnan, C. E., 489, 528
Magnusson, D., 417
Mahler, M. S., 640, 769
Maier, S. F., 510, 511
Maiman, L. A., 448
Main, S. R., 266
Maison, D., 81
Majcher, G., 138
Majchrzyk, Z., 727, 729
Majewski, T., 817
Makhijani, M. G., 184
Makowski, A., 645
Malik, A., 428, 431
Malone, P. S., 61, 62
Mankin, D., 292
Manne, S. L., 528
Manning, G., 328
Mansbridge, J. J., 395
Manstead, A. S. R., 66, 67
Maracek, J., 63
Marbe, 287
March, J. G., 330, 362
Marcia, J. E., 110
Marciniak, B., 527
Marcopulos, B. A., 674
Marcus-Newhall, A., 152
Marczewska, H., 669, 670
Marek, T., 306, 343
Margasiński, A., 751
Marks, G., 66
Markus, H., 114, 122, 123, 189, 391
Marlatt, G. A., 696, 698, 696, 698
Marody, M., 542
Maroszek, A., 32
Marschall, D. E., 174
Marsh, H. W., 277
Marsman, J. G., 59
Marteau, T. M., 447, 448, 457
Martelli, M. F., 529
Martin, C., 731
Martin, J. H., 666
Martin, L. L., 37
Marussek, 745
Maruszewski, M., 679
Maslach, C., 306, 308
Maslow, A., 113, 241, 333
Masters, W., 732, 733, 735, 746
Matarazzo, J. D., 284, 449, 457, 460
Matczak, A., 574
Mathes, 60
Matkowski, M., 569, 570
Matsuyama, S. S., 156
Matysiakiewicz, J., 411, 421, 433
Maultsby, M. C., 770
Mavin, G. H., 44
Mayer, A., 556
Mayer, J. D., 514

Mayer, R. E., 241, 243, 265, 619
Mayo, L. W., 813
Mayseless, O., 192
Mazurkiewicz, E., 536
Mączyński, J., 337
Mądrzycki, T., 80
McArthur, L. A., 52, 53, 61
McClelland, D. C., 276, 297, 360
McClemont, W. F., 156
McClintock, C. G., 141
McCormick, E. J., 346
McGuire, C. V., 125
McGuire, W. J., 125
McKinley, J. C., 569, 575
McLean, 671
McMaster, M. R., 166
McMillan, D., 41
McQueen, L. R., 134
McQuire, 750
Mead, G. H., 111, 116, 123
Mecham, R. C., 346
Mechanic, D., 466, 467, 544
Meder, J., 583, 600, 601
Meece, J. L., 276
Meertens, R. W., 216
Meighan, R., 229
Meister, D., 346
Melchior, M., 122
Mellan, 742
Mellgren, 744
Mellibruda, J., 691, 700, 701, 703, 706, 708, 710, 750–754, 760, 761
Mellibruda, L., 446
Melville, M. M., 156
Menn, L., 656
Messick D. M., 130, 133, 136, 137
Mesulam, M. M., 667
Metter, E. J., 658, 659, 666
Meyer, D., 447
Meyer, V., 770, 780, 781
Meyerson, 665
Michela, J. L., 46
Michotte, A. E., 47
Mika, S., 163, 203
Miles, H. H. W., 500
Milgram, S., 195, 199, 200, 431, 433, 434
Miller, D. T., 64
Miller, E., 339, 343
Miller, J. G., 170, 384
Miller, L., 658
Miller, N. E., 66, 101, 116, 150, 152, 724
Miller, S. A., 485, 486, 487, 636
Miller, S. M., 475, 489, 528
Milne, A. B., 35
Mindell, A., 775, 776
Minuchin, S., 773, 774
Mirjafari, A., 427
Mischel, W., 40
Misiuna, M., 458, 535
Mobley, W. H., 331
Monroe, 373
Montagu, A., 147
Montessori, M., 240
Monti, P. M., 696, 698
Moos, R. H., 482
Morales, J. F., 120
Moreno, J. L., 783
Morgenstern, O., 126
Mormont, 742
Morris, D., 150
Moscovici, S., 191, 192
Moser, G., 435
Motovidlo, S. J., 298, 304
Motyka, M., 504
Mowday, R. T., 331
Mowrer, O. H., 150, 724
Mroziak, B., 664, 673, 563
Muchinsky, P. M., 290, 297
Mukherjee, N., 426
Münstenberg, H., 290, 295, 319
Murray, H. A., 291, 360
Musaph, 747
Musatti, T., 247
Muskat, K., 647

