



Złożenie pracy online:
2022-03-23 09:46:26
Kod pracy:
11399/39181/CloudA

Małgorzata Koryńska
(nr albumu: 24361)

Praca magisterska

Poziom i struktura depresji a cechy osobowości w procesie terapeutycznym

Level and structure of depression versus personality traits in the therapeutic process

Wydział: Wydział Nauk Społecznych i Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Marta Brachowicz

Pragnę podziękować Pani Promotor dr Marcie Brachowicz za nieocenioną pomoc w powstaniu niniejszej pracy. Jestem wdzięczna za każdą sugestię, wsparcie merytoryczne i ogromne ciepło jakie otrzymałam. Dziękuję mojej Rodzinie za cierpliwość i życzliwość w mojej dotychczasowej drodze.



Streszczenie

Streszczenie

Niniejsza praca ma charakter teoretyczno-empiryczny. Skupia się ona na poszukiwaniu powiązań pomiędzy depresją a strukturą osobowości wśród osób rozpoczynających terapię i po 3 miesiącach procesu terapeutycznego. W realizowanym projekcie badawczym wykorzystane zostały następujące narzędzia psychologiczne: Inwentarz Osobowości NEO-PI-R, autorami którego są P. T. Costa Jr, R. R. McCrae, Test CES-D autorstwa L. Radloff'a w opracowaniu E. Dojka, M. Górkiewicz, A. Pająk a także Arkusz personalny własnej konstrukcji. Uzyskane w badaniach własnych wyniki stanowią podstawę do wyciągnięcia następujących wniosków: występują zmiany w obszarze stabilności emocjonalnej, wzmocnienia kontroli impulsów i poczucia własnej wartości w wyniku podjęcia terapii. Obniżenie poziomu neurotyczności wskazuje na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i zrównoważenie emocjonalne w sytuacjach stresowych. Osoby takie są bardziej spokojne i lepiej sobie radzą w życiu.

Słowa kluczowe

osobowość, depresja, psychoterapia, radzenie sobie



Abstract

Summary

The thesis is theoretical and empirical in nature. It aims to find links between depression and personality structure of people beginning therapy and after 3 months of the therapeutic process. The following psychological tools were implemented in the research project: NEO-PI-R Personality Inventory by P. T. Costa Jr., R. R. McCrae, CES-D Test by L. Radloff in the study of E. Dojka, M. Górkiewicz, A. Pajak, and a personal questionnaire of own construction. The results obtained in the study are the basis for the following conclusions: there are alterations in the area of emotional stability, strengthening of impulse control and self-esteem. Lowering the level of neuroticism indicates an increased sense of security and emotional balance in stressful circumstances. Such individuals are more peaceful and perform better in life.

Keywords

Personality, depression, psychotherapy, coping



Spis treści

Rozdział 1. Depresja w ujęciu psychologicznym.....	6
1.1. Pojęcie depresji oraz jej klasyfikacja.....	6
1.2. Zaburzenia depresyjne – diagnoza	8
1.2.1. Klasyfikacja ICD-10	9
1.2.2. Klasyfikacja DSM-V.....	10
1.3. Wybrane koncepcje depresji	11
1.3.1. Model depresji według A. T. Becka.....	12
1.3.2. Model wyuczonej bezradności M. Seligmana.....	16
1.3.3. Model depresji według J. Bowlb`ego	19
1.4. Uwarunkowania depresji	25
1.4.1. Uwarunkowania podmiotowe	25
1.4.2. Uwarunkowania społeczne.....	28
Rozdział 2. Problematyka osobowości w psychologii.....	30
2.1 Pojęcie osobowości.....	31
2.2 Wybrane teorie osobowości.....	32
2.2.1 Pięcioczynnikowy Model Osobowości P. T. Costy i R. R. McCrae.....	32
2.2.2 Teoria cech osobowości G. W. Allporta.....	36
2.2.3 Biologiczna teoria temperamentu PEN H. J. Eysencka.....	39
2.3 Proces kształtowania się osobowości.....	43
2.3.1 Dzieciństwo jako kluczowy etap rozwoju osobowości.....	43
2.3.2 Adolescencja – kryzys i budowa tożsamości.....	47
2.3.3 Dorosłość – dojrzała osobowość.....	48
2.4 Zaburzenia osobowości.....	49



Rozdział 3. Psychoterapia.....	54
3.1. Pojęcie psychoterapii.....	54
3.2. Warunki psychoterapii.....	54
3.3. Etapy procesu Psychoterapii	56
3.4. Psychoterapia Gestalt.....	62
Rozdział 4. Metodologia badań własnych.....	80
4.1. Problemy i hipotezy badawcze.....	80
4.2. Charakterystyka metod badawczych	81
4.2.1. Skala Depresji CES-D L. E. Radloff i E. Helmes.....	81
4.2.2. Inwentarz Osobowości NEO-PI-R autorstwa P. T. Costa i R. R. McCrae.....	83
4.2.3. Arkusz personalny	85
4.3. Opis grupy badawczej	86
4.4. Procedura badania.....	98
Rozdział 5. Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości w grupie osób badanych.....	99
5.1. Powiązania pomiędzy zmiennymi w badanej grupie przed podjęciem terapii.....	99
5.2. Powiązania pomiędzy zmiennymi w badanej grupie po trzech miesiącach terapii.....	104
5.3. Porównanie zmiennych przed i po podjęciu terapii.....	109
5.3.1. Porównanie poziomu i struktury depresji przed i po podjęciu terapii.....	109
5.3.2. Porównanie czynników i składników osobowości przed i po podjęciu terapii.....	110
5.4. Podsumowanie i weryfikacja hipotez.....	117
Zakończenie.....	120
Bibliografia.....	124
Spis Rysunków.....	129
Spis Tabel.....	129
Spis Wykresów.....	131



Wstęp

Osobiste doświadczenia ludzi wpływają na kształtowanie się osobowości człowieka. W zależności od nasilenia cech osobowości może wyłonić się depresja.

Czy każda osoba ma taką samą skłonność do wystąpienia depresji?

Niewątpliwie własna samoocena czyli poczucie własnej wartości, zadowolenia z siebie stanowią niezwykłą siłę do pokonywania trudów życia. Zachwiana własna samoocena może sprzyjać zaburzeniom depresyjnym. Istotnym czynnikiem wpływającym na pojawienie się depresji jest przewlekłe napięcie emocjonalne przejawiające się w tłumieniu ekspresji, wyrażaniu emocji związanych z np: gniewem, złością. Tłumienie emocji jest najbardziej charakterystyczne dla kobiet gdyż styl socjalizacji uczy dziewczynki aby były grzeczne, wyrozumiałe i nie złościły się. Przeważającą większość osób badanych stanowiły kobiety co potwierdza, iż takie wychowanie sprzyja reakcji depresyjnej.

Osoby depresyjne często wskazują, iż nie posiadają pełnej kontroli nad własnym życiem, boją się sprzeciwić będąc przekonane o własnej zależności od innych. Brak decyzyjności w połączeniu ze stłumieniem uczuć, niską samooceną może przejawiać się pod postacią zaburzeń depresyjnych. Niezwykle ważnym czynnikiem wśród cech osobowości stanowi introwersja czyli unikanie kontaktów z innymi ludźmi, chwiejność emocjonalna oraz tendencja do przeżywania negatywnych emocji. Osoby introwertyczne odczuwają poczucie dyskomfortu w sytuacjach społecznych co w konsekwencji przyczynia się do izolacji. Nadmierny introwertyzm w połączeniu z przekonaniem osoby mogą wiązać się z podatnością na depresję.

Kluczową kwestią jest również umiejętność radzenia sobie ze stresem. Niewłaściwe sposoby, style radzenia sobie z napięciem sprawiają, iż następuje podwyższenie ryzyka reagowania lękiem i obniżeniem nastroju.

Cechy osobowości powyżej omówione mogą łączyć się ze sobą bądź być od siebie niezależne. Określona kompilacja tych cech może sprawić, iż u określonej osoby pojawiają się tendencje depresyjne, zaburzenia depresyjne bądź depresja.

Osobowość wpływa na depresję, lecz depresja również wywiera ogromny wpływ na zmianę osobowości człowieka sprawiając, iż pewne jego cechy stają się bardziej uwypuklone i występują w większym natężeniu.



Celem pracy jest wykazanie powyższej korelacji, a także wpływu psychoterapii na zmianę przekonań dotyczących obrazu samego siebie, decyzyjności, wypracowania asertywnych postaw.

Problem niniejszej pracy ująć można w formie pytania ogólnego:

Czy i jakie powiązania występują pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości u osób w procesie terapeutycznym (trzy miesiące w terapii)?

Rozwiązanie sformułowanego w ten sposób problemu dokonane zostanie w oparciu o wyniki badań własnych, do których przeprowadzenia zastosowane zostaną następujące narzędzia psychologiczne:

1. Inwentarz osobowości *NEO-PI-R*, P. T. Costa Jr., R. R. McCrae.
2. Skala CES-D, R. Radloff.
3. Arkusz personalny własnej konstrukcji.

Badaniami objęta zostanie grupa 30 osób, które zgłosiły się na psychoterapię.

W pierwszym rozdziale poruszona zostanie problematyka depresji, kwestie terminologiczne, oraz depresja w świetle podstawowych teorii psychologicznych. Na końcu rozdziału omówione zostaną również uwarunkowania depresji.

Rozdział drugi dotyczył będzie tematyki osobowości. Przedstawione zostaną kwestie terminologiczne, teorie cech osobowości, a także uwzględniony będzie proces kształtowania osobowości. Rozdział zostanie zakończony omówieniem wybranych zaburzeń w powyższym obszarze.

Trzeci rozdział zawierać będzie charakterystykę procesu terapeutycznego w tym przygotowanie do terapii, etapy procesu terapeutycznego. Praca niniejsza została oparta na wybranym nurcie psychoterapeutycznym – Gestalt. W części dotyczącej terapii omówiony zostanie cel terapii, założenia teoretyczne, a także sam proces.

Czwarty rozdział opisuje metodologię badań własnych. Sformułowany zostanie w nim problem oraz hipotezy badawcze, a także dokonana będzie charakterystyka narzędzi psychologicznych, grupy badawczej oraz procedury badania.



Treścią piątego rozdziału będą zagadnienia dotyczące opisu badanej grupy w świetle przeprowadzonych badań i otrzymanych na ich podstawie wyników. Przedstawione zostaną zależności pomiędzy depresją a strukturą osobowości i porównania w zakresie badanych zmiennych przed i po podjęciu terapii.

Ostatnia część niniejszej pracy zawierać będzie zakończenie, bibliografię oraz spis tabel, wykresów i rysunków.



Rozdział 1. Depresja w ujęciu psychologicznym

Depresja jest pojęciem wieloznacznym. W języku codziennym często używana jest do określenia wielu doświadczeń, zaczynając od złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia. Niezależnie od przyczyn tego stanu a kończąc na zaburzeniach niezwykle głębokich a nawet zagrażających życiu depresja to stan emocjonalny współcześnie określany jako jeden z najbardziej rozpowszechnionych problemów natury psychologicznej.

W niniejszym rozdziale przedstawiona zostanie natura zaburzeń depresyjnych rozpoczynając od definicji depresji, kryteriów diagnostycznych, koncepcji wyjaśniających powstanie depresji i uwarunkowań depresyjnych

1.1. Pojęcie depresji oraz jej klasyfikacja

Termin „depresja” stosowany jest w codziennym języku celem nazwania wielu doświadczeń jakie stają na drodze każdego człowieka. Ludzie określają swój stan jako depresyjny poczynając od ledwie zauważalnego i chwilowego obniżenia nastroju aż do zaburzeń głębokich, które mogą zagrażać życiu lub zdrowiu według m.in (Jarema, Jarema, 2017, s. 20). W psychiatrii termin depresja używany jest, jako nazwa zbioru objawów występujących łącznie w tym samym czasie, które negatywnie wpływają na funkcjonowanie osoby i wywołują u niej cierpienie psychiczne.

Do objawów tych zalicza się obniżony nastrój, obniżenie napędu psychoruchowego, zaburzenia rytmu okołodobowego, zmniejszenie lub brak odczuwania przyjemności, objawy somatyczne. Często lęk w literaturze przedmiotu podkreśla, iż depresja jest czymś więcej niż tylko bolesnym doświadczeniem emocjonalnym. Jest to zespół objawów, których czas trwania jest dłuższy niż powszechnie używane przygnębienie. Depresja powoduje także zmianę w zachowaniu człowieka i wpływa na funkcjonowanie jego w codziennych rolach (Święcicki, 2002, s. 151-160). Dlatego też ważne jest w ujęciu klinicznym, aby oprócz nastroju zwracać uwagę w zaburzeniach depresyjnych na szersze spektrum doświadczeń jakimi są objawy fizyczne, psychiczne, behawioralne, które opisują bardziej długofalowy i szkodliwy stan. Osoby dotknięte tym zaburzeniem mogą doświadczać symptomów o różnym charakterze i nasileniu. Także ilość objawów może być różnorodna (Hammen, 2004, s. 13).

Objawy afektywne depresji odnoszą się do zaburzeń nastroju, gdzie można zaobserwować obecność uczuć i nastrojów cechujących ten stan. Smutek, obniżony nastrój, przygnębienie, uczucie pustki i bezradność są charakterystyczne. Co więcej stan przygnębienia niekoniecznie musi wiązać się z odczuciem smutku czy depresji jako takiej. Zamiast tego osoby



mogą mówić o spadku zainteresowania czynnościami codziennym oraz zwykłym funkcjonowaniem. Efekt daje się rozpoznać w przygaszonej ekspresji. Osoby będące w depresji bardzo często mają trudności z działaniem i myśleniem. Nawet w obliczu ważnego zadania, które uda im się zrealizować nie są zdolne do czerpania satysfakcji z osiągnięć bądź odczuwają jej znikomą ilość (Hammen, 2004, s. 22). Niektórzy badacze sądzą, iż depresja oddziałuje na procesy myślenia w równym stopniu w jakim też wpływa na nastrój chorego. Osoby te zazwyczaj negatywnie postrzegają siebie i swoje otoczenie, cechuje ich bezwzględny krytycyzm co do swoich czynów i cech. Bardzo często czują się winni rozmyślając o pozornych brakach w ocenie swojej osoby, czują się niezdolni do sterowania swoim życiem i niekompetentni do rozwiązywania problemów. Prowadzi to do myślenia o swoim życiu i przyszłości jako szarej pozbawionej przyjemności egzystencji oraz do postawy braku nadziei co może w konsekwencji prowadzić do myślenia o śmierci czy nawet do podjęcia próby samobójczej (Hammen, 2004, s. 8-15). Oprócz negatywnych myśli charakteryzujących depresję zaburzenie to związane jest również z obniżeniem funkcji uwagi pamięci czy podejmowania decyzji. Często ogromnym problemem staje się dokonywanie prostych wyborów a wyrażanie własnego zdania w sprawach istotnych wydaje się niemożliwe. Z jednej strony taka sytuacja podyktowana jest obniżeniem motywacji do działania i negatywnego myślenia jakie towarzyszy temu zaburzeniu. Z drugiej strony zaś problem ten wynika z koncentracji uwagi, na którą pacjenci często się skarżą (Hammen, 2004, s. 5-16). Z powodu bezsilności i obniżonego popędu do działania pacjenci w depresji zwykle izolują się od otoczenia oraz redukują typowe dla nich zachowania. Na przykład przechodząc ciężką depresję osoba może przez długotrwały okres czasu pozostawać w łóżku, nie mając potrzeby do aktywnego uczestniczenia w życiu, chociażby w kontekście zadbania o własne potrzeby higieniczne, żywieniowe. Ograniczona aktywność społeczna lub jej brak oprócz zaniku motywacji wynikać może z tego, iż chorzy mają często świadomość, że przebywanie z nimi było krzywdzące dla innych. Ponadto zauważa się realne zmiany psychoruchowe polegające na spowolnieniu oraz towarzyszące temu objawy niepokoju (Shannen, Hammen, 2004, s. 16).

Odnosząc się do depresji można zaobserwować także reakcje somatyczne organizmu. Chorujący często skarżą się na utratę bądź wzmożony apetyt, trudności ze snem i brak energii. Przeważnie towarzyszą im również problemy somatyczne na przykład bóle głowy, brzucha oraz bóle mięśni. Pacjenci zgłaszają często również poczucie bycia ociężałym, pozbawionym wigoru. Co więcej charakterystyczne dla depresji są zaburzenia rytmu dobowego które mogą objawiać się niedosytem lub nadmiarem snu tak zwana hipersomnia (Hammen, 2004, s. 17; Radziwiłowicz, 2010, s. 64).



Depresja jest chorobą, która może wystąpić w każdym wieku, u obu płci i w różnych grupach społecznych. Ma tendencję do wielokrotnych nawrotów. Jednocześnie można ją skutecznie leczyć i trzeba leczyć zamiast pozwalać jej się pogłębiać. Według szacunków naukowców zajmujących się statystykami związanymi z chorobami cywilizacyjnymi depresja w najbliższych latach może stać się drugim pod względem skali zachorowań problemem zdrowotnym. Naczelne miejsce w klasyfikacji zajmują choroby związane z układem krążenia. Na przestrzeni czasu podejście do depresji i jej rozumienie zmieniało się. Zgodnie z rozwojem wiedzy o funkcjonowaniu człowieka już w starożytności Hipokrates użył pojęcia „melancholia” dla opisanego stanu zmęczenia, irytacji, utraty apetytu i zaburzeń stanu (Wierzbński, 2016, s. 1). Podobnie uważał Galen lekarz cesarza Marka. W średniowieczu depresja (melancholia) owiana została złą sławą, bo przypisywano ją opętaniu. Na przełomie XIV i XVII wieku londyński lekarz opisał „melancholię naturalną” wynikającą z umysłu oraz „nie naturalną” powstającą wskutek zaburzeń płynów ustrojowych (Nasierowski, 2007). Termin depresja został po raz pierwszy użyty w XVIII wieku przez niemieckich i szkockich lekarzy. Pod koniec XIX wieku zaprzestano używania określenia melancholia i w podręcznikach psychiatrii używany już był termin depresja. Wiek XX przyniósł wiele nowych badań i hipotez odnośnie etiologii depresji a także nowych metod leczenia w tym farmakologicznych (Wierzbński, 2016).

1.2. Zaburzenia depresyjne – diagnoza

Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych jest trudna i niejednoznaczna. Trudność ta wynika przede wszystkim z bardzo różnych kryteriów, jakim podlegają próby podziału depresji na poszczególne rodzaje. Dotyczyć mogą one zarówno etiologii, jak okresu wystąpienia choroby, obrazu klinicznego, stopnia nasilenia objawów itd.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) z 1992 roku oraz Podręcznik Diagnostyczny i Statystyczny Zaburzeń Psychiczych DSM-IV (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) zawierają systemy klasyfikacji zaburzeń psychicznych w tym depresji. Będą one przedmiotem dalszych rozważań.

W Polsce klasyfikacja ICD-10 została przyjęta w 1996 roku i obowiązuje do końca 2021 roku, kiedy to ma zostać zastąpiona przez ICD-11. Nowa klasyfikacja ma wprowadzić wiele ulepszeń i dać lekarzom system wszechstronny, wzorowany na rozwiązaniach systemu DSM. Zmiany w odniesieniu do zaburzeń depresyjnych mają dotyczyć reakcji na utratę bliskiej osoby.



Zgodnie z ICD-10, ale w przeciwieństwie do DSM-V, w ICD-11 zostaną one wyłączone z rozpoznania epizodu depresyjnego (Bucci, 2014, s. 403).

1.2.1. Klasyfikacja ICD-10

Zaburzenia depresyjne w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 opracowanej przez WHO w 1992 roku, opisane są w piątej części odnoszącej się do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Według ICD-10, aby można było stwierdzić epizod depresji, przez co najmniej 2 tygodnie u diagnozowanej osoby muszą wystąpić przynajmniej 2 z poniższych objawów:

- Obniżenie nastroju.
- Utrata zainteresowań i radości z lubianych czynności.
- Zmniejszenie energii prowadzącej do szybszego niż zwykle zmęczenia i zmniejszenia aktywności.

Oraz dwa lub więcej objawów dodatkowych:

- Osłabienie koncentracji i uwagi.
- Niska samoocena i mała wiara w siebie.
- Poczucie winy i małej wartości.
- Pesymistyczne widzenie przeszłości.
- Myśli i czyny samobójcze.
- Zaburzenia snu.
- Zmniejszony apetyt.

Zależnie od ilości i nasilenia objawów, ICD-10 klasyfikuje epizody depresyjne jako:

- F32.0 – łagodny – gdy występują łącznie 4 objawy (co najmniej 2 główne i 2 dodatkowe).
- F32.1 – umiarkowany - gdy występuje łącznie 6 objawów.
- F.32.2 – ciężki (bez objawów psychiatrycznych) - gdy występuje łącznie 8 objawów.

Diagnozowanie epizodu depresyjnego dotyczy jedynie pojedynczego (pierwszego) epizodu. Kolejne wystąpienie epizodu należy klasyfikować w ramach nawracających zaburzeń. Przy wystąpieniu ciężkiego epizodu depresji powszechne jest poczucie bezwartościowości, niska samoocena, poczucie winy, występują objawy somatyczne i zagrożenie podjęcia próby samobójstwa. Cierpiący na ciężki epizod depresji praktycznie nie są w stanie wykonywać obowiązków domowych i zawodowych.

Ponadto, diagnozowane są także:



- **Zaburzenia depresyjne nawracające (F33)** charakteryzujące się powtarzającymi się epizodami depresji, bez występowania epizodów manii (wzmoczonego nastroju i zwiększonej energii) pomiędzy nimi w przeszłości.
- **Uporczywe zaburzenia nastroju (F34)** - dystymia, które są przewlekłymi zaburzeniami nastroju, trwające minimum 2 lata, o zmiennym nasileniu, jednak ich umiarkowane natężenie nie pozwala na rozpoznanie epizodu depresji. ciężkiego epizodu depresji. W dystymii epizody depresyjne są dłuższe i wiążą się z uczuciem zmęczenia, ograniczeniem aktywności, bezsennością, utratą wiary w siebie, trudnościami w koncentracji, skłonnością do płaczu, uczuciem braku nadziei lub rozpaczą, pesymizmem co do przyszłości i rozpamiętywaniem przeszłości, wycofaniem z kontaktów społecznych, zanikiem odczuwania przyjemności i utrata zainteresowania czynnościami sprawiających przyjemność. Wymienione objawy muszą wystąpić w kilku epizodach depresji. Do zdiagnozowania dystymii według klasyfikacji ICD- 10 wystarczy wystąpienie co najmniej trzech z wymienionych (Hammen, 2004, s. 22).

Zaburzenia nastroju mogą być maskowane, co przejawia się w rozdrażnieniu, nadużywaniu alkoholu, zachowaniach histerycznych, narastaniu fobii i natręctw lub przez dolegliwości hipochondryczne.

1.2.2. Klasyfikacja DSM-V

Drugą klasyfikacją chorób psychicznych jest DSM- V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), która utworzona została przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Ta najnowsza wersja klasyfikacji obowiązuje od 18.05.2013 roku.

Klasyfikacja DSM-V opisuje następujące kryteria rozpoznania epizodu dużej depresji:
A. W okresie dwóch tygodni lub dłuższym występowało 5 lub więcej spośród poniżej wymienionych objawów (co stanowi istotną zmianę w stosunku do wcześniejszego funkcjonowania), przy czym co najmniej jednym z nich było (1) obniżenie nastroju lub (2) anhedonia:

1. *Obniżony nastrój* przez większą część dnia i niemal codziennie (u dzieci lub młodzieży zamiast nastroju obniżonego może występować nastrój drażliwy). Wskazuje na to subiektywna opinia albo obserwacja innych.
2. *Wyraźnie mniejsze zainteresowanie i zdolność odczuwania przyjemności* w stosunku do wszystkich lub niemal wszystkich aktywności (anhedonia) przez większość dnia, niemal codziennie.



3. *Znaczący wzrost lub spadek masy ciała* pomimo niestosowania diety (zmiany wyniosły więcej niż 5% masy ciała w ciągu miesiąca) lub zmniejszenie się lub zwiększenie się apetytu obecne niemal codziennie (u dzieci należy zwrócić uwagę na brak oczekiwanego przyrostu wagi).
4. *Bezsenność lub wzmożona senność* niemal codziennie.
5. *Pobudzenie psychoruchowe lub spowolnienie* występujące niemal codziennie (które jest zauważalne dla otoczenia, a nie stanowi jedynie subiektywnego poczucia pacjenta).
6. *Męczliwość lub utrata energii* obecne niemal codziennie.
7. *Poczucie własnej niskiej wartości lub nadmierne, nieadekwatne poczucie winy* (może mieć charakter urojeniowy) obecne niemal codziennie (lecz nie sprowadzające się tylko do wyrzucania sobie faktu bycia chorym).
8. *Zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji albo brak decyzyjności* obecne niemal codziennie.
9. *Nawracające myśli o śmierci* (lecz nie sprowadzające się tylko do lęku przed umieraniem), nawracające myśli samobójcze bez sprecyzowanego planu samobójczego lub z planem samobójczym lub próby samobójcze.

B. Objawy są przyczyną klinicznie istotnego cierpienia lub upośledzenia w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub innych ważnych obszarach funkcjonowania.

C. Nie ma podstaw, aby epizod ten przypisywać działaniu substancji przyjmowanych przez pacjenta lub innym przyczynom medycznym związanym ze stanem zdrowia pacjenta.

D. Występowanie wymienionych objawów nie jest łatwiejsze do wyjaśnienia obecnością zaburzeń schizoafektywnych, schizofrenii, zaburzeń podobnych do schizofrenii, zaburzeń urojeniowych lub innych zaburzeń ze spektrum zaburzeń psychotycznych.

E. Nigdy nie miał miejsca epizod manii ani też epizod hipomanii (Kotakowski, Siwek, Ambroziak, 2018, s. 83-84).

1.3. Wybrane koncepcje depresji

Depresja jest zaburzeniem wpływającym nie tylko na stan fizyczny, ale przede wszystkim na stan psychiczny chorego. Aby poradzić sobie z chorobą należy obserwować i leczyć nie tylko objawy, lecz także poznać mechanizmy jej powstawania. Od wielu lat badacze próbują zbadać naturę depresji i odkryć jej mechanizmy.

Podłożem depresji klinicznej zwykle nie jest jedno przykre zdarzenie czy konkretny komponent biologiczny. Współcześnie istnieje wiele modeli opisujących występowanie tego



zaburzenia, które niemniej jednak się uzupełniają i razem mogą przyczynić się do lepszego zrozumienia tej choroby (Kendall, 2004, s. 117).

Poniżej przedstawione zostaną najbardziej znane modele psychologiczne.

1.3.1. Model depresji według A. Becka.

Chociaż i poznawcze modele depresji różnią się od siebie wielu szczegółach to jednak wszystkie one opierają się na podstawowym założeniu mówiącym o tym, że reakcja emocjonalna jest wynikiem interpretacji doświadczanych wydarzeń w nieobiektywny sposób. Tym co czyni przynajmniej niektórych ludzi bardziej podatnymi na zaburzenia afektywne jest specyficzny sposób myślenia o sobie i swoim środowisku.

Model depresji A. Becka kluczową rolę przypisuje tak zwanym negatywnym schematom. Termin schemat w cudzysłowie oznacza nieadaptacyjne względnie trwałe przekonania o sobie i świecie. Przekonania takie mają tworzyć piętrowe struktury na które składają się przekonania podstawowe czyli twierdzenia w których główny motyw stanowi własna bezwartościowość na przykład jestem gorszy od innych nie jestem wart by mnie kochano oraz dysfunkcyjne założenia przybierające postać zdań warunkowych typu jeżeli a, to b – np. jeżeli nie jestem akceptowany przez wszystkich to znaczy, że jestem niewiele wart (według Becka przekonania te tworzą się na skutek stresujących i traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie i przez wiele lat mogą znajdować się w stanie uśpienia. Ich pełna aktywacja może nastąpić znacznie później pod wpływem niekorzystnych negatywnych wydarzeń życiowych, czego bardziej odległą konsekwencją może być rozwój zaburzenia afektywnego) (Blaut, Paulewicz, 2011, s. 889-899)

Według A. Becka u podłoża depresji leżą dwa mechanizmy: tzw. triada poznawcza oraz błędne przetwarzanie informacji.

Osiowym mechanizmem depresji według A. Becka jest tzw. triada poznawcza (depresyjna), czyli sposób myślenia wynikający z trzech negatywnych przekonań obejmujących: negatywny obraz zarówno *własnej osoby* ♣ „nic mi się w życiu nie udaje, z mojej winy wszystko idzie źle”, *świata* ♣ „świat jest zagrażający, wszystko było i jest źle”, *przyszłości* ♣ „na pewno mi się nie uda, nic dobrego mnie nie spotka”.

W myśleniu dominują: tematyka utraty (może wiązać się z faktycznym odejściem kogoś bliskiego czy rozpadem związku, niezadowoleniem z relacji z ludźmi, niezadowoleniem z siebie oraz osiągniętych rezultatów), własnej nieadekwatności, braku nadziei na pomyślne



zdarzenia (Jerzak, 2016, s. 61). Negatywne poglądy przejawiają się w takich procesach poznawczych, jak oczekiwania, interpretacje, spostrzeżenia i wspomnienia. Treść myślenia w depresji skupiona jest na poniesionych stratach, autodeprecjacji i poczuciu nieadekwatności oraz oczekiwaniu niepomyślnych wyników przyszłych zdarzeń. Irracjonalne schematy poznawcze dotyczące Ja kształtują się na podstawie negatywnych doświadczeń we wczesnym dzieciństwie. Stanowią „filtr” umysłowy, decydujący o wyborze, interpretacji i przypominaniu sobie informacji. Schematy te powodują zniekształcenia w procesie przetwarzania informacji, polegające na tym, że doświadczenia postrzegane są jedynie przez negatywny pryzmat a przekonania utrzymują się pomimo dowodów na to, że nie są one prawdziwe (Ambroziak, Jerzak, Zajac, 2018, za: Jerzak, 2016, s. 56).

- Według Beck’a podstawowe zniekształcenia poznawcze stanowią:
- **Myślenie w kategoriach "wszystko albo nic"** (zwane też myśleniem dychotomicznym, czarno-białym, spolaryzowanym). Takie myślenie polega na patrzeniu na sytuację w kategoriach dwóch skrajności, a nie kontinuum, np. "jeśli nie odniosę sukcesu to jestem nieudacznikiem".
 - **Katastrofizacja** (zwana też przepowiadaniem przyszłości) polega na przewidywaniu negatywnej przyszłości, bez brania pod uwagę innych możliwości pomimo, że są one bardziej prawdopodobne.
 - **Lekceważenie lub pomijanie pozytywnych informacji** – nie opierając się na żadnych rozsądnych przesłankach, mówimy sobie, że pozytywne doświadczenia, uczynki lub cechy się nie liczą, np. "dostałam ocenę bardzo dobrą, ale to nie znaczy że byłam dobra, po prostu miałam szczęście".
 - **Uzasadnianie emocjonalne** - jeśli coś czujemy, to myślimy, że to musi być prawda i pomijamy dowody przeciwne – "czuję, że mi to nie wyszło".
 - **Etykietowanie** – polega na przypisywaniu sobie i innym sztywnych, ogólnikowych etykietek, np. "jestem gamoniem".
 - **Wyolbrzymianie/umniejszanie** - wyolbrzymiamy negatywne aspekty i/lub umniejszamy pozytywne, zamiast opierać się na rozsądnych przesłankach w ocenie siebie, innych osób lub sytuacji.
 - **Filtr mentalny (zwany selektywna uwagą)** - polega na nieumiejętności uwzględnienia pełnego obrazu w ocenie sytuacji, a skupianiu się na jednym negatywnym szczególe.
 - **Czytanie w myślach** - polega na nieuzasadnionym przekonaniu, że wiemy co myślą inni, bez uwzględnienia wielu różnych możliwości, np. "on myśli, że ja nic nie rozumiem".
 - **Nadmierne uogólnianie** - to wyciąganie ogólnego, negatywnego wniosku, dalece

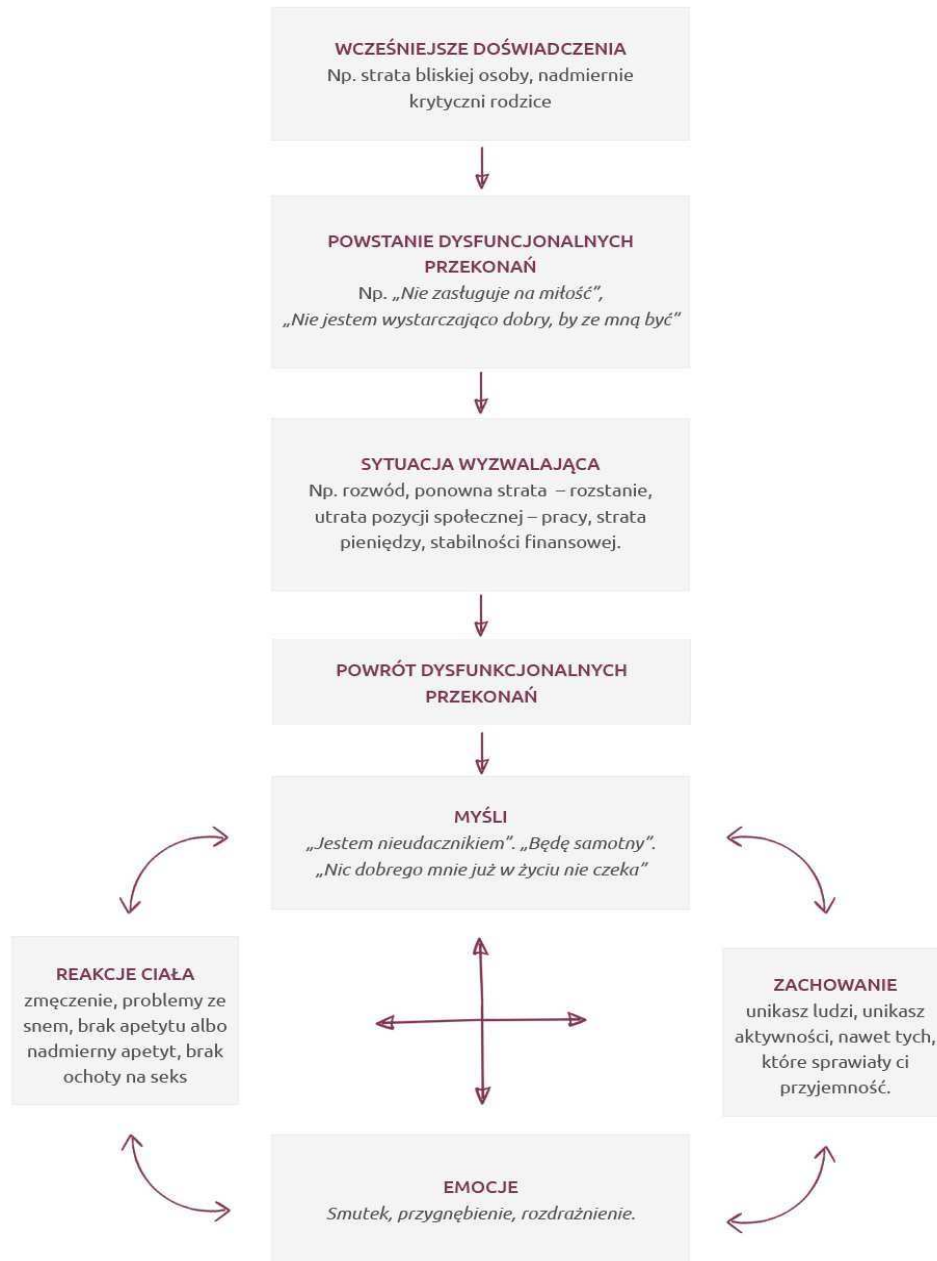


wykraczającego poza bieżącą sytuację, np. "czułam się źle na zebraniu, więc nie nadaję się do bycia z ludźmi".

- **Personalizacja** - wiara w to, że powodem negatywnych zachowań innych ludzi jesteśmy my, nie bierzemy pod uwagę innych, bardziej prawdopodobnych przyczyn ich zachowań („mechanik był dla mnie niemiły- widocznie zrobiłam coś nie tak”).
- **Nadużywanie imperatywów „muszę”, „powinienem”**, wskutek posługiwania się niezbyt precyzyjną i sztywną koncepcją tego jak powinniśmy się zachowywać my sami i inni.
- **Myślenie jednorowe** - efekt lornetki- widzenie tylko negatywnych aspektów sytuacji (Beck, 2009, s. 34).

Poniżej zaprezentowany jest rysunek przedstawiający schemat modelu poznawczego depresji według A. T. Becka.





Rysunek 1. Model poznawczy depresji według A. T. Becka

Źródło: www.mywayclinic.online/pl/zakres-pomocy/depresja (data odczytu: 02.02.2022)

W oparciu o teorię Aarona Becka powstała teoria wyuczonej bezradności M. Seligmana. Tłumaczy ona mechanizm powstawania depresji na bazie doświadczeń, na które osoba nie miała wpływu – wówczas powstaje przekonanie, że niezależnie od własnych starań osoba nie ma wpływu na wynik i skuteczność własnego działania. Uczucie bezradności narasta w wyniku nagromadzonych negatywnych doświadczeń, przez co osoba z czasem zaczyna być przekonana o braku własnego wpływu na bieg wydarzeń i traci motywację do podejmowania jakichkolwiek działań naprawczych lub zmian. W konsekwencji tego pojawia się przygnębienie, obniżony

nastrój, utrata motywacji i brak wiary we własną sprawczość, co prowadzi do rozwoju depresji (Jasiński, 2014).

1.3.2. Modele wyuczonej bezradności M. Seligmana

Kolejnym modelem teoretycznym depresji, wypływającym z nurtu poznawczego, jest model wyuczonej bezradności, autorstwa M. Seligmana.

W latach 60. ubiegłego stulecia Seligman (1967) i jego współpracownicy opublikowali wyniki klasycznych już dziś badań nad spostrzeganym przez psy stopniem kontroli. Część czworonogów została umieszczona w klatkach i poddana obserwacji, ile czasu zajmie im nauczenie się, że naciśnięcie nosem guziczka wyłączy emitowany wstrząs elektryczny. W drugiej wersji eksperymentu zwierzęta otrzymywały te same bodźce, lecz tym razem naciskanie nosem guzika nie dawało rezultatów. Obiektywnie to wydarzenie było dokładnie takie samo dla obu grup psów, ale subiektywnie to, czego doświadczały, było odmienne, ponieważ druga grupa w przeciwieństwie do pierwszej nie mogła kontrolować wstrząsów. Celem kolejnego etapu eksperymentu było porównanie zachowania psów w warunkach wysokiej i niskiej kontroli. Czworonogi, które wcześniej doświadczały wstrząsów elektrycznych i mogły je kontrolować, szybko opanowały sposoby unikania nowych. Natomiast psy, które wcześniej nie mogły kontrolować otrzymywanych wstrząsów, nie potrafiły kontrolować nowej sytuacji i większość z nich pokornie znosiła działanie impulsów elektrycznych. Badania na ludziach dały podobne rezultaty (za: Aronson, Wilson i Akert, 1997, s. 600).

Luką w modelu Seligmana (2010) był brak odpowiedzi na pytanie, dlaczego dwie trzecie badanych nie nauczyły się bezradności. Wypełnił ją atrybucyjny model bezradności i depresji opracowany przez Lyn Abramson, Martina Seligmana i Johna Teasdale'a, wyjaśniający, że istotną rolę w wyzwaniu bezradności u człowieka odgrywają procesy atrybucyjne. To, czy negatywne wydarzenia doprowadzą do syndromu wyuczonej bezradności, zależy od tego, czy styl wyjaśniania porażek ma pesymistyczny czy optymistyczny charakter (Seligman, 2010). Jest to rodzaj specyficznej aktywności poznawczej, mającej na celu wytłumaczenie przyczyn wydarzeń, którym osoba przypisuje znacznie sukcesu lub porażki. Na podstawie posiadanych informacji interpretuje ona sytuację, w której się znalazła lub inaczej mówiąc wnioskuje o pewnych jej właściwościach. Proces ten u każdego człowieka wykazuje pewną stałość, tzn. przebiega zgodnie z właściwym dla danej jednostki wzorcem, czyli stylem atrybucyjnym. Styl atrybucyjny można traktować jako cechę, którą jednostka różni się od innych osób.

Atrybucje dokonywane są na trzech wymiarach:



- *stałości* – przyczyna ma charakter stały bądź przejściowy,
- *zasięgu* – przyczyna wpływa na całe życie człowieka lub ogranicza się tylko do tylko sfer, które są z nią bezpośrednio związane,
- *personalizacji* – przyczyną wydarzenia jest zachowanie lub właściwości podmiotu bądź zewnętrzna sytuacja.

