

STUDIA PSYCHOLOGICA

ROK XI

2012

NR 12

TOM 2



Wydawnictwo
Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Warszawa 2012

UNIwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Instytut Psychologii

Redaktor naczelny: Henryk Gasiul

Rada redakcyjna: Andrzej Jakubik, Andrzej Strzałecki, Jan F. Terelak

Sekretarze Redakcji: Katarzyna Martowska, Agnieszka Norwa

Kolegium redakcyjne:

Elżbieta Aranowska, Jerzy Brzeziński, Tomasz Maruszewski,
Anna Matczak, Stanisław Mika, Czesław S. Nosal, Ryszard Stachowski,
Maria Straś-Romanowska, Jan Tylka, Zenon Uchnast

Redaktor statystyczny:

Elżbieta Aranowska

Redaktorzy językowi:

Leszek Lechowicz, Emilia Wrocławska-Warchała

ISSN 1642-2473

Adres Redakcji:

Instytut Psychologii UKSW
ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14

01-938 Warszawa

tel./fax 022 569 96 75

e-mail: studia_psychologica@uksw.edu.pl

strona internetowa: www.studia.psychologica.uksw.edu.pl

Redakcja informuje, że wersją pierwotną czasopisma jest wydanie papierowe.

Skład, druk i oprawa:



EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.

ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

tel. 54 232-37-23, e-mail: sekretariat@expol.home.pl

SPIS TREŚCI

ARTYKUŁY EMPIRYCZNE

Małgorzata Starzomska, Anna Brytek-Matera: Myśli, które tuczą. Fuzja „myśl-kształt” w zaburzeniach jedzenia	5
Anna Brytek-Matera, Adriana Rybicka-Klimczyk: Ocena nasilenia objawów syndromu gotowości anorektycznej u młodych kobiet – badania pilotażowe	23
Barbara Gawda, Katarzyna Czubak: Style przywiązania a cechy zaburzeń osobowości	37

ARTYKUŁY TEORETYCZNE

Władysław Chaim: (Wielo)wmiarowość religijności	55
Mirosław Nowosielski: Pojęcie i przyczyny powstawania kryzysu religijnego	95
Malwina Dankiewicz: Ocena moralna zachowań agresywnych w teorii i badaniach naukowych	107
Iwona Czuma, Ewa Cwalina: Złość w wybranych podejściach psychoterapeutycznych	119

STRATEGIE I METODY BADAŃ

Elżbieta Aranowska, Jolanta Rytel: Struktura czynnikowa Kwestionariusza Agresji Bussa i Perry’ego (BPQA) w populacji polskiej	135
---	-----

SPRAWOZDANIA

Aleksandra Borkowska: Sprawozdanie z III konferencji naukowej <i>Psychologia – konsumpcja – jakość życia. Pomiedzy dobrobytem a dobrostanem</i>	153
---	-----

MAŁGORZATA STARZOMSKA¹

Instytut Psychologii

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

ANNA BRYTEK-MATERA²

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

Wydział Zamiejscowy w Katowicach

MYŚLI, KTÓRE TUCZA. „FUZJA MYŚL-KSZTAŁT” W ZABURZEŃCIACH JEDZENIA

Abstract

Psychiatric disorders are characterized by a range of specific cognitive distortions. One of the most interesting cognitive phenomena is Thought-Shape Fusion, which occurs when thinking about eating certain types of food increases a person's estimate of their shape and/or weight, elicits a perception of moral wrongdoing, and/or makes the person feel fat. TSF can be induced experimentally in healthy volunteers, but it is especially associated with eating pathology. It may be that thought-shape fusion is both a direct expression of the core psychopathology and also serves to maintain it. In patients for whom thought-shape fusion appears to be a barrier to changing the core psychopathology, direct techniques for addressing thought-shape fusion may be very useful.

Key words: Thought-Shape Fusion; anorexia nervosa, bulimia nervosa

1. WPROWADZENIE

Zaburzenia psychiczne charakteryzuje wiele specyficznych zniekształceń poznawczych, które są spójne i nie podlegają samoistnej weryfikacji. Mogą one przyczyniać się w dużym stopniu do utrzymywania się danego zaburzenia. Niektóre z tego typu zniekształceń zostały szczegółowo opisane w literaturze przedmiotu oraz naukowo zweryfikowane, jak na przykład: katastroficzna interpretacja doznań somatycznych w zespole paniki (Clark, 1986), błędy myślenia w depresji (Beck, 1995), nadmierne poczucie odpowiedzialności w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych (Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester, Richards, Reynolds i Thorpe, 2000) czy zniekształcona percepcja dotycząca kształtu i masy ciała u osób z za-

¹ Adres do korespondencji: eltram@life.pl

² Adres do korespondencji: abrytek-matera@swps.edu.pl

burzeniami odżywiania (Bonifazi, Crowther, Mizes, 2000; Cooper, Cohen-Tovee, Todd, Wells, Tovee, 1997; Cooper, Fairburn, 1992; Williamson, Muller, Reas i Thaw, 1999; Williamson, White, York-Crowe, Stewart, 2004).

2. HISTORIA POWSTANIA I DEFINIOWANIE POJĘCIA „FUZJA: MYŚL-KSZTAŁT”

Pojęcie „Fuzja: Myśl-Kształt” (ang. *Thought-Shape Fusion*, w skrócie TSF), po raz pierwszy opisane przez Rożę Shafran i współpracowników (Shafran, Teachman, Kerry, Rachman, 1999) stanowi wariant pojęcia „Fuzja: Myśl-Działanie” (ang. *Thought-Action Fusion*, w skrócie TAF) zaproponowanego także przez Shafran i współpracowników (Shafran, Thordarson, Rachman, 1996; por. Einstein, Menzies, 2004; Berle, Starcevic, 2005). Ten ostatni termin badacze zastosowali dla nazwania specyficznego zniekształcenia poznawczego występującego u osób z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi. Zniekształcenie to polega na przekonaniu, że natrętne, negatywne myśli, które pojawiają się u osoby, mogą mieć siłą sprawczą, to znaczy mogą bezpośrednio wywoływać zdarzenie, którego dotyczyła myśl i/lub na przekonaniu, że samo pojawienie tych myśli jest w tym samym stopniu moralnie naganne, jak wykonywanie działań, które stanowiłyby realizację tych myśli w rzeczywistości (Shafran, Robinson, 2004). Zatem TAF posiada dwa komponenty. Pierwszy z nich nawiązuje do przekonania, że doświadczanie negatywnej myśli zwiększa prawdopodobieństwo, że wydarzenie, którego dotyczyła myśl, rzeczywiście będzie miało miejsce. Ten komponent określa się jako „Fuzje: Myśl-Działanie Prawdopodobieństwo” (ang. *Likelihood Thought-Action Fusion*, w skrócie *Likelihood TAF*). Drugi wariant Fuzji Myśl-Działanie, który określa się jako „Fuzja: Myśl-Działanie Moralność” (ang. *Moral Thought-Action Fusion*, w skrócie *Moral TAF*) dotyczy przekonania, że samo pojawienie się negatywnej myśli jest w równym stopniu moralnie niedopuszczalne, co negatywny uczynek, stanowiący realizację tej myśli w rzeczywistości (Grim, 2009). Na przykład, gdy u pacjenta z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi pojawi się natrętna myśl na temat tego, że jego krewny został poszkodowany w wypadku, jest on całkowicie przekonany, że ta myśl zwiększa w dużym stopniu prawdopodobieństwo, że taki wypadek (z udziałem bliskiej mu osoby) rzeczywiście będzie miał wkrótce miejsce (Shafran, Robinson, 2004).