N

Nadeau, S. E., 666
Naffrechoux, M., 191
Nagle, T. T., 373
Namowicz-Chrzanowska, H., 715, 719
Namysłowska, I., 576, 767, 769, 773, 782, 792
Napoleon, 595
Nartowska, H., 628
Nauta, 671
Nawrat, R., 201, 202
Neale, J. M., 561
Neff, W. S., 287
Neisser, V., 297
Nejtardt, G., 142
Nelson, C., 34
Nelson, D., 66
Nemeth, C., 192
Nerenz, D., 447, 514
Nesher, P., 268
Neufeld, R. W., 528
Newcomb, T. M., 84
Newman, L. S., 68, 528
Nęcki, Z., 183
Nicholls, J. G., 274
Nickerson, R. S., 266
Nida, S., 193
Nie, N. H., 396
Nigg, C. R., 550
Nigro, G., 807
Nisbett, R. E., 51, 54, 61, 62, 63, 157
Nissinen, A., 507
Nof, S. Y., 343
Norcross, J. C., 578
Nosal, C. S., 298, 301, 335
Nowak, A., 194, 197
Nowicka, E., 205
Noworol, C., 298
Noyes, 745
Nyfeld, G., 299, 332

O

Oakes, P. J., 118
Obholzer, A., 342
Obler, L., 656
Oborne, 287
O'Boyle, C., 210
O'Brien, D., 348
Obrzut, J. E., 630
Obuchowska, I., 626
Obuchowski, K., 111, 239, 478
O'Connor, J., 775, 783
O'Guinn, T. C., 355
O'Hanlon, T., 418
Okóń, J., 288, 292, 348
Older, M. T., 346, 347
Olechnowicz, H., 625, 631, 641–643, 647
Olender-Dmowska, E., 767
Olney, T. J., 83
Olson, W. A., 133, 348
Olweus, D., 156
Omanson, S. F., 261
Ones, D. S., 300
Orbello, J. M., 133, 137, 141
Ortega-Andeane, P., 431
Orth-Gomér, K., 454
Orwid, M., 631
Oscanyan, F., 266
Osiatyński, W., 695
Osiejuk, E., 668
Osiejuk-Łojek, E., 674
Ostendorf, F., 69
Ostrihańska, Z., 715, 716
Ostrowska, A., 542
Ostrowska, K., 712, 713, 716, 719, 721–723
O'Sullivan, J., 529
Overall, J. E., 570
Owen, N., 550

P

Paéz, D., 120
Palincsar, A. S., 268
Palmer, J. A., 776
Paluchowski, W. J., 569
Paluszkiewicz, L., 288, 292, 348
Papez, 671
Park, B., 207, 210
Parke, R. L. E., 160, 406
Parker, J. D. A., 486–488
Parks, C. D., 130, 137
Parsons, F., 311
Parsons, T., 538
Patchen, M., 135
Patnaik, R., 436
Patterson, G. R., 163
Paulus, C. J., 325, 338
Paulus, P. B., 431
Pavelchak, M. A., 31
Pawlik, J., 767, 789
Pawłow, I., 241, 452
Payne, R., 328
Pąchalska, M., 658
Pearson, L., 513, 516
Peeters, G., 68, 181
Pelham, B. W., 62
Perkins, D. N., 265–267
Perley, J., 517
Perls, F., 771, 772, 775
Pessin, J., 188
Petö, 645
Petrich, J., 495
Pettigrew, T. F., 208, 209, 216
Petty, R. R., 98, 99, 101
Pheysey, D. C., 324
Philips, W., 642
Piaget, J.,117
Piątek, J., 832
Pichard, 588
Pick, 666
Pieńkowski, R., 394
Pieter, 767
Pietruszewski, K., 631
Pietrzyk-Stępkowska, Z., 628
Piliavin, J. A., 166–168
Pine, F. I., 640
Pintrich, P. R., 276
Pińkowski, J., 32, 299
Piotrowska, A., 574
Piskorz, Z., 298
Pisula, W., 416, 630
Pitt, 423
Pittman, N. L., 68
Pittman, T. S., 68
Placci, C., 517
Płużek, Z., 570
Pokorny, R. A., 348
Pöldinger, W., 453, 737
Polefka, J., 54, 64