W literaturze przedmiotu zjawisko wyuczonej bezradności rozpatrywane jest w kontekście przekonań na temat własnej skuteczności. Poczucie własnej skuteczności stanowi indywidualną ocenę tego, czy posiada się specyficzne umiejętności potrzebne do wykonania określonego zadania. Ponadto ma ono ogromne znaczenie dla ludzkich działań, gdyż wpływa na nasze myśli, uczucia, motywacje i zachowania (za: Dembo, 1997, s. 145). Rzutuje też na wybór sytuacji, w które się angażujemy, na wielkość wysiłku wkładanego w nasze działania, na stopień wytrwałości w dążeniu do celu oraz na relacje emocjonalne. Inaczej myślimy, czujemy, działamy, gdy wierzymy w siebie i własne umiejętności, a inaczej, gdy brak nam pewności i nie panujemy nad sytuacją. Poczucie własnej skuteczności wpływa więc na nasze myśli, motywację, skuteczność działania oraz emocje (Pervin, 2002, s. 97). Badania przeprowadzone przez Collinsa (1982) pokazują, jak przekonania o własnej skuteczności oddziałują na zachowania.

Collins (1982) wyselekcjonował uczniów o wysokich, przeciętnych i niskich zdolnościach matematycznych oraz zidentyfikował osoby o wysokich i niskich przekonaniach na temat własnej skuteczności w zakresie tego przedmiotu. Badanie wykazało, że w każdej grupie utworzonej z uwagi na poziom zdolności ci uczniowie, których cechowało wysokie przekonanie o własnej skuteczności, rozwiązywali poprawnie większą liczbę zadań i chętniej wracali do zadań niedokończonych niż uczniowie o niskim poczuciu własnej skuteczności. Jest rzeczą interesującą, że poczucie skuteczności było lepszym predykatorem sukcesu niż poziom zdolności (za: Dembo, 1997, s. 146).

Opisana wcześniej teoria stylu atrybucyjnego Seligmana podkreśla, że niedobory związane z niepodlegającymi kontroli niepowodzeniami występują wyraźnie wtedy, gdy przypisuje się je czynnikowi przyczynowemu, który jest często stabilny, wewnętrzny i globalny. Jeżeli jednostka myśli o niepowodzeniach w kategoriach „zawsze”, „nigdy” i przypisuje im trwałą charakter, oznacza to, że ma pesymistyczny styl wyjaśniania wydarzeń i jest podatna na wyuczoną bezradność (Seligman, 2010, s. 73). Ludzie, którzy obwiniają siebie za niepowodzenia, mają niskie mniemanie o sobie, a w konsekwencji zapadają na wyuczoną bezradność (Seligman, 2010, s. 81). Natomiast ludzie, którzy tłumaczą sobie własne porażki zjawiskami o zasięgu globalnym, doświadczwszy niepowodzenia w jednej dziedzinie,



zaprzestają działań i stają się bezradni w pozostałych (Seligman, 2010, s. 76). Jeżeli osoba w taki sposób tłumaczy niepowodzenia, występują u niej emocje negatywne, oczekiwanie sukcesu i motywacja się zmniejszają, nie dostrzega też ona możliwego związku między własnym wysiłkiem a efektem działania. W rezultacie powstaje wyuczona bezradność.

Wyuczona bezradność odnosi się do stanu bierności, w której osoby są przeświadczone o niezdolności do kontrolowania zachodzących w życiu zdarzeń. W rezultacie jednostka uczy się, że nie ma zależności pomiędzy działaniem a pożądanymi wynikami. Zjawisko to wyzwala trzy deficyty w zachowaniu: poznawczy, motywacyjny oraz afektywny. W tym ujęciu człowiek, który doświadczył niekontrolowanych, ale trudnych zdarzeń, nosi w sobie przekonanie o tym, że w przyszłości również nie doświadczy korelacji pomiędzy włożonym w działanie wysiłkiem, a rezultatem. Takie myślenie obciąża osobę, która cechuje się negatywnym stylem percepcji i wyjaśniania zdarzeń. Chore na depresję osoby, dokonujące uogólniania wewnętrznych atrybucji negatywnych zdarzeń, najczęściej wierzą w ich własne – niepożądane – cechy i zwyczaje, jako źródło problemu. Utrwalanie w sobie, na poziomie procesów poznawczych, przekonania o braku nadziei, wywołuje u osoby objawy depresyjne (Hammen, 2006).

Pomiędzy wyuczoną bezradnością a depresją zauważono wyraźne podobieństwa w zakresie przyczyn, sposobów leczenia, zapobiegania i predyspozycji (za: Seligman, Walker, Rosenhan, 2001, s. 293).

Zarówno pesymistyczny styl atrybucyjny, jak i bezradność nie są bezwzględnie trwałe. Dysfunkcyjne wzorce myślenia można zmienić poddając się oddziaływaniu terapeutycznemu. Zakłada się bowiem, że skoro pesymistyczny styl atrybucyjny jest wyuczony, to można nauczyć się również alternatywnych sposobów wyjaśniania zarówno niepowodzeń jak i sukcesów. Liczne badania pokazują, że taka zmiana myślenia ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie osób cierpiących na depresję a także ludzi chorych na schorzenia somatyczne. Zmiana atrybucji zwiększa szansę na odniesienie sukcesu życiowego zarówno na płaszczyźnie osobistej jak i zawodowej (<https://www.psychiatria.pl/artukul/problematyka-wyuczonej-bezradnosci-w-terapii-zaburzen-nastroju/619/5>, data odczytu 06.08.2021).

Tabela 1. Podobieństwa pomiędzy wyuczoną bezradnością a depresją

	<i>Wyuczona bezradność</i>	<i>Depresja</i>
<i>Symptomy</i>	Bierność Deficyty poznawcze Deficyt samooceny Smutek, wrogość, niepokój Utrata apetytu	Bierność Negatywna triada poznawcza Niska samoocena Smutek, wrogość, niepokój Utrata apetytu



	Utrata agresji Niedobór snu Spadek poziomu norepinefryny i serotoniny	Utrata agresji Niedobór snu Spadek poziomu norepinefryny i serotoniny
<i>Przyczyny</i>	Wyuczone przekonanie, że działanie nie ma wpływu na istotne rezultaty	Uogólnione przekonanie, że działanie okaże się nieskuteczne
<i>Terapia</i>	Zmiana przekonania o płonności działania na przekonanie o skuteczności reakcji Leczenie elektrowstrząsami, inhibitory MAO, leki trójpierścieniowe, fluoksetyna Deprywacja fazy REM Czas	Terapia poznawcza i behawioralna Leczenie elektrowstrząsami, inhibitory MAO, leki trójpierścieniowe, fluoksetyna Deprywacja fazy REM Czas
<i>Zapobieganie</i>	Immunizacja (pobudzanie mechanizmów odpornościowych organizmu do wywołania odpowiedzi immunologicznej)	Treningi optymizmu
<i>Predyspozycje</i>	Pesymistyczny styl wyjaśniania	Pesymistyczny styl wyjaśniania

Źródło: za: Seligman, Walker, Rosenhan, 2001, s. 294.

1.3.3. Model depresji według J. Bowlby'ego

Własne doświadczenia i obserwacje na polu pracy klinicznej, wyniki wielu badań przeprowadzonych w czterdziestych i pięćdziesiątych latach XX wieku w Stanach Zjednoczonych i Europie odnoszące się do negatywnego wpływu jaki wywołuje na rozwój dziecka utrata opieki ze strony matki wynikająca z różnych doświadczeń jak np. oddzielenie się od matki związane z jej śmiercią, chorobą, odrzuceniem czy utratą rodzicielskiej miłości, stały się punktem wyjścia refleksji, która doprowadziła Bowlby'ego do opracowania teorii przywiązania (Taylor, 2017).

Twórca teorii przywiązania, jako pierwszy zwrócił uwagę na adaptacyjną funkcję więzi. Wyraźnie też podkreślał, że przywiązanie związane jest z potrzebą więzi z osobnikiem tego samego gatunku, co ma ewidentnie podstawy biologiczne (Kuczyńska, 1998, s. 24), jest zatem integralną częścią ludzkiej natury. Istnienie tego systemu wyjaśnia ludzką tendencję do tworzenia z innymi ludźmi silnych więzi emocjonalnych, a także rzuca światło na przyczyny różnych zaburzeń psychicznych (Marchwicki, 2006).

Bowlby (2007) był zdania, że więź łącząca matkę z dzieckiem opiera się na instynkcie. Wielki wpływ na poglądy badacza przywiązania miały teorie ewolucji oraz adaptacyjny charakter zachowań ludzkich i zwierzęcych proponowanych przez Karola Darwina oraz badania Konrada Lorenza (Bowlby, 2007). Wspomniany etolog wykazał, że zaraz po narodzinach młode ptaki i ssaki nabierają cech najbliższego im ruchomego obiektu, by potem wszędzie za nim podążać. Ze względu na to, że „pierwszym ruchomym obiektem” jest najczęściej matka, owo wdrukowanie przynosi oczywiste zyski w kontekście przetrwania.



Bowlby (Taylor, 2007) opracowując teorię przywiązania obserwował jak niemowlęta przywiązują się do najważniejszych opiekunów za pomocą uwarunkowanych genetycznie zachowań, których to biologiczną funkcją staje się ochrona. Badacz koncentrował się na zauważalnych formach aktywności, które to można było porównać z aktywnościami charakterystycznymi dla innych gatunków. Wyróżnił łatwo obserwowalne cechy ewolucyjnego zbioru zachowań każdego młodego potomstwa. Należą do nich: tworzenie więzi, reakcje protestu w odpowiedzi na separację, zachowania eksploracyjne oraz lęk przed obcymi. Niemowlęta, według niego posiadają silną motywację do szukania kontaktu fizycznego z matkami oraz motywację by z tego kontaktu nie rezygnować. Cel jest podstawowy i prosty - przetrwanie.

Przywiązanie zatem zostało nazwane przez Bowlby'ego (1997, za: Wendołowska, 2017, s. 88) *jako system behawioralno-kognitywny, wykształcony w pierwotnej relacji społecznej dziecka z opiekunem, mający własną organizację wewnętrzną i określone funkcje.*

Relacja więzi, która łączy matkę z dzieckiem jest więc bezpośrednim wyrazem genetycznego dziedzictwa gatunku. Naturę każdego niemowlęcia stanowi budowa więzi ze swoją matką.

W procesie przywiązania dominują dwa przeciwstawne dążenia: bliskość i eksploracja. Podstawę tego stosunku stanowi dążenie do bliskości. Natomiast sama potrzeba bezpieczeństwa, wypływająca z bliskości opiekuna, który stanowi spokojną bazę, otacza troską, zapewnia bezpieczeństwo, mierzy się z dążeniem do poznawania świata i zabawy. Opiekun, jako figura przywiązania, daje spokojną przystań, z której można poznawać świat (Taylor, 2017, s. 17). To on tworzy „bezpieczną bazę”, dzięki której możliwestaje się niwelowanie nieprzyjemnych emocji i eksplorowanie otoczeni (Wendołowska, 2017). Prowadzone długoletnie obserwacje różnych gatunków zwierząt w eksperymentalnie różnych sytuacjach, podobnie jak obserwacje dzieci pozbawionych doświadczenia określonych więzi w czasie wczesnego dzieciństwa, uzasadniały racje jej ważności (Płopa, 2005).

Bowlby (za: Kuczyńska, 1998) oparł swoją teorię na podstawie obserwacji dzieci, które znalazły się w sytuacji czasowego odłączenia od matki. Na początku eksperymentu dzieci przebywały wspólnie z matkami, aż do czasu kiedy uznano, że dzieci wystarczająco dobrze zdążyły się zaadoptować. Matka na umówiony znak opuszczała pomieszczenie. Reakcje dzieci i ich sposób zachowania na zaistniałą sytuację były obserwowane zza szyby. W trakcie obserwacji zauważono interesujące prawidłowości. Rozstanie dziecka z matką powodowało następujące po sobie reakcje emocjonalne w jego zachowaniu. Początkową reakcją dziecka na rozłąkę z opiekunem był jego płacz i opór wobec innych dorosłych osób oraz aktywne



poszukiwanie matki (Kuczyńska, 1998). Po upływie pewnego czasu od braku obecności matki, dziecko wykazywało się biernością, rezygnacją, smutniało. Po powrocie opiekunki dziecko sprawiało wrażenie jakby unikało kontaktu z nią, bądź aktywnie broniło się przed kontaktem z nią (Jankowska, 2015).

Twórca teorii wyróżnił trzy typy zachowań, które stanowią zbiór wrodzonych zachowań, instynktownych reakcji na sytuację zagrożenia oraz poczucie braku bezpieczeństwa. Po pierwsze jest to poszukiwanie, monitorowanie i utrzymywanie bliskości z chroniącą figurą przywiązania. Wydawać by się mogło, że najważniejsze miejsce w strukturze przywiązania zajmuje osoba z którą dziecko jest największym stopniu związane. Może to być więc matka, ojciec, bądź inny opiekun. W rzeczywistości jednak najważniejsze miejsce w hierarchii przywiązania przypada osobie matki, niezależnie od tego w jakim stopniu dziecko jest zaangażowane w relacje z nią.

Płacz dziecka, jego przywiązanie, wołanie, czy kierowanie się w kierunku figury przywiązania stanowią narzędzia należące do biologicznego uwarunkowania repertuaru środków, dzięki którym zapewnia ono sobie bezpieczną bliskość osoby opiekującej.

Po drugie, wykorzystanie figury przywiązania, nazywanej przez Ainsworth (za: Wallin, 2011) jako „bezpieczna baza”, z której to dziecko eksploruje nieznane otoczenie i zdobywa nowe doświadczenia. Przykładem tego typu zjawiska są zachowania dzieci zaobserwowane przez Margaret Mahler. Zauważyła ona, że małe dzieci oddalają się na krótki czas od matki, by po krótkiej chwili wrócić „doładować akumulatory”, by znów „poznawać świat” (Wallin, 2011, s. 14). To co Bowlby określił behawioralnym systemem eksploracji - „*exploratory behavioral system*”, związane jest z systemem przywiązania. Kiedy figura przywiązania stanowi dla dziecka bezpieczną bazę, jest dla niego w odpowiednim momencie wsparciem i źródłem ochrony wtedy dziecko czuje, że jest bezpieczne i chętniej decyduje się na eksplorację świata. W przypadku czasowej nieobecności figury przywiązania, próby poznawania świata gwałtownie się zmniejszają, ustają.

Po trzecie, uciekanie się do figury przywiązania jako „bezpiecznej bazy” w czasie zagrożenia lub niepokoju.

Bowlby (za: Wallin, 2011) zwraca uwagę, że ludzie podobnie jak przedstawiciele innych gatunków ssaków naczelnych szukają schronienia w sytuacji zagrożenia u osoby uznawanej za najsilniejszą lub mądrzejszą. Wszystkie wewnętrzne i zewnętrzne czynniki zagrożenia dla dziecka, „naturalne sygnały niebezpieczeństwa”, takie jak hałas, ciemność, nieznane miejsca, czy też doświadczenie realnej rozłąki z matką, bądź jej rychłej perspektywy,



skłaniają dziecko do szukania dążenia do bliskości, czyli podstawowego zachowania przywiązaniowego.

Józefik (2008) teorię przywiązania Bowlby'ego sprowadza do następujących elementarnych twierdzeń:

1. Budowanie intymnych, emocjonalnych więzi między osobami ma podstawowe znaczenie dla rozwoju jednostki i spełnia funkcję biologiczną. Tworzenie tych więzi jest „kontrolowane przez system cybernetyczny w obrębie centralnego układu nerwowego”. Wykorzystuje on modele robocze siebie (self) oraz obiektu więzi, a także wzajemne relacje.
2. Znaczący wpływ na proces rozwoju dziecka ma sposób w jaki było ono traktowane przez rodziców. Szczególnie istotna jest osoba będąca w roli matki.
3. Wiedza aktualna na temat dziecka i jego rozwoju wymaga, by teoria dróg/ścieżek rozwojowych zastąpiła teorie zakładające, że dana osoba została zafiksowana na określonym stadium rozwoju, do którego wraca w stanie regresji.

Skłonność do budowania bliskich więzi emocjonalnych z wybranymi osobami, stanowi podstawowy element natury ludzkiej, obecny od narodzin, kontynuowany w dorosłym życiu, aż po starość (Józefik, 2008, s. 36).

Jakość stylu przywiązania wyznacza możliwości adaptacyjne jednostki. Jeśli proces kształtowania więzi jest prawidłowy, budowane jest poczucie ufności i bezpieczeństwa. Jeśli więzi są zagrożone, pojawia się poczucie samotności, wrogość w stosunku do rówieśników, niska samoocena i wysoki poziom lęku (Bowlby, 2004, za: Wendołowska, 2017, s. 90).

Na bazie teorii przywiązania Bowlby'ego sformułowane zostały następujące style przywiązania (Włodarczyk, 2016, s. 382):

- **Bezpieczny styl przywiązania** przypisywany był dzieciom, które nie miały potrzeby nieustannego upewniania się o obecności matki, wykorzystywały ją jako bezpieczną bazę do eksploracji otoczenia, co jakiś czas wracając do niej. Po wyjściu matki wykazywały zaniepokojenie, ale powracając witały radośnie, szukając z nią kontaktu i stosunkowo łatwo uzyskując pocieszenie, znów wracały do zabawy. Styl ten cechuje się poczuciem bezpieczeństwa i zaufaniem do obiektu przywiązania jako dostępnego, wrażliwego, responsywnego, dostrojonego do dziecka, uważnego na jego potrzeby i zgranego z nimi. Dzieci o więzi ufnej potrafią bawić się dłużej i z większym skupieniem oraz utrzymać uwagę dłużej niż dzieci o lękowej więzi, a także okazywać więcej pozytywnych emocji. Oceniane są jako empatyczne, posłuszne, ze zdolnością podejmowania inicjatywy i wyższymi kompetencjami w relacjach społecznych. Mają pozytywny obraz siebie- postrzegają siebie jako wartościowe,



skuteczne i otwarte na innych. Mają większą łatwość w wykształcaniu takich właściwości, jak: odporność psychiczna, kooperatywność, niezależność, umiejętność dostosowania się, empatia, zdolność do autorefleksji, kontrola nad uczuciami, kompetencje społeczne (Włodarczyk, 2016, s. 382).

- **Lękowo-ambivalentny styl przywiązania** rozpoznawany był u dzieci, które wykazywały wysoki poziom niepokoju podczas nieobecności matki, przy czym raczej sygnalizowały swój protest niż aktywnie jej poszukiwały. Po jej powrocie uspokajały się z trudnością, manifestując wówczas sprzeczne ze sobą grupy zachowań: odrzucenia matki i jednoczesnego szukania kontaktu z nią. Styl ten jest efektem braku pewności co do dostępności i przewidywalności zachowań obiektu przywiązania, którego reakcje są niespójne i niedostrojone do potrzeb dziecka. Powoduje to u niego niepokój, osłabia poczucie bezpieczeństwa a tym samym ogranicza aktywność w nawiązywaniu interakcji z osobą i eksplorowaniu otoczenia. Zachowanie dziecka zawęża się do reakcji rozdrażnienia, gniewu lub bierności. Dziecko postrzega siebie jako osobę o niskiej skuteczności, z niewielką możliwością wpływania na innych i niewielkimi szansami na zaspokajanie przez innych jej potrzeb emocjonalnych. Dzieci o takim wzorcu przywiązania cechuje: lęk i niepewność w sytuacjach społecznych, niekompetencja w sytuacjach rozwiązywania problemów, niska, ale chroniczna zależność od innych, mniejsza zdolność do podejmowania swobodnej zabawy (samemu lub z rówieśnikami), brak poczucia sprawczości i przekonania o zdolności efektywnej kontroli nad sobą, poczucie frustracji, a także adaptacja na poziomie nieco niższym niż optymalny (Włodarczyk, 2016, s. 382).

- **Unikający styl przywiązania** charakterystyczny był dla dzieci, które wydawały się nie przejmować nieobecnością matki, które kontynuowały swoją aktywność eksploracyjną nie okazując symptomów podenerwowania, ignorowały ją po jej powrocie i akceptowały na równi jej opiekę z opieką obcych osób, które były w stanie je pocieszyć. Dzieci o tym wzorcu przywiązania sprawiały wrażenie samodzielnych i obojętnych na rozłąkę z matką i jej powrót. Ich pozorna obojętność i brak emocji mogą być błędnie interpretowane jako spokój. Styl ten powstaje w sytuacji, gdy mimo silnej potrzeby kontaktu z obiektem przywiązania (zwłaszcza w sytuacji zagrożenia), obiekt nie jest dostępny, nie reaguje na potrzeby dziecka, ignoruje je, rzadko wchodzi w interakcje z dzieckiem, w wyniku czego uruchamiają się w nim mechanizmy obronne, co może skutkować unikaniem bliskiego kontaktu z obiektem przywiązania i poczuciem frustracji. Obraz siebie dzieci o takim wzorcu przywiązania charakteryzuje się



poczuciem braku skuteczności, małej sprawczości i niską samoocena. W kontaktach z rówieśnikami są one zdystansowane lub wrogie. Cechują się: lęklnością, kompulsywną uległością (modyfikowanie swoich zachowań tak, aby zadowolić figurę przywiązania i dzięki temu zaspokoić swoje potrzeby) i hamowaniem negatywnych emocji (by uniknąć odrzucenia). W konsekwencji, w późniejszym okresie życia mają niską samoświadomość, często izolują się od innych, nie angażują się społecznie i unikają głębokich relacji międzyludzkich (Włodarczyk, 2016, s. 382).

- **Zdezorganizowany styl przywiązania** manifestuje się przejawianiem przez dziecko zachowań niespójnych, bez celu i intencji, niekompletnych, sprzecznych ze sobą, przerywanych, nawet stereotypowych. Jest efektem sytuacji, w których dziecko traktuje figurę przywiązania jednocześnie jako bezpieczną przystań i jako źródło zagrożenia – gdy w sytuacji niebezpieczeństwa dziecko staje w obliczu sprzecznych impulsów, które każą mu równocześnie zbliżyć się do niej i jej unikać. Kształtuje się on także w odpowiedzi na zachowania matek stale zaniedbujących lub krzywdzących albo nie potrafiących sobie poradzić we własnym doświadczeniu jakichś traumatycznych przeżyć. Dzieci wykazujące ten typ przywiązania stosują strategię obronną w postaci wycofania oraz w niewielkim stopniu przekładania zachowań opiekuna na intencje, uczucia i myśli. Ponadto charakteryzuje je: silne pobudzenie i rozregulowanie emocji, lęklność, nieporadność, zdezorientowanie, kompulsywna potrzeba pozostawania w stanie czujności i kontrolowania otoczenia (Włodarczyk, 2016, s. 382).

W przypadku więzi pozabezpiecznych (takich jak ambiwalentna, unikająca lub dezorganizacyjna), dziecko poddawane sytuacjom stresowym, narażone jest na nadprodukcję kortyzolu. Ponieważ opiekun nie wycisza emocji dziecka, a tym samym nie reguluje poziomu tego hormonu, jego ilość we krwi wzrasta na tyle, że dziecko staje się nadwrażliwe na minimalne nawet trudności, co prowadzi do hiperaktywności lub depresji (Wendołowska, 2017, s. 90). Osoby depresyjne stosują bierne techniki radzenia sobie w sytuacjach trudnych, gdyż zgodnie z przeświadczeniem wyniesionym z dzieciństwa nie oczekują efektywności użytych strategii. Jest to czynnik decydujący o rozwoju struktur depresogennych. Tak jak dla osób bezpiecznie przywiązanych pierwotne strategie przywiazaniowe pełnią adaptacyjne funkcje radzenia sobie ze stresem, tak strategie defensywne u osób wykształcających pozabezpieczne więzi powodują, że każdy stres wywołuje lęk związany z niedostępnością figury przywiązania i prowadzi do symptomatycznych i zniekształconych ekspresji (Wendołowska, 2017, s. 90). Osoby o więziach pozabezpiecznych albo zafałszowują afekt (typ zdystansowany), albo poznanie (typ zaabsorbowany). Jeśli zaprzeczają emocjom, będą w swoich poszukiwaniach



rozwiązań nadmiernie ostrożne, starając się odwrócić uwagę od prawdziwego problemu. Natomiast osoby broniące się przed poznaniem będą impulsywnie manifestować swoje emocje, agitować problem i na nim skupiać swoją i otoczenia uwagę, ale na wszelkie próby racjonalnej pomocy z zewnątrz będą reagować podejrzliwością i agresją. Nieskuteczność obu powyższych strategii może przejawiać się pogłębianiem się depresji (Wendołowska, 2017, s. 90).

1.4. Uwarunkowania depresji

Zaburzenia depresyjne są obecnie problemem współczesnego świata. Wpływ na rozwój tej choroby ma wiele czynników, które mogą oddziaływać w różnym natężeniu w zależności od indywidualnych predyspozycji osoby i jej podatności na ich działanie. Najistotniejsze kategorie to czynniki podmiotowe – biologiczne oraz społeczne – kulturowe i rodzinne.

Jak stwierdza (Turno, 2010) przyczyną wystąpienia klinicznej depresji nie jest jakiś pojedynczy czynnik, lecz wiele czynników, włączając w to, choć nie tylko, czynniki rodzinne, wczesne doświadczenia życiowe, zaburzenia neuroendokrynne oraz genetyczne. Z pewnością należy brać pod uwagę:

- procesy biochemiczne zachodzące w mózgu,
- czynniki genetyczne,
- wpływ środowiska zewnętrznego (Turno, 2010, s. 12).

1.4.1. Uwarunkowania podmiotowe

Spśród różnych czynników mogących wpływać na wystąpienie depresji są czynniki biologiczne.

Do biologicznych czynników T. Wolańczyk i J. Komender J. (2005, s. 131) zaliczają:

- *podatność na zranienie* - w związku z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego (w ciąży, podczas porodu lub w wyniku chorób wczesnodziecięcych),
- *predyspozycję genetyczną*- jest częstsza u dzieci, których jedno z rodziców choruje na tego typu zaburzenie,
- *nieprawidłowości w funkcjonowaniu osi podwzgórze- przysadka – nadnercza*, w wyniku uszkodzeń genetycznych lub w efekcie stresu w trakcie krytycznego okresu rozwoju mózgu,
- *uszkodzenie lub dysfunkcje mózgu*,
- *niektóre choroby somatyczne*.

Współczesna literatura naukowa dostarcza wiele dowodów dotyczących biologicznego podłoża występowania depresji, gdzie głównym potwierdzeniem są badania rodzinne bliźniąt



oraz adoptowanych dzieci. Wśród bliźniąt monozygotycznych jednakowość zachorowania na depresję równa się od 43% do 53%. Rola dziedziczenia „depresyjnych” genów czy też podatności na pojawienie się depresji poszukuje się na osi rodzic – dziecko, gdzie ryzyko depresji rośnie jeśli wystąpiła już ona w rodzinie, najczęściej w przypadku obojga rodziców bądź jednego z nich (od 15% do 45%). Geny oddziałujące na określone procesy neurobiologiczne mogą prowadzić do rozwoju choroby (Popielarska, Popielarska, 2000, s. 267-268).

Dalsze badania porównawcze dostarczyły dowodów, które wskazują na aż ośmiokrotnie większe ryzyko wystąpienia depresji w przypadku rodziców naturalnych niż w przypadku adopcyjnych (Seligman i in., 2003).

Liczne badania rodzin wykazały 2-4-krotnie zwiększone jest ryzyko depresji u potomstwa osób z depresją. Dziedziczenie depresji plasuje się na poziomie 40-65%. Wyniki badań dotyczących bliźniąt wykazują większą zgodność genetyczną w przypadku depresji o początku w okresie dorastania niż depresji dziecięcej, co sugeruje, że bardzo wczesny początek depresji jest bardziej związany z czynnikami środowiskowymi. Jeden z modeli interakcji genów i czynników środowiskowych wskazał na silne powiązania w przenoszeniu depresji i lęku, z dziedzicznością na poziomie wyższym niż 60%. Geny odpowiedzialne za ryzyko wystąpienia lęku mogą prowadzić do depresji u młodzieży poprzez większą wrażliwość na niepomyślne wydarzenia życiowe, co stanowi kolejny przykład na interakcje genów i środowiska. Ten model był następnie poparty przez badania związku zaburzenia z genetycznym wariantem receptora serotoninowego, odznaczającego się słabszą czynnością, prowadząc w powiązaniu ze stresującymi wydarzeniami życiowymi do depresji o wczesnym początku (Brent, Pan, 2005, s. 265).

Jednym z lepiej udokumentowanych markerów biologicznych depresji są zaburzenia osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, których efektem jest hiperkortyzolemia (Jaracz, 2008, s. 878). Neurotoksyczny wpływ przewlekłej hiperkortyzolemii stanowi jedną z przyczyn uszkodzenia hipokampa. Efekt ten potwierdziły badania Sheline i współpracowników (Jaracz, 2008, s. 878). W grupie chorych na depresję nawracającą stwierdzili oni zmniejszenie się objętości hipokampa, które było proporcjonalne do długości przebytych epizodów depresji oraz długości nie leczonych epizodów depresji (Jaracz, 2008, s. 878). Na tej podstawie wysunięto hipotezę, że leki przeciwdepresyjne mogą zapobiegać uszkodzeniu hipokampa. Wyniki badań na zwierzętach wskazują, że mechanizmem odpowiedzialnym za zjawisko neurotoksyczności w przebiegu hiperkortyzolemii może być zwiększenie się liczby glutaminianów oraz serotoniny w hipokampie (Jaracz, 2008, s. 879).



Uwarunkowania biologiczne depresji mogą wynikać także z nieprawidłowości struktury oraz działania ośrodkowego układu nerwowego (OUN). W przypadku depresji osób dorosłych podkreśla się znaczenie typowych zmian funkcjonalnych w obrębie ciała migdałowatego, okolicy kory przedczołowej (przysiódkowa powierzchnia półkul mózgowych), jąder podstawy oraz niektórych jąder wzgórza (Radziwiłowicz, 2010, s. 114-115; Oszwa, 2004)).

Źródłem depresji mogą być także zaburzenia układowe, schorzenia wątroby, problemy hormonalne lub przyjmowane przewlekle leki. Na szczególną uwagę zasługuje choroba niedokrwienna serca. Problem niewydolności układu krążenia ciągle narasta. Depresja dotyka około 15-23% osób z niewydolnością serca. Podobna sytuacja występuje u pacjentów z chorobą wieńcową, zwłaszcza u tych, którzy przebyli zawał mięśnia sercowego (<https://portal.abczdrowie.pl/rodzaje-depresji/>- data odczytu: 02.02.2022).

Z ostatnich doniesień najbardziej przekonujące są prace Kendlera wykazujące, że depresja powstaje m.in. w wyniku interakcji pomiędzy czynnikami osobowościowymi oraz obciążającymi zdarzeniami życiowymi (Michalska-Leśniewicz, Gruszczyński, 2013, s. 201). W literaturze podkreśla się, że nie istnieje specyficzny typ osobowości, który można by określić jako „depresyjny”. Na depresję mogą zachorować ludzie posiadający różne typy osobowości. Są natomiast pewne cechy osobowości, które mogą predysponować do wystąpienia zaburzeń depresyjnych (Michalska-Leśniewicz, Gruszczyński, 2010, s. 95). I tak na przykład McKenzie (2001, s. 95) zwraca uwagę na takie cechy, jak: perfekcjonizm, skrytość, skłonność do lęklivosti i wahań nastroju. Podobnie: wysoka potrzeba osiągnięć, trudności w odprężaniu się, skłonność do pesymistycznego nastroju, samokrytycyzm oraz poczucie braku kontroli nad życiem, mogą zwiększać ryzyko wystąpienia symptomów depresyjnych (McKenzie, 2001, s. 95).

Barnett i Gotlib wykazują w swoich badaniach związek depresji z cechą introwersji, jako czynnika predysponującego do wystąpienia tej choroby (McKenzie, 2001, s. 96) Za próbę wyjaśnienia związku pomiędzy neurotyzmem a depresją mogą posłużyć modele osobowości, na przykład model podatności na zranienie przyjmuje, że neurotyzm jest cechą, która predysponuje do wystąpienia zaburzeń depresyjnych, czyli stanowi czynnik ryzyka. Model patoplastyczny zwraca uwagę na związek cech osobowości z przebiegiem depresji, na przykład podwyższony poziom neurotyzmu może wpływać na nasilenie depresji i jej długotrwałość i tym samym może powodować negatywne rokowanie. Model komplikacji wskazuje, że depresja może prowadzić do zmian w osobowości. Tak więc podwyższony poziom neurotyzmu jest rezultatem depresji. Model spektrum ukazuje związek depresji z neurotyzmem, począwszy od jego normalnego poziomu aż po ciężki. Jednocześnie zwraca się uwagę na cechy osobowości



w kontekście depresji z punktu widzenia terapii, którą mogą utrudniać takie cechy, jak neurotyzm i negatywna emocjonalność (Michalska-Leśniewicz, Gruszczyński, 2010, s. 97).

Do innych uwarunkowań psychologicznych depresji podawanymi przez autorów należą także: niska samoocena, niski poziomem aktywności i zaangażowania w podejmowane działania, nieumiejętność wyrażania emocji - zwłaszcza takich, jak: lęk czy gniew, będących źródłem przykrego napięcia emocjonalnego, brak dopasowania właściwości temperamentalnych do sytuacji i wymagań otoczenia, brak zdolności do społecznego porozumiewania się (asertywności), brak poczucia kontroli osobistej, czyli przekonanie o braku możliwości kontroli wydarzeń i tym samym wpływu na nie, negatywne przekonania dotyczących własnej osoby (zdolności, umiejętności, wiedzy, cech osobowości, nieadekwatne oczekiwania, jakie mamy względem efektów naszych działań, niewłaściwe strategie radzenia sobie z trudną sytuacją (Kofta, 1979, za: Michalska-Leśniewicz, Gruszczyński, 2010, s. 97).

1.4.2. Uwarunkowania społeczne

Mimo, że czynniki genetyczne, osobowe są ważnym predyktorem powstawania depresji to nie można też bagatelizować roli środowiska społecznego czy atmosfery rodzinnej.

Teorie podkreślające znaczenie czynników społeczno-kulturowych w kontekście występowania zaburzeń psychicznych głoszą, iż patologiczne objawy występujące w zdrowiu psychicznym jednostki to nie tyle choroba, wymagająca diagnostyki i leczenia, co wynik interakcji osoby z innymi ludźmi, zjawiskami w jej środowisku oraz internalizacji niekorzystnych stereotypów kulturowych (Olesiński, Rosiński, 2014).

Każdy człowiek uczy się poprzez naśladowanie. Pierwszymi wzorcami są rodzice i właśnie na ich przykładzie dzieci modelują swoje zachowania. Z badań wynika, że dochodzi także do rejestrowania zachowań depresyjnych, które rodzice przejawiają w sytuacjach ciężkich, trudnych czy stresujących. Dziecko może powielać nieświadomie od rodziców te same wzorce zachowania w podobnych sytuacjach (Oszwa, 2004).

Kramer (2007) podaje, iż na wystąpienie epizodu depresyjnego mogą wpływać wydarzenia stresujące, jakich doświadcza jednostka, a które wiążą się ściśle z relacjami interpersonalnymi osoby chorej. Mogą to być problemy rodzinne, konflikty w ważnych dla jednostki osobami, zgodny wśród bliskich czy rozpad związku. Zdecydowanie istotnym czynnikiem wywołującym objawy depresyjne jest doświadczenie, które uderza w pewność siebie, poczucie wartości jednostki. Do tego typu zdarzeń należy odrzucenie ze strony bliskich.



Relacja matka – dziecko jest kontaktem o specyfice emocjonalnej. Utrata kontaktu matki z dzieckiem poprzez śmierć lub opuszczenie jest czymś traumatycznym i w dużym stopniu przyczynia się do wystąpienia depresji (Seligman i in., 2003).

Kramer (2007) wymienia również inne doświadczenia wyniesione ze środowiska rodzinnego, jako czynniki ryzyka wystąpienia depresji. Trauma wywołana utratą rodziców, molestowanie seksualne, bądź inne patologie w obrębie rodziny, to czynniki będące znaczącym przykładem na to, iż zdarzenia środowiskowe wpływają na wystąpienie depresji. Wspomina on również o negatywnych skutkach doznawania straty, którą jednostka identyfikuje jako upokarzającą. Kluczowym elementem stresujących wydarzeń, który decyduje o pojawieniu się objawów o charakterze depresyjnym, jest odpowiedzialność osoby (jej współudział) w wydarzeniu stresogennym. Tego typu doświadczenie niesie większe ryzyko wywołania depresji, niż zdarzenie zachodzące niezależnie od chorego (Kramer, 2007).

Dodatkowo, znaczenie mają również warunki bytowe jednostki, poziom wykształcenia i jakość wsparcia społecznego, jakim objęta jest osoba. Utrata wsparcia społecznego może być także negatywnym wydarzeniem życiowym, które sprzyja powstaniu depresji, są to takie sytuacje jak: separacja małżeńska, śmierć lub choroba bliskiej osoby. Wydarzenia o takim charakterze zwykle wywierają duży wpływ na osobę, która nie potrafi poradzić sobie z nową skomplikowaną, bądź trudną sytuacją (Oszwa, 2004). Należy również dodać, za Radziwiłowicz (2010, s. 147), że zaburzone relacje z rodzinie pojawiające się we wczesnym dzieciństwie, brak wsparcia emocjonalnego oraz nieprawidłowe przywiązanie wywołują negatywny skutek w postaci relacji między poszukiwaniem wsparcia i depresją ze względu na ich wspólny związek z wcześniejszymi zaburzeniami interpersonalnymi.

Negatywne konsekwencje dla osób z tendencjami do depresyjności ma również środowisko z dostępem do alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Dostęp do tych środków, obok biologicznych uwarunkowań depresyjnych osoby, wzmacnia ryzyko pojawienia się objawów choroby afektywnej (Kramer, 2007).

Kolejnym czynnikiem warunkującym wystąpienie zaburzeń depresyjnych jest płeć i rola społeczno-kulturowa jednostki oraz wiążące się z nią stereotypy i oczekiwania, o czym pisze Frąckowiak-Sochańska (2010).

Depresja występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn, co może wiązać się z pełnieniem ról stereotypowo przypisywanych kobietom. Określone cechy, uznawane za kobiece, takie jak atrakcyjność fizyczna, młody wygląd, szczupła figura i związana z tym presja społeczna, koncentracja na relacjach personalnych (bycie bardziej dawcą, pełnienie ról opiekuńczych, a jednocześnie pewien stopień bierności – pozwalanie by to mężczyzna był decydującym)



predestynują kobiety bardziej do wystąpienia stanów depresyjnych. Kobiety, ze względu na większą emocjonalność (czy też lepszy kontakt z nią) niż u mężczyzn, są też bardziej podatne na przeżywanie frustracji związanych z niezaspokojeniem własnych potrzeb w kontaktach międzyludzkich, podczas gdy mężczyznom łatwiej jest przekierować uwagę na działanie i własne osiągnięcia (Gałęcki, Talarowska, 2018).

Dążąc do wyjaśnienia społecznego ugruntowania różnic leżących u podstaw występowania depresji u kobiet i mężczyzn, warto pochylić się nad kilkoma teoriami. Jedną z nich wiąże się ze stereotypowym ujęciem roli kobiety w życiu rodzinnym. Największe ryzyko doświadczenia objawów depresyjnych dotyczy: samotnych matek, żonek niepracujących zawodowo z racji pełnienia opieki nad dziećmi i gospodarstwem domowym oraz kobiet zamężnych, które jednocześnie pracują i opiekują się dziećmi. Tendencje depresyjne wymienionych grup kobiet uzasadniane są narzuconymi społecznie oczekiwaniami, że rola kobiety wiąże się z priorytetowym realizowaniem potrzeb bliskich (których ma zadanie zaopiekować), a drugorzędnością dbania o potrzeby własne. Dodatkowo, takie postrzeganie roli kobiety w systemie rodzinno- zawodowym, to źródło stresogenne, prowadzące do wypalenia, które z kolei często skutkuje obciążeniem emocjonalnym i obniżeniem nastroju. Kolejną hipotezą mającą uzasadniać częstsze występowanie objawów depresyjnych u kobiet, niż u mężczyzn, jest doświadczanie przemocy. Mimo tego, że mężczyźni również bywają ofiarami, to właśnie kobiety-ofiary doświadczają dogłębnej traumy, najczęściej z powodu bliskiej relacji z oprawcami (Frąckowiak-Sochańska, 2010).

Rozdział 2. Problematyka osobowości w psychologii

Psychologia osobowości to dyscyplina, która umożliwia odpowiedź na wiele pytań stawianych w psychologii w odniesieniu do stałości i różnorodności w doświadczaniu życia przez człowieka.