Shafran i współpracownicy (1996) w celu pomiaru TAF utworzyli kwestionariusz, składający się z 19 itemów, przy czym zadaniem badanego jest ocena, w jakim stopniu zgadza się z danym stwierdzeniem. Takie oszacowanie umożliwia 5-punktowa skala (od „0” – „w ogóle nie zgadzam się” do „5” – „całkowicie się zgadzam”). Kwestionariusz zawiera dwie subskale: pierwszą o nazwie „Fuzja: Myśl-Działanie Prawdopodobieństwo” (przykład itemu: „Moje myślenie o tym, że mój krewny/przyjaciół jest chory, zwiększa ryzyko, że rzeczywiście zachoruje”) oraz drugą o nazwie „Fuzja: Myśl-Działanie Moralność” (przykład itemu: „Gdy myślę niemiło o moim przyjacielu, jest to prawie tak samo nielojalne, jak gdybym był dla niego nieżyczliwy”). Badanie przeprowadzone przez Shafran i współpracowników (1996) wykazało, że u pewnych osób TAF może w znacznej mierze

przyczyniać się do powstawania zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych poprzez to, że osoby te czują się odpowiedzialne za pojawiające się myśli.

Jak już wspomniano, badania Shafran i współpracowników (1999) dowiodły, że u niektórych osób może występować zniekształcenie poznawcze przypominające „Fuzję: Myśl-Działanie”, a które badacze określili jako „Fuzję: Myśl-Kształt” i zdefiniowali jako przekonanie danej osoby, że samo myślenie o jedzeniu powoduje przyrost jej masy ciała. O ile, jak już wspomniano, TAF składa się z dwóch komponentów, o tyle w TSF można wyróżnić trzy komponenty (Shafran, Robinson, 2004):

(1) pierwszy komponent określa się jako „Fuzję: Myśl-Kształt Prawdopodobieństwo” (ang. *Likelihood Thought-Shape Fusion*, w skrócie *Likelihood TSF*). Nawiązuje on do przekonania, że już samo pojawianie się myśli o jedzeniu „zakazanego” (czyli zawierającego dużą ilość cukru czy/i tłuszczu, wysokokalorycznego) pożywienia zwiększa prawdopodobieństwo przyrostu masy ciała lub niekorzystnej zmiany kształtu ciała. Osoba, u której dominuje ten komponent TSF zdaje sobie sprawę, że sama myśl o spożywaniu wysokokalorycznego posiłku, nie może spowodować przyrostu masy ciała czy zmiany kształtu ciała, *jednak pomimo to, pojawiają się u niej wątpliwości i zaczyna wbrew prawom logiki wierzyć, iż jest to możliwe;*

(2) drugi komponent TSF – „Fuzja: Myśl-Kształt Moralność” (ang. *Moral Thought-Shape Fusion*, w skrócie *Moral TSF*) dominuje u osób, które są przekonane, że już samo pojawienie się myśli o spożywaniu „zakazanego” (w ich mniemaniu) pożywienia jest w równym stopniu moralnie niedopuszczalne, co rzeczywista konsumpcja tego pożywienia.

(3) z kolei trzeci komponent TSF – „Fuzja Myśl-Kształt Odczuwanie” (ang. *Feeling Thought-Shape Fusion*, w skrócie *Feeling TSF*) występuje u osób, u których sam fakt pojawienia się myśli o spożywaniu „zakazanego” pokarmu, nasila negatywne poczucie bycia osobą otyłą.

Roza Shafran i Paul Robinson (2004) proponują w następujący sposób tłumaczyć opisane komponenty na słowa osoby, u której występuje TSF: „Gdy rozmyślałam o nadmiernym objadaniu się lub jedzeniu zakazanych pokarmów, wtedy – myślałam, że masa mojego ciała może się zwiększyć / myślałam, że jestem niemoralna / czuję się grubsza)” (s. 400).

3. PIERWSZE BADANIA NAD TSF

Wstępne badania nad TSF dały wysoce obiecujące wyniki.

W celu zbadania TSF utworzono kwestionariusz samoopisowy (Shafran, Teachman, Kerry, Rachman, 1999), stanowiący rozszerzoną wersję roboczego kwestionariusza, zastosowanego w badaniu grupy 70 studentów. Kwestionariusz ten składa się z 33 itemów dotyczących trzech wyżej opisanych komponentów TSF. Zadaniem badanego jest odpowiedzieć, w jakim stopniu zgadza się z danym stwierdzeniem („0” – „w ogóle nie” – „4” – „całkowicie”). Oto przykłady itemów: „Samo wyobrażanie sobie, że przybieram na wadze może rzeczywiście spowodować, że moja masa ciała zwiększy się” (Fuzja: Myśl-Kształt Prawdopodobieństwo); „Dla mnie, samo myślenie o zaniechaniu ćwiczeń przez miesiąc jest prawie tak samo złe, jak gdybym rzeczywiście nie ćwiczyła” (Fuzja: Myśl-Kształt Moralność); „Czu-