Polk, M., 667
Pomeroy, W., 731
Pommersbach, J., 458
Pontalis, J. B., 768
Popielarska, A., 625, 636
Porębski, 291
Porter, L. W., 331, 731
Pospiszyl, I., 756, 762
Pospiszyl, K., 716
Potok, A., 230
Powell, L., 436
Poznaniak, W., 725, 828
Pratkanis, A. R., 110, 112, 113
Prediger, G. J., 315
Prochaska, J. O., 550, 578
Proshansky, H. M., 417, 418, 420
Pruitt, D. G., 135, 402
Pruitt, D. J., 52, 56
Prusiński, A., 651
Przasnycka, M., 647
Przesmycka-Kamińska, J., 682, 685, 658
Przetacznik-Gierowska, M., 227, 238, 239, 246, 259
Puchalski, K., 536, 538
Pulton, T. W., 807, 808
Purtell, 745
Puska, P., 507
Putnam, 750
Pużyński, S. J., 561, 563, 570, 583, 589, 592, 594, 596, 652, 668, 669, 674, 678, 692

Q

Quanty, M. B., 161
Quattrone, G. A., 61
Quine, L., 547
Quinton, D., 637

R

Radmacher, S. A., 510, 511
Radochoński, M., 773, 791
Rahe, R. H., 467, 474, 495, 496
Rahn, W. M., 383
Rakowska, J. M., 794
Ramirez, J. M., 432, 436
Ranyard, R., 353
Rapoport, A., 131, 137
Rasa, O. A. E., 150
Rasinski, K. A., 394–396
Ratajczak, Z., 32, 283, 310, 324, 325, 332
Raven, B. H., 202
Reckless, W. C., 721, 722
Reed, H., 54, 674
Reeder, G. D., 50, 54
Reeve, R. A., 268
Regan, D. T., 171, 174
Reich, R., 316
Reicher, S. D., 118
Reichsler, R., 642
Reitan, R., 683
Remer, P., 734, 739
Reno, R. R., 170, 190
Resnick, L. B., 261
Reuman, D. A., 266
Reykowski, J., 108, 116, 121, 172, 325, 379, 387, 389, 391, 398, 402, 466–468, 478, 495, 522
Rholes, W. S., 37, 45
Richbell, S., 329
Riedl, 719
Risser, A., 631
Rittle, R. H., 188
Rivlin, L. G., 425
Rizzini, I., 427
Roberts, 632
Rodin, J., 444
Roe, A., 312, 316
Roethlisberger, F. J., 286
Rogers, C. R., 586, 771
Rogers, R. W., 241, 546–547, 771, 829
Rogler, A., 125
Rogoff, B., 247
Roine, E., 783
Rokeach, M., 390, 392
Rola, J., 642
Rommetveit, R., 251
Rorty, R., 236
Rorscheck, 575
Rosen, S., 744, 775
Rosenberg, S. W., 33, 34, 383
Rosenfeld, D., 84
Rosenham, D. L., 174, 497, 509, 510, 562, 571, 598, 619, 738
Rosenheim, 742
Rosenstock, I. M., 448
Rosenthal, R., 75, 270, 271
Rosińska, Z., 767
Ross, L., 48, 60, 66, 398
Ross, M., 64, 65
Rossi, E. L., 775, 783
Rost, J., 335, 337
Rothbart, M., 210
Rotter, G. S., 190
Rotter, J. B., 721–723
Rouiller, J. Z., 328
Rouse, W. B., 347
Rousseau, J. J., 240, 242
Ruback, R. B., 436
Rubin, J. Z., 202
Rubini, M., 59
Ruch, F. L., 419
Rule, B. G., 158
Rumelhart, D. E., 29
Rush, A. J., 770
Rutkowska, A., 686
Rutte, C. G., 136
Rutter, D. R., 547, 637, 640
Rutter, M., 642, 643, 637, 640
Ryan, C. S., 207
Rybakowski, J., 571
Rylke, H., 628
Ryn, Z., 497
Rywik, S., 500
Rzewuska, M., 600