Osobowość określana jest jako względna stałość w rozumowaniu, odczuwaniu i reakcjach osoby, w tym w radzeniu sobie ze stresem.



Przedmiotem rozdziału drugiego będzie problematyka osobowości - przedstawienie definicji i wybranych koncepcji osobowości. Teorie osobowości zajmują się wyjaśnieniem całościowego zachowania człowieka. Wśród teorii możemy wyróżnić teorie typów, psychodynamiczną, humanistyczną, społecznego uczenia się i interakcjonizmu (Hall i in., 2006; Cervone, Pervin, 2001, s. 44).

Poniżej zostaną omówione koncepcje mieszczące się w nurcie teorii cech: teoria pięcioczynnikowa P. T. Costy i R. R. McCrae teoria cech osobowości G. W. Allporta, biologiczna teoria temperamentu PEN H. J. Eysencka,. Omówiony będzie także proces rozwoju osobowości w toku życia człowieka i zaburzenia osobowości.

2.1. Pojęcie osobowości

Termin osobowość czyli osobowy sposób istnienia oraz działania po raz pierwszy pojawił się w średniowieczu za sprawą Świętego Tomasza z Akwinu. Pojęcie osobowości w ramach psychologii zostało wprowadzone przez W. M. Wundt. Wundt (1886, s. 385) zdefiniował osobowość jako "jedność odczuwania, myślenia i chcenia". Twórcą psychologii osobowości autorem najbardziej powszechnej definicji osobowości jest G. W. Allport. Według Allporta osobowość jest dynamiczną organizacją tych psychofizycznych systemów jednostki, które determinują jej unikalny sposób przystosowania się do środowiska " (za: Oleś, 2003, s. 22). Wszystkie aspekty naszego życia związane z naszą kulturą, relacjami społecznymi, poziomem naszego wykształcenia, rozwoju, czynniki biologiczne, procesy psychiczne tworzą osobowość (Oleś, 2003, s. 23).

Zbliżoną do powyższej definicji osobowości zaproponował Lawrence A. Pervin, według którego, osobowość to „złożona całość myśli, emocji i zachowań, nadająca kierunek i wzorzec (spójność) życiu człowieka. Podobnie jak ciało osobowość składa się głównie ze struktur, jak i procesów, i odzwierciedla działanie – tyleż natury (geny), co środowiska. Pojęcie osobowości obejmuje również czasowy aspekt funkcjonowania człowieka, osobowość zawiera bowiem wspomnienia przeszłości, reprezentacje mentalne teraźniejszości oraz wyobrażanie oraz oczekiwanie wobec przyszłości” (Strelau, 2004, s. 22).

Na poziomie szczegółowego rozumienia osobowości należy zwrócić się w stronę cech środowiskowych, które wpływają na osobowość. S. Kluczyńska zwraca uwagę, iż osoby cierpiące na zaburzenia osobowości mają wspólne cechy stanowiące odróżnienie od populacji. Nie potrafią one tworzyć prawidłowych relacji interpersonalnych, przez co często czują się niezrozumiane i popadają w konflikty. Brak takim osobom refleksji nad dotychczasowym



sposobem postępowania. Nieumiejętność wyciągania wniosków z dotychczasowych doświadczeń nie ma korelacji z ich wysokim poziomie intelektualnym. Obwiniają oni innych ludzi lub uważają, że ich los jest zły, odpowiedzialność za własne życie kierują na zewnątrz. W ramach własnych, utrwalonych, sztywnych wzorców postrzegania kreują relacje z innymi ludźmi, które odbiegają od oczekiwań społecznych (Kluczyńska, 2005).

A. Adler uważał, że osobowość człowieka kształtuje się we wczesnym dzieciństwie. Dziecko potrzebuje zaspokoić swoje potrzeby i w konsekwencji wymusza je na dorosłych. Dziecko zdaje sobie sprawę z własnej słabości, podległości wobec dorosłych i ma poczucie niższości (Hall i in., 2006, s. 146).

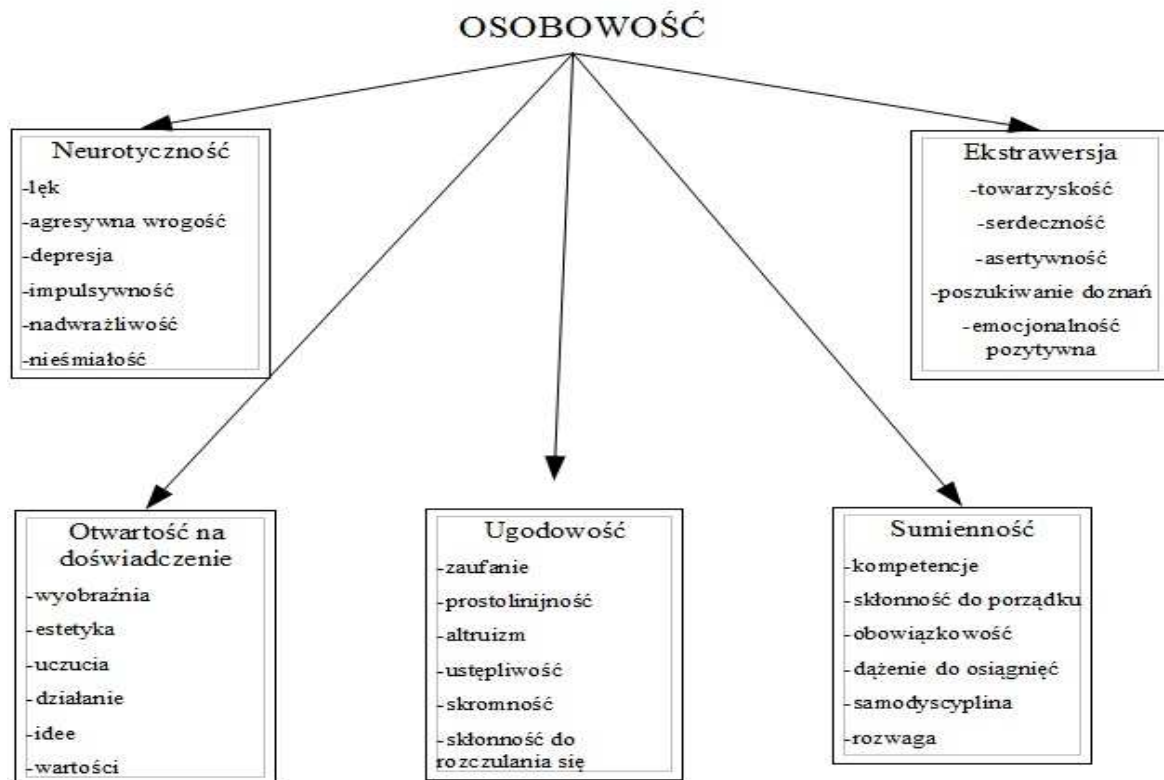
2.2.1 Pięciodziesiętny Model Osobowości P. T. Costy i R. R. McCrae

Psychologia osobowości w ramach teorii pięcioczynnikowej stanowi jeden z ważniejszych momentów w tej gałęzi nauki. Jest ona swoistym uzupełnieniem koncepcji biologiczno-genetycznych będącej jedną z dwóch dominujących kierunków z dziedziny psychologii osobowości (Hall, Lindsey, Campbell, 2006, s. 346).

Autorzy teorii Costy i McCrae ujęli w postaci pięciu czynników te cechy osobowości, które występują w życiu każdego człowieka i pełnią rolę strategiczną w ocenie osobowości.

Ponadto wskazują na biologiczne uwarunkowania czynników, które są niezależne od wpływów środowiska. Twórcy teorii wskazują, iż moc dziedziczenia, wrodzone biologiczne podstawy determinują osobowość a doświadczenie społeczne nie jest tak istotne na kształtowanie się osobowości (Cervone, Pervin, 2011, s. 319-329). Model osobowości opiera się na wyróżnieniu pięciu niezależnych cech a cechy z kolei wyrażają się w takich czynnikach jak: ugodowość, otwartość na nowe doświadczenia, sumienność, ekstrawertyczność i neurotyczność (Zimbardo i in. 2010, s. 96).





Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zimbardo i in., 2010, s. 47.

Neurotyczność – to określenie poziomu lęku czy emocjonalności. Na przeciwnym biegunie jest stabilność emocjonalna, panowanie nad emocjami (Zimbardo i in., 2010, s. 187). Neurotyczność to predyspozycja do przeżywania lęku, gniewu, strachu, złości, zazdrości, zawiści czy niepokoju.

Według Eysencka neurotyczność połączona jest z niską tolerancją na stres i bodźce awersyjne (Jeronimus, Kotov, Riese, Ormel, 2016, s. 88). Ludzie o wysokim poziomie neurotyczności uznają neutralne sytuacje jako sytuacje, które mogą im zagrozić. Mają trudność z realnym określeniu zagrożenia, ponieważ istotne doświadczenia uznają jako beznadziejnie trudne. Ich samopoczucie często jest nieprzyjemne a także mają tendencję do rozpamiętywania ich przez długi czas w związku z tym przyciągają negatywne doświadczenia życiowe. Osoby z tendencją do niskiego wyniku w neurotyzmie są osobami stabilnymi emocjonalnie, spokojnymi. Są nastawieni pozytywnie do świata, ludzi i sytuacji, chociaż czasami doświadczają również negatywnych uczuć.

Ekstrawersja – to zdolność do przystosowania się społecznego. Charakteryzuje ludzi towarzyskich, śmiałych, pełnych wiary w siebie. Po przeciwnej stronie znajduje się introwersja,

nieśmiałość. Ekstrawertycy są pełni energii, otwarci na nowe relacje, które sprawiają im przyjemność, mają wielu znajomych, lecz w zdecydowanej większości nie wchodzi w głębokie relacje. Z entuzjazmem podejmują działania i są zauważalni w grupie, w której czasami mogą być uznawani jako osoby dominujące. Świat introwertyka ograniczony jest do bardzo wąskiego grona. Preferuje on spędzać czas samemu z sobą. Nie mają oni potrzeb integracji z otoczeniem, lecz nie oznacza to, że są wrogo do nich nastawieni czy aspołeczni. Ekstrawertycy mają zapotrzebowanie na stymulację (Cervone, Pervin, 2011, s. 313-317).

Otwartość na doświadczenia - czyli inaczej ciekawość intelektualna, charakteryzująca się niezależnością, uznaniem dla sztuki, dużą wyobraźnią, chęcią doświadczenia przygód i różnorodności doświadczeń. Osoby posiadające wysoki poziom otwartości są zainteresowani doświadczeniem emocji i chętnie przecierają nowe szlaki będąc jednocześnie wrażliwi na piękno. Charakteryzuje je również kreatywność świadomość własnego ja. Czasami osoby posiadające dodatkowo otwartość mogą być odbierane jako nieprzewidywalne lub nieskoncentrowane. Ich popęd ku nowym doświadczeniom może sprawić, że będą narażeni na niebezpieczne zachowania lub popadanie w nałogi. Przeciwnym biegunem to osobowość charakteryzująca się zamkniętym umysłem, brakiem ciekawości świata a także wyobraźni. Często są odbierane jako osoby twardo stąpające po ziemi, które dążą do realizacji swojego życia poprzez wytrwałość (Cervone, Pervin, 2011, s. 313-317).

Sumiennosc – to inaczej niezawodność charakteryzująca się determinacją do uzyskania określonego celu poprzez wytrwałość, rozważa. Za sumiennoscą stoi własna dyscyplina pomimo czasami braku środków i oczekiwanom zewnętrznym. Osoby posiadające wysoki współczynnik sumiennosci są postrzegane jako osoby na których można polegać, rzetelnie traktujące swoje obowiązki, zmotywowane, punktualne i ambitne. Niska sumiennosc wskazuje na brak wewnętrznej dyscypliny, niedbałość w podejściu do zadań i czynienie tego z lekceważeniem. Ludzie tacy zazwyczaj określanii są mianem leniwych (Cervone, Pervin, 2011, s. 313-317).

Ugodowość inaczej serdeczność, życzliwość, która na przeciwległym biegunie charakteryzuje się wrogością, negatywnym nastawieniem do innych a także chłodem emocjonalnym. Osoby o wysokich wynikach w czynniku ugodowości pragną harmonii społecznej dlatego są uprzejmi, życzliwi, dobroduszni, można na nich polegać. Przeciwieństwem tego są osoby wywołujące kłótnie, sceptyczni, rywalizujący, niechętni do współpracy. Osoby o wysokim wskaźniku ugodowości są mile widziane jako członkowie zespołu (Cervone, Pervin, 2011, s. 313-317).



Należy zaznaczyć, iż reprezentowanie określonych cech na przykład neurotyczności nie stanowi samo w sobie przesłanki do stwierdzenia o negatywności danej osoby wręcz przeciwnie w wielu zawodach związanych z potrzebą bycia podejrzliwym, wnikliwym np. jako kontroler urzędu skarbowo- celnego cecha neurotyczności będzie atutem w wykonywanej pracy. Każda cecha może być wartościowa i zastosowana zgodnie z potrzebami, staje się użyteczna w społeczeństwie.

R. Cattell uważał, że o osobowości człowieka możemy wnioskować, gdy możemy go obserwować w jego naturalnych warunkach a także z testów obiektywnych i kwestionariuszy (Reykowski, 1992, s.118). W teorii Cattella cecha stanowi najważniejsze pojęcie określające strukturę psychiczną człowieka.

Wyróżnia on **cechy powierzchniowe i źródłowe**. Różnica pomiędzy nimi dotyczy poziomu analizy.

Cechy powierzchniowe są jawne, zewnętrzne i są zmienne.

Natomiast **cechę źródłową** można zidentyfikować poprzez analizę czynnikową. Dla autora tej teorii są one najbardziej wartościowe w wyjaśnieniu zachowania osoby (por. Hall, Lindsey, 1990, s. 486-488; Chlewiński 1963, s. 50-51).

Cattell wyróżnił 16 cech źródłowych wśród których wyodrębnił cechy zdolnościowe, temperamentalne, dynamiczne.

- Cechy zdolnościowe - związane są z umiejętnościami i zdolnościami osoby, pozwalające na efektywne funkcjonowanie na przykład inteligencja.
- Cechy temperamentalne - odwołują się do świata zewnętrznego, do świata emocjonalnego i łączy się z jego stylem reakcji – powolne lub szybkie działanie.
- Cechy dynamiczne - odnoszą się do motywacji badanego oraz określają jego potrzeby, cele.

Wszystkie trzy cechy stanowią dynamiczne elementy osobowości (Cervone, Pervin, 2011, s. 292-293). Cattell zwraca uwagę, iż zachowanie człowieka jest sumą cech osobowości oraz innych czynników ponieważ człowiek nie zachowuje się tak samo w każdej sytuacji. Dlatego też autor zwraca uwagę na kompletność oceny, charakterystyki osoby w połączeniu pomiaru cech i stanów emocjonalnych w danym konkretnym ograniczonym czasie (Cervone, Pervin, 2011, s. 296).



2.2.2 Teoria cech osobowości G. W. Allporta

G. Allport jest twórcą pierwszego podręcznika psychologii osobowości: *Personality, A Psychological Interpretation* (1937) oraz autorem nieczynnikowej teorii cech osobowości.

Autor podnosił konieczność podejścia do człowieka poprzez kilka aspektów:

- analizy jakościowej,
- podejścia idiograficznego badającego nie tylko ogólne prawa obowiązujące albo determinujące zachowanie człowieka,
- indywidualne piętno, które odciska na nim jednostka (Cervone, Pervin, 2011, s. 235).

Stał on na stanowisku, że należy w człowieku szukać tego co dobre, właściwe, pozytywne. Momentem newralgicznym w życiu człowieka jest przejście przez człowieka odpowiedzialności za własne życie i ukształtowanie go w sposób znamieny dla danej jednostki. Do przejścia odpowiedzialności nad własnym życiem pomocnym narzędziem dla Allporta jest praca nad świadomą motywacją i myślami człowieka (Buksik, 2000, s. 191-206).

Podając za autorem *osobowość to to, czym człowiek jest naprawdę, dynamiczną organizacją wewnątrz jednostki tych cech psychofizycznych, systemów, które determinują unikalne przystosowanie do środowiska* (Allport 1937, s. 48, za: Hall i in., 2006, s. 409).

Nieustannie osobowość człowieka zmienia się, przy czym posiada własną organizację, która przejawia się w dostosowaniu do środowiska. Człowiek poprzez ukierunkowanie własnych intencji i działań ma swój indywidualny charakter właściwy jedynie dla danej osoby (Hall i in., 2006).

Allport był przeciwnikiem teorii Freuda i podważał założenia psychoanalizy. Jego konfrontacja z teorią psychodynamiczną zostanie przedstawiona w tabeli w odniesieniu do tych samych zmiennych (patrz, Tabela 1., s.18).



Tabela 2. Różnice między teorią Allporta a teoriami psychodynamicznymi

Podejście psychodynamiczne	Nieczynnikowa teoria cech
analiza przeszłości jednostki, pozwoli człowiekowi zrozumieć jej osobowość	nastawienie na analizę celów, intencji (przyszłości) jednostki, które pozwala zrozumieć jej osobowość
motywacja ma ścisły związek z podświadomymi procesami	motywacja w większości ma charakter świadomy
aktywność motywują popędy <i>eros</i> i <i>tanatos</i>	aktywność człowieka jest intencjonalna
aktywność jednostki determinują nieświadomione konflikty wewnętrzne	aktywności jednostki związana jest ze świadomym zamiarem, ukierunkowanym na cel
rozwój osobowości polega na przeżywaniu nieświadomych konfliktów, opuszczenie którejkolwiek z faz może skutkować umacnianiem się negatywnych strategii, np. fiksacji.	rozwój osobowości polega na tworzeniu się i umacnianiu świadomego Ja
Pęd ku seksualności i śmierci zapewniają wspólne wszystkim ludziom integrację osobowości	preferencje i wartości osoby, systemy „wyższe” zapewniają integrację osobowości
o kształcie osobowości decydują skutki powszechnych zjawisk i procesów, np. kompleks Edypa	o kształcie osobowości decyduje jej rys indywidualny,
osobowość można opisać w kategoriach popędów	osobowość można opisać w kategoriach cech, które mają odniesienie do struktur neurofizjologicznych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie, Cervone, Pervin, 2011, s.277.

Allport uważa, iż cecha stanowi podstawę, na której zbudowana jest osobowość człowieka. Cecha jest tendencją do określonego działania w określonych sytuacjach. To *stałe wzorce, według których ludzie czują, myślą i postępują* (Cervone, Pervin, 2011, s. 278). Allport poprzez analizę słownika sklasyfikował 18 000 słów definiujących człowieka i sklasyfikował je w trzy grupy:

- **cechy dominujące (kardynalne)** są niezmiennie od sytuacji w jakiej człowiek się znajduje. Autor twierdził, że te cechy występują rzadko i tworzą się na przestrzeni lat,
- **cechy centralne** stanowią podstawowy wachlarz wzorców zachowań w określonej sytuacji wyboru. Każda osoba posiada od 5 do 10 cech centralnych np. inteligencja, ugodowość, nieśmiałość, otwartość,



- **cechy wtórne** ujawniają się tylko pod wpływem określonych bodźców. Nie są one widoczne w obrazie człowieka (osoba ugodowa, życzliwa, ciepła może wykazać się okrucieństwem w sytuacji zagrożenia własnego życia lub życia osoby, na której jej zależy).

Allport (1988) we współpracy z Henrym S. Odbertem opracowali różne kategorie dotyczące stanów, nastrojów, aktywności i cech. Uznali jednak, że do opisu człowieka należy zastosować głównie pojęcie cechy z uwagi na fakt, iż wyróżnia to rys osobowości. W związku z powyższym wyróżnili:

- **cechy wspólne** charakterystyczne dla określonego środowiska, w którym wzrastał, rozwijał się człowiek i w związku z tym łatwo można przewidzieć sposób jego zachowania,

- **cechy indywidualne** stanowią niepowtarzalny wzór zachowań jednostki.

Cechy wspólne i cechy indywidualne równocześnie wpływają na człowieka i determinują jego zachowanie a także to co Allport uznał za najważniejsze dla jednostki tj jej system wartości, własna filozofia życiowa (Allport, 1988, s. 73-74).

Analiza jakościowa osoby badanej jest możliwa do wykonania przy uwzględnieniu jej światopoglądu, wartości, w jaki sposób odnosi się do przeszłości oraz jakie żywi nadzieje, jakie potrzeby chce zrealizować w przyszłości.

Proprium jednostki według Allporta to subiektywny świat uczuć, przekonań, wartości, intencjonalnych planów, które razem składają się na wewnętrzną jedność (Gasiul, 2012, s. 353).

W ramach proprium możemy wyróżnić tożsamość osobistą, poczucie ja cielesnego, własnej wartości, koncepcje siebie i dążenia osobiste. Niewątpliwie ważne miejsca zajmuje **motywacja** którą autor podzielił na:

- motywacje reaktywną- zmierzającą do redukcji napięć i przywracania równowagi oraz
- motywacje proaktywną skierowaną na wzbudzenie napięcia w celu osiągnięcia rezultatów (Gasiul, 2012, s. 353).

Motywacja jednostki bardzo ściśle związana jest z posiadanymi przez niego ideałami, które warunkują jego wartości, sposoby działania, integrują prace niższych poziomów. Człowiek funkcjonujący społecznie wykonuje wiele czynności, zleconych mu zadań, aby zostać pochwalonym, aby zrealizować potrzeby i mieć poczucie kompetencji. Motywacja zewnętrzna z czasem zostaje zastąpiona motywacją wewnętrzną, czyli działaniem, którego głównym źródłem jest przyjemność z wykonywania danych czynności. Allport nazwał to autonomią funkcjonalną, która jest wolna od popędów biologicznych. Autonomia funkcjonalna



opiera się głównie na świadomych wyborach i nawykach (Gasiul, 2012, s. 354). Człowiek posiadający dojrzałą osobowość charakteryzuje się:

- serdecznymi kontaktami z ludźmi,
- jego zainteresowanie jest poszerzone o problemy innych,
- akceptuje siebie,
- spostrzeganie jest osadzone w rzeczywistości,
- posiada obiektywny obraz samego siebie, przekładający się poprzez wybory nawyków, kompetencji,
- samokrytycyzm, osoba ma jasność własnych możliwości a także ich ograniczeń, wie co wolno a czego nie może zrobić,
- posiada własną filozofię życia która prowadzi do pełni (Gasiul, 2012, s. 356).

2.2.3 Biologiczna teoria temperamentu PEN H. J. Eysencka

H. J. Eysenck żył w latach 1916 – 1997. Do dziś dnia jest najczęściej cytowanym psychologiem z zakresu psychologii osobowości. Pracował jako psychiatra, psycholog, a od 1950 roku do końca swojej pracy zawodowej zajmował stanowisko dyrektora wydziału psychologii w Instytucie Psychiatrii Uniwersytetu Londyńskiego (Revelle, 2016 , s. 32-39).

Eysenck jako psycholog kliniczny poszukiwał teorii łączącej proces wyłaniania się różnych poziomów przyczynowości w zachowaniu człowieka (Hall i in., 2006). A jako badacz oparł swoje wnioski na dużej ilości osób w grupie badanej z uwzględnieniem ludzi z różnych środowisk w tym patologicznych. Eysenck używał wielu metod uwzględniając przy tym analizy statystycznych wyników tych badań. Był on bardzo krytyczny w stosunku do siebie jak i do innych twórców w tym Freuda (Cervone Pervin, 2011, s. 299-300).

Teorie Eysencka opartą na teorii cech nazywa się teorią czynnikową i biologiczną (Cervone, Pervin, 2011, s. 235-250).

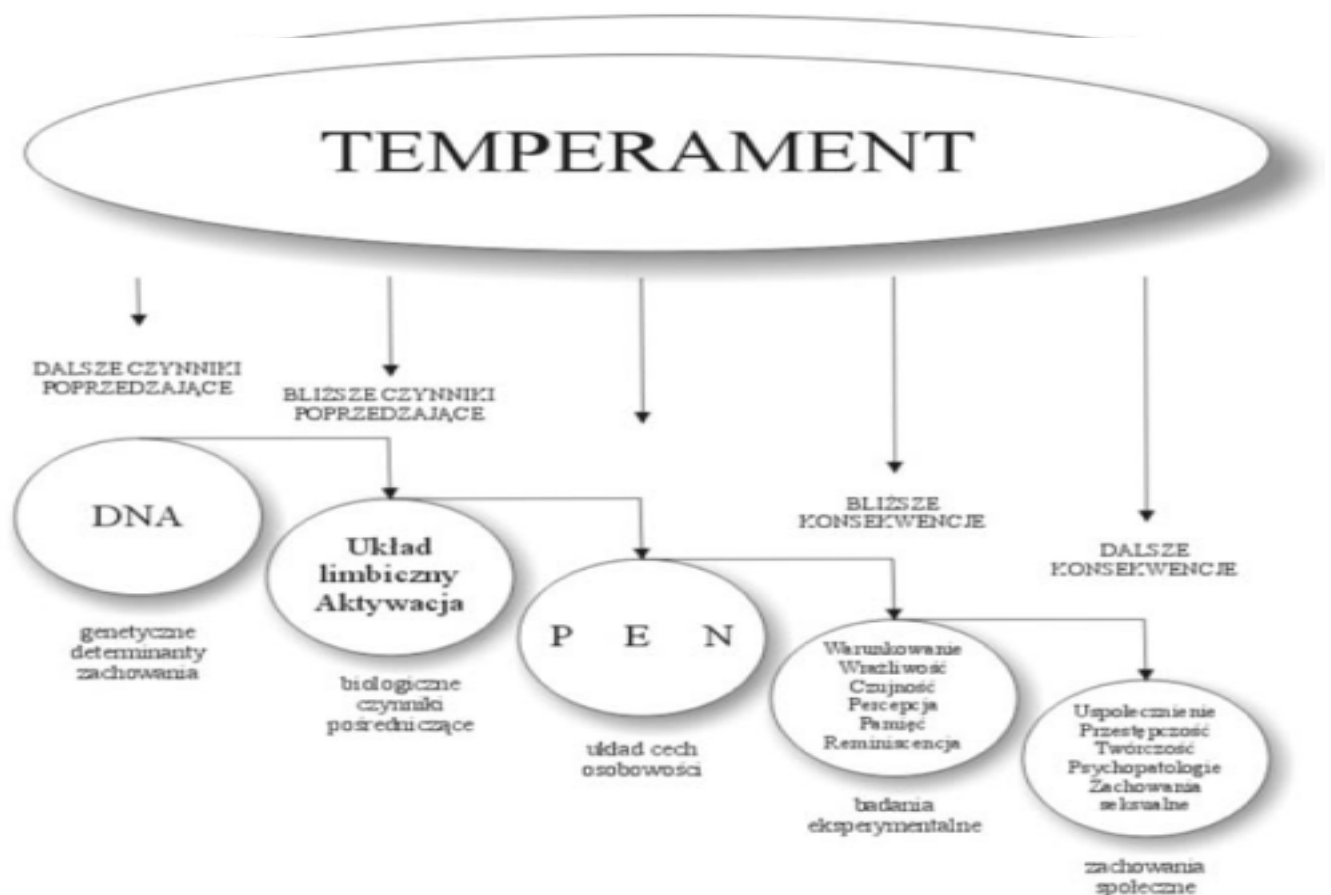
Autor wskazał, iż w każdym człowieku znajdują się trzy uwarunkowane biologicznie wymiary, które przejawiają się w odmiennym nasileniu. Ogólne cechy człowieka nazywał typami i dlatego też wskazał, iż obserwacja zachowania człowieka, a także sięgnięcie do uwarunkowań biologicznych znajdujących się w ludzkich genach a następnie obserwacja wyuczonych sposobów reagowania składa się na określenie osobowości (Hall i in., 2006).



Osobowość to połączenie 4 sfer:

- sfery wolontaryjnej –charakteru, według autora jest względnie stały i trwały systemem określania woli danej osoby,
- sfery afektywnej –temperamentu, to układ uczuciowego zachowania się,
- sfery poznawczej –intelektu, to względnie stały system poznawczego zachowania się określanego jako inteligencja,
- sfery somatycznej –właściwości fizyczne które obejmują układ ciała oraz system neuronów i hormonów, które dana jednostka została wyposażona. Właściwości fizyczne człowieka są względnie stałe i trwałe.

Współpraca powyższych układów warunkuje zachowanie człowieka (Tsirigotis, 2007, s. 99-115).



Rysunek 2. Model wyjaśniania zachowania w teorii H. J. Eysencka

Źródło: Szymura, 2007, s. 33.

Osobowość według Eysencka stanowi hierarchiczną strukturę, na szczycie której znajdują się wymiary, czyli typy, następnie cechy. Pod cechami umieszcza poziom reakcji nawykowych a na najniższym poziomie są reakcje specyficzne rozumianej jako zachowania

obserwowane w rzeczywistości. Przedstawiciel tej teorii wskazuje, iż oprócz typu x osoba posiada **trzy główne wymiary osobowości**. Są nimi:

- 1 Neurotyzm (N)-Stabilność emocjonalna
2. Ekstrawersja- Introwersja (E-I),
3. Psychotyzm (P) – Normalność (por. Hall, Lindsey, 1990, s. 507; Siek,1986, s. 66; Chlewiński, 1963, s. 4, s. 87).

Neurotyzm- Stabilność Emocjonalna

Według Eysencka neurotyzm związany jest z autonomicznym układem nerwowym. Przejawia się jako nieśmiałość w nawiązywaniu relacji międzyludzkich, brak kondycji fizycznej, uzależnieniem od innych osób. Osoby o typie neurotycznym można łatwo zranić, są nieufne i podejrzliwe, zwykle mają niskie poczucie własnej wartości. Ich cechą charakterystyczną może być również słabsza wydolność na poziomie motoryki, zazwyczaj gorzej śpią bądź mogą skarżyć się na bezsenność. Wysoki poziom neurotyczności jest wskaźnikiem odczuwania wysokiego poziomu stresu i lęku niż u osób stabilnych emocjonalnie. Drobne przeszkody mogą zostać przez nich wyolbrzymione i stać się powodem do bezsenności (Chlewiński, 1987, s. 92).

Z drugiej strony osoby stabilne emocjonalnie potrafią krytycznie dostosować cel, który pragną osiągnąć do swoich możliwości. W odróżnieniu od neurotyków nie starają się być perfekcyjni w tym co wykonują i są bardziej tolerancyjne dla siebie i innych.

Ekstrawersja - Introwersja

W podejściu biologicznym wymiar Ekstrawersja – Introwersja związana jest z funkcjonowaniem fizjologicznej kory mózgowej. Autor w opisie ekstrawertyka wskazuje na człowieka, który jest żywo zainteresowany światem zewnętrznym, ludźmi. Lubi z nimi przebywać i ma łatwość w nawiązywaniu kontaktów, cechuje go zaufanie. Ekstrawertyk to również osoba, która lubi nowinki- choć bywa zmienny. Wymiar ekstrawertywny osobowości świadczy również o osobie, która posiada duży wachlarz emocji jest przy tym wrażliwa. Jednak w uczuciach bywa powierzchowna i mało angażuje się w utrzymywaniu relacji (Eysenck, 1965, s. 308).



Introwertycy są przeciwieństwem dla powyższych. Są pobudliwi z uwagi na znaczne pobudzenia na poziomie korowym pod wpływem zewnętrznych impulsów. Preferują skupienie się na sobie, techniki kontemplacyjne. Interakcje społeczne nie są dla nich atrakcyjne, gdyż mogą prowadzić do wielkiej ekscytacji (Jung, 1921, s. 461-470).

Oba te wymiary mają mocne podstawy biologiczne z uwagi na rolę czynników dziedziczonych przez ludzi (Cervone, Pervin, 2011, s. 305).

Psychotyzm- Normalność

Wymiar psychotyzmu jest wymiarem najmniej zbadanym. Psychotyzm odnosi się do postaw i zachowań antyspołecznych, nie ma nic wspólnego z określonym w DSM wzorcem zaburzeń psychicznych. Początkowo Eysenck nie włączył tego wymiaru do teorii osobowości.

1. Przejawem psychotyczności jest brak umiejętności podejmowania decyzji w kwestiach społecznych. Osoba psychotyczna ma trudności z koncentracją uwagi, słabszą pamięcią. Osoby reprezentujące wysoki wymiar psychotyzmu mogą przejawiać swoje zachowanie od prawidłowego a następnie mogą reprezentować skłonności psychopatyczne, przestępcze, schizofreniczne i inne stany psychotyczne będąc pozbawionym kontaktu z rzeczywistością (Hall, Lindsey, Campbell, 2012, s. 371-372).

Eysenck łączy wymiary osobowości z możliwością zachorowania na charakterystyczne dla nich jednostki chorobowe (Wojciechowska, Pawłowski, 2017, s. 206-210).

Zostały wyróżnione następujące typy osobowości biorąc pod uwagę podatność na zachorowanie.

Typ pierwszy – w reakcji na stres zachowuje się biernie i ma skłonności depresyjne. Jest to predyktor korelujący z ryzykiem zachorowania na raka.

Typ drugi – w obliczu zagrożenia staje się wrogi, agresywny, wyraża złość. Jest to tendencja do zachorowania na chorobę niedokrwienną serca.

Typ 3 – reakcja na stres może być kompilacją typu pierwszego i drugiego.

Typ 4 – charakteryzuje osobę asertywną, tworzącą bliskie relacje, niezależną. Jego ogólny stan zdrowia jest dobry.



Typ piąty – reaguje bez emocji na stres, jest racjonalny. Należy on do grupy osób zagrożonych chorobami niedokrwioną serca jak i raka.

Typ 6 – typ psychopatyczny, nie tworzący relacji z otoczeniem. Nie stwierdzono podwyższonego ryzyka zachorowania na wymienione choroby (Wojciechowska, Pawłowski, 2017, s. 208).

Na podstawie badań Eysenck stworzył kwestionariusze osobowości do badania w zakresie ekstrawersja – introwersja. Jest on autorem Inwentarza Osobowości Moudsley Hospital (MPI), Eysencka inwentarz osobowości (EPI) oraz najpopularniejszy w Polsce Eysencka kwestionariusz osobowości (EPQ), który posiada polską adaptację (Cervone, Pervin, 2011).

2.3 Proces kształtowania się osobowości

Osobowość człowieka kształtuje się pod wpływem genów i środowiska wraz z wiekiem. Mówi się, że pełną osobowość człowiek nabywa w wieku ok 30 roku życia. Niektórzy badacze stoją na stanowisku, że wiek ten winien być przesunięty do 50 roku życia z uwagi na zmiany jakim człowiek jest poddawany wraz z przeżyтыми doświadczeniami i ugruntowanymi wartościami jakim człowiek hołduje. Przykładem może być hulaszczy tryb życia studenta, który pragnie poznać wielu ludzi, mieć dużo wspomnień z czasów studenckich, a okresem założenia rodziny i wycofania społecznego z uwagi na pojawiające się obowiązki domowe i odpowiedzialność za rodzinę. Stabilizacja i przewidywalność stają się dla tej osoby aksjomatem.

Współczesne badania psychologiczne dotyczące neuroplastyczności mózgu, czyli ewentualności stwarzania nowych cech, sposobów reakcji na sytuacje i tworzenia nowych nawyków także w dorosłym wieku dają możliwości w dokonaniu wielu zmian w podejściu do siebie i zmiany swojej struktury nie tylko fizycznej lecz i psychicznej (Oleś i in., 2009, s. 212).

2.3.1 Dzieciństwo jako kluczowy etap rozwoju osobowości

Osobowość zaczyna się kształtować bardzo wcześnie od momentu narodzin. E. H. Erikson – teoretyk psychoanalityczny, który stworzył teorię rozwoju psychospołecznego w całym cyklu życia, wskazał konkretne dylematy, z którymi mierzy się człowiek na określonym etapie życia. Z każdego z nich może wyjść wzmocniony lub skonfliktowany bardziej z samym



sobą. Dzieciństwo dzieli na okresy: niemowlęstwa, wczesnego dzieciństwa i wiek szkolny (do 12 r. życia) (Brzezińska, 2005, s. 31).

Tabela nr 3 Rozwój cech Ego w korelacji do potencjalnie uzyskanej siły w poszczególnych okresach życia.

Wiek	Potencjalna siła zyskana w tym okresie	Rozwijana cecha EGO
0-1	Nadzieja	Podstawowa ufność vs nieufność
2-3	Wola	Autonomia vs wstyd, zwątpienie
4-5	Zdecydowanie	Inicjatywa vs poczucie winy
6-12	Kompetencja	Pracowitość vs poczucie niższości
13-18	Wierność	Tożsamość a niepewność roli
19-25	Miłość	Intymność a izolacja
26-65	Opiekuńczość	Kreatywność a zainteresowanie sobą i stagnacja
65 i więcej	Mądrość	Integralność ego a rozpacz

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Helen Bee, Psychologia rozwoju człowieka, 2004, s.189

W okresie niemowlęstwa podstawowym dylematem niemowlęcia jest ufność lub jej brak w stosunku do opiekuna (matki). O roli matki w budowaniu osobowości dziecka zwracali uwagę również inni autorzy (Bowlby, 1988; Ainsworth i in., 1978, s. 11-18). Kluczowym elementem wczesnego bezpiecznego stylu przywiązania jest dostępność i responsywność matki na sygnały wysyłane przez dziecko i podjęciu działań, aby je zaspokoić. Dzięki temu dziecko może poczuć bezpieczeństwo we własne możliwości sprawcze i rozpoczyna się proces budowania zaufania do matki lub opiekuna dziecka. Na bazie doświadczeń z pierwszego roku życia u dziecka rozwija się jeden z czterech stylów przywiązania, będąc pierwowzorem relacji tworzonych w dalszym życiu (patrz, Tabela 4., s.45).

Tabela 4. Relacje jednostki z otoczeniem w okresie niemowlęcym a rozwój osobowości

Wzorzec przywiązania	Zachowanie matki	Zachowanie dziecka	Konsekwencje dla osobowości
Bezpieczny (B)	dostępność, uwaga matki skupiona na dziecku; wróźliwość matki na potrzeby, respektowanie emocji, autonomii dziecka, chętnie wchodzenie w kontakt fizyczny, swobodne wyrażanie emocji	swobodna eksploracja świata, dobry kontakt z otoczeniem (zaufanie), zwracanie się do matki z prośbą o zaspokojenie potrzeb	przekonanie o własnej wartości, pozytywne postrzeganie wydarzeń, ufność do świata, zdolność do regulowania emocji, początkowo w diadzie, następnie samodzielnie
Ambiwalentny (C)	brak przewidywalności w reagowaniu na potrzeby dziecka, niedostępność psychologiczna matki, zaangażowanie w relacje, motywowane własnym nastrojem, a nie potrzebami dziecka, pozostawianie sygnałów dziecka bez reakcji, nieskuteczne uspokajanie, wycofywanie się z kontaktu w sytuacji napięcia	niepewność w kontakcie z matką, silny lęk przed rozstaniem, zmienność nastrojów (grymaszenie)	niepewność co do własnej wartości, rozszczepienie stanów emocjonalnych (złość, strach), manipulowanie otoczeniem za pomocą emocji, dostosowywanie własnej emocjonalności do otoczenia, nie ma tu odpowiedzialności za konieczność wentylowania emocji
Unikający (A)	stosowanie własnego planu działania bez uwzględniania potrzeb dziecka, słaba zdolność do empatii, nadmierna kontrola reakcji emocjonalnych – własnych i dziecka, unikanie kontaktu cielesnego (dyskomfort), ignorowanie, odtrącanie dziecka, które wyraża swoje negatywne emocje	okazywanie (pozornej) niezależności od matki, unikanie bliskiego kontaktu z matką, w sytuacji stresu brak prośby wprost o pomoc	przekonanie o własnej niskiej wartości, hamowanie, chowanie do siebie negatywnych uczuć i emocji, prezentowanie światu pewnej <i>maski</i> , fałszywego afektu, trudność z identyfikowaniem własnych emocji, uczuć
Zdezorganizowany (D)	otwarta agresja werbalna i pozawerbalna wobec dziecka, celowe i z premedytacją wywoływanie negatywnych emocji, otwarte okazywanie strachu w kontakcie z dzieckiem, zachowania dziwne, powodujące dezorientację (np. zapadanie w trans, bezruch, brak reakcji)	lęk przed matką, dezorientacja, niepewność w kontakcie z matką i innymi ludźmi	dezorientacja co do poczucia własnej wartości, zawężenie świadomości własnych emocji, nastrojów, nagłe zmiany w ekspresji emocji, niezdolność do regulacji własnych emocji

Zródło: Opracowanie własne na podstawie Brzezińska, 2005, s. 57; 78; Ainsworth i in., 1978.