ję się grubsza nawet wówczas, gdy tylko jedynie myślę o objadaniu się” (Fuzja: Myśl-Kształt Odczuwanie). W kwestionariusz zostały włączone również itemy dotyczące związanych z TSF konstrukcji poznawczych (np. „Gdy zjem smażoną potrawę, moja masa ciała wzrośnie o wiele bardziej niż masa ciała mojego przyjaciela po zjedzeniu tej potrawy”) oraz zachowań (np. „Samo myślenie o zaniechaniu ćwiczeń przez miesiąc powoduje u mnie pragnienie, aby zmniejszyć ilość spożywanego przeze mnie jedzenia”). Właściwości psychometryczne kwestionariusza sprawdzono przeprowadzając badania na grupie 119 studentów o średniej wieku równej 20,7 lat ($SD=4,3$), przy czym 77% próby stanowiły kobiety. Na podstawie wyników surowych wykonano analizę głównych komponentów (stosując metodę rotacji varimax na 33 itemach kwestionariusza) w celu wyłonienia trzech czynników odpowiadających trzem komponentom TSF. Analiza wykazała, że tylko jeden czynnik odpowiada za 46% zmienności. Zatem nie udało się wyodrębnić trzech czynników korespondujących z trzema subskalami kwestionariusza (Prawdopodobieństwo, Moralność i Odczuwanie). Z tego względu autorzy (Shafran, Teachman, Kerry, Rachman, 1999) zdecydowali, że w dalszych badaniach będzie brany pod uwagę jeden ogólny wynik TSF. W rezultacie dalszych analiz przeprowadzonych na wynikach surowych wykazano, że skalę cechuje wysoka wewnętrzna zgodność (co oznacza wysoki stopień podobieństwa wyników, które uzyskuje osoba badana) dla poszczególnych jej itemów. Wyniki analizy korelacji pokazały istotny statystycznie umiarkowany (w granicach $.51 < r < .61$; $p < .001$) związek między TSF i wszystkimi subskalami *Eating Disorders Examination – Questionnaire* (w skrócie: EDE-Q – wersja kwestionariuszowa)³ (Fairburn, Beglin, 1994). Ponadto analizy ujawniły istotny statystycznie, chociaż słaby związek ($r = .323$; $p < .01$) między TSF a TAF (Shafran, Thordarson, Rachman, 1996). Analizy korelacyjne nie dowiodły natomiast związku między wynikami na Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (w skrócie: MOCI)⁴ (Hodgson, Rachman, 1977). Wyniki analizy statystycznej wykazały również, że korelacje między wynikami uzyskiwanymi w subskalach kwestionariusza TSF a EDE-Q pozostały istotne statystycznie nawet wówczas, gdy kontrolowano takie zmienne, jak depresja (mierzona za pomocą testu *Beck Depression Inventory – BDI* – badającego charakterystyczne postawy i symptomy depresji (Beck, Ward, Mendelsohn, 1961) oraz obsesyjność (badana kwestionariuszem MOCI).

W ramach tego samego projektu, po opisanym powyżej badaniu o charakterze strictly psychometrycznym, autorzy (Shafran, Teachman, Kerry, Rachman, 1999)

³ Jest to rzetelne i trafne narzędzie. Dotyczy ono badania stanu osoby w ciągu minionych 28 dni. Składa się z 36 itemów, które obejmują behawioralne i związane z postawami aspekty zaburzeń odżywiania, które wchodzi w skład czterech następujących subskał: restrykcje żywieniowe, troska dotycząca jedzenia, troska dotycząca masy ciała oraz troska dotycząca kształtu ciała. Zadaniem badanego jest zaznaczenie na 7-punktowej skali likertowskiej właściwej dla niego odpowiedzi (wiążącej się z częstością występowania danego zachowania).

⁴ Jest to skala o wysokiej wewnętrznej trafności i zadowalającej rzetelności, składająca się z 30 itemów, które dotyczą: obsesyjno-kompulsyjnego sprawdzania, sprzątanania, wątpienia i spowolnienia. Przy czym zadaniem badanego jest odpowiedź na pytanie, czy dane stwierdzenie jest dla niego prawdziwe czy fałszywe.

przeprowadzili badanie eksperymentalne, którego celem było określenie roli TSF w psychopatologii zaburzeń odżywiania oraz odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy zniekształcenie poznawcze typu TSF może być wywoływane w warunkach laboratoryjnych?
2. Jakie zachowania mogą wiązać się z tym zniekształceniem?
3. Czy kwestionariusz do badania TSF cechuje zadowalająca trafność prognostyczna?

W oparciu o paradygmat zastosowany w odniesieniu do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych w badaniach Rachmana i współpracowników (1996) wstępnie założono, że zniekształcenie poznawcze może być wywołane w warunkach eksperymentalnych, co uzyskano poprzez poproszenie osób doświadczających tego zniekształcenia o napisanie zdania dotyczącego jedzenia „zakazanego” pokarmu i wyobrażanie sobie, że spożywa się je aż do momentu wystąpienia awersji. Wysznięto trzy następujące hipotezy:

- (1) po pierwsze, opisana powyżej procedura eksperymentalna doprowadzi do tego, że badani będą przyznawać, iż przyrost ich masy ciała lub niekorzystna zmiana sylwetki może stanowić rezultat samego tylko myślenia o jedzeniu „zakazanego” pokarmu. Ponadto będą przyznawali, że czują, iż postąpili niedopuszczalnie pod względem moralnym w wyniku jedynie myślenia o jedzeniu „zakazanego” pokarmu. Ponadto badani będą stwierdzali, że czują się bardziej otyli w wyniku samego tylko myślenia o jedzeniu „zakazanego” pokarmu;
- (2) po drugie, procedura eksperymentalna (opisana powyżej) wywoła: lęk, poczucie winy oraz pragnienie tzw. zachowań korekcyjnych (np. przeglądania się w lustrze czy przywrócenia „odpowiedniego wizerunku” poprzez wyobrażanie sobie, że je się seler bądź pisanie, że je się marchewkę);
- (3) po trzecie, w następstwie określonego zachowania korekcyjnego, wpływ procedury eksperymentalnej ulegnie zminimalizowaniu, co u osób badanych oznaczać będzie złagodzenie oceny prawdopodobieństwa tego, iż ich masa ciała zwiększy się w wyniku myślenia/pisania o spożywaniu wysokokalorycznego jedzenia, a także zmniejszenie się odczuć dotyczących moralnie naganego czynu (jakim jest jedzenie) oraz związanych z byciem osobą otyłą.

Dodatkowo przewidywano, że wyniki w skali TSF będą prognostyczne dla efektów procedury eksperymentalnej, a mianowicie manipulacja eksperymentalna spowoduje istotne zmiany wyników uzyskiwanych poprzez pomiar tym narzędziem (była to hipoteza dotycząca trafności prognostycznej narzędzia TSF).

Aby zweryfikować wyżej wymienione hipotezy badawcze, przebadano 30 studentów, którzy po wykonaniu krótkiego kwestionariusza przesiewowego osiągnęli wysokie wyniki przynajmniej w zakresie jednego z trzech komponentów TSF (żaden z badanych studentów nie był uczestnikiem przeprowadzonego wcześniej badania o charakterze psychometrycznym). Średnia wieku badanych wyniosła 21,3 lat (SD=5,3), 87% próby stanowiły kobiety. Po uzupełnianiu tych samych kwestionariuszy, których użyto w poprzednim badaniu (kwestionariusz TSF, EDE-Q, kwestionariusz TAF, MOCI i BDI), osoby proszono o informację, jaka jest ich aktualna masa ciała, jak bardzo czują się otyli i jaki typ pożywienia uważają za