S

Sacks, O., 643, 654
Sadock, B. J., 599, 743, 745, 750
Sadowska, M., 656
Saffran, E. M., 657
Saklofske, D., 488
Saks, A. M., 331
Salas, E., 348
Salovey, P., 619
Saltz, E., 166
Salvendy, G., 344
Samuelson, C. D., 136, 137
Sanchez, M., 266
Sandoval, J., 261, 264
Sanocki, W., 575, 716
Sanoff, H., 411
Santi, A., 136
Sanz, 745
Sarason, I. G., 276
Sarrell, 745, 747
Sartorius, N., 570
Sasal, D., 755
Satir, V., 775
Sattler, D. N., 142
Saville, P., 299, 332
Sawa, B., 628, 645
Sawicka, M., 434, 574, 583, 584
Scala, K., 230, 254
Scardamalia, M., 268
Scarpello, V., 329
Schadron, G., 120
Schaefer, J., 482
Schaerli, L., 134
Schaffer, H. R., 235, 239, 240–243, 251, 253
Schain, M., 330
Schaller, M., 207
Schank, R. C., 30, 265, 416
Schaufeli, W. B., 306
Scheier, M. F., 116, 460, 475, 482
Schmidt, F. L., 297–301
Schneider, B., 329
Schneider, D., 54, 64
Schneider, J. R., 300
Schneider-Corey, M., 788
Schoenborn, C. A., 444, 445
Schoenfeld, A. H., 261, 262, 268, 273
Schoggen, P., 414, 418
Schön, D. A., 253
Schopler, E., 642
Schröder, H., 719
Schroeder, D. A., 167
Schwab, D. P., 330
Schwartz, S., 171, 389, 421, 422
Schwarz, N., 60, 104, 386
Schwarzer, R., 460, 536, 539, 547–550
Schwebel, A. I., 646
Scott, J. P., 150
Sears, D. O., 384, 385, 724
Sears, R. R., 150, 151
Sebastian, R. J., 160
Sedikides, C., 45
Segall, N. L., 173
Segraves, 742
Seifer, C. M., 346
Sekerak, G. J., 188
Selbst, M., 275
Seligman, M. E. P., 47, 497, 509, 510, 562, 571, 594, 598
Selingman, P., 308
Selvini-Palazzoli, M., 773, 774
Selye, H., 465, 466, 467
Selzer, M. A., 572
Semin, G. R., 59, 63
Seniów, J., 664, 669, 682
Sermat, V., 135
Seta, J. J., 37
Seymour, J., 775, 783
Sędek, G., 259, 273, 276
Sęk, H., 233, 308, 457, 459, 462, 533, 537, 539, 543, 551, 555, 557, 558, 605–607, 611, 612, 829, 830, 832, 834
Shallice, T., 654, 657
Shankster, L. J., 295
Shapira, Z., 362
Shapiro, 744
Sharp, A. M., 266
Shaw, B. F., 770
Shaw, D., 179
Shayer, M., 264
Shearer, T., 366
Sheldon, K. M., 276
Shepanski, A., 366
Sherborn, V., 647
Sheridan, C. L., 510, 511
Sheridan, E. P., 457
Sherman, J. W., 29, 192
Sherman, S. J., 209