Ostatni z wyróżnionych stylów przywiązania, czyli zdezorganizowany, łączący się według badań z niskim statusem ekonomicznym rodziny, zaburzeniami osobowości, alkoholizmem i innymi patologicznymi zachowaniami jest niebezpieczny dla formującej się osobowości. Koreluje z: nieprawidłowymi relacjami z opiekunem (dominacja, przejmowanie



kontroli), agresją rówieńczą, emocjonalnym wyobcowaniem, a także rozwojem zaburzeń: obsesyjno-buntowniczych, dysocjacyjnych, lęku, depresji (Brzezińska, 2005, s. 34-36).

Według Białeckiej-Pikul (2002, s. 47-48), dziecko od najmłodszych lat buduje swoją naiwną teorię samowiedzy. Świat zewnętrzny stanowi dla dziecka informację o nim, o jego miejscu w świecie, które otrzymuje od najbliższego otoczenia.

Drugi etap rozwoju dziecka według Eriksona (2000) trwa do trzeciego roku życia. Dziecko staje się bardziej świadome swojego ciała przez co staje się mniej uzależnione od opiekunów zyskując własną autonomię. Jest to też etap treningu czystości wykształcając poprzez to poczucie kontroli nad własnym ciałem. Na tym etapie dziecko może podejmować inicjatywę i wykształca się wówczas poczucie sprawstwa za decyzje, które dziecko podejmuje. Jeśli jest zawstydzane, wysmiewane, nie ma wsparcia w opiekunach w dążeniu do doskonalenia swoich umiejętności może odczuwać wstyd i zwątpienie we własne możliwości. Ogromną rolę odgrywają rodzice lub opiekunowie przeciwnej płci, dając dziecku wiedzę różnicowania cechy ze względu na płeć. Podstawowym zagrożeniem dla kształtowania się osobowości dziecka na tym etapie jest brak wzorców, które pozwoliłyby mu nauczyć się wewnętrznej regulacji emocji. Adekwatne strategie opiekunów obejmują:

- strategie doraźne - związane z przewidywaniem reakcji jakie może dziecko wytworzyć i reagowanie na nie,
- strategie stałe - polegające na wspieraniu dziecka w regulacji emocji, udzielanie wskazówek, uczenie reguł i praw (Czub, 2004, s. 53-74).

Brzezińska (2005) nazywa ten okres *wiekem koziołka*, który dla swojego rozwoju potrzebuje ogrodu. W odniesieniu do dziecka dotyczy to bezpiecznej przestrzeni, w której będzie z jednej strony mogło rozwijać, bawić się i doświadczać własnej autonomii z jednoczesnym ustaleniem granic, zasad jakie obowiązują w danym środowisku.

Na etapie zabawy – 4/5 lat dziecko uczestniczy już nie tylko w relacjach pionowych (z opiekunami), staje się też stałym uczestnikiem relacji poziomych (z rówieśnikami). Naturalnie przejmuje inicjatywę w działaniu. Jest to czas, w którym dziecko może wchodzić w konflikty z rodzicami akcentując własną niezależność i samodzielność. Dziecko ma potrzebę decydowania o sobie co w konsekwencji może stać się przyczyną dezaprobaty u dorosłych i następnie dziecko może wycofać się, być bierne lub mieć poczucie winy.

Etap szkolny (do 12 r. życia) – to czas przyswajania norm obowiązujących w kulturze społeczeństwa, w którym rozwój osobowości jednostki łączy się z rozwojem poczucia adekwatnej samooceny (Erikson, 2000, s. 61). Okres podjęcia nauki w szkole może rodzić wewnętrzny konflikt związany z poczuciem niepewności co do własnej kompetencji.



Pozytywne otoczenie, w którym dziecko zdobywa niezależność, współpracuje i rywalizuje daje podstawy do prawidłowego stosunku do pracy i ludzi. Wynikiem źle rozwiązanych problemów tego okresu jest głębokie przekonanie dziecka o własnej mniejszej wartości, bycia gorszym od grupy rówieśniczej co w życiu dorosłym może się przerodzić w dorosłości w zaburzony stosunek do pracy (Erikson, Erikson, 2011, s. 88).

2.3.2 Adolescencja – kryzys i budowa tożsamości

W okresie adolescencji jednostka znajduje się w okresie przejściowym pomiędzy okresem dzieciństwa a dorosłości. Oznacza to, że jest to okres który jest potrzebny jednostce do odnalezienia swojej tożsamości, dookreślenia samego siebie i odpowiedzi na pytania kim jestem, kim chcę być w swoich oczach i w oczach innych ludzi. Kryzys tożsamości, którego doświadcza młody człowiek, należy do najtrudniejszych doświadczeń w całym życiu (Opoczyńska, 1999, s. 124).

Okres wczesnego dorastania obejmuje według teorii Eriksona 13-18 rok życia. Podstawowym wyzwaniem tego okresu jest ukształtowanie własnej, indywidualnej tożsamości poprzez próbę emocjonalnego uniezależnienia się od opiekunów i poszukiwania dla siebie miejsca w grupach rówieśniczych, w pierwszych relacjach międzypłciowych. W tym okresie odnawiają się w jednostce wszystkie kryzysy z poprzednich stadiów rozwoju. Adolescent pozostaje pod naciskiem grup rówieśniczych. To również czas dotyczący wyboru kierunku przyszłości związanej z pracą, edukacją. Te wszystkie uwarunkowania wpływają na jej osobowość - tworzy tożsamość grupową lub wybiera alienację, odrzucenie norm grupowych, przekonanie o złych intencjach innych (Opoczyńska, 1999, s.132).

W ramach wieku nastoletniego wyróżniamy jeszcze jedno stadium rozwoju – późną adolescencję (od 18 do 22 roku życia). W tym przedziale czasu młody człowiek podejmuje różne role społeczne na zasadzie eksperymentu, ponieważ chce się emocjonalnie i materialnie uniezależnić od rodziców. Uniezależnienie odbywa się również na płaszczyźnie emocjonalnej. Sam osiąga pełnię dojrzałości seksualnej, uwewnętrzną moralność, buduje poczucie odrębności od otoczenia, ma poczucie stałości własnego jestestwa (osobowości) mimo upływu czasu i zmian, co skutkuje poczuciem wewnętrznej spójności. Niebezpieczeństwem tego okresu jest wytworzenie się u jednostki *negatywnej tożsamości* – gdy dorastający człowiek ma poczucie posiadania negatywnego obrazu samego siebie, poprzez odczuwanie własnej bezwartościowości lub widzenia w negatywnej perspektywie swoich cech (Erikson, Erikson 2011, s. 88; Opoczyńska, 1999).



Osobowość człowieka jest silnie zdeterminowana zapleczem biologicznym w jaki jest on wyposażony. Cechy temperamentalne są w dużej mierze stałe. Dziecko, pozytywnie nastawione do świata, ufne, wierzące we własne kompetencje, odczuwające autonomię jako nastolatek myśli pozytywnie, a dzieci wcześniej zahamowane, w okresie adolescencji są na ogół bardziej nieśmiałe. U dzieci z tzw. trudnym temperamentem utrwalają się negatywne cechy (Bee, 2004, s. 84).

2.3.3 Dorosłość – dojrzała osobowość

Okres wczesnej dorosłości obejmuje 23-34 rok życia. Jest to okres, w którym relacje wykraczają poza krótkotrwałe miłości młodzieńcze. To czas, w którym budowanie intymności, dzielenia swoich zasobów z innymi sprawia, iż następuje potrzeba założenia rodziny. Dylemat jaki się pojawia w związku z przejściem odpowiedzialności za inne osoby, podejmowanie dojrzałych decyzji dotyczących kierunku życia a z drugiej strony obawa przed utratą własnej indywidualności, swojego Ja sprawia, iż pojawia się lęk. Konsekwencją lęku może być izolacja, życie w osamotnieniu, niechęć do wchodzenia w głębokie relacje, miłość, gdyż mogłoby to wiązać się z utratą własnej tożsamości (Brzezińska, 2005, s. 556).

W okresie średniej dorosłości od 35 do 60 roku życia osobowość jednostki dojrzewa, realizując swoje życiowe, społeczne, zawodowe i osobiste role. Jest to moment osiągnięcia odpowiedzialności społecznej i obywatelskiej. Priorytetem dla większości ludzi jest kariera zawodowa, rodzina. Ludzie mają potrzebę bycia kreatorem, przekaznikiem wartości, tradycji i kultury młodszemu pokoleniu. Podstawowy kryzys psychospołeczny dotyczy generatywności, produkowania czegoś pożytecznego dla siebie i społeczeństwa w opozycji do stagnacji. Główną cechą jednostki jest jej troska, która stoi w opozycji do odrzucenia. W tym czasie dzieci wychodzą z domu, zakładają własne rodziny co może spowodować poczucie bezsensu, samotności, porzucenia (Erikson, 2000).

W tym okresie człowiek przechodzi kolejny kryzys, w którym potrzebuje dokonać przewartościowania dotychczasowych przekonań, pozytywnych reinterpretacji. Człowiek decyduje o swojej gotowości do poszukiwania rozwiązań, powiększania zasobów, prężności *ego*. Brak decyzji co do tej gotowości prowadzi do pogorszenia funkcjonowania psychicznego jednostki (Oleś, 2011, s. 651).

Powyżej 61 roku życia jednostka według Ericsona wkracza w okres dojrzałej dorosłości. Dojrzała dorosłość to taki moment w życiu człowieka, w którym dokonuje on oceny swojego życia, co dokonał. Poprzez bilans życiowych osiągnięć osoba dokonuje oceny samego siebie.



Osoba może wybrać z poziomu dwóch postaw: akceptującej podjęte decyzje, następuje pogodzenie z życiem bądź jest to czas pełen frustracji i żalu do siebie i do świata z powodu utraconych szans. Jest to czas, w którym człowiek zwraca się do własnego świata uczuć, przeżyć, wartości. Człowiek powoli wycofuje się ze świata zawodowego, wchodzi w nowe role społeczne – bycie dziadkiem, babcią i zaczynają pojawiać się pytania dotyczące spuścizny po osobie. Takie ujęcie odpowiada Allportowskiej kategorii dojrzałej osobowości jednostki (za: Gasiul, 2012).

W ostatnim stadium kumulują się wszystkie dotychczasowe siły rozwojowe. Osiągnięcie integralności polegającej na zachowaniu optymalnego dla jednostki modelu życia w połączeniu ze środowiskiem kulturowym stanowi predyktor do pogodzenia się ze śmiercią. Akceptując życie – akceptujemy śmierć. W innym wypadku jej potencjał życiowy spada do najniższego punktu wyjściowego, a dominującym przeżyciem jednostki jest rozpacz, gdyż nie zgadza się ona na przemijanie. Ma również negatywny stosunek do młodych, którzy mają jeszcze potencjał, aby dokonać pozytywnych zmian w życiu. Pozytywnie rozwiązany kryzys wewnętrzny prowadzi do stabilizacji i integracji osobowości, co wiąże się z pozytywną akceptacją dotychczasowego życia i własnych dokonań, a także potrzebą przystosowania się do coraz mniejszych możliwości organizmu. Rozwój ich osobowości pozostaje ciągły mimo przemiany wartości i podejścia do osób starszych (Erikson, Erikson, 2011, s. 132).

2.4 Zaburzenia osobowości

W psychologii osobowości istotną rolę odgrywają zachowania stanowiące odstępstwo od ogólnie przyjętych norm i zachowań akceptowalnych w danej kulturze, środowisku – są to zaburzenia osobowości. Obowiązującym do dnia dzisiejszego założeniem jest wiek, do którego nie możemy diagnozować określonego zachowania jako zaburzenie. Nie można go zdiagnozować wcześniej niż w dorosłym wieku. Wyjątek od reguły stanowi osobowość antyspołeczna u dzieci poniżej osiemnastego roku życia. Dzieci z utrwalonymi tendencjami do zachowań aspołecznych, które gwałcą podstawowe prawa innych ludzi, normy społeczne i reguły, dokonują kradzieży, kłamią w okresie od dzieciństwa do 15 roku życia mogą zostać zdiagnozowane jako osobowość antyspołeczna. Połowa dzieci dopuszczająca się łamania norm staje się w dorosłym życiu młodocianymi przestępcami (Myers, Stewart, Brown, 1998, s. 959-967).

Najistotniejszymi czynnikami, które pozwalają przewidzieć u dzieci z trwałymi zaburzeniami zachowania przyszłość zmierzającą ku drodze popełniania przestępstw stanowią:



- wysoka częstotliwość aktów dewiacji w okresie dzieciństwa,
- wielorakość problemów z zachowaniem w różnych środowiskach,
- wczesne pojawienie się aktów dewiacji,
- współwystępowanie zaburzenia zachowania z takimi cechami jak impulsywność niedobór poznawczy (Seligman, Walker, Rosenhan, 2001, s. 375-377).

Zaburzenia osobowości w kategoriach DSM- IV charakteryzuje ich długotrwałość wzorców wewnętrznych doświadczeń i zachowań, nieprzystosowawcze sposoby postrzegania, odnoszenia się i myślenia o świecie (APA, DSM-IV, 1994). Zachowania te prowadzą zazwyczaj do konfliktów z prawem i utrudniają zaburzonym jednostkom adaptację w środowisku.

W analizie badań zwrócono uwagę szczególnie na zmienne osobowe przyjęte w badaniach własnych, czyli płeć i wiek pytając o wpływ, jaki mają na budowę i rozwój osobowości.

Rola zmiennych osobowych w budowie i rozwoju osobowości początkowo konfrontowała się z serią stereotypów. Kobiety bowiem są powszechnie odbierane jako bardziej emocjonalne, wrażliwsze i bardziej skłonne do poświęceń niż mężczyźni, którym z kolei przypisuje się większą asertywność i odporność na stres. B. Wojciszke (2012) stwierdza, że o ile w wielu dziedzinach występują różnice między płciami, różnica osobowości kobiet i mężczyzn ma niewiele wspólnego z prawdą. Jedynym wymiarem osobowości ze znaczącymi różnicami płciowymi jest neurotyzm. Kobiety są bardziej skłonne do lęku i depresji, są też bardziej wrażliwe emocjonalnie, co oznacza, że te same bodźce wywołują u nich silniejszą reakcję niż u mężczyzn. W wymiarze ekstrawersji mężczyźni są bardziej asertywni i poszukujący doznań, a kobiety są cieplejsze, bardziej towarzyskie i ujawniają więcej pozytywnych emocji. Jeszcze mniejsze są różnice pozostałych cech – kobiety są nieco bardziej otwarte (szczególnie na uczucia), ugodowe i sumienne. Zaobserwowane różnice zmieniają się kulturowo, jednak nie są związane z rolami społecznymi, o czym świadczy fakt mniejszego zróżnicowania osobowości kobiet i mężczyzn w krajach biednych niż rozwiniętych. Jak stwierdza badacz, nadal nieznane są powody takiego stanu rzeczy (Wojciszke, 2012, s. 16-17).

Początkowo w teorii, w związku z istniejącymi stereotypami płciowymi, pewne typy zaburzeń określano jako typowo kobiece (borderline, histrioniczną i zależną), a inne jako typowo męskie (osobowość antyspołeczną i paranoiczną). Dodatkowo w przypadku zaburzeń nadal dużo częściej do gabinetów zgłaszają się kobiety aniżeli mężczyźni, co fałszuje statystykę występowania zaburzeń. B. Schulte-Holthausen i Ute Habel (2018) stwierdziły, że kobiety i mężczyźni różnią się w przejawianiu zaburzeń osobowości. Przykładem może być borderline. Niektóre badania wykazują nawet trzykrotną przewagę borderline wśród kobiet w stosunku do



mężczyzn, ale inne nie wykazują znaczącej różnicy w występowaniu. Są istotne różnice w przejawianiu konkretnych cech BPD między płciami: kobiety częściej cierpią z powodu wewnętrznej pustki, częściej dokonują samouszkodzeń, podejmują próby samobójcze, doświadczają wahań a ich nastroju. Mężczyźni są bardziej impulsywni, mają skłonność do poszukiwania silnych wrażeń.

Badając problemy badania osobowości zaburzonej można wskazać na kilka kwestii. Diagnozowane zaburzenia zazwyczaj nie mają czystej formy z uwagi na fakt, iż często nakładają się na siebie. Badania amerykańskie wykazały, iż u 85% pacjentów odkryto więcej niż jedno zaburzenie, średnio cztery. Badacze wskazują jedynie na przesłanki kierujące dane osoby do występowania zaburzeń takie jak czynniki biologiczne tworzące osobowość, mające podstawowe znaczenie w przypadku ukształtowania się osobowości typu borderline, paranoicznej, schizotypowej i antyspołecznej. Nadal niewiele jest badań nad skutecznością poszczególnych terapii dla leczenia zaburzeń osobowości. Dotychczasowe badania wykazały, że najlepsze są rokowania w psychoterapii zaburzeń z grupy C (osobowość zależna, unikająca), a najgorsze dla grupy A (osobowość paranoiczna, schizotypowe) (Carson i in., 2003, s. 549).

Do końca lat sześćdziesiątych zaburzenia osobowości nie były leczone farmakologicznie. Jediną formą wsparcia była psychoterapia. Zauważono jednak grupę zaburzeń w tym schizofrenia, zaburzenia nastroju dla których metody psychofarmakologiczne okazały się dużym wsparciem w dojściu do zdrowia (Seligman i in, s. 407)

W ostatnich latach obok wyróżnionych typów osobowości pod kątem podatności na choroby, wyróżniono także osobowość typu D, którą nazwano osobowością stresową, podatną na stres. Składają się na nią negatywna emocjonalność i społeczne zahamowanie. Pojęcie wprowadzone zostało przez psychologa klinicznego Johana Denolleta (1997, za: Ogińska – Bulik, 2009).

Doświadczenie choroby może wzmacniać pewne cechy w człowieku, a z drugiej strony posiadanie określonych cech może warunkować bardziej lub mniej efektywne radzenie sobie z wyzwaniami. Jednostki posiadające typ osobowości D są podatne na stany depresyjne, lęki, gniew, wrogość. Negatywnie postrzegają siebie i otoczenie. Są przez to często napięte, nie mają poczucia bezpieczeństwa w kontaktach z innymi. Pierwotnie zdiagnozowano osobowość typu D wśród pacjentów z zaburzeniami kardiologicznymi (Basińska, Andruszkiewicz, 2016, s. 221-237).

Autorzy sformułowali wiele interesujących wniosków:

- większość badanych osób przewlekle chorych wykazywała cechy osobowości typu



D;

- kobiety dbały o profilaktykę, nawyki i sposób odżywiania bardziej niż mężczyźni;
- starsi chorzy gorzej tolerowali swoją chorobę, mając bardziej nasilone przejawy osobowości typu D, częściej też uważali, że ich sytuacja zależy od innych, a nie od nich samych;
- osoby bez cech osobowości typu D wykazywały najwięcej pozytywnych zachowań takich jak uznanie choroby, sprawczość własnych działań, dbałość o zachowania prozdrowotne (Basińska, Andruszkiewicz, 2016, s. 233).

Badania nad wpływem stresu na osobowość prowadzi od wielu lat Nina Ogińska – Bulik, badając przede wszystkim różne aspekty oddziaływania stresu zawodowego na człowieka, szczególnie w służbach mundurowych. Warto podkreślić, że w swoich pracach ujmuje doświadczanie stresu jako proces, który może prowadzić nie tylko do ryzyka traumy czy wypalenia zawodowego, ale też – może zaowocować przewartościowaniem i postraumatycznym wzrostem u jednostki, przekształcając jej osobowość (Ogińska – Bulik, 2007, s. 89).

Niejako na drugim biegunie są badania należące do nurtu psychologii pozytywnej, podkreślające siłę i potencjał człowieka, nawet w obliczu trudnych sytuacji życiowych.

Michael Argyle (2004), jeden z przedstawicieli tego nurtu zauważa, że osobowość ma duży wpływ na odczuwanie szczęścia – niektórzy mimo okresowo odczuwanych negatywnych nastrojów są szczęśliwi, podczas gdy inni stale doświadczają depresji. Poczuciu szczęścia towarzyszy optymizm i wysoka samoocena. Nieszczęśliwi ludzie częściej czują się samotni, doświadczają zaburzeń psychicznych. Szczęście wiąże się z: wysokim poziomem ekstrawersji, kontrolą, brakiem wewnętrznych konfliktów, dobrymi kontaktami społecznymi, zaangażowaniem w pracę i umiejętnością organizowania czasu. Mniej zależy od inteligencji i atrakcyjności (Argyle, 2004, s. 119).

Jednym ze źródeł i czynników towarzyszących depresji obok stresujących sytuacji życiowych i realnym braku wsparcia, jest przypisywanie sobie porażek i zniekształcone przekonania (Argyle, 2004, s. 120-121).

Anna Porczyńska – Ciszewska i Magdalena Kraczlą (2017, s. 101-117) prowadziły badania na temat warunków osiągnięcia dobrostanu psychicznego przez człowieka. Autorki stwierdziły, że do osobistego poczucia szczęścia przyczyniają się najbardziej:

- poczucie sensu własnego życia i podejmowanej aktywności,
- ukierunkowanie aktywności na cel, do którego się zmierza,
- odwaga, która pozwala nie bać się ryzyka i chętnie angażować się w sytuacje o



niepewnych skutkach, bowiem poczucie szczęścia zależy od udanych zachowań ryzykownych,

- wysoki poziom ekstrawersji przy jak najniższym poziomie neurotyczności,
- pielęgnowanie otwartości intelektualnej i ciekawości poznawczej,
- sumiennie wywiązywanie się z zadań (Porczyńska – Ciszewska, Kraczkla, 2017, s. 117).

Badania bazujące na teoriach cech należą w ostatnim czasie do głównego nurtu zainteresowań: neuronauką, nauk o poznaniu i psychologii społecznej. Mimo, że całemu nurtowi zarzuca się czasem empiryzm, nadmierne zorientowanie na praktykę, jednak istnieje na ogół zgoda co do teoretycznych podstaw różnic indywidualnych – przykładem konsensusu jest teoria Wielkiej Piątki. Mimo, że teoria cech nie wyjaśnia wszystkich zmiennych odnoszących się do osobowości jednostki, jednak mówi nam wiele o idiograficznym i nomotetycznym wymiarze funkcjonowania człowieka i są to na tyle doniosłe ustalenia, że zasługują na umieszczenie tej grupy teorii w samym centrum psychologii osobowości (Matthews i in., 2009, s. 450-451).



Rozdział 3. Psychoterapia

3.1. Pojęcie psychoterapii

Pod pojęciem psychoterapii rozumiemy zakres działań podejmowanych przez profesjonalnie przygotowanych do tego osoby w celu niesienia pomocy ludziom, aby zwiększyć ich poziom kontroli emocjonalnej i behawioralnej. Psychoterapeuta nie przepisuje leków, nie zajmuje się stymulacją fizyczną bądź elektryczną (Maultsby, 2013, s. 29).

Psychoterapia to proces, w którym klient ma możliwość obniżenia poziomu swojego lęku i przeżywanego stresu w celu poprawy jakości życia.

Osoba, która przeżywa nawet bardzo głębokie zaburzenia posiada możliwość do podjęcia psychoterapii i jest to związane z jego gotowością do własnej zmiany, chociaż czasami bywa ona nieświadoma (Grzesiuk, 2005, s. 87).

3.2. Warunki psychoterapii

Z. Freud (1943) twierdził, iż właściwe przymierze terapeutyczne musi być zawarte pomiędzy pacjentem a jego terapeutą jako czynnik konieczny do realizacji wspólnego celu terapii. Pierwszy kontakt z pacjentem czy to telefoniczny, w którym terapeuta zapisuje pacjenta na sesję terapeutyczną bądź to podczas pierwszej sesji jest kluczowym momentem jako istotny etap budowania przymierza. Decydującym momentem są pierwsze minuty spotkania (Grzesiuk 2005, za: Auvenshine, Noffsinger, 1984).

Co powinien wiedzieć klient przed rozpoczęciem terapii

Bardzo istotną sprawą jest poinformowanie pacjenta o tym jakie mamy wykształcenie, ponieważ dla wielu pacjentów ta informacja może być na tyle istotna, iż proces budowania zaufania na początku oprze się na tych informacjach (Grzesiuk, 2005, s. 88). Dyplomy, świadectwa, certyfikaty znajdujące się w pomieszczeniu sprawiają, iż klient może mieć poczucie bycia zaopiekowanym przez profesjonalistę. Czynnikiem kojącym jest również fakt poinformowania klienta o obowiązku zachowania w tajemnicy informacji do którego zobowiązuje się terapeuta w trakcie sesji. Życzliwość, szacunek, spokój pogoda są cechami, które pomagają w zachowaniu przyjemnej atmosfery. Niezbędnym dla przeprowadzenia spotkania terapeutycznego jest miejsce, które powinno być spokojne i zapewniające uczucie intymności (Grzesiuk, 2005, s. 83-84).



Cechy psychoterapeuty

Carl Rogers (1961) wyróżnił trzy główne elementy, które winien posiadać dobry psychoterapeuta. Pierwsza to autentyczność, druga to bezwarunkowa akceptacja, trzecia to empatia. Oczywiście należy rozróżnić aspekt akceptowania pacjenta od lubienia go. Akceptacja to nic innego jak szacunek dla osoby, jej wyborów i odpowiedzialności. Natomiast sympatia do pacjenta związana jest z osobistymi preferencjami terapeuty, z jego osobistym odczuciem tego co wzbudził pacjent w nim podczas ich relacji. Terapeuta nie musi lubić swojego pacjenta. Natomiast jeśli nie akceptuje jego jako człowieka wówczas relacja terapeutyczna skazana jest na porażkę (Palmer, 1980, s. 121). Według Rogersa empatia to nic innego jak współtowarzyszenie osobie zgłaszającej się na terapię w przeżywaniu jego bólu cierpienia i smutku. Pacjent zgłaszający się na terapię z własnej woli nie w wyniku przymusu sądu czasami sam nie jest świadomy tego co może być celem terapii lecz czuje się wewnętrznie opustoszały i świadomość tego, iż może porozmawiać z osobą, która posiada wysokie kwalifikacje zawodowe a przy tym jest empatyczna, rozumie go to współodczuwanie stanowi predyktor do jego oczekiwanej transformacji (Rogers, 1957, s. 95-103).

Motywacja pacjenta

Motywacja pacjenta tj. odczuwanie wewnętrznej potrzeby dokonania zmiany myślenia, działania i funkcjonowania we własnym życiu. Bycie zmotywowanym do zmiany to gotowość do tego, aby wyjść ze swojej strefy komfortu i poznać nowe sposoby funkcjonowania. Jest to idealna sytuacja dla dokonania zmian, gdyż oparta jest o własną odpowiedzialność osoby za swoje życie. Nie zawsze jest ona obserwowana, ponieważ jest grupa pacjentów, która przychodząc na sesję terapeutyczną oczekują, że "coś się zmieni" (Grzesiuk, 2005, s. 96).

Kolejną grupą są osoby szukające kontaktu i nie mające w swoim otoczeniu ludzi, którzy są im życzliwi, z którymi mogą porozmawiać. Zwykle są to osoby, które w nieświadomy sposób starają się wykorzystać relację terapeutyczną i przekształcić w relację przyjacielską. Są również osoby, które traktują terapeutę jako osobę, która się nimi zaopiekuje, lecz same nie czują potrzeby, aby być samodzielnym w życiu. Osoba terapeuty czasami traktowana jest jako poradnik do określonych tematów z którymi pacjenci się zmagają. Bywa również, że spotkania terapeutyczne stanowią alibi dla swoich bliskich. Mogą się wytłumaczyć, że przecież podlegają procesowi leczenia a to, że się nic nie zmienia w ich podejściu nie jest ich winą. Ostatnią grupą pacjentów są pacjenci, którzy zostali skierowani przez sąd na przymusowe leczenie.

Psychoterapia staje się wówczas formą "korzyści" dla pacjenta, gdyż jeśli pacjent zobowiąże się do przychodzenia i uczestniczenia w terapii wówczas otrzymuje łagodniejszy



wyrok bądź kara zostaje zamieniona w łagodniejszą sankcję. Oczywiście ostatnia grupa pacjentów zwykle nie jest we właściwy sposób zmotywowana a wiadomym jest, iż opór i inne mechanizmy obronne wykształcające się u takich pacjentów nie stanowią przesłanki do realizacji celów terapii (Grzesiuk, 2005, s. 96-97).

Kontrakt psychoterapeutyczny- przymierze terapeutyczne

Ustalenia poczynione pomiędzy pacjentem a psychoterapeutą we wstępnej fazie relacji tworzy pomiędzy nimi kontrakt. Forma kontraktu może być dowolna: ustna bądź pisemna. W kontrakcie terapeutycznym strony decydują o celu terapii a także jej formie. Przede wszystkim w kontrakcie winno znajdować się:

- określenie celu terapii,
- długość sesji oraz czas trwania terapii (terapia krótkoterminowa, długoterminowa),
- częstotliwość spotkań i miejsce ich odbywania,
- warunki odwołania sesji oraz konsekwencje nieodbytych spotkań i ich koszt,
- wysokość honorarium,
- określenie sytuacji w których terapeuta może ujawnić treści rozmów związane z zasadą poufności,
- sposób kontaktowania się pomiędzy sesjami (Grzesiuk, 2005, s. 299-307).

Belkin (1984) stoi na stanowisku o zasadności określenia celu terapii w sposób wielostopniowy z uwagi na fakt możliwości kontrolowania czy realizacja kontraktu przybliży ich do celu. Uważa on, iż po pierwsze należy zdefiniować cel, terminy spotkań. Po drugie winno się określić po czym pacjent może poznać, iż cel się wypełnił. Po trzecie, ile razy oczekiwane zachowanie musi się pojawić, aby zostało uznane to za zmianę. Ostatecznie należy określić "cele cząstkowe", które będą przybliżały do realizacji zamierzonego efektów.

Zawarcie kontraktu terapeutycznego przez obie strony sprawia, iż w relacji pojawia się poczucie bezpieczeństwa a także korzystnie wpływa to na motywację do współpracy (Santorski, 1984, s. 91-95).

3.3 Etapy procesu Psychoterapii

Wyróżniamy cztery fazy procesu terapeutycznego

Pierwsza faza – faza wstępna obejmuje

- a) diagnozę,
- b) budowanie relacji terapeutycznej i sojuszu,



- c) sprawdzenie motywacji pacjenta,
- d) zawarcie kontraktu.

W fazie wstępnej, która obejmuje z reguły od 1 do 4 sesji terapeuta zbiera informacje o pacjencie zarówno z jego ustnych wypowiedzi jak i dokumentacji medycznej. Psychoterapeuta na tym etapie obserwuje własne przeciwprzeniesienie. Następnym etapem w tej fazie jest budowanie relacji terapeutycznej i sojuszu. Zadaniem terapeuty jest empatyczne rozumienie pacjenta tego co mówi, co czuje a także wzbudzenie zaufania w pacjencie. Jest to kluczowy moment, w którym pacjent ma możliwość na odreagowanie emocji. Terapeuta wyjaśnia co może zrobić dla danej osoby przez co wzbudza nadzieję, wyjaśniając w sposób życzliwy i rzeczowy wszelkie wątpliwości. Takie podejście sprawia, iż osoba decydująca się na terapię czuje się traktowana po partnersku a nie w sposób przedmiotowy. Terapeuta w tym miejscu powinien wyjaśnić na czym polega psychoterapia, którą prowadzi, w jakim nurcie pracuje oraz jak będzie ona przebiegała. Profesjonalista winien podkreślić fakt, iż o skuteczności terapii będzie decydowało własne zaangażowanie osoby w proces. Czwarty etap fazy wstępnej związany jest z zawarciem kontraktu (Czabała, 2006, s. 240-249).

Druga faza -faza środkowa

- a) stałe dbanie o podtrzymanie relacji i sojuszu terapeutycznego.

Jest ona uzależniona od tego w ramach jakiego nurtu teoretycznego pracuje terapeuta czy jest to nurt poznawczo-behawioralne, psychodynamiczny, Gestalt czy inny. Faza ta również uzależniona jest od tego jaki jest cel i czas określonej terapii. W jakim tempie następują zmiany objawów czy dokonuje się korekta w osobowości klienta a także uzależniona jest od osobistych właściwości pacjenta, siły jego ego, zasobów czy mechanizmów obronnych. W tej fazie terapeuta jest zobowiązany do stałego dbania o relację terapeutyczną i sojusz, który zawarty w początkowej fazie winien być podtrzymywany.

- b) zmniejszanie napięcia.

Uwidaczniają się bardzo silne przeżycia pacjenta związane z poczuciem krzywdy, żalu, gniewu, lęku, uczucia bezradności, bezsilności, poczucia winy, złości do siebie i innych czy nienawiści. Dotarcie do tych emocji sprawia, iż następuje zmniejszenie się napięcia u pacjenta. To moment, w którym może on zacząć odreagowywać emocjonalnie na głębokim poziomie. Uczucia pacjenta często bywają bardzo silne. Rolą terapeuty jest pomóc mu zmniejszyć ich siłę, aby pacjent mógł sobie z nimi poradzić. Jednym ze sposobów zmniejszenia ich energii to zaproszenie pacjenta do opowiedzenia o tym i autentycznego okazania zainteresowania,



zrozumienia jego cierpienia przez specjalistę. Nie oznacza to, iż terapeuta winien podłączać się do nich, dać się im pochłonać. Pacjent ma mieć poczucie, iż profesjonalista z którym pracuje udźwignie te uczucia i będzie dla niego ostoją w ponownej retraumatyzacji. Początkujący terapeuci czasami czują się w obowiązku, że " muszą coś zrobić ", " jakoś uspokoić " i to jest błąd. Pacjent czując się zrozumianym i zaakceptowanym czuje ulgę i nie musi już walczyć z własnymi uczuciami, które do tej pory były dla niego zagrażające a czasami wręcz destrukcyjne.

c) wgląd, rozumienie przyczyn problemów.

Podczas, gdy pacjent opowiada o swoich doświadczeniach życiowych rolą terapeuty jest poszukiwanie wzorców, która sprawiły, iż pacjent powieli w swoim życiu określone sposoby zachowania lub przyciąga określone typy ludzi. Praca wglądowa polega również na analizie doświadczeń i sprawienie, aby pacjent uświadomił sobie własny udział w tym co się dzieje, co może zrobić, aby zmienić stan faktyczny. Gdy pacjent zda sobie sprawę ze źródła i przyczyny jego problemów może uruchomić w sobie poczucie wstydu, winy, złości lub gniewu. W zależności od sposobu jego wychowania pacjent używa własne mechanizmy obronne, które jednak w obliczu zmian okażą się jako nie przystosowawcze. Jednakże należy pamiętać o tym, iż nie można niszczyć dotychczasowych obron bez zbudowania innych metod radzenia sobie z problemem.

d) przygotowanie do zmiany i ćwiczenia nowych reakcji.

W zależności od nurtu w jakim pracuje terapeuta może on wybrać z szerokiego spektrum swoich zasobów adekwatne interwencje terapeutyczne, które mogą polegać na zadawaniu prac domowych pacjentowi, stosowaniu metafor, pracy w stanie relaksu na przykład desensytyzacja, stosowaniu technik relaksacyjnych, pracy z ciałem czy pracy z zasobami.

e) utrwalanie i rozszerzenie zmian.

Na tym etapie terapeuta wraz z pacjentem mogą dokonać zaplanowania kolejnych zmian uwzględniając w tym trudności jakie mogą się pojawić dając narzędzia do zapobiegania nawrotom objawów (Czabała, 2006, s. 250-293).

Trzecia faza - kończenie terapii

Strony procesu weryfikują ustalone cele, podsumowują efekty oraz zmiany, które zaszły w życiu pacjenta a także co istotne przygotowują pacjenta do separacji z terapeutą. Psychoterapia długoterminowa trwająca czasami nawet kilka lat może sprawić, iż pacjent czuje się bardzo blisko związany z terapeutą i proces separacji może trwać nawet kilka miesięcy (Czabała, s. 293- 298).



Relacja terapeutyczna

Relacja terapeutyczna odnosi się do dwóch wektorów. Pierwszy z nich obejmuje stosunek pacjenta do psychoterapeuty i odwrotnie psychoterapeuty do pacjenta. W ramach tej relacji wyróżniamy zjawisko przeniesienia oraz przeciwprzeniesienia (Grzesiuk, 2005, s. 122-124).

Przeniesienie

Zjawisko przeniesienia należy omówić w dwóch aspektach. Pierwszy z nich dotyczy przeniesienia u neurotyków a drugi z nich u osób z głębszymi zaburzeniami niż neurotyzm (Freud, 1995, s. 89). Przeniesienie u neurotyków związane jest z faktem, iż pacjenci neurotyczni w sposób nieświadomy odtwarzają głęboki związek z terapeutą. Freud wykazał posługując się w stworzonym przez siebie kompleksem Edypa, iż psychoterapeuta jest osobą, która w sposób nieświadomy zastępuje ojca bądź matkę. Pod pojęciem "nieświadome" przyjmuje się, iż pacjent przenosi na terapeuta znane sobie uczucia, zachowania, sposoby działania, oczekiwania jakich doświadczył w okresie dzieciństwa w stosunku do ważnych dla siebie osób. W konsekwencji powoduje to ponowne przeżywanie tych doświadczeń, lecz obecnie obiektem jest terapeuta. W związku z tym zjawisko przeniesienia dotyczy trzech osób pacjenta, osób z przeszłości oraz psychoterapeuty. Biorąc powyższe pod uwagę proces terapeutyczny jest dynamiczny. Należy zwrócić uwagę, iż przeniesienie, które jest nieświadome odbywa się w sposób mechaniczny, niezamierzony przez pacjenta. Głównym mechanizmem obronnym u neurotyków jest wyparcie. Podstawą przeniesienia u neurotyków są błędy w percepcji i czasie (Grzesiuk, 2005, s. 111). Błąd percepcji odnosi się do obecnej sytuacji w myśleniu pacjenta a błąd w czasie obejmuje sytuację z przeszłości. Pacjent nieświadomie przenosi, odtwarza doświadczenia z dzieciństwa tak jakby działały się w obecnym momencie. Reakcja przeniesieniowa jest czasowa, okresowa i odwracalna. Możemy wyróżnić dwie postaci przeniesienia pozytywną i negatywną (Grzesiuk, 2005, s.112). W ramach pierwszej z nich pacjent odczuwa w stosunku do terapeuty pozytywne uczucia: pragnie bliskości, opieki, uwagi. Negatywna postać przeniesienia dotyczy sytuacji, w której pacjent odtwarza na terapeutę swoją złość, pogardę, krzyczy. Terapeuta powinien zająć się zarówno jednym jak i drugim aspektem, gdyż postawa osoby badanej może być ambiwalentna, może z jednej strony go nienawidzić a z drugiej strony kochać bądź pragnąć bliskości, zainteresowania (Grzesiuk, 2005, s.112). W przypadku osób, które są zaburzone na głębszym poziomie na przykład zdiagnozowano u nich borderline zjawisko przeniesienia jest dużo bardziej skomplikowane (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, Appelbaum, 2007, s. 34). Autorzy wskazują, iż pacjenci mają dynamiczny sposób odnoszenia się do terapeuty.



Początkowo mogą wyrażać to poprzez nieufność w stosunku do terapeuty po czym mogą osadzić go w roli wybawcy z jego cierpienia. Terapeuta jest uznawany jako osoba magiczna, zdolna do uleczenia wszelkich traum. Pacjenci bardzo często chcą sprawować władzę nad terapeutą, kontrolują jego wysiłki, są nieufni a z drugiej strony pragną, aby profesjonalista pełnił rolę opiekuna (Kernberg i in., 2007, s. 35). Różnica między pacjentami neurologicznymi a osobami przejawiającym głębsze zaburzenia psychiczne jest taka, iż u pacjentów neurotycznych terapeuta przyjmuje rolę a w zasadzie niektóre cechy jego rodziców. Natomiast w drugiej sytuacji terapeuta jest utożsamiany z obiektem z przeszłości pacjenta, który posiada cechy opiekunów lecz jest to połączenie faktycznych i wymaginowanych cech i obron jakie pacjent w sobie zakodował. Głęboko zaburzeni pacjenci starają się za wszelką cenę nie ujawniać własnego „ja” z uwagi na fakt, iż gdyby to zrobili mogliby się stać w pełni bezbronni tak jak to było w przeszłości. Zrobią wszystko, aby terapeuta nie odkrył jego prawdziwej natury. W pracy terapeutycznej pacjent stara się pokazywać swoje „fałszywe ja”. Celem terapii jest uświadomienie nieświadomych znaczeń, którymi operuje pacjent i umiejscowienie ich w „tu i teraz” (Kernberg i in., 2007, s. 36).