skrajnie tuczący. Po wypełnieniu kwestionariuszy badani byli poddani relaksacji. Trwała ona do momentu, gdy poziom lęku (mierzony za pomocą werbalnej skali analogowej, gdzie „0” koresponduje z odpowiedzią „w ogóle nie”, a „100” – koresponduje z odpowiedzią „bardzo”) wynosił 30 punktów lub mniej. Oceniane było również poczucie winy. Badanych proszono o to, aby pomyśleli o pożywieniu (jednym pokarmie lub kombinacji pokarmów), które uważają za skrajnie tuczące i które według nich prawdopodobnie spowodowałyby przyrost masy ciała. Następnie zostali proszeni o uzupełnienie następującego zdania: „Jem” przez wstawienie nazwy tuczącego pokarmu (lub tuczących pokarmów) w miejsce kropek. Celem tego zadania było umożliwienie badanym wizualizacji spożywania przez nich „zakazanego” pokarmu. W następnej kolejności badanych proszono, aby wyobrazili sobie, że spożywają ogromne ilości tego pokarmu, aż do momentu, gdy czynność ta staje się dla nich nieprzyjemna. Potem badani proszeni byli o skoncentrowanie uwagi na tym obrazie do momentu, gdy ich odczucia lęku będą co najmniej na poziomie o 20 punktów wyższym (na opisanej powyżej werbalnej skali analogowej) w porównaniu z wynikiem na początku eksperymentu. Do dalszych badań nie zakwalifikowano: trzech osób, u których poziom lęku nie zwiększył się; siedmiu osób, u których nie stwierdzono zniekształcenia poznawczego TSF (pomimo wysokiego wyniku uzyskanego w kwestionariuszu mierzącym TSF); dane tych osób nie mogłyby być bowiem użyte w testowaniu przewidywań eksperymentalnych, a także ze względów etycznych nie dopuszczono do dalszych badań czterech osób, u których odnotowano podwyższone wyniki w skali BDI.

U osób, które zostały zakwalifikowane do dalszych badań, zmierzono, używając werbalnych skal analogowych, poziom: lęku, poczucia winy, odczucia bycia osobą otyłą oraz aktualnej masy ciała. Następnie proszono badanych o ocenę prawdopodobieństwa, że ich masa ciała wzrosła w wyniku samego tylko zastosowania procedury eksperymentalnej. Osoby badane informowały eksperymentatorów o tym, jak, na przestrzeni ostatnich 24 godzin, postrzegają własną kontrolę w zakresie spożywania „zakazanych pokarmów”, w jakim stopniu uważają swój udział w eksperymencie za moralnie nieakceptowany oraz jak silne jest ich pragnienie zredukowania psychologicznych następstw dokończenia zdania oraz potrzeba sprawdzenia, czy ich masa ciała w wyniku udziału w eksperymencie nie zwiększyła się. Przed odpowiedzią na powyższe pytania, badanych poproszono o przeczytanie następującego wprowadzenia: „Chcielibyśmy zrozumieć, co myślisz o tych pytaniach, nawet wówczas, gdy myśli te wydają ci się bezsensowne. Inaczej mówiąc, chcielibyśmy poznać, co myślisz o tym na poziomie emocjonalnym, zatem prosimy, abyś posłuchał irracjonalnego głosu w twojej głowie, a nie tylko głosu osoby myślącej racjonalnie”. Badani mogli następnie zdecydować, czy w ciągu dwóch następnych minut zaangażują się w zachowanie korekcyjne (podobne do neutralizowania), czy też będą sprawdzać ewentualny przyrost masy ciała. W przypadku, gdy badani wybierali wariant drugi, eksperymentator opuszczał pokój w celu zapewnienia badanym prywatności. Zatem badacz mógł uzyskać informację o przebiegu sprawdzania przez badanych masy ciała dopiero wówczas, gdy powrócił do pokoju, w którym odbywały się badania. Po czynności sprawdzania/neutralizacji, ponownie szacowano poziom lęku i poczucie bycia otyłą oraz określano, jak osoby badane oceniają

prawdopodobieństwo przyrostu własnej masy ciała. Dodatkowo badano ich poczucie winy i poczucie, że postąpili niemoralnie, a także nasilenie pragnienia neutralizacji i sprawdzania masy ciała. Na koniec, badani byli poddani relaksacji, aż do momentu obniżenia poziomu lęku do 30 punktów na werbalnej skali analogowej (a zatem badani byli oni poddani tzw. debriefingowi⁵).

Wyniki analiz statystycznych potwierdziły pierwszą hipotezę: okazało się, że 26 z 30 badanych (87%) przyznało, że są przekonani, iż eksperyment spowodował przyrost ich masy ciała lub niekorzystną zmianę kształtu ciała. Średnia ocena prawdopodobieństwa, że procedura eksperymentalna spowoduje przyrost masy ciała wyniosła 27,83% (SD=19,8). Z 30 badanych, 24 (80%) przyznawało się do odczuć, że jest dla nich moralnie niedopuszczalne myślenie o jedzeniu „zakazanego” pożywienia lub pisanie o tej czynności. Średnia ocena tego zachowania jako moralnie nieakceptowanego wyniosła 34,2% (SD=28,04). Z kolei odpowiedzi na pytanie „Jak bardzo otyły/otyła się czujesz?”, wskazały, że wszyscy badani czuli się otyli, przy czym średni wynik – 51,04% (SD=21,8, N=24 – badani po wykluczeniu sześciu osób, którzy zmieniali słowa w zdaniu) pokazał, że badani po wystąpieniu myśli dotyczących jedzenia „zakazanego” pokarmu/ napisaniu zdania z nazwą (lub nazwami) „zakazanego” pokarmu, czuli się około 50% bardziej otyli niż przed manipulacją eksperymentalną.

Wyniki analiz statystycznych potwierdziły także drugą hipotezę: poziom lęku istotnie wzrósł z 17,00 (SD=10,39) do 60,00 (SD=20,68) po wdrożeniu procedury eksperymentalnej ($t(29)=11,13$; $p<0,001$). Poczucie winy podwyższyło się również znacząco z poziomu 17,67 (SD=22,77) do poziomu 57,33 (SD=24,06) ($t(29)=7,25$; $p<0,001$). Eksperymentalna procedura wywołała także u 24% badanych (SD=23,4) pragnienie sprawdzenia masy i kształtu ciała, a u 41,67% badanych (SD=32,12) spowodowała wystąpienie zachowania korekcyjnego.

Wyniki analiz statystycznych potwierdziły również trzecią hipotezę: 2/3 badanych wybrało minimalizowanie skutków eksperymentu przez angażowanie się w zachowania neutralizujące. Takie zachowanie polegało na przekreślaniu zdania, wyobrażaniu sobie siebie w momencie ćwiczeń fizycznych, czy jedzenia selerera etc. 1/3 badanych wybrała sprawdzanie swojego wyglądu w lustrze. Wszyscy badani mogli na te czynności przeznaczyć dwie minuty. Okazało się, że czynności te w znaczącym stopniu zredukowały podwyższone (w wyniki eksperymentu) wartości wszystkich zmiennych ($p<0,01$) z wyjątkiem odczucia niemoralnego postępowania. Nie zaobserwowano istotnych różnic pod względem efektów neutralizowania w porównaniu ze sprawdzaniem, z wyjątkiem tego, że wykonywanie neutralizującej czynności było, co zaskakujące, bardziej efektywne w redukowaniu pragnienia neutralizowania niż sprawdzanie ($t(28) = 2,4$; $p<0,05$).