Shnotz, F. C., 478, 517
Showers, B., 243
Shrum, L. J., 355
Shugar, G. W., 249
Shulman, L. S., 271
Siciński, A., 542
Sicoly, F., 65
Sidanius, J., 389
Siergiejew, J. J., 517
Sik, G., 299, 332
Sikes, J., 222
Silkowska, 527
Silver, E. A., 268
Silver, R. L., 478
Simmel, M., 47
Simon, H. A., 330
Simons, G. F., 327
Simons, R. J., 276
Simonton, 382
Sims, V. K., 265
Sinason, V., 642
Sinclair, L., 32
Sinha, S. P., 426
Skarżyńska, K., 310, 386, 389, 395, 434
Skinner, B., 241, 286
Skowronski, J. J., 45, 71
Slomczynski, K. M., 389
Slugoski, B. R., 56, 57, 59
Słońska, Z., 458, 534, 535, 537, 607, 608, 610, 614
Smith, D. B. D., 349
Smith, E., 665
Snapp, M., 222
Snellen, 297
Snyder, C. R., 125, 182, 263
Snyder, T. E., 191
Sobczyk, W., 678
Sobolewska, Z., 701, 703, 708, 710, 753, 754
Sobolewski, A., 496, 627
Sokolik, Z., 768–770, 778, 781
Sokolowska, M., 444, 497, 500, 533
Solomon, L., 136
Solomon, M. R., 370, 372
Solomon, S. D., 471
Sosnowski, T., 526
Sowa, J., 559, 560
Sparling, S., 174
Spears, R., 66, 67
Speiss, 744
Sperry, R. N., 668
Spett, K., 718
Spiegel, J. P., 466
Spionek, H., 626, 628
Spitz, A., 769
Sprecher, S., 183
Spreen, O., 631, 683, 684
Spurzheim, 671
Srull, T. K., 38, 71
Staats, A. W., 81
Staats, C. K., 81
Stahelski, A. J., 141, 142
Stanford, R. N., 389
Stangor, C., 41, 206–208, 214, 220, 221
Stanik, J., 716, 826
Stankorb, S. L., 423
Stansfeld, S. A., 432, 433
Stapp, W. B., 423
Steers, R. M., 331
Steffen, V. J., 156
Steinmetz, J. L., 60
Stemplewska-Żakowicz, K., 110
Stephan, C., 222
Stephan, W. G., 84
Steptoe, A., 529
Stern, Y., 674
Sternberg, R. J., 266, 298
Stevenson, H. W., 268, 272, 274
Stevenson-Hinde, J., 235
Stępień, E., 536
Stöhr, W., 494
Stokols, D., 412, 313, 417, 419, 428–430
Stoller, 750
Stomma, D., 642
Stone, G., 444
Stoner, J. A. F., 323
Storms, M. D., 63
Storr, 750
Strauss, E., 683, 684
Strelau, J., 466, 469, 487, 496, 506, 433, 716
Strike, K., 264
Stroebe, W., 134, 221
Strojnowski, J., 770, 783
Stryker, S., 111
Suleiman, R., 137
Sulivan, H. S., 769
Suls, R. L., 116, 528
Super, D., 311, 314, 311, 314
Sussman, M. B., 805
Susułowska, M., 434, 558
Sutherland, H., 719
Swets, J. A., 266
Swezey, R., 348
Swim, J. K., 207
Swingle, P. G., 136, 137
Szacki, J., 406
Szamota, B., 715
Szamrej, J., 197
Szasz, T., 734
Szczechura, J., 299
Szczepaniak, P., 487
Szczepańska, H., 751, 752
Szemraj-Lachyńska, A., 497
Szuster, A., 125
Szustrowa, T., 172, 434, 476
Szymańczak, J., 627
Szymańska, Z., 624, 625
Szymusik, A., 718

Ś

Świątnicki, K., 298

T

Tajfel, H., 118–120, 210, 217
Tap, P., 116
Tarpy, M. R., 353, 374
Taylor, F., 290, 339
Taylor, J., 667
Taylor, S. E., 44, 61, 64, 206, 207, 217, 457, 459, 476, 513, 520
Teasdale, J. D., 47
Tedeschi, J. T., 136
Tellegen, A., 570
Terelak, J. F., 299
Terhune, K. W., 134, 136
Tesch-Roemer, C., 260
Tesser, A., 180
Teuber, H. L., 653, 661
Thaler, R., 376
Thibaut, W., 138, 139
Thierry, H., 288
Thompson, C., 769
Thompson, S. C., 65
Thompson, W. C., 174
Thoresen, C. E., 458
Thorndike, R. L., 312
Thornton, G. C., 305, 332
Thorsrud, E., 339
Tillmann, K. J., 228, 235
Tishman, S., 265, 267
Tissot, M., 731
Toeplitz, Z., 833
Toeplitz-Winiewska, M., 627, 823, 837
Toffler, A., 434
Tolman, E. C., 410, 433
Tomaszewski, T., 291, 410, 458, 468, 513, 523
Torrey, E. F., 428, 777
Toth, S. L., 633, 637
Tran, T., 383
Travers, K. J., 268
Trendak, W., 421
Triandis, H., 325, 390, 391
Trousseau, A., 665
Tryjarska, B., 773, 782, 789, 791, 792
Trzebińska, E., 116, 117, 829, 831
Trzebiński, J., 30, 416
Tudge, J., 247
Tuhan Mirza-Baranowska, I., 719
Tulving, E., 28
Tuomilehto, J., 507
Turner, F. J., 414
Turner, J. A., 103
Turner, J. C., 118, 119, 120, 123
Turner, J. T., 31
Tversky, A., 61, 366
Tyler, T. R., 394–396
Tylor, M. L., 658
Tyszka, T., 131, 132, 136, 351–353, 355, 357