Zjawisko przeciwprzeniesienia odnosi się do stosunku psychoterapeuty, jego relacji do pacjenta. Konflikty wewnętrzne osoby prowadzącej terapię w nieświadomy sposób mają wpływ na terapeuta (Kernberg i in., 2007, s. 37). Możemy wyróżnić przeciwprzeniesienie pozytywne jak i negatywne. Przejawienie pozytywne dotyczy sytuacji, w której terapeuta pragnie być uznany, akceptowany i kochany przez pacjenta. W formie negatywnej wyraża niechęć, wrogość do pacjenta, który na przykład interesuje się innym mężczyzną lub kobietą (Grzesiuk, 2005, s. 380). Gdy terapeuta podda się temu przeciwprzeniesieniu poziom jego empatii ulega obniżeniu co w konsekwencji powoduje impas w terapii a nawet zakończenie terapii. Momentem kluczowym, na które winien zwrócić terapeuta jest to moment, w którym pacjent przestaje już drobiazgowo opisywać, mówić o własnych przeżyciach i powoli zaczyna się wycofywać. W takiej sytuacji istnieje konieczność superwizji, która pomoże ją wyeliminować (Grzesiuk, 2005, s. 123). Stan, w którym terapeuta traktuje pacjenta jako osobę gorszą, nie dość dobrą, nie wystarczającą świadczy o nierozwiązanym konflikcie terapeuty z jego rodzicami. Uczucia psychoterapeuty w stosunku do pacjenta stanowią podstawę do obserwowania własnych nieświadomości. Przejawienie uznaje się jako lustro tego co jest w terapeutcie, zarówno sytuacji, które miały miejsce w przeszłości bądź są odpowiedzią terapeuty na jego obecne problemy życiowe (Kernberg i in., 2007, s. 59). W stosunku do pacjentów neurotycznych przeniesienie jest głównym narzędzie pracy a w przypadku osób u których objawiają się głębsze zaburzenia jest to przeciwprzeniesienia jako źródło informacji o



przeżyciach wewnętrznych osoby. Rozpoznanie własnego przeciwprzeniesienia jest jedynym sposobem na zahamowanie silnych reakcji emocjonalnych jakie prowokują pacjenci borderline (Kernberg i in., 2007, s. 60). Jest to czynnik leczący w terapii prowadzący do obniżenia napięcia u pacjenta. Brak właściwego rozpoznania swojego przeciwprzeniesienia może to doprowadzić do wzmocnienia jego zaburzeń.

Profesor A. Kępiński traktował relacje terapeutyczną jako spotkanie ze światem innego człowieka, która jest przeprowadzona w życzliwej, naturalnej atmosferze, w bliskości i bezpośrednim kontakcie, którego celem jak uzyskanie pełnej homeostazy. Relacja ta jest korzystna dla obu stron. Pacjent powraca do zdrowia a psychoterapeuta również dokonuje analizy własnych przeżyć. Wzbogaca to jego świat i może prowadzić do rozwoju świadomości. Wzajemny kontakt jest niezmiernie ważny z uwagi na fakty, iż okazanie zainteresowania pacjentowi, aktywne słuchanie, odczuwanie, akceptacja prowadzi do tego, iż obie strony mają poczucie, że to co dzieje się pomiędzy nimi jest intymne, ważne i buduje szczególną więź. Podczas psychoterapii terapeuta, który nastawiony jest do pacjenta z pozytywnymi uczuciami, pełnymi miłości, potrafiący wczuć się w opisywaną przez niego sytuacja buduje związek pomiędzy nimi. Taka postawa otwiera drzwi do jeszcze głębszego zaufania pacjenta do terapeuty (Grzesiuk, 2005, s. 327). Sytuacja, w której terapeuta podczas sesji nie jest zainteresowany tym co mówi pacjent, myśli o swoim życiu, jest znudzony prowadzi do zerwania kontaktu. Psychoterapeuta jest moderatorem rozmowy, lecz powinien być głównie słuchaczem a nie mówcą. Spotkania prowadzone w atmosferze współodczuwania, bezwarunkowej akceptacji, neutralności stwarza doskonale warunki pracy. Bezwarunkowa akceptacja nie oznacza zgodę na wszystko co mówi bądź robi pacjent (Ginger, 2004, s. 34). Przykładem może być chęć pacjenta do skupienia uwagi na swojej złości w stosunku do męża i uważa, że to jest jedyny temat, na który chce rozmawiać to w takiej sytuacji terapeuta może w delikatny sposób zwrócić jego uwagę na inne aspekty lub sposoby rozwiązania tematu. Kolejną cechą dobrego terapeuty jest empatyczne rozumienie pacjenta. Empatia polega na pełnym uczuciu tego w jaki sposób czuje i rozumie pacjent (Ginger, 2004, s. 35). Brian Thorne zwraca również uwagę na wymiar duchowy relacji pomiędzy uczestnikami spotkania w której dusza terapeuty nawiązują połączenia z duszą pacjenta. Ta mistyczna więź wzmacnia proces zdrowienia na wyższym poziomie naszej wielowymiarowej struktury (Thorne, 1990, s. 31-40).



3.4. Psychoterapia Gestalt

„Życie jest filmem, który sam realizujesz. Myślisz, że ten film ci się przydarza, ale w rzeczywistości to ty obsadzasz role, kontrolujesz światło, siłę głosu, wybierasz tło. Nie twierdzę, że od twojego wyboru zależy, czy jutro będzie padać deszcz czy świecić słońce. Twierdzę, że kiedy obudzisz się jutro, a będzie deszczowo lub słonecznie, to ty nadasz temu takie, a nie inne znaczenie.” B. Shaw (Whitemore, 1987, s.45).

Różnorodność form i nurtów psychoterapii począwszy od terapii humanistycznej, integratywnej, poznawczo-behawioralnej po psychodynamiczną i wiele innych sprawia, iż pacjent ma szerokie spektrum wyboru i sposobu terapii.

Pacjenci badani w ramach niniejszej pracy są pacjentami, którzy uczestniczyli w sesjach terapeutycznych w nurcie Gestalt. Ten nurt jako podstawowy w badanej grupie pacjentów zostanie szerzej omówiony.

Podłoże teoretyczne terapii Gestalt

Twórcą terapii Gestalt jest F. S. Perls, urodzony w Niemczech w rodzinie żydowskiej w dniu 8 lipca 1893 r. W 1951 roku ukazała się tam jego książka "Terapia Gestalt". Datę tą uznaje się za oficjalne narodziny terapii Gestalt. Podstawową rolę w kształtowaniu się terapii Gestalt odegrała psychoanaliza.

Perls przejął z niej założenia o uwarunkowaniu aktualnych zachowań człowieka przez nieprzepracowane, wczesnodziecięce przeżycia, o konfliktach wewnętrznych (w Gestalcie: top-dog i under-dog jako analogie superego i id). Perls budował Gestalt czerpiąc z zasobów psychoanalizy jednakże w wielu miejscach był w opozycji do fundamentalnych założeń (Jakubowska, Grzesiuk, 2005, s.181-183).

Dotyczyło to:

- popęd głodu stał się nadrzędny nad popędem seksualnym;
- to co świadome stało się obiektem badań bardziej niż nieświadome popędy;
- przeniesiono akcent na "tu i teraz" w miejsce analizowania przeszłości;
- odejście od pojęcia agresji jako koncepcji popędu śmierci uznając ją jako prawidłowy przejaw życia;
- odrzucenia klasycznej psychopatologii, podkreślania samoregulacji organizmu i kreatywności człowieka (z czasem nastąpiły zmiany i wprowadzono w Gestalcie prace i badania nad psychopatologią);



- odrzucenia pracy nad przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem i zasady abstynencji (czyli niegratyfikowania potrzeb popędowych pacjenta) na rzecz naturalnego, spontanicznego reagowania w relacji z klientem;
- celem terapii stało się podjęcie zmian w świadomości klienta, podejmowanie właściwych decyzji, a nie tylko zrozumienie dlaczego w dany sposób pacjent się zachowuje (Jakubowska, Grzesiuk, 2005, s.181-183).

Gestalt czerpie nie tylko z psychoanalizy, lecz nawiązuje do terapii pracy z ciałem, psychodramy. Nawiązuje do podejścia fenomenologicznego, egzystencjalnego i filozofii Zen. Wymiary jakimi zajmuje się powyższy nurt obejmują doznania zmysłowe, emocjonalne, intelektualne, społeczne i duchowe. Traktując człowieka jako część wszelkiego bytu (Ginger, 2004, s. 25).

Przez wiele lat praca gestaltystów dotyczyła jedynie pacjentów neurotycznych poprzez wsparcie ich zasobów, kreatywności, autonomii aby pomóc im odejść od powszechnie używanych stereotypów, powinności, wpajanych przez rodzinę norm, które miały działanie nieprzystosowawcze (Francesetti, Gecele, Roubal, 2016, s. 86-88). Terapia Gestalt to terapia oparta na doświadczeniu. Nurt jaki zapoczątkował Pearls musiał zostać poddany korekcie z uwagi na środowisko naukowe, które zaczęło dyskredytować ten nurt klasyfikując go bardziej jako działalność ezoteryczną. Rozpoczęto pracę nad rozwojem teorii i częścią badawczą. W wyniku wieloletnich doświadczeń Gestalt dołączył do grupy nurtów, które zajmują się psychopatologią jako współtworzenie zjawiska pola, które wydobywa się w kontakcie (Francesetti, Gecele, Roubal, 2016, s. 89).

Gestalt pojęcie - kształt, forma, postać, figura

Czasownik „gestalten” dotyczy kształtowania, nadawania struktury. Całość struktury danego obiektu nadaje mu sens. Przykładem może być stół, na którym pracujemy, piszemy lecz ten sam stół, gdy zostanie przykryty obrusem i zastawą będzie miał inny „gestalt” (Ginger, 2004, s. 16).

Teoria Gestalt opisuje działanie człowieka jako organizmu, w której przewodnią rolę ma teoria figury i tła. Figura i tło wzajemnie się przenikają i stanowią integralną część funkcjonowania człowieka. Tło to inaczej stan równowagi, spokoju, który jest niezauważalny przez człowieka w odróżnieniu od figury, czyli przeżycia psychiczne będące wyraźnym, silnym bodźcem w funkcjonowaniu istoty ludzkiej.

Figura jest zauważalna na tle, a tło jest istotne, gdy wyłania się figura. Figury mogą mieć różną dynamikę. Gdy figura wyłania się z tła np. ból nogi to wówczas staje się to



centralnym punktem skupiającym uwagę, aż do chwili poczucia ulgi i ustąpienia objawów. Wzięcie np. tabletki przeciwbólowej lub zrobienie ciepłych okładów uśmierzających ból stanowi rozwiązanie dla figury. Figura wycofuje się w momencie poczucia stanu odprężenia. Permanentny ból, powoduje, iż potrzeby psychologiczne, biologiczne człowieka są niezaspokojone i powodują stałą ekspresję w życiu człowieka. To na niej skupiona będzie uwaga, która pochłonie energię człowieka, a wyczerpania uniemożliwi kreację.

Stała aktywność figury osłabia system obronny organizmu, eksploatuje siły życiowe i stanowi zagrożenie. To stan mobilizacji i poczucia niebezpieczeństwa. Niedomknięta figura nie pozwala na przeżywanie tego co jest „tu i teraz”, odłącza człowieka od aktywności nad ważnymi sferami funkcjonowania, wyczerpując coraz bardziej energię życiową. Celem terapii gestalt jest domknięcie figury i wycofanie jej do tła (<http://www.gestalt-wspg.pl/blog/figura-i-tlo-koncepcja-gestaltowska-funkcjonowania-czlowieka/> dostęp 10.08.2021).

Cel terapii

*„Nie jest ważne co ze mną zrobiono lecz to co ja
Sam zrobiłem z tym, co mi zrobiono”
Parafraza z Sartra, 1966*

Podstawowym celem terapii Gestalt jest poszerzenie świadomości pacjenta, aby mógł rozpoznać własne potrzeby, tego co jest korzystne dla niego i jakości życia. Klient w trakcie terapii uczy się tego co służy jemu, jego świadomości i jakości życia. Następuje tutaj weryfikacja tzw. „musizmów”, tego co musi zrobić, co wypada zrobić bo inni tak robią w świadomość tego co jest faktyczną potrzebą czyli co chce, może lub nie chce zrobić. Osiągnięcie homeostazy w zakresie ciała, umysłu, koherencji serca i mózgu stanowi cel terapeutyczny (Chu, 1993, s. 19).

Człowiek dąży do zaspokojenia najważniejszych potrzeb w swoim funkcjonowaniu - dopełnienia całości (Gestaltu). Figury (postacie, całości, Gestalty) tworzą wszelkie aspekty ludzkiego życia począwszy od emocji poprzez potrzeby, myślenia i inne. Zamykanie figury, czyli zasada pregnancji jest podstawowym kierunkiem funkcjonowania gestaltów. Niedopełnione figury ("niezakończone sytuacje") są punktem wyjścia pracy w terapii np. chłód jest niedomkniętą figurą, która motywuje nas do szukania ciepła i dopełnia się przez ciepłe ubranie, mieszkanie czy ciepłe jedzenie.

Jednostka funkcjonuje dzięki procesowi permanentnej samoregulacji - zaspokajają potrzeby i utrzymuje równowagę w zmieniających się warunkach. Obowiązuje tu prawo dominującej potrzeby (figury na tle) - w normalnych warunkach jedna figura wpływa na



funkcjonowanie człowieka aż do jej domknięcia i wyłonienia się kolejnej figury (Ginger, 2004, s.113).

Jednostka funkcjonuje w polu środowiska, które stanowi jej całe otoczenie. Osoba, która jest zdrowa potrafi dokonać różnicy pomiędzy tym co jej służy a co ją dezorganizuje. W przypadku osób zaburzonych występuje brak celu i koncentracji. Osoba dobrze funkcjonująca zaspokaja swoje potrzeby na bieżąco dzięki własnej samoregulacji. Przykładem może być działanie osoby, która czuje złość na drugą osobę i nie powie jej tego. Wówczas złość zostanie wprowadzona w ciało i może się tak dziać dlatego, że osoba obawia się konfrontacji, bądź nie jest tego świadoma. Wyrażenie złości poprzez opowiedzenie o niej innej osobie jest bardziej korzystne dla osoby niż niewyrażenie jego w ogóle (Zinker, 1977, s. 26).

Człowiek jest całością funkcjonalną. Całość funkcjonalna człowieka ma większe znaczenie niż poszczególne jego części. Istota ludzka jako całość jest w stałej akcji i reakcji ze środowiskiem, angażując w te działania różny poziom energii.

Na czym polega terapia Gestalt i do kogo jest kierowana?

Klient, który trafia do gabinetu zazwyczaj jest to osoba bardzo zagubiona, nie posiadająca samoświadomości. Ma trudności w doświadczaniu siebie w tu i teraz, wizja przyszłości zazwyczaj budzi obawy i lęk.

Dotychczasowe starania jakie podjął klient nie mają mocy sprawczej co aktywuje frustrację, brak spełnienia, smutek czy depresję. Będąc w stanie kryzysu terapeuta Gestalt kieruje uwagę pacjenta na określenie faktycznego problemu (Pierzchała, 1987, s. 88-93).

J. Pierzchała (1987) uważa, że psychoterapia, która zakończyła się niepowodzeniem jest związana z faktem, iż terapeuta nie odniósł się do źródła problemu tylko skoncentrował się na powierzchniowej warstwie, którą wniósł klient. Przykładem może być opisany przez Enrighta przypadek kobiety, która przyszła do gabinetu i miała ewidentną nadwagę. Od dzieciństwa kobieta walczyła z nadmierną tuszą, stosując diety, lecz bez skutku. Zwróciła się do terapeuty, aby pomógł jej schudnąć. Enright zapytał się klientki skąd wie, że jest gruba? To pytanie stało się przełomowe. Okazało się, że kobieta ma tę wiedzę od swojej matki, która latami kazała jej schudnąć, wyszydając jej kształty. Po uświadomieniu sobie faktycznego problemu, czyli złości na matkę pacjentka zaczęła chudnąć nie robiąc przy tym nic specjalnego (Pierzchała, 1987, s. 92).

Towarzystwo klientowi w drodze do rozpoznania i zmiany świadomości odbywa się w sposób dający mu prawo do wyboru, nie używając przymusu czy nacisku. Jest to działanie oparte na autonomii w drodze poszukiwań, eksperymentów i technik jakie posiada specjalista.



Umiejętne kierowanie procesem terapeutycznym prowadzi do sytuacji olśnienia w świadomości klienta, który w jasny sposób rozpoznaje co jest dla niego korzystne a co nie (Sills i in., 1999, s. 9).

Podstawowym założeniem w **terapii Gestalt** jest idea, o możliwości samoregulacji organizmu ludzkiego, który dąży do osiągnięcia najlepszych dla niego rezultatów. Z uwagi na otaczające nas środowisko człowiek dąży do „twórczego przystosowania” (Ginger, 2004, s. 23)

Nie chodzi tutaj o to, aby pacjent w sposób dojrzały odniósł się do wydarzenia czy problemu, lecz aby nawiązał kontakt z wrodzoną mu spontanicznością i umiał być w „tu i teraz” bez obaw i iluminacji.

W wyniku terapii Gestalt osoba poprzez aktywne zaangażowanie się w proces będzie umiała:

- odczuwać większą świadomość swojego ciała, myśli, uczuć, relacji z otoczeniem,
- być odpowiedzialna za swoje doświadczenia i nie dokonuje projekcji na innych,
- być świadomą swoich potrzeb, możliwości i w sposób twórczy będzie umiała je zaspokajać,
- używać swojej uważności w doświadczaniu życia - świadome jedzenie, odczuwanie, dotykanie, czyli „smakowanie życia”,
- wykorzystać własne zasoby, siły, potencjał, aby radzić sobie w rozwiązywaniu spraw życia codziennego. Nie działa poprzez wchodzenie w rolę ofiary, aby w otoczeniu wzbudzać poczucie winy lub poprzez manipulację wymuszać wsparcie i pomoc,
- być wrażliwą na to co dzieje się w jej otoczeniu, lecz jednocześnie będzie umiała stawiać granice w stosunku do ludzi lub sytuacji zagrażających, destrukcyjnych,
- wziąć odpowiedzialność za siebie i osoby, za które jest odpowiedzialna i zna konsekwencje jakie może ponieść w wyniku działania lub zaniechania działania,
- dążyć do realizacji marzeń lub wyobrażeń (Zinker, 1997, s. 13-15).

Formy pracy

Główną formą pomocy terapeutycznej w nurcie Gestalt jest praca indywidualna lub praca indywidualna na tle grupy. Grupa terapeutyczna wynosi około dziesięciu osób. Klient dzięki temu ma możliwość otrzymania feedbacku w postaci wypowiedzi pozostałych uczestników sesji grupowej. Często indywidualne spotkanie jednego uczestnika uruchamia proces uświadamiania u kolejnej osoby i stymuluje ją do podjęcia własnego tematu.



Terapia indywidualna

Indywidualna terapia Gestalt opiera się na stosowaniu tzw. procesu „dialogującego” polegającego na obserwacji i komentowaniu i zadawaniu pytań, aby dojść do źródła problemu. Rzadko stosuje się gotowe ćwiczenia. Dynamika procesu opiera się na kontakcie i wycofaniu terapeuty (Ginger, 2004, s. 159).

Terapia grupowa

W terapii grupowej uczestniczy około dziesięciu pacjentów. Sesje prowadzi terapeuta, czasami wspiera go koterapeuta. Uczestnicy terapii grupowej nie mogą być osobami głęboko zaburzonymi (borderline, psychopaci). Sesje odbywają się raz lub dwa razy w tygodniu i trwają ok. trzech godzin. Czasami grupa umawia się na spotkania trwające osiem do dziesięciu godzin. Praca w grupie polega na pracy indywidualnej na tle grupy. Osoba, która decyduje się na „domknięcie figury” opowiada o swoim problemie. W trakcie procesu jest kierowana i wspierana przez uczestników i terapeutę. Wsparcie może polegać między innymi na proponowaniu różnych doświadczeń lub technik. Sam Fritz Perls pracując z osobą w grupie terapeutycznej zwracał uwagę tylko na to co się dzieje w kontakcie z daną osobą, gdyż uważał, że poprzez takie doświadczenie inni ludzie mogą zastosować sugestie, wnioski dla swoich własnych tematów (Zinker, 1977, s. 40-49).

Ponadto Gestalt stosowany jest z powodzeniem w psychoterapii par, rodzin, w instytucjach np. szkoły, szpitale psychiatryczne, w biznesie dla uzdrowienia sytuacji kryzysowych, w celu pobudzenia kreatywności, wzmocnić relacje międzyludzkie (Ginger, 2004, s. 18).

Zaburzenia a terapia Gestalt

Zaburzenia w terapii Gestalt związane są z istnieniem wielu figur z przeszłości, które są „niedomknięte” i z uwagi na obciążenia, blokadę energii wiążącej moc kreacji i wolność w wzięciu odpowiedzialności za siebie i swoje wybory powoduje, iż osoba zatraciła możliwość samoregulacji. Homeostaza nie jest możliwa do utrzymania ani w obrębie funkcjonowania jednostki wewnątrz siebie ani w kontakcie ze środowiskiem. W związku z powyższym dochodzi do impasu. (link <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/1036-teoria-i-praktyka-terapii-gestalt-czesc-i-elementarne-wprowadzenie.html> dostęp 10.08.2021).

Zaburzony kontakt graniczny powoduje zakłócenie samoregulacji człowieka. Może on być związany z przeszkodami występującymi w agresji dentalnej. Przykładem może być



karmienie dziecka pokarmami płynnymi, gdy ono już jest gotowe do gryzienia. Następuje zablokowanie jego własnej agresji w kontakcie z otoczeniem. Perls wykazał, iż zaburzenie kontaktu granicznego może przejawiać się w:

- zaburzeniach mięśniowo- motorycznych, tworzących zbroję na poziomie klatki piersiowej w związku z zablokowaniem oddychania a co za tym idzie przepływu energii agresywnej na zewnątrz. Powstała blokada prowadzi do dysharmonii.

- zastosowaniu pięciu mechanizmów obronnych, które według gestaltystów stanowią źródło patologii (Sills, 1999, s. 26). Wśród nich wymienia się:

a) **introjekcję** – jako zespół przekonań, zachowań, sądów, które jednostka przyswoiła z otoczenia, jednakże nieselektywny ich wybór może doprowadzić do zahamowania jednostki w tym wyrażaniu własnej asertywności. Przykładem może być przekonanie, że autorytety nie mogą się mylić „nauczyciel wie lepiej, musisz się go słuchać”. Informacje pochodzące z zewnątrz, przyjęte biernie przez osobę mogą sprawić przesunięcie granicy w Self (czyli Ja) (Ginger, 2004, s. 57-60).

b) **projekcję** – jako mechanizm polegający na przypisywaniu drugiej osobie myśli, uczuć i emocji jakie w sobie przeżywamy. Następuje tu nieświadome przesunięcie granicy Ja w kierunku otoczenia. Przykładem projekcji może być stwierdzenie typu „pewnie zaraz mi powiesz”. Projekcja może mieć swój ładunek dodatni, służący wzmocnieniu relacji przejawiający się w np. kupieniu książki dla przyjaciółki bo sami lubimy czytać i wyrażeniu stwierdzenia „Pomyślałam o tobie, może cię zainteresuje” (Ginger, 2004, s. 57-60)..

c) **retrorefleksja** – to tłumienie agresji w sobie z uwagi na niemożność skierowania jej na zewnątrz. Gniew na agresywnego ojca, który nie może być wyrażony z uwagi na konsekwencje jakie mogą spotkać dziecko powoduje, że emocje gromadzone są w ciele. Może wówczas nastąpić somatyzacja w postaci kamieni w woreczku żółciowym, ścieranie zębów, migreny. Retrorefleksja może być bardzo niebezpieczna i wiązać się z tendencjami samobójczymi lub samokaraniem (Ginger, 2004, s. 57-60)..

d) **defleksja** – to kontrolowanie swojego stanu uczuć np. w stosunku do dyrektora placówki, aby nie powiedzieć mu co myślimy o jego nowych standardach wprowadzonych i warunkach pracy i płacy. To niewyrażone zahamowanie „odbijamy” sobie na rodzinie lub brawurowej jeździe samochodem. Defleksja może przejawiać się również w unikaniu odpowiedzi. Bywa pomocnym mechanizmem, gdy nie chcemy urazić drugiej osoby i w sposób dyplomatyczny zmieniamy temat (Ginger, 2004, s. 57-60)..

e) **konfluencja** – to zatarcie granicy między osobą a środowiskiem. Jest to tzw. bycie „jednym ciałem” polegająca na ślepym powielaniu słów, zachowań, przekonań osoby dla nas znaczącej



np. guru, szef partii. Tożsamość jednostki ulega zatarciu, gdyż dochodzi on do wniosku, że taka postawa jest oczekiwana i słuszna. Brak własnych granic, świadomości może doprowadzić do psychozy (Ginger, 2004, s. 57-60).

Zaburzenia powstają również w sytuacji, gdy osoba zaprzecza wszystkim swoim aspektom. Ceni np. tylko swój aspekt bycia oszczędnym jako sposób osiągnięcia bogactwa nieakceptując swojej szczodrości, możliwości bycia hojnym jako przeciwieństwo do bogacenia się. Utrzymanie tej polaryzacji i brak akceptacji dla swoich przeciwieństw powoduje, iż człowiek „uzbraja” się, stając się sztywnym i żyje w poczuciu kontroli, aby tłumić własną neutralność (Sills, 1999, s. 31).

Zadania terapeuty

Kreatywna terapia nie usuwa konfliktu w taki sposób, w jaki chirurg usuwa narośl. Pozwala ona człowiekowi uruchomić energię zamrożoną w konflikcie i wykorzystać ją dla samorealizacji własnej i innych ludzi. ZINKER (Zinker, 1977)

Główne zadania terapeuty to :

Terapeuta jest świadomy procesu terapeutycznego, jego dynamiki. Jest moderatorem spotkania poprzez modyfikowanie przebiegu procesu i przekazuje klientowi odpowiedzialność za jego przebieg w stosunku 50%/50%;

Ustala zasady kontraktu terapeutycznego i pilnuje przestrzegania zasad;

Cechuje go autentyczność, otwartość, komunikatywność, jest aktywnie zainteresowany zmianą a także nie ma swoich gotowych recept, stereotypowych rozwiązań;

Nie boi się konfrontacji z klientem (<https://psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/1036-teoria-i-praktyka-terapii-gestalt-czesc-i-elementarne-wprowadzenie.html> dostęp 10.08.2021).

Od terapeuty Gestalt wymaga się ponadto, aby:

- Posiadał warsztat pracy, znał dobrze swoje rzemiosło.
- Pracował nad swoim przeciwprzeniesieniem, uwzględniał swoje braki i korygował je
- Zachowywał normy i standardy etyczne zwłaszcza nie nawiązywał relacji seksualnych z klientem.

Terapeuta winien zachować postawę przynajmniej neutralną w stosunku do pacjenta, aby uniknąć oceniania go poprzez na przykład przyzmat brudnych włosów, niezadbanych paznokci. Powinien wczuć się w jego sytuację i zrozumieć, dlaczego tak u niego jest. Takie



drobne wskazówki mówią o sposobie osoby wyrażania się w tym świecie. Cierpliwe, nie ponagląca obecność terapeuty sprawi, iż to co jest główną figurą będzie mogło wyłonić się z tła. Twórczy terapeuta to osoba w pełni zaangażowana w proces spotkania się z drugim człowiekiem. Widzi jego niesamowitość, piękno, dobro i potencjał, który pod wpływem zmian widzenia własnej fałszywej percepcji postrzegania siebie w chwili obecnej może zostać wydobyty. Jeśli terapeuta podda się wpływowi swojego wewnętrznego dziecka, pragnącego się bawić wówczas może kreować sytuacje bez zbędnego napinania, usztywniania formy przekazu. Zabawa według Zinkera (1977) to „doświadczenie drugiego człowieka żywymi oczyma”. Terapeuta to również detektyw, odkrywca tajemnic ukrytymi w kliencie. Czując, iż w historii pacjenta kryje się zagadka żywo szuka klucza, aby otworzyć drzwi do skarbcza. Ponadto nie przyjmuje za pewnik nawet najbardziej oczywistych sytuacji, przyjmując rolę dziecka weryfikuje je, zadaje pytania jak widzi to drugi człowiek, co dla niego to oznacza. Ciekawość świata, odmiennego widzenia wzbogaca świadomość terapeuty. Ważną kwestią w terapii jest również poczucie humoru. Jest ono nieodzowne dla zdrowia psychicznego terapeuty, który całymi dniami słucha o cierpieniu, bólu. Oczywiście nie może być używany w ośmieszaniu, czy podbijaniu własnej narcystycznej natury. Chodzi o wprowadzanie tego pierwiastka tak często jak to możliwe. Pełni to wówczas rolę uzdrawiającego się dystansu do siebie i trudnej sytuacji w jakiej znalazł się klient. Rolą terapeuty jest empatyczne wczuwanie się w historię jaką opowiada klient. Jednocześnie winien zachować bezstronność, kierując się własną intuicją w rozpoznaniu konfliktu. Jeśli bezkrytycznie wejdzie on w „skórę” klienta wówczas granice kontaktu stają się rozmyte i terapeuta przestaje być użyteczny (Zinker, 1977, s. 23).

Terapeuta może być tylko rzemieślnikiem swojego zawodu przyjmując w sposób sztywny, teoretyczny założenia, pełne formalizmu. Taka postawa jest źródłem zahamowań terapeuty w możliwości bycia twórczym i w pełni użytecznym dla osoby, z którą pracuje. Zbytne skoncentrowanie się na nauce, badaniach oddziela go od pełnego życzliwości i bliskości relacji. Jest to czynnik usztywniający, traktujący naukę jako jedyną zmienną w prawidłowym przebiegu procesu. Przecież każdy człowiek jest inny i aby dotrzeć do zakamarków ludzkiej duszy, jego lęków, obaw, pragnień należy użyć w swojej pracy elementów twórczego zaangażowania. Przekonanie niektórych terapeutów o tym, iż takie cechy posiadają tylko wybrani stanowi kolejne ograniczenie Ed i Sonia Nevis, pracownicy Instytutu Gestalt w Cleveland, stworzyli listę czternastu zahamowani terapeutów w kreatywnym podejściu do procesu terapeutycznego (Zinker, 1977, s. 28).



Lista zahamowań kreatywności terapeuty obejmuje:

1. Z uwagi na lęk przed własnym niepowodzeniem i dyskredytacją w otoczeniu terapeuta wycofuje się z pracy nad głębokimi tematami klienta, bojąc się czasami bólu lub tego, że nie będzie w stanie tego udźwignąć. Przepraszenie klienta, wahania czynią z niego bardziej przyjaciela niż napełniającego energią przewodnika(Zinker, 1977, s. 28-30).
2. Sztywność w podejściu do klienta, brak elementów zabawy, eksperymentowania z uwagi na przekonanie, że się wygłupi i źle wypadnie w oczach osoby. Taka postawa świadczy o nieumiejętności śmiania się z samego siebie. Zbytня powaga w podejściu do problemów może dodatkowo wprowadzić klienta w przekonanie o wyjątkowo trudnym zadaniu, którego nie będzie można rozwiązać w naturalny sposób(Zinker, 1977, s. 28-30).
3. Terapeuta nie jest w stanie docenić zasobów jakimi może posługiwać się w pracy czyli nie widzi własnego kreatywnego potencjału, a także możliwości eksperymentowania z otaczającymi ludźmi lub rzeczami. Intelktualne podejście do pracy z klientem, przegadywanie spotkań blokuje możliwość rozwoju świadomości w procesie zmiany przekonań i myśli(Zinker, 1977, s. 28-30).
4. Przesadna pewność siebie w dotychczas stosowanych technikach, które automatycznie stosuje do wszystkich klientów. Osoba taka ma wybraną grupę technik, które stale wykorzystuje do pracy terapeutycznej. Nie jest zainteresowana sposobami pracy innych, gdyż uważa, że te które posiada są wystarczające. Potrzeby klienta są dla niego mniej ważne niż jego pomysł na daną pracę(Zinker, 1977, s. 28-30).
5. Zbyt szybkie poddawanie się w sytuacjach, które są dla niego mało komfortowe lub związane są z jego słabościami. Świadomość swoich słabych stron jest zasobem terapeuty. Jeśli zaprzecza im stanowi to zagrożenie w pracy terapeutycznej. Wówczas stara się on wybierać tylko takie tematy i osoby, które z uwagi na ciężar gatunkowy problemu jest dla niego znany i bezpieczny(Zinker, 1977, s. 28-30).
6. Dokładne kopiowanie stylu i sposobu pracy naszych nauczycieli. Brak chęci do włożenia wysiłku w znalezienie się w stanie przepływu tego co dzieje się w procesie. Neutralność w podejściu zostaje zahamowana. Praca z klientem związana jest wówczas z pętlą myśli „co zrobiłby mój nauczyciel, jakie pytanie należy zadać, czy mam prawo skonfrontować pacjenta”. Blokując własną intuicję a nadając prymat „najwłaściwszym” metodom proponowanym przez naszych wykładowców tracimy twórczy potencjał pracy z jednostką(Zinker, 1977, s. 28-30).



7. Umniejszania znaczenia wyobraźni, poddawania klienta procesowi kreowania nowej rzeczywistości jako prymitywnej formy pracy. Mózg ludzki będąc w fazie stanu beta czyli stanu aktywności jest nastawiony na działanie. Praca wyobrazeniowa jest możliwa w stanie alfa, czyli stanie w którym dzieci do czwartego roku życia funkcjonują. Ten stan umożliwia zabawy w udawanie bycia wróżką, czarodziejem lub niepokonanym spidermanem. Zadawanie pytania „a jak by to było, gdyby Pana marzenia związane z czuciem się atrakcyjnym się spełniło to jakie uczucia by Pan w sobie miał? Jakby pan chodził, ubierał się, traktował siebie?”. Budowanie pola możliwości poprzez udawanie, że tak jest pobudza twórczy potencjał klienta i daje mu informację, że jest to możliwe i realne. Podłączanie się do tych wzniosłych emocji i utrzymywanie ich zostało udowodnione na polu neurobiologii i epigenetyki (Dispenza, 2017, s. 53). Ograniczenie pracy do praktycznych działań, trzymania się raz ustalonego celu sprawia, iż brak elastyczności formy może sprawić utracenie bardzo wyjątkowej techniki zmiany połączeń neuronowych mózgu na rzecz naukowych praktyk (Zinker, 1977, s. 28-30).

8. Strach przed sytuacjami, które mogą być nieprzewidywalne i nieznane. Przykładem może być wprowadzenie pacjenta w trans hipnotyczny, którego efekty mogą być zdumiewające. Terapeuta w obawie przed otrzymanie materiału, który będzie zaskakujący może spowodować niechęć do stosowania takich technik. Potrzeba bycia we własnej strefie komfortu staje się ważniejsza niż dotarcie do źródła bólu. Wiele osób posiada wyparte wspomnienia, które ujawniając się mogą spowodować spustoszenie w dotychczasowym funkcjonowaniu człowieka. Wyparcie jako mechanizm obronny w danym momencie jest korzystny z uwagi na niemożność poradzenia sobie z obecnymi doświadczeniami. Jednakże wydobyć ich i przepracować w bezpiecznych warunkach gabinetu nierzadko powoduje uczucie zdęcia nieuświadomionego brzemienia noszonego przez całe życie w ukryciu (Zinker, 1977, s. 28-30).

9. Obsesyjne porządkowanie tematu rozmowy, brak zgody na „dzianie” się procesu, szybka klaryfikacja i bagatelizowanie wolnych myśli pacjenta. Nie chodzi o to, aby przegadywać sesję, lecz aby uchwycić figurę z pozornie nieważnych zdań. Czasami błędnie prowadzi do rozwiązania wewnętrznej walki klienta, której nie jest świadomy (Zinker, 1977, s. 28-30).

10. Problem w rozpoznaniu własnej agresywności i obranie modelu akceptującego, przymilnego człowieka, który nie ma prawa do podniesienia głosu, wyrażenia sprzeciwu powoduje przyjęcie pozycji bycia niesłyszczanym i niewidzianym. Odbierając sobie prawo do bycia człowiekiem w procesie terapeutycznym ze wszystkimi integralnymi częściami sprawia, iż odchodzimy od naszej autentyczności. W gabinecie przybiera się wówczas maskę terapeuty,



któremu nie przystoi okazania złości, gniewu, ponieważ jako specjalista w tej dziedzinie winien mieć wszystko przepracowane. Klient w procesie terapii odczuwa wówczas pewną fałszywość, która wkrada się w relację. Czasami nie potrafi jej określić, lecz jako czująca istota odbiera to na poziomie nieświadomym. Nie sprzyja to utrzymaniu więzi i głębokiemu zaufaniu jaki powinien istnieć w tym układzie (Zinker, 1977, s. 28-30).

11. Przekonanie o konieczności popychania procesu zmiany. Niecierpliwość w dojrzwaniu klienta do osiągnięcia świadomego wglądu w siebie, swój sposób działania i myślenia. Nastawienie, iż klient jest osobą mniej lotną, ma mniejszy potencjał intelektualny, który sprawia poczucie stania w miejscu nie daje przestrzeni dla osoby, aby procesowanie odbywało się na jego warunkach i w jego tempie. „Wiedzenie” lepiej co jest korzystne dla klienta i w jakim tempie ma się to odbywać stanowi dla prowadzącego terapię informację o potrzebie pracy nad własną pokorą, akceptacją dla innych, że mogą mieć inaczej oraz agresję. Gdy przyjmimy postawę cierpliwego towarzysza zmian i będziemy wierzyć w to, że one przyjdą wówczas w spokoju i akceptacji możemy ich doświadczyć. Bywa, iż klient potrzebuje mało znaczącego dla terapeuty sytuacji, aby istotna zmiana dokonała się. Pokorne przyjęcie, iż zasialiśmy ziarno i czekanie na wykiełkowanie i wydanie owoców stanowi istotną część w pracy terapeutycznej (Zinker, 1977, s. 28-30).

12. Terapeuta posiadający wątle życie emocjonalne, nieumiejący wyrażać emocji, uczuć, blokuje spontaniczne reakcje staje się bezsilny, gdy klient wnosi głębokie emocje, płacze, unosi się, jest agresywny. Powinien on głębiej przyjrzeć się swoim niewyrażonym emocjom, wzbudzać w sobie silne emocje, pragnienia, które pogłębiają jego ekspresję i doświadczenia (Zinker, 1977, s. 28-30).

13. Brak integracji Yin- Yang, aby móc dotrzeć do istoty tematu. Polaryzacja czyli widzenie spraw na zasadzie przeciwieństw: dobry – zły, smutek – radość, sprawia, iż człowiek nie może uzyskać integracji. Gdy rozdzielamy naszą część duchową od fizycznej rozszczepiamy się na dwa odrębne byty stajemy się spolaryzowani. Sztywność widzenia własnego Ja sprawia, iż rzutuje to na ocenę zachowania innych i w konsekwencji utrzymuje stan dwubiegunowości u klienta nie pomagając mu w poczuciu synchronizacji, całości (Zinker, 1977, s. 28-30).

14. Ograniczenie w zakresie zmysłów tj ograniczenie się do intelektualnej wymiany zdań lecz nie wyczuwa subtelnych symptomów, które wysyła klient na przykład w sposobie oddychania, ułożeniu ciała, zaciśnięcia ust. Świadomość ciała terapeuty jest zablokowana pomimo rozumienia istoty natury ludzkiej (Zinker, 1977, s. 28-30).



Świadomy terapeuta jest w pełnym kontakcie z sobą, własnymi ograniczeniami i przeniesieniami. Dąży jednak do relacji pełnej miłości i szacunku dla drugiego człowieka, dlatego też winien stale pracować nad polepszeniem własnego warsztatu i ograniczeń. Z radością dziecka odkrywa nieznane i eksploruje poprzez eksperymentowanie drogi i sposoby dotarcia do delikatnej struktury istoty ludzkiej ukrytej czasami za ciężkimi drzwiami.

Etapy procesu terapeutycznego. Techniki terapeutyczne

Terapia Gestalt to proces, w którym figura wyłania się z tła i w wyniku pracy terapeutycznej następuje domknięcie figury. Obserwowany jest w niej rytm kontaktu i wycofania w dialogu. Enright – wybitny gestaltysta, na dorobku, którego opierana jest praca wielu praktyków tej metody wyróżnia pięć faz etapu terapeutycznego.