Ponadto udało się udowodnić prognostyczną trafność narzędzia TSF. Wynik uzyskany przez badanych w skali TSF okazał się prognostyczny dla behawioralnych i subiektywnych zmian emocjonalnych po wdrożeniu eksperymentalnej procedury.

⁵ Metoda, która pozwala w dość szybki sposób zredukować efekty stresu pourazowego (Talarowska, Florkowski, Wachowska, Gałecki, 2011).

4. BADANIA NAD TSF W ZABURZENIACH ODŻYWIANIA

Shafran i Robinson (2004) przeprowadzili kilka lat później ważne badania dotyczące występowania TSF u osób z zaburzeniami odżywiania. Autorzy przebadali 42 kobiety, których średnia wieku wyniosła 28,6 lat ($SD=9,7$): 10 spełniało kryteria diagnostyczne anorexia nervosa, 20 – spełniało kryteria bulimia nervosa i u 22 osób zdiagnozowano atypowe zaburzenia odżywiania. Grupę kontrolną tworzyły także 42 kobiety bez historii zaburzeń odżywiania, o średniej wieku 28,3 lat ($SD=9,1$). Wszystkie badane kobiety były mierzone i ważone. Okazało się, że dwie osoby z drugiej grupy cierpiały w przeszłości na zaburzenia psychiczne, ale nie były to zaburzenia odżywiania. Zastosowano następujące narzędzia: EDE-Q (Fairburn, Beglin, 1994); kwestionariusz Body Checking and Avoidance Questionnaire (w skrócie: BCAQ)⁶ (Shafran, Fairburn, Robinson, Lask, 2004); BDI (Beck, Ward, Mendelsohn, 1961). Ponadto zastosowano 34-itemowy kwestionariusz TSF, który stanowił zmodyfikowaną wersję 33-itemowego narzędzia zastosowanego w badaniu Shafran i współpracowników w 1999 roku. Modyfikacja polegała na usunięciu itemów, które nie korelowały z ogólnym wynikiem lub nie weszły w skład głównego czynnika. Nowa wersja kwestionariusza składała się z dwóch części: pierwszą część (określoną jako „Koncept”) tworzyło 17 itemów, które obejmowały trzy domeny obszary TSF (Prawdopodobieństwo, Moralność i Odczuwanie). Te komponenty nie tworzą odrębnych czynników i są analizowane wspólnie. Zadaniem badanych jest ocena, czy zgadzają się z danym stwierdzeniem na skali od „0” – „w ogóle nie” do „4” – „całkowicie”. Oto przykład itemu: „Samo wyobrażanie sobie, że moja masa ciała się zwiększa, może rzeczywiście spowodować jej przyrost”. Druga część kwestionariusza (określona jako „Interpretacja”) składa się z 17 itemów dotyczących interpretacji myślenia o jedzeniu zakazanych lub tuczących (w ocenie badanych) pokarmów. Oto przykład itemu: „Brakuje mi samodyscypliny”. Jak w poprzedniej części, tak i w tej części kwestionariusza badani oceniają, w jakim stopniu zgadzają się z danym stwierdzeniem, (od „0” – „w ogóle nie” do „4” – „całkowicie”). Odrębnie dla obu podskal testu obliczane były średnie. Analizy statystyczne dowiodły, że to zmodyfikowane narzędzie posiada wysoką rzetelność i dobrze różnicuje grupy kliniczne i niekliniczne.

Wyniki analizy korelacji Pearsona ujawniły, że w grupie klinicznej, występują istotnie statystyczne związki między wynikami w obu subskalach TSF a wynikami uzyskiwanymi we wszystkich subskalach EDE-Q, przy czym wyniki te pozostały istotne, gdy kontrolowano poziom depresji (skala BDI), z wyjątkiem korelacji między wynikami uzyskiwanymi w podskali TSF „Koncept” a wynikami uzyskiwany-

⁶ To 22-itemowe narzędzie, podobnie jak EDE-Q ocenia stan badanego w ciągu minionych 28 dni oraz frekwencję różnych zachowań dotyczących sprawdzania i unikania konfrontacji z kształtem ciała, np. związanych ze sprawdzaniem i unikaniem pewnych zachowań (np. częstoci ważenia się). Narzędzie to składa się z 6-punktowej skali (0 „w ogóle nie dotyczy”, 1 „sprawdza mniej niż raz w tygodniu”, 2 „sprawdza 1-6 razy na tydzień”, 3 „sprawdza 1-2 razy na dzień”, 4 „sprawdza 3 lub więcej razy dziennie” i 5 „unikania czynienia tego z powodu możliwego stresu”). Rzetelność i trafność tego kwestionariusza potwierdzona została w poprzednich badaniach (Shafran, Fairburn, Robinson, Lask, 2004), włączając w to wysoką trafność dyskryminacyjną i wysoką wewnętrzną zgodność.

mi w podskali EDE-Q „Troska o wagę” oraz korelacji między wynikami uzyskiwanymi w podskali TSF „Interpretacja” a wynikami uzyskiwanymi w podskali EDE-Q „Restrykcja”. Ponadto wyniki uzyskiwane w obu podskalach TSF istotnie korelowały z wynikami uzyskiwanymi z pomiarów narzędziami: BCAQ i BDI, jednakże korelacja między wynikami uzyskanymi w obu podskalach: TSF i w skali BCAQ straciła swoją istotność, gdy kontrolowano wskaźnik masy ciała (BMI). Analizy korelacji nie ujawniły związku między TSF „Konceptem” a BMI, natomiast ujawniły niewielką istotną statystycznie korelację między TSF „Interpretacją” a BMI, jednak straciła ona swoją istotność statystyczną, gdy kontrolowano poziom depresji (za pomocą skali BDI). Wzór interkorelacji w grupie kontrolnej był podobny do wzoru w grupie klinicznej, jednak w pierwszej grupie korelacja między wynikami uzyskiwanymi w podskali TSF „Koncept” a wynikami uzyskiwanymi w skali BCAQ, straciła swoją istotność, gdy kontrolowano poziom depresji. Podobnie straciły istotność korelacje: między wynikami uzyskiwanymi w podskali TSF „Interpretacja” a wynikami uzyskiwanymi w podskalach: „Restrykcja” i „Troska o kształt ciała” oraz wynikami uzyskiwanymi w skali BCAQ. Należy dodać, że wyniki uzyskiwane w dwóch podskalach TSF cechowała wysoka interkorelacja zarówno w grupie klinicznej, jak i w grupie osób zdrowych psychicznie.