U

Uhlaner, C. J., 395
Ulatowska, H. K., 656
Ulrich, D. O., 337, 339
Urbina-Soria, J., 431

V

Valdes, 504
Vallar, G., 652
Van de Kragt, A. J. C., 133, 136, 137, 141
van der Verr, G., 290
Van Harrison, R., 327
Van Lange, P. A. M., 140, 142
Valins, 431
van Run, C. J., 142
Van Wagenen, W. P., 668
VanSchie, E., 222
Vansickle, T. R., 315
Vasta, R., 636
Vazquez, C., 327
Vega Zagier, R., 342
Veitch, R., 435
Velichkovsky, B., 290
Venter, D. J. L., 222
Verba, S., 396
Verges, P., 326, 352
Villareal, M. J., 390
Viney, L. L, 517
Viswersvaran, C., 300
Vivekananthan, P. S., 34
Vogel, S., 654
Vojta, 645
von Neuman, J., 126
Vosniadou, S., 263
Voss, J. F., 262, 263

Vrij, A., 222
Vroom, V. H., 336

W

Wack, D. L., 188
Wacker, G. J., 339
Wäfler, T., 346
Wagner, P. E., 174
Wagner, R. K., 266, 298
Wagner, U., 219, 221
Wahlund, R., 364–366
Wald, I., 626, 642
Waldfogel, S., 500
Walker, M. R., 193
Wallach, M. A., 192
Wallander, J. L., 631
Wallen, R., 556, 558
Wallesch, C. W., 655
Walmsley, D. J., 406, 407, 419, 436
Wals, A. E. J., 423
Walsh, K., 650, 652, 664, 671–673
Walster, E., 185
Walters, R. H., 153, 163
Wałęsa, L., 384, 385
Wandersman, A., 432
Wanke, M., 386
Ward, A., 398
Warneryd, K. E., 351, 358–360, 374
Warwick, 742, 744
Wasilewski, B., 453
Waterman, A., 246
Watson, D., 62, 63
Watson, J. B., 241, 242
Watzlawick, P., 744, 773, 782
Wawak-Sobierajska, B., 521
Wciórka, J., 561, 563, 568, 583, 584, 589, 592, 596, 652, 669, 674, 692
Weaver, H. B., 427
Weber, M., 380
Webley, P., 353, 365, 374
Wechsler, D., 574, 719
Wegsheider, S., 755
Wehrung, D. A., 360
Weigl, B., 210, 218, 222, 782
Weil, M., 243
Weiner, B., 67, 274
Weinhold, B. K., 752, 755
Weinhold, J. B., 752, 755
Weinstein, N., 436
Weintraub, J. K., 482
Weiss, E., 500
Weiss, S. M., 454
Wells, R. D., 646
Werner, H., 240, 719
Wertsch, J. V., 251
West, S. G., 160
Westbrook, M. T., 517
Wetherell, M. S., 118
Wetzel, C. G., 426
White, J. D., 36
White, L., 420, 421
Whitney, D. E., 290
Wicker, A. W., 414
Wicklund, R. A., 63, 173
Widowitz, 742
Wigfield, A., 276
Wiley, J., 262
Wiliński, P., 233
Wilke, H. A. M., 133, 136
Willems, E. P., 412, 416, 417
Williams, K., 193
Williams, W. M., 278
Wilson, G. D., 391
Wilson, J. W., 268
Wilson, T. D., 42, 174, 605
Winczo, M., 115
Wing, J. K., 570
Winget, C., 517
Winnicott, D. W., 769
Wirsching, M., 513
Wirth, L., 407
Witkowski, S. A., 304, 812
Witmer, L., 556
Włodarczyk, C., 535, 537
Włodarski, Z., 227, 238, 259
Wojciechowski, 291
Wojciszke, B., 27, 29, 32, 45, 66, 68, 70, 72, 74, 110, 116, 180–182, 215, 394
Wolf, S., 288, 508
Wolfensberger, W., 807
Wolfson, D., 683
Wolpe, J., 586, 770
Wolter, W., 718
Wolters, C. A., 276
Wong, P. T. P., 67, 529
Wood, W., 252, 504
Worchel, P., 182
Worchel, S., 102, 120
Worell, J., 734, 739
Woronowicz, B. T., 693
Wortman, C. B., 478
Woydyłło, E., 695
Wójcik, D., 637, 712, 713, 715, 716, 720–723
Wójtowicz, S., 563
Wright, B. A., 797, 801, 805
Wright, H. F., 412–414, 417–419, 430
Wrześniewski, K., 443, 450, 453, 454, 462, 480, 482, 484, 487, 493, 502–506, 513, 526, 533
Wyer, R. S., Jr., 71
Wygotski, L. S., 229, 240–242, 251
Wynne, L. C., 598