Faza wstępna. Analiza oporu i zawieranie kontraktu

Klient przychodzący do gabinetu terapeuty w sposób nieświadomy stosuje wypracowane przez siebie mechanizmy oporu (w ujęciu analitycznym), grami władzy, skryptami (analiza transakcyjna) czy sposobami unikania kontaktu (Gestalt) przejawia to w postawie ciała i werbalnym kontakcie. Aby można było rozpocząć pracę terapeutyczną należy się z nim zmierzyć i go pokonać. Powyższe mechanizmy człowieka, jego dotychczasowe sposoby zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa takie jak na przykład lęk przed zmianą należy wydobyć i omówić, aby uniknąć w czasie procesu terapeutycznego zakłóceń. Enright zaleca zwrócić uwagę na następujące kroki:

Krok I: Rozpoznanie motywacji klienta związanego z powodami dla których znalazł się w gabinecie terapeutycznym. Klienci zmotywowani wewnętrznie chcą pracować dla własnego dobra, natomiast osoby, które poprzez różne okoliczności zostały przymuszone do tego poprzez np. wyrok sądu, groźbę rozwodu współmałżonka o konieczności podjęcia terapii jako warunku bycia w związku, są tutaj grupą z którą należy pracować nad ich oporem do pracy. Nie zawsze klient pozostaje, czasami bywa tak, iż w kliencie zostaje zasiane ziarno, które po pewnym czasie zakiełkuje. Ważne jest, aby okazać klientowi szacunek dla jego wyboru, decyzji, wzięcia odpowiedzialności za „tu i teraz”. Przejście z etapu „muszę iść na terapię” do momentu – wybieram, chcę, decyduję się spróbować jest pierwszą jakościową zmianą decydującą o podjęciu kolejnych kroków. Bez niego nie ma mowy o zaangażowaniu się w proces i poddaniu się zmianom (Santorski, 1984, s. 91-95).



Krok II: Określenie czy problem z którym przyszedł klient jest rzeczywistym problemem, czy obecne trudności życiowe związane są z innymi niezauważalnymi dla klienta obszarami. Terapeuta poprzez pytania „Dlaczego jest to dla Pana/i problemem? Dlaczego uważa Pan, że jest to problem?, Co Pan/i doświadcza w związku z tym? Jakie są uczucia, które towarzyszą temu?”. Zadawanie pytań i bycie ciekawym może ujawnić zupełnie inny wymiar zgłaszanej sprawy. Na uwagę zasługuje tutaj zwrócenie uwagi na rozróżnienie czy klient ma problemy z tym, iż pragnie być kimś innym niż jest (chcę być bogaty jak..., chcę być szczupły) bo pragnienie bycia innym niż się jest faktycznie takim jakim się nie jest nie prowadzi do zmiany. Uświadomienie i uznanie, że jestem taki jaki jestem, akceptacja tego powoduje, iż klient zaczyna mieć poczucie bycia w zgodzie z sobą i wówczas można pracować nad aspektami związanymi z potrzebą bycia otyłym, biednym itp. (Santorski, 1984, s. 91-95);

Krok III: W rozmowie z klientem należy ocenić czy według jego opinii, przekonań problem można rozwiązać i czy cel zostanie osiągnięty. Aby do tego doszło terapeuta winien użyć tutaj dwóch technik konfrontacji z prawdziwymi motywami klienta i wsparciem jego. Nie ma złotego środka mówiącego o tym jaki to ma być stosunek, gdyż w zależności od struktury psychicznej klienta proporcje mogą wyglądać odmiennie. Są osoby, które wymagają maksymalną ilość konfrontacji i minimalnego wsparcia i odwrotnie. Jeśli terapeuta nie wymaga, jest tylko miły i uprzejmy, wchodzi w rolę „bratniej duszy” to psychoterapia może trwać wiele lat. Wychodzenie ze strefy komfortu, sprawdzanie nowych rozwiązań i związanych z tym odczuć prowadzi do zmiany. Jednakże nie można przesadzić z dużą ilością konfrontacji, ponieważ klient może tego nie udźwignąć, może zamknąć się w sobie i wejść w poczucie bycia beznadziejnym, straci wiarę w rozwiązanie problemu, a relacja terapeutyczna może ulec zerwaniu. Stosowanie konfrontacji jest możliwe tylko wówczas, gdy relacja terapeutyczna jest silna, klient ma poczucie, że terapeuta w pełni go akceptuje, jest mu życzliwy. Konfrontacja bez wsparcia jest niebezpiecznym narzędziem.

W tym kroku terapeuta nie może dokonywać własnych projekcji na klienta np. uważa, że problem z jakim przychodzi klient jest tak błahy, że rozwiązanie go będzie błyskawiczne. Takie zakładanie z góry jak będzie wyglądał proces jest dużym błędem, gdyż wówczas rodzą się w terapii oczekiwania, ambicje i nie pozostaje przestrzeń na swobodny przepływ. Podejście pełne oczekiwań, tworzenie gotowych scenariuszy rozwiązań, zastosowania technik jest zgubne dla procesu. Należy zapytać się źródła, czy według niego ten temat jest możliwy do rozwiązania, co musiałoby się wydarzyć, zmienić, aby to się dokonało. Gdy klient uzna, że cel może być osiągnięty to wówczas winno się wzmacniać jego wiarę i motywację do uzyskania



stanu pożądanego. W tym momencie intuicja terapeuty, jego uważność jest bardzo pomocnym narzędziem. Zwrócenie uwagi na to w jaki sposób klient mówi o tym, że problem może być rozwiązany jest bardzo istotny. Jeśli jest to „martwe” stwierdzenie „tak to możliwe” lecz jednocześnie daje się odczuć, iż nie jest to spójne z jego faktycznymi przekonaniem powinno się tak długo drążyć temat, aż pojawi się w kliencie faktyczna iskra gotowości do jego rozwiązania(Santorski, 1984, s. 91-95);

Krok IV: Rozwianie wszelkich wątpliwości dotyczących stosunku klienta do osoby terapeuty, jego wieku, doświadczenia, płci, miejsca prowadzenia spotkań. Stereotypowe poglądy o wieku terapeuty i jego małym doświadczeniu w pracy mogą spowodować, że klient nie otworzy się na pracę. Jeśli terapeuta nie omówi tego z klientem z obawy, iż klient zrezygnuje z jego usług to wydłuża jedynie moment zakończenia terapii bądź proces będzie nieefektywny, bo brak zaufania do kompetencji i doświadczenia terapeuty będzie stanowił główny opór. Nie należy się bać takiej konfrontacji, gdyż w wyniku wydobycia wątpliwości klienta one same mogą zostać rozwiane poprzez usłyszenie ich. Przykładem może być „Kobiety nie mogą pomóc mężczyźnie, bo go nie rozumieją. Tylko facet zrozumie faceta”, albo przekonanie o tym, że jeśli terapeuta nie ma rodziny i dzieci to nie będzie mógł mu pomóc, bo się na tym nie zna. Jeśli klient będzie miał takie przekonanie, to może to być dla niego argument do dyskredytacji terapeuty, zdjęcia odpowiedzialności z siebie za efekty pracy i zaangażowanie, bo przecież „ten terapeuta nic nie wie o życiu”. Wskazanie klientowi absurdów powtarzanych stereotypowych przekonań daje możliwość klientowi wyboru (Santorski, 1984, s. 91-95).

Krok V: Rozpoznanie czy istnieją konkurencyjne motywy nawet nieuświadomione przez klienta, które uniemożliwiają mu osiągnięcie celu. Przykładem może być sytuacja, w której osoba pragnie być zdrowa, przestać cierpieć z powodu artretyzmu czy jakiejś innej choroby, lecz faktyczne wyzdrowienie może spowodować, że utracą oni dodatkowe środki finansowego wsparcia od państwa w postaci finansowej lub opieki zdrowotnej. Podświadomie mogą oni uznawać, że korzyść jaką odniosą z tytułu wyzdrowienia jest niewspółmierna do strat jakie poniosą z zaprzestania czerpania korzyści. Syndrom bezrobotnego bardzo dobrze wpisuje się tutaj w tę sytuację. Często może się wydawać, że dokładnie wiemy czego chcemy, a tak naprawdę jest to dla nas zagrożenie. Osoby otyłe wytwarzają w sobie pancerz, fizyczną zbroję, aby nie zostać dotknięty, ponownie nadużyty i to jest ich subiektywna prawda jednakże środowisko hołduje kultowi szczupłej, wysportowanej sylwetki. Klient chcąc dostosować się do ogólnie przyjętych standardów podejmuje wysiłki, aby schudnąć. Jego potrzeba chronienia



siebie jest ważniejsza niż ogólny trend. Rodzi to wewnętrzny konflikt i pomimo stosowania diet, ćwiczeń efekty są minimalne bądź nawet jeśli się pojawiają osoba szybko powraca do poprzedniej wagi lub dodatkowo nadbudowuje siebie. Najprostszym sposobem na sprawdzenie motywów klienta jest zapytanie o to wprost czy nie ma korzyści w tym, że pozostaje w tym stanie. Można również zadać pytanie, czy gdyby stał się cud i w magiczny sposób klient pozbyłby się tego problemu to jak by się czuł (Santorski, 1984, s. 91-95).

Pięć kroków podjętych wspólnie w ramach relacji terapeutycznej stanowi doskonały fundament do wejścia w głębokie obszary ludzkiego spektrum trudności, lęków, trosk. Na tak przygotowanym gruncie można stworzyć kontrakt do dłuższej terapii. Czasami samo uświadomienie korzyści wynikających z wyboru określonego zachowania prowadzi do zakończenia terapii i zdarza się wówczas, iż wyłoniona figura zostaje domknięta.

Faza I. Uświadomienie

Świadomość w Gestalcie jest stanem wewnętrznej świadomości terapeuty na własne doznania, odczucia, emocje jak i na odbieranie świata zewnętrznego w oparciu o zmysły sensoryczne, emocjonalne. Nie jest to intelektualny stan świadomości. (Ginger, 2004, s. 142) W sytuacji, której klient opowiada o problemie, który jest smutny np. ciężka choroba jednego z rodziców, ale opowiadając o tym uśmiecha się to łatwo jest zauważyć pewną niespójność w nim.

Aby pomóc takiej osobie uświadomić sobie swój stan można zastosować kilka technik (Zinker, 1977, s. 36):

- **wzmocnienia lub wyolbrzymiania ekspresji** – polegający na poproszeniu klienta, aby jeszcze raz opowiedział tę historię, lecz aby tym razem opowiadał ją w sposób zabawny, radosny, z uśmiechem na twarzy. W takiej sytuacji klient zazwyczaj nie będzie w stanie unieść tego ciężaru i może dokonać weryfikacji i zacznie płakać (Zinker, 1977, s. 44),
- "**kontinuum świadomości**" – bycie w kontakcie z tym co się odczuwa w „tu i teraz”. Jest ona związana z uświadomieniem sobie tego co w danym momencie się oczekuje, przeżywa, w jaki sposób i kierunku płynie świadomość (Zinker, 1977, s. 33),
- **unikanie relacjonowania** przeżytych historii w czasie przeszłym i skierowanie osoby na komunikację wprost tak, jak gdyby sytuacja i przeżycia wewnętrzne klienta odbywały się obecnie. Żal do swojego zmarłego ojca może być wyrażony poprzez mówienie do niego tak jakby siedział naprzeciwko klienta i był z nim w kontakcie (Zinker, 1977, s. 45),



- drama** - prowadzenie rozmowy z osobami z przeszłości lub tymi częściami siebie, których nie akceptuje np. problemy w relacjach seksualnych klienta związane są często z jego przekonaniami, które wyniósł z domu rodzinnego. Konfrontując się z ojcem lub matką i tą częścią siebie, która uznała seksualność jako wyraz rozpusty, zła może stanowić katharsis dla klienta. Wyrażenie obrzydzenia, niechęci, złości uwalnia napięcie i pomaga osobie widzieć istotę, motywy tych przekazów (Zinker,1977, s. 50),
- **praca z ciałem** – praktykowanie ćwiczeń oddechowych, obserwacja oddechu, energii, która pod wpływem przekonań została uwięziona w ciele, masaże (Zinker,1977, s. 43).

Faza II. Branie odpowiedzialności, integracja, decydowanie

Faza ta charakteryzuje się wzięciem odpowiedzialności klienta za to co i jak przeżywa. Wie, że sam jest twórcą i kreatorem swojego życia i może podjąć decyzję o zmianie zachowania, wycofania się z kontaktu bądź może uznać, iż będąc w kontakcie z sobą dana sytuacja jest dla niego korzystna. Na tym poziomie świadomości klient zajmuje się sprawami, na które ma wpływ, a to co pozostaje poza jego zasięgiem uczy się akceptować. Sam jest już zintegrowany ze swoją polaryzacją. Wyraża komunikaty: potrzebuję, chcę, wybieram, nie mogę, zwraca się bezpośrednio do osób w relacji, nie manipuluje (Sills, 1999, s. 17).

W terapii Gestalt podana jest lista, która stanowi zalecenia do pełnego brania odpowiedzialności za siebie i życie w zgodzie z sobą:

1. Żyj w „teraz”.
2. Żyj w „tu”, w aktualnej sytuacji.
3. Akceptuj siebie takim, jaki jesteś.
4. Zobacz swoje środowisko takim, jakie ono jest. Z takim środowiskiem, jakie jest, a nie z takim, jakim chciałbyś, by było, nawiązuj kontakt.
5. Bądź uczciwy wobec samego siebie.
6. Wyrażaj siebie, mówiąc, co chcesz, co myślisz, co czujesz. Nie manipuluj sobą i innymi poprzez racjonalizacje, oczekiwania, osądy i zniekształcenia.
7. Doświadczaj w pełni całej gamy emocji, tak przyjemnych, jak i niemiłych.
8. Nie akceptuj żadnych zewnętrznych żądań, które są sprzeczne z Twoją wiedzą o sobie samym.
9. Bądź gotów do eksperymentowania, by napotkać nowe sytuacje.
10. Bądź otwarty na zmianę i rozwój (Sills i in., 1999, s.18).



Faza III. Eksperymentowanie

Faza ta obejmuje przejścia z momentu podjęcia decyzji i wprowadzenia ich w działanie w warunkach gabinetu, aby wymodelować i utrwalić nowe sposoby reakcji poprzez technikę dramy lub otrzymywanie informacji zwrotnych od innych ludzi jak odbierają jego postawę, zachowania (<http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/1036-teoria-i-praktyka-terapii-gestalt-czesc-i-elementarne-wprowadzenie.html> dostęp 10.08.2021).

Faza IV. Konsolidowanie

Klient otrzymując zadania domowe wprowadza nowe wyuczone zachowania do sytuacji w życiu codziennym. Sprawdza co sprawia mu łatwość w nowym sposobie osiągnięcia samokontroli a co winien zmodyfikować. Jest świadomy tego w jaki najbardziej korzystny sposób może zaspokajać swoje pragnienia (<http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/1036-teoria-i-praktyka-terapii-gestalt-czesc-i-elementarne-wprowadzenie.html> dostęp 10.08.2021).

W procesie psychoterapii Gestalt to, co pomaga klientowi odkryć na nowo moc jego możliwości, to nie tylko świadomość o destrukcyjnym wpływie doświadczeń z przeszłości na jego obecny sposób i styl myślenia , ale przede wszystkim eksperymentowanie z nowymi możliwościami wchodzenia w kontakt i tworzenia nowych twórczych przystosowań do środowiska (Spagnuolo-Lobb, 2013, s. 88).

Techniki pracy są wynikiem wspólnych pomysłów terapeuty i klienta. Ich stosowanie uzależnione jest od twórczości i kreatywności, stopnia gotowości klienta.



Rozdział 4. Metodologia badań własnych

W rozdziale tym, umieszczone zostaną informacje z zakresu metodologii badań własnych. Przedstawione zostaną problemy, pytania i hipotezy badawcze. Ponadto, w dalszej części znajdować się będą opisy zastosowanych narzędzi badawczych, charakterystyka grupy badawczej oraz procedura przeprowadzonych badań.

4.1. Problemy i hipotezy badawcze

Podejmowany problem badawczy podjęty w niniejszej pracy skoncentrowany jest na poszukiwaniu powiązań pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości u osób w procesie terapeutycznym, co zostało odzwierciedlone w głównym pytaniu badawczym. Należy nadmienić, że autorka pracy dokonuje badań podłużnych na początku terapii i po trzech miesiącach trwania terapii. Celem takiego działania jest poszukiwanie odpowiedzi w aspekcie zmiany (proces terapeutyczny) w obszarze badanych zmiennych.

Główne pytanie badawcze (problem badawczy) brzmi:

Pytanie problemowe:

- *Czy i jakie powiązania występują pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości u pacjentów na etapie początkowym terapii (przed terapią)?*
- *Czy i jakie powiązania występują pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości u pacjentów po trzech miesiącach terapii?*

Na podstawie sformułowanych głównych pytań badawczych postawiono pytania szczegółowe.

P1. Czy i jakie różnice w zakresie poziomu i struktury depresji występują u pacjentów na początku i po trzech miesiącach terapii?

P2. Czy i jakie różnice w zakresie cech osobowości występują u pacjentów na początku i po trzech miesiącach terapii?



Odnosząc się do głównych pytań badawczych postawiono hipotezy ogólne:

H0. *Występują powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości u pacjentów na etapie początkowym terapii (przed terapią).*

Występują powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości u pacjentów po trzech miesiącach terapii.

Na podstawie postawionych pytań szczegółowych sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H1. Występują różnice w zakresie poziomu i struktury depresji u pacjentów na początku i po trzech miesiącach terapii.

H2. Występują różnice w zakresie cech osobowości u pacjentów na początku i po trzech miesiącach terapii.

Opracowanie w dalszej części pracy materiału badawczego pozwoli na uzyskanie potwierdzenia w zakresie prawdziwości postawionych hipotez.

4.2. Charakterystyka metod badawczych

W badaniu zastosowano dwa testy psychometryczne: Skalę Depresji CES-D L. E. Radloff'a i E. Helmes'a, Inwentarz Osobowości NEO-PI-R autorstwa P.T. Costa i R.R. McCrae oraz Arkusz personalny własnej konstrukcji.

4.2.1. Skala Depresji CES-D L. E. Radloff i E. Helmes

Skala Depresji CES-D L. E. Radloff i E. Helmes, w Polsce została opracowana przez zespół pracowników Zakładu Epidemiologii i Badań Populacyjnych Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ, którego skład tworzą: Ewa Dojka, Maciej Górkiewicz i Andrzej Pająk. Powyższa skala została stworzona na potrzeby badań epidemiologicznych, które określają rozpowszechnienie depresji w populacji. Adaptacja skali



poddana została dwóm niezależnym tłumaczeniom, z oryginalnego języka na polski i znów z polskiego na angielski. O wysokiej rzetelności testu, świadczy współczynnik α Cronbacha równy 0,92. Opisywana skala CES-D, aby spełniała standardy psychometryczne, została wykorzystana do przebadania 50 chorych osób, w wieku od 20 do 60 lat, zdiagnozowanych i leczonych w Klinice Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie z powodu zaburzeń depresyjnych oraz 150 zdrowych mieszkańców Krakowa w wieku od 45 do 64 lat. Pacjenci kliniki zostali przebadani skalą CES-D i Becka, natomiast osoby zdrowie poddane były tylko badaniu skalą CES-D.

Skala Depresji CES-D, tworzy 20 twierdzeń, które mają związek z objawami depresji i dotyczą ostatniego tygodnia, a dotyczą takich odczuć jak:

- nastrój,
- poczucie winy,
- poczucie braku własnej wartości,
- poczucie bezradności,
- poczucie beznadziejności,
- spowolnienie psychomotoryczne,
- brak apetytu,
- zaburzenia snu.

Potwierdzono wysoką zgodność skal CES-D i Becka, utrzymującą się na poziomie 95%, natomiast zgodność na podstawie kappa Cohena, pozostaje na średnim wyniku 44%. Czułość i swoistość dla testu CES-D ustalona została na poziomie 16 punktów. W grupie osób chorych wynosiła 86%, a wśród zdrowych 77%. Analizując wyniki 50 chorych pacjentów, 43 osoby otrzymały 16 punktów i więcej, a 7 osób uzyskała mniej niż 16 punktów. Natomiast na 150 zdrowych badanych, aż 115 osób otrzymało wynik poniżej 16 punktów, a 35 według skali CES-D było chorych.

Maksymalnie w prezentowanej skali można zdobyć 60 punktów, a minimalnie 0. Tak więc, na podstawie wcześniej przedstawionych wyników, określone zostały normy, które zakładają, że na depresję wskazuje wynik ogólny odpowiadający ≥ 16 punktom, ponieważ daje on najlepsze wartości czułości i swoistości.

Po wykonaniu analizy czynnikowej dla całej próby, wyłoniono 4 czynniki:



1. **Depresyjność** - koreluje z twierdzeniami, które oznaczają: 1 (znudzenia), 3 (chandra), 6 (depresja), 7 (znużenie), 9 (przegrana), 10 (obawa), 14 (samotność) 18 (smutek), 20 (rozbicie).
2. **Dobre samopoczucie** - koreluje z twierdzeniami: 1 (znudzenie), 4 (samoocena), 8 (nadzieja), 12 (szczęście).
3. **Kontaktowość** koreluje z twierdzeniami: 2 (apetyt), 13 (małomówność), 15 (brak przyjaźni), 17 (płaczliwość), 19 (brak sympatii).
4. **Indyferentność** koreluje z twierdzeniami: 2 (apetyt), 5 (koncentracja), 16 (zadowolenie), 19 (brak sympatii), 20 (rozbicie).

Ze względu na małą wartość czynnikową, pozycja 11 (zaburzenia snu), nie weszła w żaden wyszczególniony czynnik.

W jednej polskiej próbie, trzech amerykańskich oraz dwóch kanadyjskich, obliczono zgodność wyodrębnionych czynników za pomocą współczynnika Kendalla. Dla czynnika **depresyjność** w próbie polskiej wyniósł $r=0,25$ ($p<0,0002$), a w próbach amerykańskich (depressed) i kanadyjskich (affect) $r=0,26$ ($0,0003$). Dla czynnika **dobre samopoczucie** w próbie polskiej $r=0,33$ ($p<0,0001$) w próbach amerykańskich (positive), i kanadyjskich (well-being) $r=0,38$ ($p<0,0001$). Cappa Kendalla dla współczynników: **kontaktowość** i **indyferentność** okazała się nieistotna statystycznie.

Podsumowując skala CES-D została w taki sposób zaadaptowana do warunków polskich, że może być z powodzeniem wykorzystywana nie tylko do badań epidemiologicznych, ale również do klinicznych (Frąckowiak, 2004).

4.2.2. Inwentarz Osobowości NEO-PI-R autorstwa P.T. Costa i R.R. McCrae

Do zbadania cech osobowości użyto Inwentarza NEO-PI-R zawierającego 240 twierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się wybierając odpowiedni wariant odpowiedzi. Narzędzie dostarcza 35 wyników, tj. 5 podstawowych czynników osobowości (Neurotyczność, Ekstrawertyczność, Otwartość na Doświadczenie, Ugodowość, Sumienność) i 30 obszarów w zakresie powyższych czynników (Zawadzki i in., 1998).

Powstanie kwestionariusza koresponduje z historią badań autorów w zakresie osobowości sięgającą do lat 70 ubiegłego wieku. Początkowo powstała pierwotna wersja



Inwentarza znana wówczas pod nazwą NEO Inventory zawierająca 144 itemy oraz pięciostopniową skalę ustosunkowania się badanego. Obszar analizy psychologicznej obejmował trzy elementarne obszary: Neurotyczność, Ekstrawertyczność oraz Otwartość.

Nazwa tegoż narzędzia powstała właśnie jako akronim badanych skal (McCrae, Costa, 1983; za: Siuta, 2006). Dalsze badania dostarczyły rzetelnych danych, które posłużyły następnie do modyfikacji metody NEO Inventory. Na tej kanwie powstała zmodyfikowana propozycja narzędzia ogłoszonego pod nazwą NEO-PI, składającego się z dodatkowych dwóch skal mierzących Ugodowość oraz Sumiennność. Na podstawie przeprowadzonych badań autorzy doszli do wniosku, iż cechy te mają charakter uniwersalny, to znaczy, że każda jednostka je posiada, jednak w różnym stopniu. Inwentarz zawierał 181 pozycji kwestionariuszowych, w tym jednej kontrolnej. Mierzył zatem pięć podstawowych cech osobowości. W dalszej kolejności powstała nowsza wersja poprzedniej metody, która ukazała się w roku 1992 pod nazwą Revised – NEO Personality Inventory, w skrócie NEO – PI – R. Narzędzie zawiera 240 itemów odnoszących się do głównych cech osobowości i ich poszczególnych składników. Wyodrębnione czynniki obejmują po sześć składników, którym odpowiada osiem twierdzeń. W tym wydaniu dołączono po sześć składników do skal: Ugodowość i Sumiennność, a także zmieniono dziesięć itemów: po dwa ze składników: Agresywna wrogość, Towarzystwo i Asertywność, oraz po jednym ze składników: Aktywność, Poszukiwanie doznań, Działania i Uczucia (Siuta, 2006).

Inwentarz NEO – PI – R znalazł zastosowanie w badaniach empirycznych dotyczących tematyki osobowości i jej korelatów, głównie w obszarze jej genezy. Dodatkowo, ma on swoje miejsce w badaniach dotyczących determinant osobowościowych oraz wszelakich korelatów behawioralnych (Siuta, 2006, por. Jankowski, Oleś, Bak i Oleś, 2009). Również psychologia kliniczna, czerpie z NEO – PI – R w kontekście diagnozy i określenia kierunku terapii. Jest on dobrym uzupełnieniem innych narzędzi diagnostycznych w odniesieniu do szeroko rozumianego pojęcia osobowości pacjenta (Jankowski i in., 2009). Ma to swoje podstawy w twierdzeniu, iż właściwości osobowościowe, korelują z poszczególnymi jednostkami chorobowymi (American Psychiatric Association, 1994, za: Siuta, 2006), oraz dolegliwościami natury somatycznej (Watson i Pennebaker, 1989, za: Siuta, 2006).

Polska adaptacja, powstała w oparciu o wskazówki zawarte w Inventory for potential translators of the Revised NEO Personality Inventory and NEO Five – Factor Inventory (Siuta, 2006, s. 49), stworzonej przez twórców narzędzia. Uwzględniając trudności w adaptacji testu, wskazane zostało, by twierdzenia budujące poszczególny składnik, były brane pod uwagę jako



całość z uwzględnieniem ich sensu oraz sensu składnika, przy zrozumieniu, że psychologiczny sens, ma wartość nadrzędną w relacji z dosłownym przełożeniem tekstu (Siuta, 2006).

Respondenci, zostali poproszeni o wypełnienia arkusza. Składa się on z 8 stron, z widoczną na pierwszej stronie informacją o aurach, tłumaczu, nazwą kwestionariusza oraz instrukcją dotyczącą sposobu wykonania. Strony 2 do 8 zawierają 240 itemów, które są dla badanego podstawą wypełnienia Arkusza odpowiedzi. To tam, badany uzupełnia metryczkę oraz ustosunkowuje się do 5 stopniowej skali: A – całkowicie się nie zgadzam, B – nie zgadzam się, C - nie mam zdania, D – zgadzam się, E – Całkowicie się zgadzam (Siuta, 2006, s. 89). Dodatkowo, do badanego skierowane zostały dodatkowe itemy dotyczące poprawności, kompletności oraz szczerości udzielanych odpowiedzi.

Badanie można przeprowadzać indywidualnie, bądź jak w przypadku tej pracy – grupowo. Jest to metoda typu papier – ołówek, przeprowadzana według standardowych sposobów badania. Obliczanie wyników, polega na podsumowaniu cyfr z poziomych rzędów od N1 do S6 i wpisaniu ich w odpowiednie miejsca arkusza, po jego prawej stronie. Po uzyskaniu wyników surowych, stanowiących sumę wyników wszystkich składników z 5 czynników, odnosimy je do norm stenowych, które pozwalają na określenie grupy wyników (niskie – wysokie), do której należą (por. Jankowski i in., 2009). Interpretacja dotyczy uzyskanego profilu osobowości oraz par czynników (Siuta, 2006).

4.2.3. Arkusz personalny

W celu głębszej charakterystyki grupy badawczej, do badania został skonstruowany Arkusz personalny składający się z 14 pytań. Osoby badane poproszono o udzielenie szczerych odpowiedzi na zadane pytania. W Arkuszu badane osoby zostały poinformowane o anonimowości i celu jego wypełnienia. Pytania miały formę pytań zamkniętych. Warianty odpowiedzi były jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Poproszono ankietowanych o udzielenie odpowiedzi dotyczących danych socjodemograficznych, a także danych dotyczących ich sposobu radzenia sobie ze stresem, ich stosunku do siebie i innych, poczucia wdzięczności a także własnego wpływu na swoją przyszłość.



4.3. Opis grupy badawczej

Niniejszy podrozdział zawiera charakterystykę grupy badawczej, z uwzględnieniem danych socjodemograficznych oraz innych danych, zebranych za pomocą Arkusza personalnego.

Tabela 5. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem wieku

Wiek osób badanych	N	%
17- 29	8	27
30-40	8	27
40-50	11	37
50-60	3	10
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Dane w Tabeli 5. pokazują, że najliczniejszą grupą osób badanych były osoby w wieku 41-50 lat. Było to 11 osób co stanowi 37% wszystkich badanych. Najmniej liczną grupą badanych były osoby w wieku 50-60 lat, co stanowi 10%. W grupie 17-29 lat i 30-40 lat znalazło się analogicznie po 8 osób co stanowi wynik procentowy na poziomie 27% badanej grupy.

Tabela 6. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem płci

Płeć	N	%
Kobiety	26	87
Mężczyźni	4	13
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 6. wskazuje, że w grupie badanych 87% stanowią kobiety, natomiast 13% mężczyźni. Wynika z tego, iż zdecydowanie większość w badanej grupie to kobiety.



Kolejną analizowaną daną jest miejsce zamieszkania, co pozwoli określić z jakich obszarów pochodzą osoby badane- wiejskich czy miejskich.

Tabela 7. Liczbowy i procentowy rozkład miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	N	%
małe miasto do 50 tys	15	50
duże miasto powyżej 50000	15	50
wieś	0	0
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 7. wskazuje, że 50% badanych mieszka w małym i dużym mieście. Nie stwierdza się osób zamieszkałych na wsi.

Kolejną zmienną, która zostanie poddana analizie to struktura rodzinna badanych osób.

Tabela 8. Liczbowy i procentowy rozkład struktury rodziny badanych

Struktura rodziny	N	%
pełna	20	67
niepełna	6	20
zrekonstruowana	4	13
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki uzyskane zawarte w Tabeli 8. wskazują, że zdecydowana większość, bo aż 67% badanych pochodzi z rodzin pełnych, natomiast 20% pochodzi z rodzin niepełnych, a 13% badanych wywodzi się z rodzin zrekonstruowanych.

Następna zmienna, która będzie analizowana dotyczy posiadanego rodzeństwa (patrz, Tabela 9., s.88).



Tabela 9. Liczbowy i procentowy rozkład rodzeństwa

Rodzeństwo	N	%
brak	1	3
1 rodzeństwo	19	63
2 rodzeństwa	7	23
3 rodzeństwa	3	10
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 9. wskazuje, iż 29 osób posiada rodzeństwo, stanowi to 97% wszystkich badanych. Tylko jedna osoba nie posiada rodzeństwa co stanowi 3% badanej populacji.

Poniżej zaprezentowano rozkład dotyczący relacji z rodzicami. Odpowiedzi znajdują się w Tabeli 10.

Tabela 10. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący relacji z rodzicami

Relacje z rodzicami	N	%
Bardzo dobre	0	0
Dobre	20	67
Przeciętne	7	23
Złe	3	10
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 10. wskazuje, że 20 badanych ma dobre relacje z rodzicami, stanowi to 67% grupy badawczej. 23% osób ma relacje na poziomie przeciętnym, a u 10% ogółu badanych relacja z rodzicami jest określona jako zła. Nikt z osób badanych nie określił relacji z rodzicami na poziomie bardzo dobrym.

Tabela 11. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący statusu majątkowego badanych

Warunki materialne	N	%
Bardzo dobre	5	17
dobre	17	57
przeciętne	8	27
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 11., informują o warunkach materialnych w jakich funkcjonują osoby badane. 17% badanych osób określa status majątkowy na poziomie bardzo dobrym. Przeciętny status majątkowy deklaruje 8 osób co stanowi 27% grupy badawczej. Największa grupa osób badanych 17 osób określa własny status majątkowy na poziomie dobrym co stanowi 57% ogółu badanych.

Tabela 12. Liczbowy i procentowy rozkład zainteresowań wśród badanych osób

Zainteresowania	N	%
Sport	17	57
Muzyka	15	50
Internet, media społecznościowe	24	80
Książki	20	67
Tv	2	7

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza Tabeli 12. wskazuje, że 24 osoby spośród grupy badanych swój wolny czas wypełnia poprzez serfowanie po stronach Internetowych i mediach społecznościowych co stanowi 80%. 20 osób jest zainteresowane czytaniem książek. Jest to 67% w skali grupy badawczej. Sportem interesuje się 57% badanych w liczbie 17 osób. Muzyką zainteresowanych jest 15 osób co stanowi 50% grupy badawczej. Jedynie 2 osoby zadeklarowały zainteresowanie telewizją i wynik procentowy kształtuje się na poziomie 7%.



Tabela 13. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący występowania choroby depresji w rodzinie badanych

Depresja w rodzinie	N	%
Tak	9	30
Nie	9	30
Nie wiem	12	40
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza Tabeli 13. informuje o występowaniu choroby depresji w rodzinie badanych osób. 12 osób nie ma wiedzy czy choroba występowała w rodzinie co stanowi 40% osób badanych. Zarówno 9 osób potwierdziło istnienie choroby jak i jej brak w rodzinie. Analogicznie stanowi to po 30% ogółu badanych.

Tabela 14. Liczbowy i procentowy rozkład uczucia smutku u badanych osób

Jak często czuję się smutny	N	%
Więcej niż połowa czasu	17	57
Stale	12	40
Rzadko	0	0
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Uzyskane wyniki w Tabeli 14. wskazują, iż osoby odczuwające smutek na poziomie wysokim tj. 12 osób stanowi 40% badanych. Natomiast 17 osób deklaruje odczuwanie smutku w większości swojego czasu co daje 57% ogółu badanych.

Tabela 15. Liczbowy i procentowy rozkład sposobów radzenia sobie ze stresem

Jak sobie radzisz ze stresem	N	%
Objadam się	2	7
Śpię	7	23
Unikam sytuacji, które mnie stresują	20	67
Cały czas coś robię	9	30



Przeorganizuję pracę	5	17
Tłumię emocję i nie okazuję, że jestem zestresowany/a	16	53
Szukam osoby, która rozwiązałaby problem za mnie	12	40
Uciekam się do moich zainteresowań i hobby	7	23
Akceptuję daną sytuację i staram się z nią żyć	7	23
Zajmuję się problemem natychmiast jak się pojawi	11	37
Szukam rozwiązania	13	43
Uciekam w świat marzeń	3	10
Spotykam się ze znajomymi	9	30
Izoluję się - nie mam na nic ochoty	3	10

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 15. wskazuje na sposoby jakie osoby badane preferują w sposobie radzenia sobie ze stresem. Było to pytanie wielokrotnego wyboru (5 możliwości). Analiza zgromadzonych danych jednoznacznie wskazuje, iż najczęściej osoby wybierają unikanie sytuacji stresowych – 67 %, następnie tłumią emocje i nie okazują ich -53% badanych. 13 osób jest nastawione na rozwiązanie stresującej sytuacji i to daje 43%. Poszukiwanie sposobu rozwiązania w oparciu o osoby z zewnątrz preferuje 40% badanych. Zajęcie się problematyczną sytuacją bez jej odraczania podejmuje 37% ankietowanych. Natomiast 23% osób badanych wybiera: ucieczkę do własnych zainteresowań i hobby, akceptację sytuacji, oraz sen. 17% respondentów przeorganizowuje swoją pracę. Analogiczne wyniki uzyskały odpowiedzi dotyczące ucieczki w świat marzeń i izolacja od otoczenia – 10%. Najmniej osób wybrało objadanie się jako sposób radzenia sobie ze stresem – 7%.

Tabela 16. Liczbowy i procentowy rozkład informacji dotyczącej wzięcia odpowiedzialności za własne życie w przyszłości wśród badanych

Uzależnienie przyszłości od własnych wyborów i decyzji	N	%
Tak, wszystko ode mnie zależy	8	27
Nie, nie mam wpływu na moje przeznaczenie	7	23
Często martwię się o przyszłość, bo nie czuję, żeby spotkało mnie coś dobrego	15	50
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.



Analiza Tabeli 16. dotyczącej wzięcia odpowiedzialności za własne życie w przyszłości wśród badanych wskazuje, iż 15 osób, które stanowią 50% badanych często martwi się o przyszłość. 7 osób uważa, że nie ma wpływu na swoje przeznaczenie. Ta liczba jest określona procentowo na poziomie 23%. Osoby, które uważają, że wszystko od nich zależy to 27% wyrażonej przez 8 badanych.

Tabela 17. Liczbowy i procentowy rozkład jakości snu wśród badanych osób

Jakość snu	N	%
Śpię około 6-7 (lub więcej) godzin w nieprzerwanym cyklu	6	20
Czasami wybudzam się w nocy i często do rana nie udaje mi się zasnąć	11	37
Przed snem analizuję moje życie i problemy a to utrudnia mi zasypianie	17	57
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Trudności w zasypianiu związane z analizą życia i problemów występujących u badanych przejawia 17 osób co stanowi 57% ogółu badanych. 11 osób informuje o wybudzaniu się w nocy i problemach z zaśnięciem do rana. Grupa ta stanowi 37%. Najmniej liczną grupą bo 6 osób wskazuje, iż śpią w nieprzerwanym cyklu około 6-7 godzin lub więcej i jest to grupa 20% ogółu.

Tabela 18. Liczbowy i procentowy rozkład informacje dotyczące nastawienia osób badanych po przebudzeniu

Co czuję, gdy rano wstaje	N	%
nic mi się nie chce	15	50
jestem zła/y	13	43
myślę o pracy	20	67
chce mi się żyć	17	57
nie mogę doczekać się spotkania z pracownikami	7	23
jestem wypoczęta/y	14	47
jestem szczęśliwa/y	5	17
jestem przygnębiona/y	19	63



chce mi się płakać	17	57
brakuje mi sił do pracy	21	70

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza Tabeli 18. dotyczy informacji o osobach badanych, ich samopoczucia po przebudzeniu. Jest to pytanie wielokrotnego wyboru. Osoby badane najczęściej -21 osób (70%) informowały, iż nie mają sił do pracy, a także myślą o niej tuż po przebudzeniu tj. 20 osób co daje wynik 67%. Wysoki wynik otrzymała odpowiedź dotycząca uczucia przygnębienia. Wskazało na nią 19 osób co daje wynik 63%. O potrzebie płaczu mówi 17 ankietowanych co stanowi 57%. 50% badanych twierdzi, iż nic im się nie chce robić po przebudzeniu. Poniżej 50% znalazły się odpowiedzi 14 osób (47%), które deklarowały iż są wypoczęte po nocy. Następnym wynikiem było uczucie złości, które rano przejawia 13 osób. 7 ankietowanych nie może od rana doczekać się spotkań z pracownikami. Tylko 5 osób wskazuje, iż jest szczęśliwa po przebudzeniu to daje nam 17% badanych.

Tabela 19. Liczbowy i procentowy rozkład danych dotyczących sposobu myślenia o sobie

Co myślę o sobie	N	%
Jestem wartościowym człowiekiem, który czasami potrzebuje wsparcia	8	27
Wszystko co robię nie wychodzi mi tak dobrze jak innym	10	33
Gdybym urodził/a się w innej rodzinie moje życie byłoby lepsze	18	60
W porównaniu do innych jestem mniej inteligentny/a i popełniam więcej błędów	4	13
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza Tabeli 19. daje nam informacje o sposobie myślenia o sobie ankietowanych. Poczucie bycia wartościowym człowiekiem, który czasami potrzebuje wsparcia określa 8 osób co stanowi 27% badanych. 10 osób udzieliło odpowiedzi, iż wszystko co robi nie wychodzi im tak dobrze jak innym. Wyrażone jest to w wyniku 33%. Najliczniejsza grupa 18 osób-60% uważa, iż gdyby urodziła się w innej rodzinie jej życie byłoby lepsze. Najmniej liczną grupę bo tylko 4 osoby-13% stanowią osoby które w porównaniu do innych ludzi czują się mniej inteligentni i uważają, że popełniają więcej błędów.



Tabela 20. Liczbowy i procentowy rozkład poczucie wdzięczności u badanych osób

Uczucie wdzięczności za życie i to co mnie otacza	N	%
Za co tu być wdzięcznym, moje życie to porażka	4	13
Tak bywam wdzięczna/y i doceniam to co otrzymałam/em lub stworzyłam/em	11	30
Nie myślę o tym, żyję dniem dzisiejszym	15	50
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując Tabelę 20. określającą poczucie wdzięczności jaką odczuwają badani jednoznacznie wskazuje, iż połowa badanych 15 osób nie myśli o tym, żyją dniem dzisiejszym. Świadomość i uznanie tego co badany otrzymał, stworzył w swoim życiu wykazuje 11 osób co stanowi 30 % badanych. Brak powodów do wyrażania wdzięczności przejawiają 4 osoby co daje wynik procentowy na poziomie 13%. Badani uznali, iż ich życie to porażka.