Porównania między grupą kliniczną i grupą kontrolną wykazały, że badani z zaburzeniami odżywiania uzyskują istotnie wyższe wyniki w obu podskalach kwestionariusza mierzącego TSF w porównaniu do badanych z grupy kontrolnej. Ten wynik oznacza, że TSF jest zniekształceniem poznawczym charakterystycznym dla zaburzeń odżywiania. Ponadto w grupie klinicznej wystąpił silniejszy, w porównaniu z grupą kontrolną, związek między zaostrzeniem objawów chorobowych w przebiegu zaburzeń odżywiania a nasileniem TSF. Na uwagę zasługuje interpretacja autorów (Shafran, Robinson, 2004) dotycząca braku istotności statystycznej korelacji między wynikami uzyskanymi przez badanych w obu podskalach TSF i w skali BCAQ podczas kontroli BDI oraz braku istotności statystycznej korelacji między wynikami uzyskanymi w podskali „Interpretacja” narzędzia TSF a BMI podczas kontroli depresji. Interpretując pierwszy wynik, badacze twierdzą, że być może pragnienie sprawdzania własnego ciała, które powstaje na podłożu TSF, jest trudniejsze do pokonania w stanie obniżonego nastroju. Z kolei interpretując drugi wynik, autorzy uważają, że obniżony nastrój może prowadzić zarówno do negatywnych interpretacji, jak i przerwania diety. Oba te wyniki wskazują na silny związek między psychopatologią zaburzeń odżywiania i depresją. Silne interkorelacje między wynikami uzyskiwanymi przez badanych w obu podskalach narzędzia TSF wskazują na to, że mierzą one jeden, bardziej ogólny koncept dotyczący istotnego znaczenia myśli o jedzeniu, masie i kształcie ciała u osób z zaburzeniami odżywiania. Dodatkowo potwierdzają ważną rolę, jaką te myśli odgrywają w przypadku tych osób. Niewątpliwie można tutaj dostrzec podobieństwo między zaburzeniami odżywiania a zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi.

Shafran i Robinson (2004) twierdzą, że w zaburzeniach odżywiania, nadmierne myślenie o jedzeniu można uznać za bezpośredni przejaw przeceniania znaczenia jedzenia, kształtu i masy ciała oraz kontroli nad nimi, które jest jednym z najbardziej symptomatycznych rysów psychopatologii zaburzeń odżywiania. Ponadto

autorzy podkreślają, że jeśli TSF stanowi bezpośredni przejaw przeceniania tych trzech aspektów oceny siebie oraz kontroli nad nimi, to leczenie, które pomyślnie redukowało tę nieprawidłową ocenę, powinno redukować również TSF. Z drugiej strony zaznaczają, że samo TSF może zarówno stanowić bezpośredni przejaw psychopatologii zaburzeń odżywiania, jak i może stanowić czynnik ją utrzymujący, np. osoba, która czuje się otyła od samego wyobrażania sobie, że nie ćwiczy przez np. miesiąc, będzie cały czas skoncentrowana na kształcie swojego ciała, jako na tym czynniku, który jest najistotniejszy dla jej samooceny. Takie myśli oraz interpretacje mogą prowadzić do obniżonego nastroju, powtarzającego się monitorowania swojego ciała oraz samokrytycyzmu i niepomysłnych prób tłumienia myśli, a to wszystko z kolei sprzyja utrzymywaniu psychopatologii. Oczywiście nie można wykluczyć możliwości, że TSF leży u podłoża zaburzeń jedzenia, jednakże według wiedzy autorek artykułu, nie weryfikowano takiej hipotezy oraz nie rozważano, jakie mogą być źródła tego fenomenu. U pacjentów, dla których TSF stanowi barierę utrudniającą zmianę obrazu psychopatologicznego, bezpośrednie techniki skierowane na łagodzenie TSF, mogą okazać się bardzo korzystne. Takie techniki powinny zostać włączone w interwencje, których skuteczność została naukowo udowodniona. Interwencje te powinny obejmować również możliwość wykorzystania fenomenu TSF podczas sesji terapeutycznych, w celu zasygnalizowania/pokazania pacjentkom, że myśli i odczucia niekoniecznie odzwierciedlają rzeczywistość. Warto podkreślić, że pacjenci z TSF nie są psychotyczni, zdają sobie w pełni sprawę z irracjonalności własnego przekonania o tym, że ich myśli mogą wpływać na postrzeganą przez nich masę ciała, jednak pomimo tego przyznają, że właśnie ono kieruje ich postępowaniem.

Celem innego badania (Jáuregui Lobera, Santed, Bolaños Ríos, Ruiz Prieto, Santiago Fernández, Garrido Casals, 2011), u którego podstaw leżało założenie, że zniekształcenie poznawcze TSF może być wywołane eksperymentalnie, była odpowiedź na następujące pytania badawcze:

1. Czy Fuzja: Kształt-Myśl może być wywołana przez lęk?
2. Czy jeśli ma ona specyficzną relację z myślami związanymi ze zjadaniem tuczających pokarmów, to czy może być ona wywołana także w grupach nieklinicznych (analogicznie do grup klinicznych)?
3. Czy badani z bardziej adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie ze stresem, będą doświadczali mniej nasilonej Fuzji: Myśl-Kształt w porównaniu z tymi osobami, które stosują mniej adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem?
4. Czy Fuzja: Myśl-Kształt może mieć wpływ na zachowania związane z emocjami (np. na neutralizację odczuć, że myśli wpływają na kształt ciała czy na jedzenie)?

Na podstawie tych pytań postawiono następujące hipotezy badawcze:

- (1) po pierwsze, przypuszczano, że efekt wywoływania TSF będzie większy niż efekt wywoływania lęku;
- (2) po drugie, chociaż pacjenci z zaburzeniami odżywiania powinni mieć wyższy poziom TSF niż osoby z grupy kontrolnej, jest możliwa indukcja TSF także w grupach nieklinicznych;

- (3) po trzecie, przypuszczano, że badani z obu grup z bardziej adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie ze stresem, będą doświadczać słabszej TSF w porównaniu z tymi osobami, które stosują mniej adaptacyjne strategie;
- (4) po czwarte, wysunięto hipotezę, że badani z obu grup, u których zostanie wywołana Fuzja: Myśl-Kształt, będą w większym stopniu neutralizować negatywne odczucia oraz będą jeść mniej w porównaniu z osobami nie poddanymi eksperymentalnej manipulacji.