Y

Yakimovitch, D., 166
Yamagishi, T., 135
Yerkes, R. M., 526
Yetton, P. W., 336
Yolken, R. H., 428
Young, D. P., 335
Young-Bruehl, E., 804
Yu, S. L., 276
Yzerbyt, V. Y., 120, 125

Z

Zablocki, J., 798
Zadny, J., 38
Zagrodzka, J., 671
Zajonc, H., 114, 188
Zajonc, R. B., 73, 82
Zakrzewska, M., 574
Zalewska, M., 116, 630, 631, 641
Zamek-Gliszczyńska, X., 291, 332
Zani, B., 221
Zanna, M. P., 355
Zautra, A. J., 528
Zawadzki, B., 474, 496, 556
Zeidner, M., 488
Zeig, J. K., 775
Zeigarnik, B., 556
Zick, Z., 219
Ziegman, M., 500
Zigler, E., 643
Zillmann, D., 153, 155, 158, 159
Zimbardo, P. G., 419
Zimolong, B., 343
Ziółkowski, M., 389, 392
Znaniecki, F., 227
Zolich, R., 524
Zubbe, 423
Zuckerman, M., 54, 59, 64, 68
Zurif, 665

Ż

Żebrowska, M., 627

Spis i źródła fotografii

Rozdział 44
str. 114 – Hazel R. Markus – Archiwum Autora
str. 119 – John C. Turner – Archiwum Autora

Rozdział 54
str. 407 – ryc. 54-1 – *copyright* Andrzej Eliasz
str. 408 – ryc. 54-2a i 54-2b – *copyright* Andrzej Eliasz
str. 409 – ryc. 54-3a i 54-3b – *copyright* Andrzej Eliasz

Rozdział 55
str. 457 – Joseph D. Matarazzo – Archiwum Autora

Rozdział 56
str. 469 – Richard S. Lazarus – Archiwum Autora
str. 472 – Stevan E. Hobfoll – Archiwum Autora

Rozdział 58
str. 520 – Shelley E. Taylor – Archiwum Autora

Rozdział 64
str. 626 – Hanna Olechnowicz – Archiwum Autora
str. 626 – Halina Spionek – Archiwum Autora
str. 629 – rycina 64-1 – Archiwum Autora

Rozdział 69
str. 784 – ryc. 69-1 – *copyright* Tomasz Miszczak
str. 785 – ryc. 69-2 – *copyright* Tomasz Miszczak
str. 786 – ryc. 69-3 – Archiwum Autora
str. 790 – ryc. 69-4 – *copyright* Tomasz Miszczak

Rozdział 70
str. 797 – Wiktor Dega – Archiwum Autora
str. 798 – Aleksander Hulek – Archiwum Autora