Tabela 21. Liczbowy i procentowy rozkład sposobów relaksacji wśród badanych

Sposób relaksacji	N	%
Spotykam się ze znajomymi	11	37
Idę na imprezę	5	17
Uprawiam sport	12	40
Nic nie daje mi przyjemność i spokoju, tak naprawdę nie wiem co to jest	3	10
Żyję w ciągłym napięciu	8	27
Idę spać	9	30
Czytam książki	14	47
Medytuję	7	23
Słucham mówców motywacyjnych	5	17

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując Tabelę 21. dotyczącą sposobów relaksacji wśród badanych największą grupę 14 osób - 47 % stanowią osoby, które wybierają czytanie książek. Ankietowany mógł wybrać spośród odpowiedzi 3 najbardziej pasujące do niego zdania. Rozładowanie napięcia poprzez sport wybiera 12 osób. Jest to drugi wynik w ramach sposobów relaksacji i wynosi - 40%



Spotkania ze znajomymi preferuje 11 osób, co stanowi 37%. 8 osób deklaruje, iż nie umie się relaksować, gdyż żyje w ciągłym napięciu. Grupa ta stanowi 27% badanych. 5 osób wskazało medytację i pójście na imprezę jako sposób relaksacji uzyskuje to wynik 17%. Wśród ankietowanych 3 osoby uznało, że nic nie daje mu przyjemności i spokoju co stanowi 10% grupy.

Tabela 22. Liczbowy i procentowy rozkład poziom poczucia winy wśród osób badanych

Wydarzenie życiowe powodujące stałe poczucie winy	N	%
Raczej nie, wiem, że mogłabym/ mógłbym coś lepiej zrobić lecz nie odczuwam za to winy	1	3
Tak, zdecydowanie jest coś co powoduje, że często odczuwam poczucie winy	15	50
Czasami przypominam sobie o różnych sytuacjach i wówczas jestem smutna/y, ale nie chcę o tym pamiętać	14	47
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 22. przedstawia opinię badanych w kwestii ich stosunku do przeszłych wydarzeń, które do chwili badania powodowały poczucie winy. 50% badanych potwierdza, iż często odczuwa poczucie winy co stanowi 15 osób grupy. Niewiele mniej tj. 14 osób stanowiących 47% badanych przypomina sobie czasami o trudnych sytuacjach, lecz wolą o nich nie pamiętać. Tylko jedna osoba nie może podać, żadnej sytuacji, w której miałyby poczucie winy.

Tabela 23. Liczbowy i procentowy rozkład w kontekście stosunku do siebie i poziomu zadowolenia wśród badanych

Stosunek do siebie	N	%
Mogłabym/ mógłbym powiedzieć, że jestem z siebie zadowolona/y	3	10
Nie jestem z siebie zadowolona/y	16	53
Często czuję pogardę i nienawiść do siebie	10	33



Nie wiem kto chciałby być z taką osobą jak ja	1	3
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza Tabeli 23. określa poziom zadowolenia z siebie i stosunku jaki reprezentują badani wobec własnej osoby. 53% badanych co stanowi 16 osób z grupy nie jest zadowolona z siebie. Kolejna grupa 10 osób często czuje pogardę i nienawiść do siebie, co stanowi 33% ankietowanych. 10% badanych uważa, iż jest zadowolona z siebie. Taką informację udzieliły 3 osoby. Tylko 1 osoba uważa, iż nie można być z nią w relacji co stanowi 3% ogółu grupy badawczej.

Tabela 24. Liczbowy i procentowy rozkład stosunku osób badanych do wykonywanej pracy zawodowej

Aktywność zawodowa	N	%
Jestem zadowolona/y z wykonywanej pracy	9	30
Z wysiłkiem zmuszam się, aby pójść do pracy	6	20
Szukam sposobów uniknięcia konieczności chodzenia do pracy (zwolnienia lekarskie, urlopy)	4	13
Praca mnie nuży, ale z czegoś trzeba żyć	8	27
Nie jestem w stanie wykonywać żadnej pracy zawodowej	2	7
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 24. zawiera opracowanie dotyczące stosunku osób badanych do wykonywanej pracy zawodowej. 9 osób udzieliło odpowiedzi związanej z zadowoleniem z wykonywanej pracy co stanowi 30% ogółu badanych. Kolejną grupą, która uzyskała najwyższy wynik była grupa 8 osób twierdząca, iż praca ich nuży, lecz jest koniecznością. Wynik procentowy kształtuje się w tej grupie na poziomie 27%. 6 osób z wysiłkiem zmusza się do wykonywania pracy co stanowi 20% badanych. Osoby szukające sposobów uniknięcia konieczności chodzenia do pracy w drodze np. zwolnienia lekarskiego lub urlopu stanowią 13% badanych. Powyższych odpowiedzi udzieliły 4 osoby. Najmniejszą grupę stanowią 2 osoby, które uważają, że nie są w stanie wykonywać żadnej pracy zawodowej. Procentowy wynik plasuje się na poziomie 7%.



Tabela 25. Liczbowy i procentowy rozkład oceny stanu zdrowia wśród osób badanych w związku ze stanem zdrowia

Stan zdrowia	N	%
Czuję się zdrowa/y i uważam, że jestem sprawna/y	17	53
Często choruję a lekarze nie zawsze znają przyczyny moich chorób	6	20
Rzadko choruję	7	23
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Badani określili poziom swojego stanu zdrowia i wyniki ujęte zostały w Tabeli 21. 53% ankietowanych, czyli 17 osób czuje się zdrowa i sprawna. Odpowiedzi na pytanie – często choruję a lekarze nie zawsze znają przyczyny moich chorób- udzieliło 6 osób co stanowi 20% ogółu badanych. 7 osób uznało, iż rzadko choruje. Wynik procentowy tej grupy wynosi 23%.

Tabela 26 Liczbowy i procentowy rozkład stosunku badanych do własnego wpływu na stan zdrowia

Wpływ osoby badanej na swój stan zdrowia	N	%
Tak, dbam o siebie i staram się reagować na pojawiające się dolegliwości	17	57
Od zawsze byłam/em chory i taka już jest moja natura	2	7
Nie mamy wpływu na to na co zachorujemy, to jest niezależne od nas	4	13
Mój stan psychiczny i przeżywane emocje mają swoje odzwierciedlenie w moich dolegliwościach.	7	23
Czuję się zdrowy/a jak ryba	0	0
Razem	30	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza Tabeli 26. dotycząca poczucia wpływu działań podejmowanych przez badanego na stan zdrowia wskazują, iż największą grupę tj. 17 osób (57%) stanowią osoby dbające o siebie i starające reagować na pojawiające się dolegliwości. 7 osób (23%) uznało, że ich stan psychiczny i przeżywane emocje mają swoje odzwierciedlenie w ich dolegliwościach. Odpowiedzi – nie mam wpływu na to na co zachoruje, bo to jest niezależne ode mnie – udzieliły



4 osoby (13%). 2 osoby określiły siebie jako chore od zawsze, bo taka jest ich natura. Ta grupa stanowi 7% badanych.

4.4. Procedura badania

Badania zostały przeprowadzone wśród kobiet i mężczyzn, którzy rozpoczęli terapię psychoterapeutyczną w okresie od marca 2021 roku, a następnie zostali ponownie zbadani po upływie trzech miesięcy.

Arkusze personalny został wypełniony przez badanych tylko przed rozpoczęciem terapii. Natomiast dwa testy psychologiczne tj. *Skala Depresji CES-D L. E. Rodloff i E. Helmes* i *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R* autorstwa *P. T. Costa i R. R. McCrae* zostały wykonane przed podjęciem terapii i po trzech miesiącach terapii.

Część arkuszy została przekazana osobiście, a część drogą mailową i pocztową z uwagą na fakt, iż część osób z grupy badawczej pochodzi z Warszawy.

Arkusze niekompletnych lub nieprawidłowo wypełnionych było 11. Grupa badawcza liczyła zatem 30 osób.

W kolejnych rozdziałach przedstawiona zostanie statystyczna i psychologiczna analiza zebranego materiału empirycznego.

Rozdział 5. Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości w grupie osób badanych

W poniższym rozdziale zostanie przedstawiona analiza wyników badań własnych, które zostały przeprowadzone przy pomocy *Skali do oceny depresji CES-D* L. S. Radloff oraz *Inwentarza Osobowości NEO-PI-R* P. Costy i R. McCrae. W rozdziale tym zawarto powiązania, które występują między składnikami depresji a cechami osobowości wśród poddanej badaniu grupie osób przed terapią i trzy miesiące po podjęciu terapii. Zależności badano za pomocą korelacji r Pearsona. Dane uzyskane z analiz statystycznych przed podjęciem terapii i po trzech miesiącach procesu terapeutycznego poddano analizie porównawczej. Poniższy rozdział prezentuje wyniki analiz statystycznych i psychologicznych.

5.1. Powiązania pomiędzy zmiennymi w badanej grupie przed podjęciem terapii

Celem wykazania związków pomiędzy poszczególnymi elementami składającymi się na strukturę depresji a czynnikami osobowości, przeprowadzono korelację r Pearsona.

Wyniki przeprowadzonych badań zaprezentowano poniżej.

Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Neurotyczności i jego składnikami

Wyniki uzyskane za pomocą *Skali do oceny depresji CES-D* L. S. Radloff skorelowano przy użyciu analizy statystycznej r Pearsona z wynikami *Inwentarza Osobowości NEO-PI-R* P. Costy i R. McCrae. Celem zestawienia było wykazanie powiązań, które pojawiają się pomiędzy badanymi zmiennymi przed podjęciem przez osoby badane terapii. Wykazane powiązania dla czynnika Neurotyczność prezentuje Tabela 1.

Tabela 27. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Neurotyczności i jego składnikami



Neurotyczność (N)	Korelacje Pearsona	Depresyjność	Samopoczucie	Kontaktowość	Indyferentność	Tendencje samobójcze	Wynik ogólny depresji
Neurotyczność (N)	r	0,13	0,08	-0,01	0,04	-0,15	0,05
	p	0,497	0,693	0,947	0,851	0,441	0,785
Lęk (N1)	r	0,02	-0,06	-0,15	-0,17	-0,09	-0,08
	p	0,898	0,765	0,420	0,381	0,633	0,660
Agresywna wrogość (N2)	r	0,16	0,13	0,09	0,07	-0,05	0,12
	p	0,388	0,488	0,635	0,725	0,785	0,518
Depresyjność (N3)	r	-0,05	-0,16	-0,14	-0,24	-0,33	-0,20
	p	0,802	0,398	0,469	0,194	0,072	0,282
Nadmierny samokrytycyzm (N4)	r	0,05	-0,01	0,02	0,14	-0,08	0,05
	p	0,793	0,956	0,910	0,455	0,664	0,808
Impulsywność (N5)	r	-0,05	0,10	-0,08	-0,13	-0,03	-0,07
	p	0,783	0,596	0,660	0,505	0,872	0,732
Nadwrażliwość (N6)	r	0,22	0,19	0,18	0,34	0,12	0,28
	p	0,242	0,325	0,337	0,067	0,545	0,134

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z Tabeli 27., nie uzyskano istotnych statystycznie korelacji w wyniku poszukiwania związków pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Neurotyczności i jego składnikami.

Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Ekstrawertyczności i jego składnikami

Dokonując analizy Tabeli 28. (patrz, s.101) należy zauważyć, że podskala Depresyjność Skali CES-D korelowała dodatnio ze składnikiem Ekstrawertyczności Poszukiwanie doznań (E5) ($r=0,50$; $p=0,011$). Oznacza to, że im większe poczucie smutku, pustki i przygnębienia odczuwają osoby badane, tym bardziej poszukują doznań i stymulacji.

Ponadto występują dodatnie korelacje pomiędzy Kontaktowością a Ekstrawertycznością ($r=0,43$; $p=0,019$) oraz jednym jej składnikiem: Poszukiwanie doznań (E5) ($r=0,50$; $p=0,006$). Wskazuje to na związek pomiędzy poczuciem braku relacji z innymi



ludźmi, a potrzebą kontaktów społecznych, czy poszukiwaniem stymulacji. Im bardziej osoby te czują się samotne, tym większa u nich potrzeba uspołecznienia, towarzyskości, aktywności czy optymizmu i energii.

Tabela 28. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Ekstrawertyczności i jego składnikami

Ekstrawertyczność (E)	Korelacje Pearsona	Depresyjność	Samopoczucie	Kontaktowość	Indyferentność	Tendencje samobójcze	Wynik ogólny depresji
Ekstrawertyczność (E)	r	0,36	0,06	0,43	0,31	0,07	0,36
	p	0,053	0,742	0,019	0,093	0,698	0,053
Serdeczność (E1)	r	0,11	-0,13	0,02	-0,05	0,08	0,05
	p	0,552	0,495	0,927	0,810	0,665	0,806
Towarzyskość (E2)	r	0,07	0,00	0,18	0,03	0,13	0,10
	p	0,720	1,000	0,340	0,892	0,486	0,600
Asertywność (E3)	r	0,12	0,24	0,21	0,40	0,01	0,24
	p	0,514	0,202	0,256	0,032	0,973	0,211
Aktywność (E4)	r	0,09	0,03	0,20	0,26	0,03	0,16
	p	0,654	0,857	0,278	0,168	0,864	0,410
Poszukiwanie doznań (E5)	r	0,50	0,06	0,50	0,22	0,00	0,40
	p	0,011	0,749	0,006	0,252	0,988	0,038
Emocje pozytywne (E6)	r	0,03	0,03	0,03	0,04	-0,03	0,03
	p	0,877	0,865	0,883	0,835	0,886	0,880

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza korelacji pomiędzy skalą depresji a czynnikiem Ekstrawertyczność wskazała na dodatnie powiązanie pomiędzy Indyferentnością a Asertywnością (E3) ($r=0,40$; $p=0,032$). Wynika stąd, że im bardziej obojętną postawę mają osoby badane, tym bardziej przejawiają dominację, przebojowość czy społeczną przewagę nad innymi. Wypowiadają się w sposób autorytatywny i często stają się przywódcami grupy.

Można zauważyć również dodatnią korelację pomiędzy Ogólną Depresją a składnikiem Poszukiwanie doznań (E5) ($r=0,40$; $p=0,038$). Z analizy wynika zatem, że im silniejszy u osób stan depresyjny, im bardziej czują się przygnębione, smutne i przegrane oraz samotne tym większe u nich skłonności do poszukiwania doznań czy stymulacji.



Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Otwartości na doświadczenia i jego składnikami

Jak wynika z Tabeli 29., nie uzyskano istotnych statystycznie korelacji w wyniku poszukiwania związków pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Otwartości na doświadczenia i jego składnikami.

Tabela 29. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Otwartości na doświadczenia i jego składnikami

Otwartość (O)	Korelacje Pearsona	Depresyjność	Samopoczucie	Kontaktowość	Indyferentność	Tendencje samobójcze	Wynik ogólny depresji
Otwartość (O)	r	0,01	0,13	-0,15	-0,08	-0,19	-0,06
	p	0,940	0,494	0,433	0,693	0,304	0,754
Wyobrażenia (O1)	r	0,16	0,02	-0,12	0,01	-0,08	0,05
	p	0,405	0,932	0,523	0,966	0,675	0,808
Estetyka (O2)	r	0,06	0,03	0,00	0,05	-0,05	0,04
	p	0,737	0,894	1,000	0,807	0,774	0,849
Uczucie (O3)	r	0,18	0,14	0,19	0,12	0,15	0,20
	p	0,351	0,458	0,302	0,542	0,427	0,280
Działania (O4)	r	-0,33	0,28	-0,18	-0,08	-0,02	-0,18
	p	0,079	0,135	0,335	0,681	0,900	0,339
Idee (O5)	r	0,03	0,06	-0,13	-0,12	-0,25	-0,08
	p	0,882	0,760	0,497	0,539	0,183	0,667
Wartości (O6)	r	-0,15	-0,20	-0,11	-0,19	-0,16	-0,21
	p	0,428	0,297	0,546	0,324	0,388	0,276

Źródło: Opracowanie własne.

Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Ugodowości i jego składnikami



Tabela 30. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Ugodowości i jego składnikami

Ugodowość (U)	Korelacje Pearsona	Depresyjność	Samopoczucie	Kontaktowość	Indyferentność	Tendencje samobójcze	Wynik ogólny depresji
Ugodowość (U)	r	0,01	0,12	0,03	0,05	-0,13	0,01
	p	0,955	0,533	0,879	0,800	0,494	0,948
Zaufanie (U1)	r	0,16	0,09	0,01	0,05	0,17	0,15
	p	0,384	0,652	0,958	0,803	0,356	0,443
Prostolinijność (U2)	r	0,29	0,19	0,32	0,28	0,14	0,33
	p	0,119	0,316	0,080	0,132	0,462	0,074
Altruizm (U3)	r	0,05	0,09	-0,03	0,02	-0,28	-0,02
	p	0,791	0,625	0,885	0,932	0,132	0,913
Ustępliwość (U4)	r	-0,09	0,06	-0,01	0,03	0,08	-0,02
	p	0,621	0,735	0,960	0,883	0,678	0,933
Skromność (U5)	r	-0,13	0,05	-0,19	-0,16	-0,18	-0,17
	p	0,479	0,775	0,315	0,410	0,354	0,371
Skłonność do rozczulania się (U6)	r	-0,17	-0,10	0,01	-0,03	-0,18	-0,14
	p	0,370	0,612	0,941	0,860	0,352	0,454

Zródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z Tabeli 30., nie uzyskano istotnych statystycznie korelacji w wyniku poszukiwania związków pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Ugodowości i jego składnikami.

Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Sumienności i jego składnikami

Tabela 31. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Sumienności i jego składnikami

Sumiennność (S)	Korelacje Pearsona	Depresyjność	Samopoczucie	Kontaktowość	Indyferentność	Tendencje samobójcze	Wynik ogólny depresji
Sumiennność (S)	r	0,18	0,13	0,13	0,08	-0,07	0,14



	p	0,344	0,485	0,506	0,660	0,697	0,472
Kompetencja (S1)	r	-0,11	0,00	-0,23	-0,06	-0,04	-0,12
	p	0,578	1,000	0,223	0,759	0,851	0,545
Skłonność do porządku (S2)	r	0,25	0,25	0,53	0,24	0,04	0,32
	p	0,188	0,176	0,003	0,195	0,817	0,082
Obowiązkowość (S3)	r	0,20	0,06	0,08	0,09	0,08	0,16
	p	0,291	0,752	0,689	0,631	0,693	0,395
Dążenie do osiągnięć (S4)	r	-0,13	0,09	-0,10	-0,24	-0,13	-0,16
	p	0,492	0,618	0,582	0,195	0,479	0,396
Samodyscyplina (S5)	r	-0,12	-0,06	-0,06	0,03	-0,27	-0,13
	p	0,543	0,772	0,749	0,877	0,147	0,508
Rozwaga (S6)	r	0,34	-0,02	0,04	0,14	0,05	0,22
	p	0,066	0,906	0,845	0,449	0,803	0,241

Zródło: Opracowanie własne.

Jeżeli chodzi o podskale wymiaru Sumienność, to u badanych z czynnikiem CES-D Kontaktowość korelowała dodatnio tylko Skłonność do porządku (S2) ($r= 0,53$; $p= 0,003$). Oznacza to, że im większe poczucie braku relacji z innymi ludźmi, tym większa potrzeba zadbania, organizacji, systematyczności czy porządku w swoich rzeczach.

5.2. Powiązania pomiędzy zmiennymi w badanej grupie po trzech miesiącach terapii

Wyniki uzyskane za pomocą *Skali do oceny depresji CES-D* L. S. Radloff skorelowano przy użyciu analizy statystycznej r Pearsona z wynikami *Inwentarza Osobowości NEO-PI-R* P. Costy i R. McCrae po podjęciu przez osoby badane terapii.

Wykazane powiązania prezentują poniższe tabele.

Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Neurotyczności i jego składnikami po trzech miesiącach terapii

Tabela 32. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Neurotyczności i jego składnikami (trzy miesiące w procesie terapeutycznym)



Neurotyczność (N)	Korelacje Pearsona	Depresyjność	Samopoczucie	Kontakt	Indyferentność	Tendencje samobójcze	Wynik ogólny
Neurotyczność (N)	r	-0,16	-0,14	-0,26	-0,16	-0,04	-0,18
	p	0,408	0,465	0,162	0,403	0,843	0,343
Lęk (N1)	r	0,27	0,19	0,25	0,24	0,12	0,27
	p	0,142	0,308	0,180	0,199	0,514	0,154
Agresywna wrogość (N2)	r	-0,19	-0,24	-0,26	-0,17	-0,15	-0,23
	p	0,319	0,200	0,160	0,379	0,419	0,227
Depresyjność (N3)	r	-0,40	-0,21	-0,31	-0,45	-0,19	-0,39
	p	0,029	0,258	0,093	0,012	0,322	0,031
Nadmierny samokrytycyzm (N4)	r	-0,18	-0,15	-0,18	-0,08	-0,01	-0,15
	p	0,342	0,443	0,336	0,673	0,943	0,426
Impulsywność (N5)	r	-0,14	-0,02	-0,27	-0,13	0,10	-0,13
	p	0,465	0,899	0,146	0,492	0,611	0,498
Nadwrażliwość (N6)	r	0,25	0,03	0,03	0,18	0,03	0,16
	p	0,184	0,865	0,881	0,342	0,885	0,399

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy Tabeli 32. należy zauważyć, że występuje ujemna korelacja pomiędzy Depresyjnością a podskalą Neurotyczności o tej samej nazwie ($r = -0,40$; $p = 0,029$). Znaczy to, że im bardziej osoby w procesie terapeutycznym odczuwają znudzenie, obawę, smutek, rozbiecie, tym mniejsza się poczucie beznadziejności i przygnębienia.

Ponadto występuje ujemna korelacja między Indyferentnością a Depresyjnością (N3) ($r = -0,45$; $p = 0,012$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem bierności, apatii wobec ważnych spraw życiowych u badanych maleje zniechęcenie, poczucie winy, samotność czy przygnębienie.

Podobne wnioski wyciągnąć można zauważając ujemną korelację między Wynikiem ogólnym depresyjności a Depresyjnością (N3) ($r = -0,39$; $p = 0,031$). Oznacza to, że im bardziej osoby w procesie terapeutycznym przeżywają smutek, rozbiecie, poczucie porażki, tym mniejsza się poczucie beznadziejności i przygnębienia.

Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Ekstrawertyczności i jego składnikami po trzech miesiącach terapii



Tabela 33. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Ekstrawertyczności i jego składnikami (trzy miesiące w procesie terapeutycznym)

Ekstrawertyczność (E)	Korelacje Pearsona	Depresyjność	Samopoczucie	Kontaktowość	Indyferentność	Tendencje samobójcze	Wynik ogólny depresji
Ekstrawertyczność (E)	r	0,06	-0,05	0,25	0,06	-0,19	0,05
	p	0,744	0,807	0,186	0,741	0,307	0,787
Serdeczność (E1)	r	-0,03	-0,02	0,11	-0,02	-0,01	0,00
	p	0,856	0,934	0,553	0,915	0,972	0,993
Towarzyskość (E2)	r	0,02	0,14	0,13	-0,03	0,07	0,05
	p	0,937	0,451	0,508	0,869	0,728	0,778
Asertywność (E3)	r	-0,09	-0,19	-0,21	-0,17	-0,13	-0,17
	p	0,633	0,311	0,258	0,379	0,490	0,374
Aktywność (E4)	r	-0,06	-0,10	0,00	-0,02	-0,24	-0,08
	p	0,758	0,611	1,000	0,898	0,206	0,678
Poszukiwanie doznań (E5)	r	0,18	-0,05	0,27	0,20	-0,09	0,15
	p	0,340	0,773	0,153	0,285	0,648	0,424
Emocje pozytywne (E6)	r	0,08	0,10	0,18	0,10	-0,06	0,10
	p	0,682	0,613	0,348	0,598	0,759	0,610

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z Tabeli 33., nie uzyskano istotnych statystycznie korelacji w wyniku poszukiwania związków pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Ekstrawertyczności i jego składnikami po trzech miesiącach terapii.

Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Otwartości na doświadczenia i jego składnikami po trzech miesiącach terapii

Tabela 34. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Otwartości na doświadczenia i jego składnikami (trzy miesiące w procesie terapeutycznym)

Otwartość na doświadczenia (O)	Korelacje Pearsona	Depresyjność	Samopoczucie	Kontaktowość	Indyferentność	Tendencje samobójcze	Wynik ogólny depresji
Otwartość na doświadczenia	r	-0,02	0,06	-0,04	-0,07	-0,15	-0,04
	p	0,925	0,744	0,836	0,729	0,415	0,820



Wyobraźnia (O1)	r	0,11	-0,10	0,05	0,02	-0,14	0,02
	p	0,546	0,609	0,801	0,896	0,445	0,899
Estetyka (O2)	r	0,10	0,06	0,09	0,05	-0,25	0,04
	p	0,616	0,740	0,622	0,777	0,185	0,818
Uczucie (O3)	r	0,04	0,20	0,21	0,04	0,08	0,11
	p	0,845	0,290	0,268	0,824	0,676	0,570
Działania (O4)	r	-0,24	0,08	-0,30	-0,30	0,18	-0,19
	p	0,199	0,664	0,104	0,105	0,350	0,313
Idee (O5)	r	-0,01	0,02	-0,03	0,08	-0,01	0,01
	p	0,968	0,913	0,888	0,690	0,947	0,944
Wartości (O6)	r	-0,12	-0,20	-0,20	-0,10	-0,13	-0,16
	p	0,540	0,289	0,294	0,583	0,493	0,396

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z Tabeli 34., nie uzyskano istotnych statystycznie korelacji w wyniku poszukiwania związków pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Otwartości na doświadczenia i jego składnikami po trzech miesiącach terapii.

Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Ugodowości i jego składnikami po trzech miesiącach terapii

Tabela 35. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Ugodowości i jego składnikami (trzy miesiące w procesie terapeutycznym)

Ugodowość (U)	Korelacje Pearsona	Depresyjność	Samopoczucie	Kontaktowość	Indyferentność	Tendencje samobójcze	Wynik ogólny depresji
Ugodowość	r	0,13	0,04	0,14	0,15	-0,01	0,12
	p	0,478	0,853	0,457	0,420	0,962	0,516
Zaufanie (U1)	r	0,11	-0,10	0,04	0,00	0,16	0,06
	p	0,560	0,594	0,830	0,988	0,403	0,761
Prostolinijność (U2)	r	0,22	-0,05	0,22	0,17	-0,10	0,15
	p	0,245	0,798	0,238	0,382	0,604	0,434
Altruizm (U3)	r	0,08	0,09	0,05	0,08	-0,21	0,05
	p	0,664	0,654	0,809	0,668	0,277	0,805



Ustępliwość (U4)	r	0,04	0,01	-0,06	-0,02	0,12	0,02
	p	0,846	0,952	0,736	0,931	0,517	0,925
Skromność (U5)	r	-0,22	0,00	-0,22	-0,06	0,01	-0,14
	p	0,236	0,989	0,244	0,750	0,974	0,449
Skłonność do rozczulania się (U6)	r	0,13	0,09	0,30	0,20	0,03	0,18
	p	0,497	0,628	0,104	0,285	0,859	0,344

Zródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z Tabeli 35., nie uzyskano istotnych statystycznie korelacji w wyniku poszukiwania związków pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Ugodowości i jego składnikami po trzech miesiącach terapii.

Powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Sumienności i jego składnikami po trzech miesiącach terapii

Tabela 36. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Sumienności i jego składnikami (trzy miesiące w procesie terapeutycznym)

Sumienność (S)	Korelacje Pearsona	Depresyjność	Samopoczucie	Kontaktowość	Indyferentność	Tendencje samobójcze	Wynik ogólny depresji
Sumienność	r	-0,05	0,02	0,02	-0,12	-0,28	-0,08
	p	0,806	0,921	0,915	0,521	0,132	0,661
Kompetencja (S1)	r	0,19	0,16	0,09	0,14	-0,10	0,14
	p	0,314	0,393	0,623	0,455	0,612	0,454
Skłonność do porządku (S2)	r	0,04	-0,11	-0,04	-0,05	-0,08	-0,03
	p	0,817	0,557	0,835	0,795	0,674	0,865
Obowiązkowość (S3)	r	0,06	0,17	0,28	0,07	0,03	0,13
	p	0,741	0,383	0,136	0,704	0,885	0,508
Dążenie do osiągnięć (S4)	r	-0,18	0,02	-0,15	-0,21	-0,18	-0,18
	p	0,331	0,911	0,424	0,255	0,354	0,348
Samodyscyplina (S5)	r	-0,16	-0,06	-0,16	-0,05	-0,27	-0,15
	p	0,396	0,747	0,403	0,811	0,147	0,420
Rozwaga (S6)	r	-0,09	-0,17	0,01	-0,24	-0,29	-0,16

	p	0,638	0,376	0,967	0,203	0,119	0,384
--	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Zródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z Tabeli 36., nie uzyskano istotnych statystycznie korelacji w wyniku poszukiwania związków pomiędzy poziomem i strukturą depresji a czynnikiem Sumienności i jego składnikami po trzech miesiącach terapii.

5.3. Porównanie zmiennych przed i po podjęciu terapii

Podjęty problem badawczy dotyczy ujęcia różnic w zakresie depresji i osobowości przed i po podjęciu terapii.

Do oceny, czy występują różnice w zakresie badanych zmiennych przed i po podjęciu terapii wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki prezentuje Tabela 37.

5.3.1. Porównanie poziomu i struktury depresji przed i po podjęciu terapii

Dokonując analizy Tabeli 37. należy zauważyć, że osoby badane po podjęciu terapii ujawniają wyższe wyniki w zakresie wszystkich składników testu CES-D w porównaniu do okresu przed podjęciem terapii.

Charakteryzuje ich zatem przygnębienie, brak nadziei i wiary w poprawę. Są bierne i obojętne wobec swojego życia. Ujawniają brak relacji z innymi ludźmi. Cechuje ich smutek i samotność.

Tabela 37. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie skal testu CES-D do badania depresji przed i po terapii

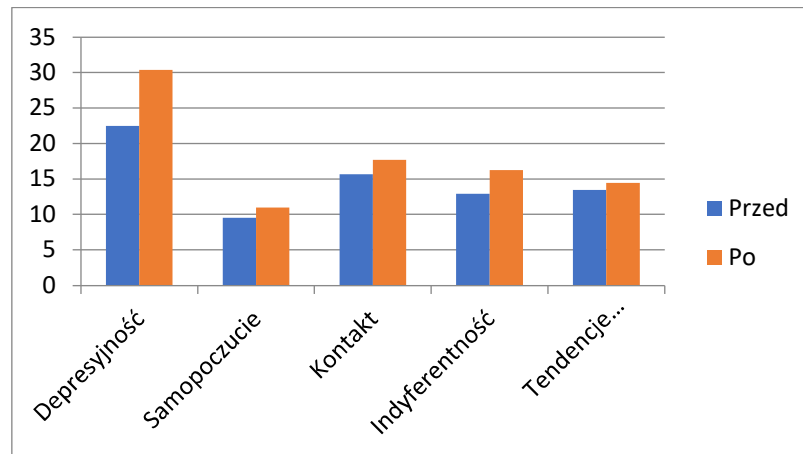
Skale testu CES-D	PRZED TERAPIĄ		PO TERAPII		Test dla prób niezależnych
	M	SD	M	SD	
Depresyjność	22,47	4,88	30,37	4,04	0,001
Samopoczucie	9,50	1,38	10,97	1,67	0,001
Kontaktowość	15,67	1,67	17,70	1,88	0,001
Indyferentność	12,90	2,50	16,23	2,66	0,001



Tendencje samobójcze	13,47	2,03	14,43	1,46	0,001
Wynik ogólny	74,00	9,71	89,70	10,23	0,001

Źródło: Opracowanie własne.

Graficzną ilustrację uzyskanych wyników przedstawia Wykres 1.



Wykres 1. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie skal testu CES - D do badania depresji przed i po terapii

Źródło: Opracowanie własne.

5.3.2. Porównanie czynników i składników osobowości przed i po podjęciu terapii

W tabelach poniżej znajdują się dane jakie uzyskali badani przed i po terapii w obszarze osobowości.

Tabela 38. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie czynników testu NEO-PI - R przed i po terapii

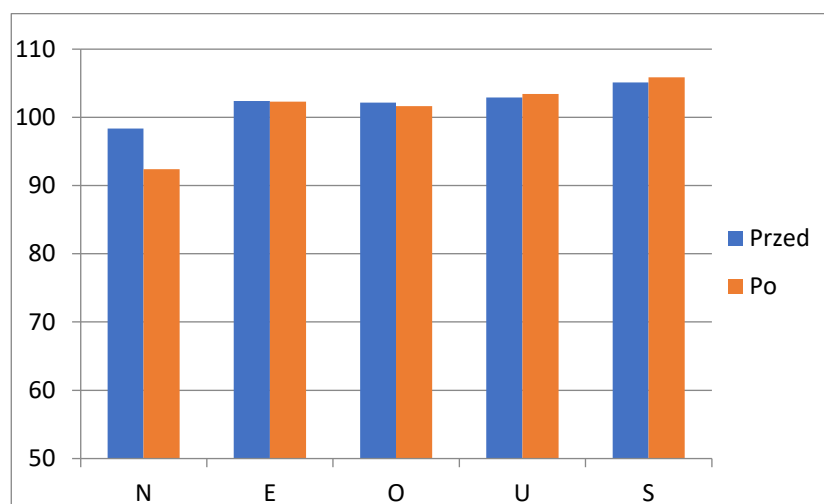
Czynniki testu NEO-PR	PRZED TERAPIĄ		PO TERAPII		Test dla prób niezależnych
	M	SD	M	SD	
Neurotyczność (N)	98,33	9,27	92,40	10,20	0,001
Ekstrawertyczność (E)	102,37	8,95	102,27	7,43	0,907
Otwartość (O)	102,13	6,91	101,63	6,18	0,448
Ugodowość (U)	102,87	9,05	103,40	8,41	0,400
Sumienność (S)	105,07	8,45	105,83	8,59	0,279



Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy wyników Tabeli 38. należy zauważyć, że osoby po trzech miesiącach w terapii przejawiają statystycznie istotną różnicę w zakresie czynnika Neurotyczności. Cechuje je niższa Neurotyczność niż przed podjęciem terapii. Charakteryzuje ich zatem większa stabilność emocjonalna, większe poczucie bezpieczeństwa, większa kontrola impulsów, mniejsza tendencja do zamartwiania się oraz wyższe poczucie wartości i radzenie sobie ze stresem niż przed terapią (Siuta, 2009).

Graficzną ilustrację uzyskanych wyników prezentuje poniższy Wykres 2.



Wykres 2. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie czynników testu NEO-PR przed i po terapii

Źródło: Opracowanie własne.

W dalszej części analizy porównano składniki osobowości w zakresie czynników głównych. Wyniki przedstawiono w poniższych tabelach.

Tabela 39. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Neurotyczności przed i po terapii

Neurotyczność (N)	PRZED TERAPIĄ	PO TERAPII	

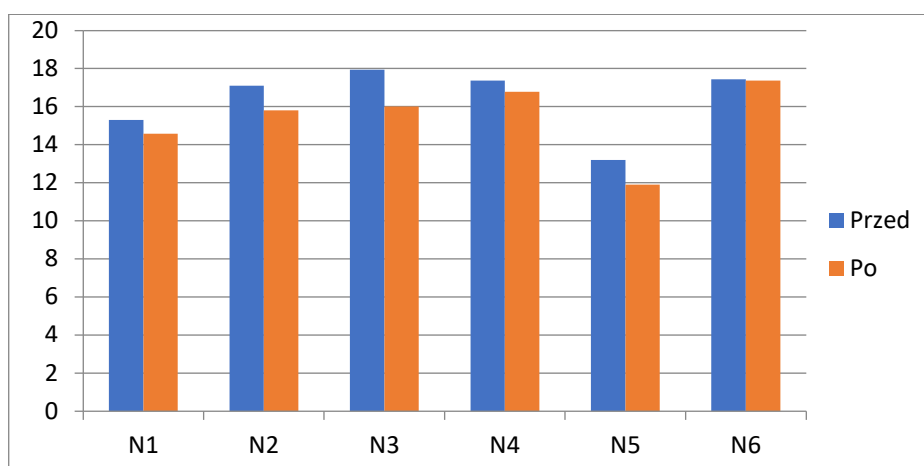


	M	SD	M	SD	Test dla prób niezależnych
Lęk (N1)	15,30	2,84	14,57	2,42	0,082
Agresywna wrogość (N2)	17,10	2,75	15,80	2,85	0,001
Depresyjność (N3)	17,93	2,96	16,00	3,30	0,003
Nadmierny samokrytycyzm (N4)	17,37	3,52	16,77	3,44	0,062
Impulsywność (N5)	13,20	3,21	11,90	3,51	0,001
Nadwrażliwość (N6)	17,43	3,68	17,37	2,78	0,893

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy Tabeli 39. należy zauważyć, że badani po trzech miesiącach terapii w stosunku do okresu przed terapią wykazują niższe wyniki w zakresie trzech składników Neurotyczności – Agresywna wrogość (N2), Depresyjność (N3) i Impulsywność (N5). Oznacza to, że cechuje ich większa wyrozumiałość, mniejsza tendencja do gniewu czy frustracji. Ponadto ujawniają mniejszą skłonność do doświadczania zniechęcenia, poczucia winy, beznadziejności czy samotności. W większym stopniu umieją kontrolować swe pragnienia czy potrzeby.

Graficzną ilustrację uzyskanych wyników prezentuje poniższy Wykres 3.



Wykres 3. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Neurotyczności przed i po terapii



Źródło: Opracowanie własne.

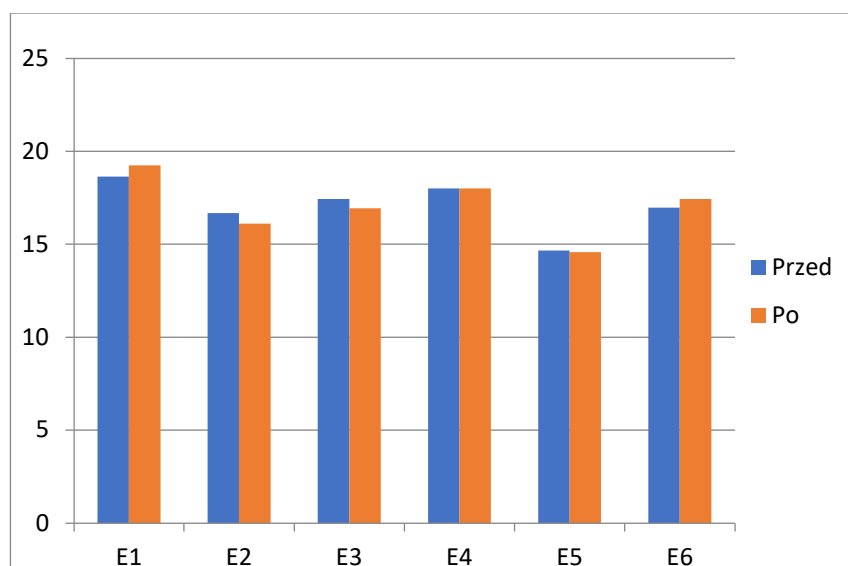
Tabela 40. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Ekstrawertyczności przed i po terapii

Ekstrawertyczność (E)	PRZED TERAPIĄ		PO TERAPII		Test dla prób niezależnych
	M	SD	M	SD	
Serdeczność (E1)	18,63	3,94	19,23	3,60	0,026
Towarzystwość (E2)	16,67	2,14	16,10	2,76	0,061
Asertywność (E3)	17,43	2,44	16,93	2,38	0,109
Aktywność (E4)	18,00	3,64	18,00	3,19	1,000
Poszukiwanie doznań (E5)	14,67	4,09	14,57	3,92	0,647
Emocje pozytywne (E6)	16,97	3,45	17,43	3,09	0,070

Źródło: Opracowanie własne.

Osoby po trzech miesiącach terapii w stosunku do okresu przed podjęciem terapii ujawniają większą bliskość w kontaktach z innymi ludźmi. Cechuje ich uczuciowość i przyjazne podejście do ludzi.

Wykres poniżej prezentuje uzyskane wyniki.



Wykres 4. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Ekstrawertyczności przed i po terapii

Źródło: Opracowanie własne.