W celu weryfikacji tych hipotez, przebadano dwie 45-osobowe grupy: pacjentów z zaburzeniami odżywiania oraz zdrowych studentów – ochotników bez historii zaburzeń psychicznych w wieku od 18 do 25 lat. Kolejno 92,5% i 86,7% osób badanych stanowiły kobiety. Badanych z obu grup poddano jednemu z trzech warunków eksperymentalnych (15 osób z każdej grupy do każdego warunku), a mianowicie:

- eksperymentalnej indukcji TSF, w ramach której badanych proszono, aby pomyśleli o pokarmie (lub pokarmach), który/które uważają za silnie tuczące i wyobrazili sobie w miarę możliwości jak najbardziej wyraźnie, szczegółowo, że jedzą duże ilości tego pokarmu (pokarmów), aż do momentu pojawienia się awersji. W tym czasie proszeni byli o dokończenie zdania „Ja jem ...” poprzez wstawienie w miejsce kropek nazwy (nazw) pokarmu (pokarmów). Badacze przewidywali, że taka manipulacja eksperymentalna może wywołać zniekształcenie TSF prowadząc do tego, że badani będą oceniali jako bardzo prawdopodobne: przyrost własnej masy ciała lub niekorzystną zmianę kształtu ciała w następstwie myślenia wyłącznie o jedzeniu tuczącego pokarmu. Ponadto będą odczuwali, że uczynili coś wysoce niemoralnego wyłącznie w wyniku myślenia o jedzeniu zakazanego pokarmu oraz będą czuli się bardziej otyli w wyniku zaledwie myślenia o jedzeniu zakazanego (w ich mniemaniu) pokarmu. Badacze przypuszczali także, że ta manipulacja wywoła lęk, poczucie winy oraz pragnienie zachowań korekcyjnych (np. sprawdzania w lustrze czy wygląda się szczupło, bądź też wyobrażania sobie jako jedzącego seler albo pisanie, że je się marchewkę);
- eksperymentalnej indukcji lęku, w ramach której badani proszeni byli, aby pomyśleli o książce lub filmie, którą/który ostatnio czytali/widzieli. Następnie proszono ich, aby wyobrazili sobie w szczegółach, że wygłaszają przemowę na temat tej książki/tego filmu do własnych terapeutów lub innych pacjentów (w przypadku studentów do nauczycieli lub innych studentów). Poprzez tę manipulację zamierzano spowodować, aby badani wyobrazili sobie, że są oceniani pod względem jakości przemówienia. W tym czasie byli oni proszeni o dokończenie zdania: „Wygłaszam przemówienie na temat ...”, poprzez wstawienie w miejsce kropek tytuł: książki lub filmu.
- warunkom kontrolnym, w ramach których badanych proszono o to, aby pomyśleli o książce lub filmie, którą czytali/który oglądali ostatnio. Następnie proszono ich o to, aby szczegółowo wyobrazili sobie, że rozmawiają o książce lub filmie z przyjacielem. W tym czasie proszeni byli o dokończenie zdania „Mówię o ...” poprzez wstawienie w miejsce kropek tytułu książki lub filmu.

Następnie mierzone były emocjonalne i behawioralne reakcje badanych osób. Oceniano także strategie radzenia sobie ze stresem, przy czym badano je pod względem średnich wyników (wysokie vs. niskie) w zakresie koncentracji na pro-

blemie w radzeniu sobie ze stresem oraz średnich wyników (wysokie vs. niskie) w zakresie koncentracji na emocjach, stosując w tym celu *Coping Strategies Inventory* (CSI) (Endler, Parker, 1999; za: Jáuregui Lobera, Santed, Bolaños Ríos, Ruiz Prieto, Santiago Fernández, Garrido Casals, 2011)⁷. W ramach badania, zastosowano również Wizualną Skalę Analogową VAS (100 punktową) do pomiaru nastroju (gdzie „0” oznacza negatywny nastrój a „100” – pozytywny). Wykorzystano także kwestionariusz TSF *State Questionnaire* do badania TSF – stanu, również w formie VAS, aby zmierzyć lęk, poczucie winy, prawdopodobieństwo przyrostu masy ciała, odczucie ciężkości ciała i poczucie niemoralności oraz kwestionariusz TSF (Shafran, Robinson, 2004). Ponadto w badaniach zastosowano *State Trait Anxiety Inventory* (w skrócie: STAI), który mierzy lęk jako stan (STAI-S) i lęk jako cechę (STAI-T) (Steisdedos, 1982, za: Jáuregui Lobera, Santed, Bolaños Ríos, Ruiz Prieto, Santiago Fernández, Garrido Casals, 2011) oraz BDI (Conde, Franch, 1984; za: Jáuregui Lobera, Santed, Bolaños Ríos, Ruiz Prieto, Santiago Fernández, Garrido Casals, 2011). Dodatkowo, aby ocenić behawioralne efekty indukcji TSF, oszacowano obecność lub nieobecność neutralizującego efektu TSF poprzez spojrzenie na fotografię ciastka w realnym rozmiarze i ocenianie ilości ciastka, które to badani chcieliby zjeść.

Badania przeprowadzono indywidualnie (w przypadku pacjentów sesje te przeprowadzono w godzinach sesji terapeutycznych, co do studentów ustalano prywatne spotkania). Przed przystąpieniem do eksperymentu, badani uzupełniali VAS oceniając nastrój oraz CSI. Następnie zostali poddani manipulacji eksperymentalnej w jednym z trzech warunków, opisanych wcześniej. Po tej manipulacji, badani uzupełniali TSF *State Questionnaire*. Następnie pokazywano im zdjęcie ciastka w realnym rozmiarze (w paradygmacie Coello, Carter, McFarlane, Polivy, 2008). Badani wybierali porcję ciastka, którą chcieliby w danej chwili zjeść, przy czym mogli określić ilość tego ciastka w gramach. W tym czasie mieli także możliwość neutralizacji lub negacji wpływu zdania, które napisali wcześniej, poprzez przekreślenie go lub wpisanie innego słowa/słów w uzupełnione wcześniej miejsce. W zależności od tego, czy badani to czynili czy też nie, kwalifikowani byli do jednej z dwóch

⁷ Pierwsza część testu służy do badania ośmiu podstawowych strategii radzenia sobie ze stresem (rozwiązanie problemu, poznawcza restrukturyzacja, społeczne wsparcie, unikanie problemu, myślenie życzeniowe, ekspresja emocji, społeczne wycofanie, samokrytycyzm); czterech drugorzędnych, stanowiących odpowiednie kombinacje strategii pierwszorzędnych (zaangażowanie w koncentrację na problemie; unikanie zaangażowania w koncentrację na problemie; zaangażowanie w koncentrację na emocjach, unikanie zaangażowania w koncentrację na emocjach) oraz dwóch trzeciorzędnych, stanowiących odpowiednie kombinacje strategii drugorzędnych (zaangażowanie lub niezaangażowanie w rozwiązanie problemu) strategii radzenia sobie ze stresem. Aby zmierzyć powyższe aspekty radzenia sobie ze stresem, badanych prosi się o szczegółowy opis stresującej dla nich sytuacji. Następnie badani wypełniają 40-itemowy test, który stosuje 5-punktową skalę likertowską. Zadaniem badanych jest zaznaczenie na skali, jak często zachowują się w określony sposób w danej sytuacji. Test kończy item, który dotyczy postrzegania przez badanego własnej skuteczności radzenia sobie ze stresem (pytanie: „Do jakiego stopnia adekwatnie poradziłeś sobie z sytuacją?” – „W ogóle nie”, „w małym stopniu”, „w dużym stopniu”, „bardzo dobrze”, „całkowicie”).

grup: osób neutralizujących lub nieneutralizujących. Na koniec badani uzupełniali kwestionariusze: TSF-Q, STAI, BDI.