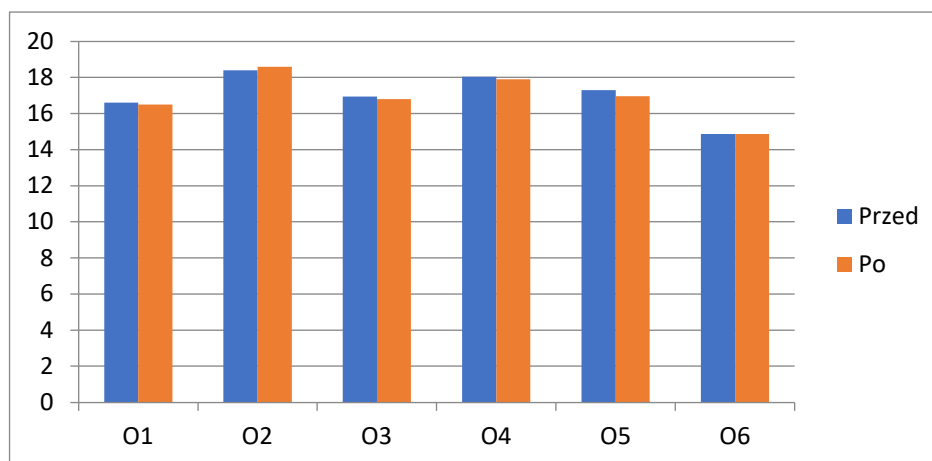
Tabela 41. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Otwartości na doświadczenia przed i po terapii

Otwartość na doświadczenia (O)	PRZED TERAPIĄ		PO TERAPII		Test dla prób niezależnych
	M	SD	M	SD	
Wyobrażenia (O1)	16,60	3,07	16,50	2,86	0,669
Estetyka (O2)	18,40	3,91	18,60	3,79	0,561
Uczucie (O3)	16,93	2,48	16,80	2,56	0,705
Działania (O4)	18,03	2,46	17,90	2,72	0,502
Idee (O5)	17,30	3,21	16,97	2,94	0,067
Wartości (O6)	14,87	2,40	14,87	1,87	1,000

Źródło: Opracowanie własne.

Z powyższych danych wynika, iż nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między osobami przed i po podjęciu terapii w zakresie składników Otwartości na doświadczenia.

Graficzną ilustrację uzyskanych wyników prezentuje poniższy Wykres 5.



Wykres 5. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Otwartości na doświadczenia przed i po terapii

Źródło: Opracowanie własne.

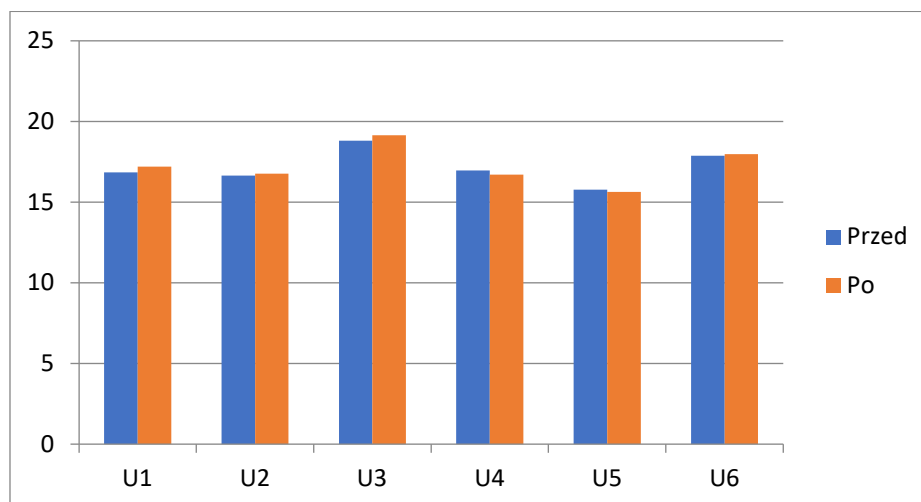
Tabela 42. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Ugodowości przed i po terapii

Ugodowość (U)	PRZED TERAPIĄ		PO TERAPII		Test dla prób niezależnych
	M	SD	M	SD	
Zaufanie (U1)	16,83	2,75	17,20	2,60	0,245
Prostolinijność (U2)	16,63	2,70	16,77	2,63	0,354
Altruizm (U3)	18,80	3,75	19,13	3,66	0,161
Ustępliwość (U4)	16,97	2,89	16,70	3,06	0,505
Skromność (U5)	15,77	2,98	15,63	2,87	0,614
Skłonność do rozczulania się (U6)	17,87	3,87	17,97	3,80	0,682

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizę Tabeli 42. nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między osobami przed i po podjęciu terapii w zakresie składników Ugodowości.

Poniższy Wykres 6. prezentuje uzyskane wyniki.



Wykres 6. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Ugodowości przed i po terapii

Źródło: Opracowanie własne.

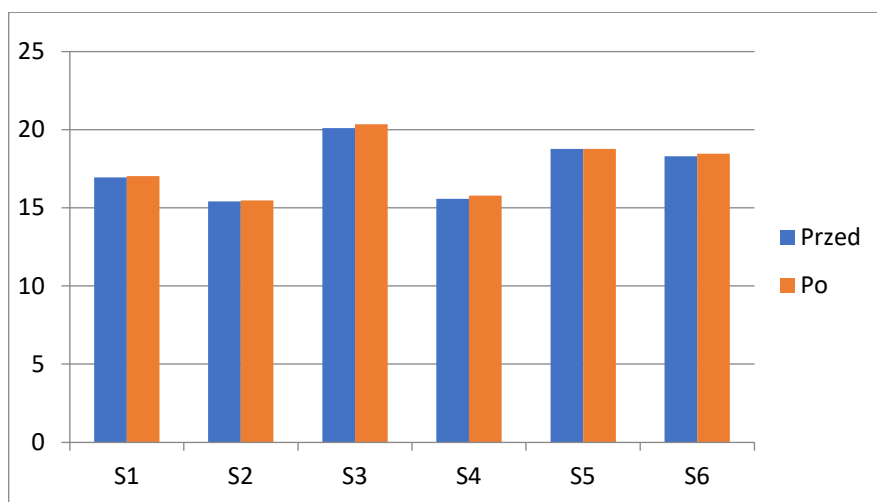
Tabela 43. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Sumienności przed i po terapii

Sumienność (S)	PRZED TERAPIĄ		PO TERAPII		Test dla prób niezależnych
	M	SD	M	SD	
Kompetencja (S1)	16,93	2,41	17,03	2,81	0,647
Sklonność do porządku (S2)	15,40	3,24	15,47	2,69	0,864
Obowiązkowość (S3)	20,10	3,53	20,33	3,17	0,575
Dążenie do osiągnięć (S4)	15,57	3,02	15,77	3,64	0,653
Samodyscyplina (S5)	18,77	2,49	18,77	2,10	1,000
Rozwaga (S6)	18,30	2,79	18,47	2,78	0,444

Źródło: Opracowanie własne.

Z powyższych danych wynika, iż nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między osobami przed i po podjęciu terapii w zakresie składników Sumienności.

Graficzną ilustrację uzyskanych wyników prezentuje poniższy Wykres 7.



Wykres 7. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Sumiennosci przed i po terapii

Źródło: Opracowanie własne.

5.4. Podsumowanie i weryfikacja hipotez

Realizowany program badawczy dostarczył danych dotyczących powiązań pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości. Wyniki przeprowadzonych badań własnych dały podstawę do udzielenia odpowiedzi na pytanie badawcze oraz postawione hipotezy.

Celem niniejszej pracy była odpowiedź na pytania: *Czy i jakie powiązania występują pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości u osób w procesie terapeutycznym (trzy miesiące w terapii)?*

Ciekawe wydało się również poszukiwanie powiązań pomiędzy badanymi zmiennymi przed podjęciem terapii. Zatem dodatkowo postawiono pytanie: *Czy i jakie powiązania występują pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości u osób na etapie początkowym terapii (przed terapią)?*

Natomiast badawcze pytania szczegółowe brzmiały następująco:

P1. Czy i jakie różnice w zakresie poziomu i struktury depresji występują u pacjentów na początku i po trzech miesiącach terapii?

P2. Czy i jakie różnice w zakresie cech osobowości występują u pacjentów na początku i po trzech miesiącach terapii?

Na dwa pierwsze pytania poszukiwano odpowiedzi dokonując analizy korelacji r Pearsona. Na kolejne pytania uzyskano odpowiedzi poprzez analizę porównawczą badanych zmiennych. Statystyczne opracowania pozwalają na zweryfikowanie postawionych hipotez. Analizę uzyskanych wyników przeprowadzono w poprzednich paragrafach Rozdziału 4.

Statystyczne opracowania pozwalają na weryfikację postawionych hipotez, z których pierwsza brzmi: *Występują powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości u osób w procesie terapeutycznym (trzy miesiące w terapii)?*

Weryfikacji założenia dokonano w oparciu o dane uzyskane w Skali Depresji CES-D L. E. Radloff'a i E. Helmes'a oraz Inwentarzu Osobowości NEO-PI-R autorstwa P.T. Costa i R. McCrae, poprzez zastosowanie analizy statystycznej r Pearsona.



Na podstawie danych zawartych w Tabelach od 32-36 należy stwierdzić, że występuje tylko jedna zależność pomiędzy skalami CES-D a składnikami czynnika Neurotyczności. Ujemne korelacje występują pomiędzy Depresyjnością a podskalą Neurotyczności (N3) o tej samej nazwie, Indyferentnością a Depresyjnością (N3) i Wynikiem ogólnym depresyjności a Depresyjnością (N3). Oznacza to, że im bardziej osoby w procesie terapeutycznym odczuwają znudzenie, obawę, smutek, rozbicie, tym zmniejsza się im poczucie beznadziejności i przygnębienia. Ponadto wraz ze wzrostem bierności, apatii wobec ważnych spraw życiowych u badanych maleje zniechęcenie, poczucie winy, samotność czy przygnębienie. Im bardziej osoby w procesie terapeutycznym przeżywają smutek, rozbicie, poczucie porażki, tym zmniejsza się u nich poczucie beznadziejności i przygnębienia. Dane uzyskane w badaniach własnych dają podstawę do częściowego potwierdzenia powyższej hipotezy.

Weryfikacja dodatkowego założenia, które brzmiało *Występują powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a cechami osobowości u osób na etapie początkowym terapii (przed terapią)* również była możliwa dzięki zastosowaniu analizy statystycznej r Pearsona.

Na podstawie danych zawartych w Tabelach od 27-31 należy stwierdzić, że występują dodatnie powiązania pomiędzy skalami CES-D a czynnikiem Ekstrawertyczności i jego składnikami. Dodatkowo korelacje wystąpiły pomiędzy podskalami Depresyjność Skali CES-D a składnikiem Ekstrawertyczności Poszukiwanie doznań (E5), pomiędzy Kontaktowością a Ekstrawertycznością oraz jednym jej składnikiem: Poszukiwanie doznań (E5), pomiędzy Indyferentnością a Asertywnością (E3) oraz pomiędzy Ogólną Depresją a składnikiem Poszukiwanie doznań (E5). Oznacza to, że im większe poczucie smutku, pustki i przygnębienia odczuwają osoby badane i im silniejszy jest u nich stan depresyjny, tym bardziej poszukują doznań i stymulacji. Im bardziej osoby te czują się samotne, tym większa jest u nich potrzeba uspołecznienia, towarzyskości, aktywności czy optymizmu i energii. Badania ujawniły również to, że im bardziej badanych cechuje obojętna postawa, tym bardziej przejawiają dominację, przebojowość czy społeczną przewagę nad innymi. Można zatem stwierdzić, że również ta przyjęta hipoteza została częściowo potwierdzona.

Trzecia hipoteza niniejszego projektu badawczego brzmi: *Występują różnice w zakresie poziomu i struktury depresji u pacjentów na początku i po trzech miesiącach terapii.* Weryfikacja założenia była możliwa dzięki zastosowaniu testu dla prób niezależnych (patrz. Tabela 37.) Dane uzyskane w badaniach własnych dają podstawę do potwierdzenia powyższej hipotezy, ale w sposób zaskakujący. Różnice istotne statystycznie występują w odniesieniu do



wszystkich wymiarów depresji. Jednakże badani po trzech miesiącach terapii uzyskali wyższe wyniki (M) we wszystkich wymiarach skali CES-D w porównaniu do okresu przed podjęciem terapii (początek terapii). Charakteryzuje ich zatem przygnębienie, brak nadziei i wiary w poprawę. Cechuje ich bierność, smutek, samotność i obojętność wobec swojego życia. Ujawniają brak relacji z innymi ludźmi.

Czwarta postawiona hipoteza brzmi następująco: *Występują różnice w zakresie cech osobowości u pacjentów na początku i po trzech miesiącach terapii.* Wyniki uzyskane przy pomocy Inwentarza Osobowości NEO-PI-R autorstwa P. T. Costa i R. R. McCrae dają podstawę do weryfikacji tak sformułowanego założenia. Na podstawie danych zawartych w Tabelach 12-17 wnioskuje się, że osoby po trzech miesiącach w terapii przejawiają statystycznie istotną różnicę w zakresie czynnika Neurotyczności. Cechuje je niższa Neurotyczność niż przed podjęciem terapii. Ponadto badani po trzech miesiącach terapii w stosunku do okresu przed terapią wykazują niższe wyniki w zakresie trzech składników Neurotyczności – Agresywna wrogość (N2), Depresyjność (N3) i Impulsywność (N5). W zakresie składników Ekstrawertyczności cechuje ich statystycznie większa Serdeczność (E1) niż przed podjęciem terapii. Charakteryzuje ich zatem większa stabilność emocjonalna, większe poczucie bezpieczeństwa, większa kontrola impulsów, mniejsza tendencja do zamartwiania się oraz wyższe poczucie wartości i radzenie sobie ze stresem niż przed terapią.

Dodatkowo wykazują większą wyrozumiałość, mniejszą tendencję do gniewu czy frustracji. W większym stopniu umieją kontrolować swe pragnienia czy potrzeby. Ujawniają większą bliskość w kontaktach z innymi ludźmi. Cechuje ich uczuciowość i przyjazne podejście do ludzi. Dane uzyskane w badaniach własnych dają podstawę do częściowego potwierdzenia powyższej hipotezy. Istotne statystycznie różnice nie wystąpiły w odniesieniu do składników Otwartości na doświadczenia, Ugodowości czy Sumienności.

Podsumowując powyższe wyniki należy stwierdzić, iż w dotychczasowych badaniach naukowych bardzo mało uwagi poświęcano kwestii wpływu procesu terapeutycznego na zmienne psychologiczne.



Zakończenie

Celem niniejszej pracy było wykazanie powiązań pomiędzy depresyjnością a strukturą osobowości.

Poziom depresyjności jest ściśle związany z osobowością człowieka i jego mechanizmami obronnymi. Osoba depresyjna ma poczucie bycia uzależnioną od wpływów środowiska, brak jej sił do podejmowania decyzji, czuje presję otoczenia na sobie i w związku z tym rzadko działa w kierunku ochrony siebie, na swoją rzecz w prawidłowy, zdrowy sposób. Napięcie wewnątrz osoby, które wytwarzane jest w sposób ciągły uniemożliwia osobie uwolnienia się od stresu co w konsekwencji powoduje wyczerpanie fizyczne i psychiczne. Brak sił życiowych, stagnacja powodują, iż osoby te niejednokrotnie wycofują się z życia towarzyskiego. Nie można uznać, iż są aspołeczni jednakże osłabienie będące wypadkową generowania w ciele dużego napięcia powoduje chęć izolacji społecznej. Osobowość człowieka np. skłonność do neurotyczności, introwersji może stać się predyktorem zaburzeń depresyjnych. Praca badawcza dostarcza w tym względzie kilka wniosków.

Problem niniejszej pracy dotyczył zależności, jakie zachodzą między depresyjnością a strukturą osobowości. Został on rozwiązany w oparciu o wyniki badań własnych, w których zastosowano następujące metody badawcze:

- Skali Depresji CES-D L. E. Radloff'a i E. Helmes'a
- Inwentarz Osobowości NEO-PI-R autorstwa P.T. Costa i R. R. McCrae.
- *Arkusze personalny* własnej konstrukcji.

Badania zostały przeprowadzone w okresie marzec-lipiec 2021 r. Do badań zostało zaproszonych 41 osób. 11 testów odrzucono z uwagi na ich niekompletne uzupełnienie. Ostatecznie grupa respondentów wyniosła 30 osób. 22 osoby uczestniczyły w psychoterapii w nurcie Gestalt, 8 osób podjęły terapię w nurcie intergratywnym. Uczestnicy badań pochodzili z dużych i małych miast. Brak jest osób pochodzących z terenu wiejskiego.

Zebrany materiał empiryczny poddano analizie statystycznej i psychologicznej.

Wyniki uzyskane w Skali Depresji CES-D L. E. Radloff'a i E. Helmes'a oraz Inwentarzu Osobowości NEO-PI-R autorstwa P.T. Costa i R. R. McCrae częściowo potwierdzają związki między depresyjnością a strukturą osobowości. Szczegółowa analiza wyników pozwala stwierdzić, że:

- Występuje tylko jedna ujemna zależność pomiędzy skalami CES-D a składnikami czynnika Neurotyczności. Oznacza to, że im bardziej osoby w procesie terapeutycznym odczuwają znudzenie, obawę, smutek, rozbiecie, tym zmniejsza się im poczucie beznadziejności



i przygnębienia. Ponadto wraz ze wzrostem bierności, apatii wobec ważnych spraw życiowych u badanych maleje zniechęcenie, poczucie winy, samotność czy przygnębienie. Im bardziej osoby w procesie terapeutycznym przeżywają smutek, rozbicie, poczucie porażki, tym zmniejsza się u nich poczucie beznadziejności i przygnębienia.

- Występują dodatnie powiązania pomiędzy skalami CES-D a czynnikiem Ekstrawertyczności i jego składnikami na etapie początkowym terapii (przed terapią). Oznacza to, że im większe poczucie smutku, pustki i przygnębienia odczuwają osoby badane i im silniejszy jest u nich stan depresyjny, tym większa jest potrzeba uspołecznienia, towarzyskości, aktywności, optymizmu i energii czy potrzeby doznań i stymulacji. Im bardziej badanych cechuje obojętna postawa, tym bardziej przejawiają dominację, przebojowość czy społeczną przewagę nad innymi.

- Występują różnice w zakresie poziomu i struktury depresji u pacjentów na początku i po trzech miesiącach terapii. Jednakże, co jest ciekawe, badani po trzech miesiącach terapii uzyskali wyższe wyniki we wszystkich wymiarach skali CES-D w porównaniu do okresu przed podjęciem terapii (początek terapii). Charakteryzuje ich zatem przygnębienie, brak nadziei i wiary w poprawę. Cechuje ich bierność, smutek, samotność i obojętność wobec swojego życia. Ujawniają brak relacji z innymi ludźmi.

Wy tłumaczenie tych paradoksalnych wyników można upatrywać w mechanizmach obronnych stosowanych przez osoby badane przed rozpoczęciem terapii.

Mechanizmy obronne są nieświadomym, nawykowym zniekształceniem zachowania lub widzenia rzeczywistości mające na celu ochronę (ego) w sytuacjach trudnych, niemożliwych do zaakceptowania. Osoba, aby przetrwać trudne dla niego momenty życiowe może zastosować jedną lub kilka metod obrony. W zależności od osobistego progu odporności na sytuacje stresowe osoba może zastosować dysocjację – czyli ucieczkę od świadomości przeżytej traumy. Wśród mechanizmów obronnych wyróżnić można tzw. moralne mechanizmy obronne pozwalające osobie czuć się nadal dobrym człowiekiem pomimo zachowania niezgodnego z własnymi zasadami moralnymi. Można do nich zaliczyć: racjonalizację „złych” zachowań w imię ogólnego dobra, porównania – „mój zły uczynek w porównaniu do innych to drobnostka”, rozmycie odpowiedzialności czy zewnętrzna atrybucja winy polegająca na oskarżeniu innych osób, że sprowokowały do działania.

Mechanizmy obronne zaprzeczania, wyparcia, tłumienia, regresji, racjonalizacji zmierzają do zniekształcenia stanu faktycznego poprzez ignorowanie, aby móc sobie poradzić z trudną sytuacją życiową, aby uchronić się od bólu, cierpienia a w konsekwencji przetrwania.



Stosowanie ponad miarę mechanizmów obronnych, niedojrzałych, neurotycznych przyczynia się do zaburzeń w obszarze osobowości (Strelau, 2004).

Zastosowanie mechanizmów obronnych wśród badanych pacjentów przed terapią mogło stanowić źródło uzyskanych wyników. Większe poczucie bezpieczeństwa, stabilności emocjonalnej, zaufania do terapeuty w wyniku stworzenia sojuszu terapeutycznego mogły uwolnić sztywne mechanizmy obronne i dać możliwość głębszej analizy własnej osoby i sytuacji w jakiej badany się znajdował, czego obrazem mogły być wyższe wyniki w Skali CES-D.

- Występują różnice w zakresie cech osobowości u pacjentów na początku i po trzech miesiącach terapii. Badanych po trzech miesiącach terapii charakteryzuje większa stabilność emocjonalna, większe poczucie bezpieczeństwa, większa kontrola impulsów, mniejsza tendencja do zamartwiania się oraz wyższe poczucie wartości i radzenie sobie ze stresem niż przed terapią. Dodatkowo wykazują większą wyrozumiałość, mniejszą tendencję do gniewu czy frustracji. W większym stopniu umieją kontrolować swe pragnienia czy potrzeby. Ujawniają większą bliskość w kontaktach z innymi ludźmi. Cechuje ich uczuciowość i przyjazne podejście do ludzi.

Należy również zauważyć odmienne wyniki w zakresie Skali Depresji CES-D a Inwentarza Osobowości NEO-PI-R w obszarze depresyjności (powiązania; porównanie przed i po terapii). Można suponować, że powyższe rozbieżności wynikają z podłoża teoretycznego skal jak i procesu tworzenia narzędzi.

Kwestionariusz CES-D był tworzony w oparciu o objawy określone przez próbę 50 osób badanych w szpitalu psychiatrycznym. Badani mieli się wypowiedzieć na temat ich poziomu depresyjności, objawów biorąc pod uwagę ostatni tydzień przed wypełnieniem testu – subiektywne odczucia, wpływ aspektu społecznego (ocena siebie w odniesieniu do innych – porównanie z innymi).

Z kolei test NEO-PR został stworzony w oparciu o pięcioczynnikową teorię osobowości, której podłoże jest genetyczne, w związku z czym doświadczenia życiowe kształtowane w oparciu o świat zewnętrzny nie mają dużego wpływu na ich zmiany. Do podstawowych tendencji według twórców NEO-PR należą Neurotyczność, Ekstrawertyczność, Otwartość na doświadczenia, Ugodowość i Sumienność. Drugą składową osobowości są przystosowania tworzone przez środowisko, są one podatne na zmiany, aby jednostka mogła dostosować się do określonych warunków środowiskowych. Twórcy inwentarza wskazują, że cechy przystosowania do środowiska korelują z tendencjami podstawowymi, lecz nie mają



zasadniczego wpływu na nie, gdyż jeśli do nich nie pasują nie zostaną adoptowane przez osobę. Inwentarz osobowości NEO PR bada czynniki podstawowe bez odniesienia się do czynników środowiskowych (dostęp

https://www.researchgate.net/publication/265552707_Przydatnosc_Inwentarza_NEO-PI-R_w_diagnozie_indywidualne, data pobrania 20.03.2022).

Zaskakujące wyniki uzyskane w skali CES-D stanowią informację o konieczności powtórzenia badań w oparciu o inne testy badające depresję, bądź powtórzenia ich po 6 czy 12 miesiącach. Ponadto badania winny być przeprowadzone na większej grupie respondentów w dłuższym przedziale czasowym. Być może przyjęcie trzymiesięcznego okresu pomiędzy badaniami był za krótki, aby nastąpiła zmiana.

Zrealizowany problem badawczy nie wyczerpuje w pełni podjętej problematyki, jednocześnie stanowi podstawę do dalszych badań naukowych. Ponadto może on mieć wymiar praktyczny. Rezultaty otrzymanych wyników, mogą znaleźć odzwierciedlenie w szkoleniach dla terapeutów, psychologów, pedagogów, aby wzmocnić ich umiejętności miękkie w zakresie budowania relacji, przywiązania, nawiązywania sojuszu terapeutycznego, gdyż wyniki pokazują jak ważne jest to dla klienta w procesie zmiany.

Ważną kwestią jest praca nad relacją, aby pacjent poczuł, iż nie jest oceniany, miał odczucie bezpieczeństwa w kontakcie z terapeutą, a także niezmiernie ważną kwestią będzie omówienie negatywnych doświadczeń związanych z poprzednimi kontaktami z ludźmi i formę komunikacji.

Terapeuci winni podkreślać w rozmowie z klientem, iż zmiany mogą być powolne, gdyż jest to zależna od problemu a także i osobowości. Terapeutom, którzy na początku terapii proszą klienta o wypełnienie testu NEO-PR można zasugerować, aby poinformowali klientów o możliwości zapytania się o sens poszczególnych pytań zawartych w teście – jeśli jest coś czego nie rozumieją i omówieniu wyników po zakończonych obliczeniach. Nieprawidłowości związane z niezrozumieniem pytań a następnie niedokonanie weryfikacji z klientem może dać fałszywy obraz wyników.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S.(1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum, s. 11-18.
- Allport, G.(1988). *Osobowość i religia*. Warszawa: IN PAX.
- Argyle, M.(2004). *Psychologia szczęścia*. Wrocław: Astrum.
- Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M.(1997). *Psychologia społeczna*. Poznań: Wydawnictwo Zysk.
- Auenshine, C. D, Noffsinger, A. L.(1984). *Conseling*. Baltimore: University Park Press.
- Basińska, M. A., Andruszkiewicz, A.(2016). Cechy osobowości typu D a funkcjonowanie w chorobie pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi. *Polskie Forum Psychologiczne*. T. 21, nr 2, s. 221-237.
- Bee, H.(2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Belkin, G.S.(1984). *Introduction to counseling*. Dobugue:C.Brown Company Publisher.
- Białecka - Pikul, M.(2002). *Co dzieci wiedzą o umyśle i myśleniu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Biuletyn Informacyjno-Szkoleniowy FTP: Nowiny Psychologiczne, nr 3, 1987 (50). s. 88-93.
- Bowlby, J.(1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Buksik, D.(2000). Wybrane psychologiczne teorie osobowości. *Seminare. Poszukiwania Naukowe*. T. 16, s. 191-206.
- Brzezińska, A. I.(2005). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cervone, D., Pervin, L. A.(2011). *Osobowość. Teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Chlewiński, Z.(1987). *Postawy a cechy osobowości*. Lublin: Wydział Nauk Społecznych, Towarzystwo Naukowe.
- Chlewiński, Z.(1963). Wprowadzenie do teorii osobowości H. J. Eysencka, *Roczniki Filozoficzne* Tom 11 wydanie 4 , s. 81-91.
- Chu, V. (1993). *Psychoterapia Gestalt*. ŁÓDŹ: Oficyna Wydawnicza KANON.
- Czabała, J.(2006). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa.
- De Barabaro, B., Józefik, B., Drożdżowicz, L.(2008). Terapia rodzin w zaburzeniach osobowości: wątpliwości i możliwości. *Psychoterapia* 1, s. 5-16.

Dembo, M. H.(1997). *Stosowana psychologia wychowawcza*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Erikson, E. H.(2000). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis.

Erikson, E. H., Erikson, J. M.(2011). *Dopełniony cykl życia*. Gliwice: Sensus.

Frąckowiak-Sochańska, M.(2010). *Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych – analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej*. „Roczniki Socjologii Rodziny”, nr 10, s. 153–185.

Feltham, C., Horton, I.(2013). *Psychologia i poradnictwo*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Sp zoo, Sopot 2011 .

Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J.(2016). *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu*, Grupa Wydawnicza Harmonia Universalis.

Freud, Z.(1943). *Wstęp do psychoanalizy*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA , Warszawa 2002,2004.

Gałecki, P., Talarowska, M. *Neurodevelopmental theory of depression. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2018; 80(Pt C): 267–272

Ginger, S. (2004). *Gestalt Sztuka kontaktu*, Wydawnictwo Jacek Santorski&Co.

Grzesiuk,L.(2005). *Psychoterapia teoria*, Enteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2005.

Hall, C. S., Campbell, J. B., Lindzey, G. (2006). *Teorie osobowości*. Warszawa: PWN.

Hammen, C.(2004). *Depresja*, GWP. Jaracz

Jarema, M.(2017). *Depresja w praktyce lekarza POZ*, Wydawnictwo PZWL.

Jaracz, K.(2008). *Pielęgniarstwo Neurologiczne*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Jerzak, M.(2016). *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe dzieci a szkolna rzeczywistość -*, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Ormel, J.(2016). Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history. *Psychological Medicine*, nr 14.

Józefik, B., Iniewicz, G.(2008). *Koncepcja przywiązania od teorii do praktyki klinicznej*, Kraków : Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Jung, C. (1921). *Typy psychologiczne*, Wydawnictwo KR data wydania2013.

Kendall, P.C.(2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, GWP.

Kernberg, O.F., Selzer, M.A.,Koeningsberg, H.W.,Carr, A.C., Appelbaum, A.H.(2007). *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.



Kołakowski, A., Siwek, K., Ambroziak, K.(2018). *Nastolatek a depresja*, GWP.

Kuczyńska, A.(2018). *Sposób na bliski związek: zachowania wiążące w procesie kształtowania się i utrzymania więzi w bliskich związkach*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN

Kramer, P.(2007). *Czym jest depresja*, Wydawnictwo Rebis.

Matthews, G., Dear I. J., Whiteman, M. C. (2009). *Personality Traits. Third Edition*. London: Cambridge University Press.

Maultsby jr, M.(2013). *Racjonalna terapia zachowania*, Wydawnictwo Dominika Księskiego Wulkan.

McKenzie, K.(2001). *Depresja. Poradnik medyczny*, Wydawnictwo: Wiedza i Życie.

Myers, M.G., Stewart, D.G., Brown, S. A.(1998). *Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse.* „American Journal of Psychiatry”.

Ogińska – Bulik, N.(2007). *Stres zawodowy u policjantów. Źródła - konsekwencje – zapobieganie*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Oleś, P. K.(2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Oleś, P. K.(2011). *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość – zmiana – integracja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN .

Oleś, P., Kłosok- Ścibich, M.(2009). *Syndrom Gauguina- zmiana tożsamości czy mit?* Psychologia Rozwojowa1,9-25.

Olesiński, P., Rosiński, D. (2014). *Perspektywa społeczno-kulturowa a zaburzenia osobowości*. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problem diagnozy klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Opczyńska, M. (1999). *Moratorium psychospołeczne – szansa czy zagrożenie dla rozwoju w: Gałdowa A. red. Klasyczne i współczesne teorie osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 123-142.

Palmer, J.O.(1980). *Primer eclectic of psychotherapy*. Monterey: Brooks/Cole Publishing Company.

Pervin, L.A.(2002). *Psychologia osobowości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Plopa, M., (2005). *Psychologia rodziny - teoria i badania*, Elbląg: EUH-E.

Popielarska, A., Popielarska,M.(2000). *Psychiatria wieku rozwojowego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.



Porczyńska-Ciszewska, A., Kraczkla, M.(2017). Osobowość jako czynnik determinujący dobrostan psychiczny człowieka. *Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno – Humanistyczne* 2 (25), s. 101-117.

Radziwiłowicz, W. (2010). *Depresja u dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego-ujęcie kliniczne*, Kraków: Wydawnictwo Impuls.

Revelle, W.(2016). *Hans Eysenck: Personality theorist. Personality and Individual Differences*. Volume 103, p. 32-39.

Rogers, C. (1961). *Client- centred therapy*, Boston:Houghton, Mifflin .

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Santorski, J. wybór i redakcja.(1984). *Nowe strategie pomocy psychologicznej*, Warszawa, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej .

Seligman, M.E.P. (2010). *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań: Media Rodzina. Seligman M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L., (2001), *Psychopatologia*, Wydawnictwo: Zysk i S-ka.

Sills, Ch., Fish, S., Lapworth, P.(1999). *Pomoc psychologiczna w ujęciu Gestalt*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne Warszawa.

Spagnuolo-Lobb, M. (2013). *Fundamental and Development of Gestalt Therapy in the Contemporary Context. W: Gestalt Therapy in Clinical Practice Gianni Francesetti, Michela Gecele, Jan Roubal (red.)*. Mediolan: FrancoAngelis.

Strelau, J. (2004). *Psychologia. Podręcznik akademicki, psychologia ogólna, t.2*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s.22.

Święcicki, Ł.(2020). *Depresja w pytaniach pacjentów i odpowiedziach eksperta*, Wydawnictwo ITEM Publishing.

Taylor, Ch.(2017). *Dzieci i młodzież ze zdeorganizowanym stylem przywiązania*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Thorne, B. (1990). *Konfrontacja moralna w terapii rogeriańskiej*, *Nowiny Psychologiczne* ,5-6,31-40.

Tsirigotis, K. (2007). Struktura i organizacja osobowości w koncepcji Hansa J. Eysencka. *Nauczyciel i Szkoła* 3-4 (36-37), s. 99-115.

Turno, M. (2010). **Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu** : informacje dla pedagogów i opiekunów ,Warszawa : Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Wallin, D. J.(2011). *Przywiązanie w psychoterapii*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wojciechowska, I., Pawłowski, T. (2017). Rola osobowości w patogenezie i progresji chorób nowotworowych. *Medycyna Rodzinna* 2017, 20(3), s. 206-210.

Wolańczyk, T., Komender, J. (2005). Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci,



Wundt, W. M.(1886). *Ethik. Eine Untersuchung der Tatsachen und Gesetze des sittlichen Lebens.*

Zimbardo, P. G., Johnson, R. L., McCann, V.(2010). *Psychologia. Kluczowe koncepcje t.4.* Warszawa: Wydawnictwo PWN, s. 96.

Zinker, T. (1977). *Proces twórczy w terapii gestalt*, Jacek Sanotorski& Co Agencja Wydawnicza.

Strony internetowe

APA , DSM-IV, <https://dictionary.apa.org/browse/c> - dostęp 16.01.2022

Jastrzębowska – Tyczkowska A. (2017). *Od czego zależy zachowanie człowieka? Perspektywa psychologiczna i neuropsychologiczna*, www.researchgate.net, dostęp 03.01.2022, s. 241-255

Kluczyńska S. (2005). Poza normą, *Niebieska Linia*, nr 3 <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/135-zdrowie-i-choroba/1494-pozza-norma-sylwia-kluczynska.html>, dostęp: 03.01.2022

<http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/1036-teoria-i-praktyka-terapii-gestalt-czesc-i-elementarne-wprowadzenie.html> dostęp 10.08.2021

<https://psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/1036-teoria-i-praktyka-terapii-gestalt-czesc-i-elementarne-wprowadzenie.html> dostęp 10.08.2021

<http://www.gestalt-wspg.pl/blog/figura-i-tlo-koncepcja-gestaltowska-funkcjonowania-czlowieka/> Figura i tło – koncepcja gestaltowska funkcjonowania człowieka – Wielkopolska szkoła Psychoterapii Gestalt (wordpress.com) data pobrania 10,08,2021

<https://portal.abczdrowie.pl/rodzaje-depresji-> data odczytu: 01.02.2022

https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/56876/wendolowska_depresja_adolescentow_w_swietle_teorii_przywiazania_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y,dostęp, dnia, 02,02,2022

Jankowska, 2015 <https://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentations0/2015-1Jankowska.pdf>, dostęp 02,02,2022

<https://portal.abczdrowie.pl/rodzaje-depresji-> data odczytu: 01.02.2022

<https://bibliotekanauki.pl/articles/496547>, dostęp dnia 02.02.2022

<https://www.psychiatria.pl/artykul/problematyka-wyuczonej-bezradnosci-w-terapii-zaburzen-nastroju/619/5>, data odczytu 01.02.2022



Michalska-Leśniewicz, Gruszczyński, 2013, Czynniki psychologiczne w depresji, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/29112> dostęp, dnia,02,02,2022

Jasiński, 2014, <http://hdl.handle.net/11320/2686>,dostęp 02.02.2022

http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_6_2011/Blaut105_Psychiatria_Polska_6_2011.pdf, dostęp dnia 01.02.2022

Spis Rysunków

Rysunek 1. Model poznawczy depresji według A. T. Becka,	15
Rysunek 2. Model wyjaśniania zachowania w teorii H. J. Eysenscka	40

Spis Tabel

Tabela 1. Podobieństwa pomiędzy wyuczoną bezradnością a depresją	18
Tabela 2. Różnice między teorią Allporta a teoriami psychodynamicznymi	37
Tabela nr 3 Rozwój cech Ego w korelacji do potencjalnie uzyskanej siły w poszczególnych okresach życia.	44
Tabela 4. Relacje jednostki z otoczeniem w okresie niemowlęcym a rozwój osobowości	45
Tabela 5. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem wieku	86
Tabela 6. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem płci	86
Tabela 7. Liczbowy i procentowy rozkład miejsca zamieszkania	87
Tabela 8. Liczbowy i procentowy rozkład struktury rodziny badanych	87
Tabela 9. Liczbowy i procentowy rozkład rodzeństwa	88
Tabela 10. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący relacji z rodzicami	88
Tabela 11. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący statusu majątkowego badanych	89
Tabela 12. Liczbowy i procentowy rozkład zainteresowań wśród badanych osób	89
Tabela 13. Liczbowy i procentowy rozkład dotyczący występowania choroby depresji w rodzinie badanych	90
Tabela 14. Liczbowy i procentowy rozkład uczucia smutku u badanych osób	90
Tabela 15. Liczbowy i procentowy rozkład sposobów radzenia sobie ze stresem	90



Tabela 16. Liczbowy i procentowy rozkład informacji dotyczącej wzięcia odpowiedzialności za własne życie w przyszłości wśród badanych	91
Tabela 17. Liczbowy i procentowy rozkład jakości snu wśród badanych osób	91
Tabela 18. Liczbowy i procentowy rozkład informacje dotyczące nastawienia osób badanych po przebudzeniu	92
Tabela 19. Liczbowy i procentowy rozkład danych dotyczących sposobu myślenia o sobie	93
Tabela 20. Liczbowy i procentowy rozkład poczucie wdzięczności u badanych osób	94
Tabela 21. Liczbowy i procentowy rozkład sposobów relaksacji wśród badanych	94
Tabela 22. Liczbowy i procentowy rozkład poziom poczucia winy wśród osób badanych	95
Tabela 23. Liczbowy i procentowy rozkład w kontekście stosunku do siebie i zadowolenia wśród badanych	95
Tabela 24. Liczbowy i procentowy rozkład stosunku osób badanych do wykonywanej pracy zawodowej	96
Tabela 25. Liczbowy i procentowy rozkład oceny stanu zdrowia wśród osób badanych	97
Tabela 26 Liczbowy i procentowy rozkład stosunku badanych do własnego wpływu na stan zdrowia	97
Tabela 27. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Neurotyczności i jego składnikami	99
Tabela 28. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Ekstrawertyczności i jego składnikami	101
Tabela 29. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Otwartości na doświadczenia i jego składnikami	102
Tabela 30. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Ugodowości i jego składnikami	103
Tabela 31. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Sumienności i jego składnikami	104
Tabela 32. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Neurotyczności i jego składnikami (trzy miesiące w procesie terapeutycznym)	105
Tabela 33. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Ekstrawertyczności i jego składnikami (trzy miesiące w procesie terapeutycznym)	106



Tabela 34. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Otwartości na doświadczenia i jego składnikami (trzy miesiące w procesie terapeutycznym)	107
Tabela 35. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Ugodowości i jego składnikami (trzy miesiące w procesie terapeutycznym)	108
Tabela 36. Wskaźnik korelacji (r-Pearsona) między wynikami Skali do oceny depresji CES-D a czynnikiem Sumienności i jego składnikami (trzy miesiące w procesie terapeutycznym) ...	108
Tabela 37. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie skal testu CES-D do badania depresji przed i po terapii	110
Tabela 38. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie czynników testu NEO-PI - R przed i po terapii	111
Tabela 39. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Neurotyczności przed i po terapii	112
Tabela 40. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Ekstrawertyczności przed i po terapii	113
Tabela 41. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Otwartości na doświadczenia przed i po terapii	114
Tabela 42. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Ugodowości przed i po terapii	115
Tabela 43. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Sumienności przed i po terapii	116

Spis Wykresów

Wykres 1. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie skal testu CES - D do badania depresji przed i po terapii	110
Wykres 2. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie czynników testu NEO-PR przed i po terapii	111
Wykres 3. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Neurotyczności przed i po terapii	113
Wykres 4. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Ekstrawertyczności przed i po terapii	114
Wykres 5. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Otwartości na doświadczenia przed i po terapii	115
Wykres 6. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Ugodowości przed i po terapii	116
Wykres 7. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie składników Sumienności przed i po terapii	117