Wyniki badania wykazały, że badani poddani indukcji TSF, mówili o większym poczuciu winy, o bardziej nasilonym odczuciu bycia otyłym, o większym prawdopodobieństwie przyrostu masy ciała i wyższym poczuciu uczynienia czegoś niemoralnego, w porównaniu z badanymi nie poddanymi tego rodzaju manipulacji (którzy uczestniczyli w jednym z dwóch pozostałych warunków eksperymentalnych). Zatem potwierdzona została hipoteza o indukcji TSF, a ponieważ różnice te wystąpiły w obu grupach, udowodniona została również druga hipoteza. Trzecia hipoteza dotyczące wpływu radzenia sobie ze stresem na zmniejszanie nasilenia TSF także została potwierdzona dla obu badanych grup. Udowodniono także prawdziwość ostatniej hipotezy dotyczącej behawioralnych efektów indukcji TSF: procent osób neutralizujących był istotnie wyższy w grupie osób z zaburzeniami odżywiania w porównaniu z grupą niekliniczną. Jeśli chodzi o rozmiar ciastka, który wybierali badani, pacjenci z zaburzeniami odżywiania wybierali najmniejsze porcje, szczególnie ci poddani pierwszemu typowi manipulacji. Podsumowując, badania wykazały, że indukcja TSF powoduje zarówno emocjonalne, jak i behawioralne zmiany, które wydają się być specyficzne dla myślenia o jedzeniu pokarmów tuczających. Warto dodać, że w opisywanym badaniu, pacjenci z zaburzeniami odżywiania poddawani manipulacji eksperymentalnej pierwszego typu w porównaniu do osób zdrowych psychicznie, nie tylko przejawiali wyższy poziom TSF-stanu (poczucie winy, bycia otyłym, prawdopodobieństwo przyrostu masy ciała, stopień poczucia niemoralności), ale także uzyskiwali wyższe wyniki pod względem cech TSF mierzonych za pomocą kwestionariusza TSF, zatem osoby z zaburzeniami odżywiania wydają się być bardziej podatne na indukcję TSF w porównaniu z osobami zdrowymi psychicznie. W grupie pacjentów z anorexia nervosa i bulimia nervosa, tylko jeden wynik TSF-stanu, a mianowicie poziom lęku był wyższy w warunkach indukcji lęku w obu badanych grupach.

Badania, które przeprowadzili Ignacio Jáuregui Lobera i współpracownicy (2011) wykazały ponadto, że postrzegana własna skuteczność w radzeniu sobie ze stresem, zaangażowanie w koncentrację na problemie oraz zaangażowanie w koncentracji na emocjach – odgrywają dużą rolę w zmniejszaniu TSF – stanu i to przede wszystkim u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Warto zatem byłoby zbadać, jaką rolę mają negatywne strategie radzenia sobie ze stresem w utrzymywaniu się zniekształcenia TSF. Autorzy zwracają uwagę na konieczność analizy wyników w poszczególnych subgroupach zaburzeń odżywiania. Podsumowując wyniki badań, Lobera i współpracownicy (2011) podkreślają, że TSF może być zaangażowane w rozwinięcie i utrzymywanie psychopatologii zaburzeń odżywiania. Badania nad TAF wykazały, że te poznawcze zniekształcenia mogą odgrywać rolę przyczynową w rozwoju niepokojących natrętnych myśli. Udowodniono, że interwencje edukacyjne na temat poznawczych zniekształceń mogą w znacznym stopniu redukować lęk będący następstwem indukcji TAF (w przeciwieństwie do osób poddanych kontrolnej interwencji). Oczywiście jest możliwe, że nasilenie TSF może zmniejszać się podczas leczenia. Aby poznać, co jest tutaj przyczyną, a co skutkiem, konieczne byłoby przeprowadzenie longitudinalnych badań, aby ocenić zmiany w doświadczeniu

TSF podczas leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Ponadto, pozytywna zmiana w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem mogłaby przyczynić się do zmniejszenia znaczenia zniekształcenia TSF w utrzymywaniu tych zaburzeń.

Zniekształcenie poznawcze, jaki jest TSF, wpisuje się w patologię jedzenia, jednak specyfika tego zniekształcenia w przypadku zaburzeń odżywiania nie została jeszcze do końca zbadana. Próbę tę podjęła Jennifer Coehlo i współpracownicy (2012). Celem badania było określenie skutków indukcji TSF na podatność na TSF w trzech grupach kobiet: z zaburzeniami odżywiania (33 kobiety), z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (24 kobiety) oraz w grupie osób bez diagnozy zarówno zaburzeń odżywiania, jak i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (26 kobiet). Zgodnie z oczekiwaniami autorów, wyniki pokazały, że osoby z zaburzeniami odżywiania są bardziej podatne na TSF niż kobiety z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi oraz kobiety zdrowe. Charakteryzuje je również większe nasilenie TSF, bardziej negatywne stany emocjonalne i intensywniejsza neutralizacja zachowań. Co więcej, badania wykazały, że kobiety z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi nie były szczególnie podatne na TSF. W rzeczywistości zdrowe kobiety (grupa kontrolna) wykazały zwiększoną podatność do TSF w stosunku do kobiet z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, o czym świadczy ich wyższy poziom TSF cechy, a także podwyższony przedłużający się stres (dystres) oraz trudności w wyobrażaniu sobie sytuacji związanej z jedzeniem.

Deficyt w zakresie badań nad TSF oraz jego neutralizowaniem u osób należących do subgrup z zaburzeniami odżywiania, uzupełniły dwa kolejne. Kilka lat po badaniu przeprowadzonym Shafran i współpracowników (1999), Adam S. Radomsky i współpracownicy (2002) przeprowadzili podobne badanie, jednak nie tylko w grupie osób zdrowych psychicznie, ale także w grupie osób z anorexia nervosa. 20 pacjentów z tym zaburzeniem proszono o pomyślenie o pokarmie, który uważają za skrajnie tuczący. Potem proszono ich o dokończenie zdania: „Jem...”, poprzez wpisanie w puste miejsce nazwy „zakazanego” pożywienia. Następnie badanych proszono o określenie nasilenia lęku, poczucia winy, odczucia masy ciała, poczucia niemoralności. Osoby miały możliwość neutralizacji zdania, które utworzyli. Tak jak w badaniu Shafran i współpracowników (1999), większość badanych stosowała neutralizację zgodnie z poznawczo-behawioralnymi założeniami o zaburzeniach odżywiania i zgodnie z odkryciem na temat wpływu poznawczych błędów i zniekształceń na przetwarzanie informacji dotyczących jedzenia, kształtu i masy ciała w anorexia nervosa. Warto wspomnieć o jeszcze jednym badaniu, przeprowadzonym przez Myrsini Kostopoulou i współpracowników (2011). Celem badania była eksperymentalna weryfikacji fenomenu TSF u osób z bulimia nervosa. 20 pacjentów z tym rozpoznaniem uczestniczyło w eksperymencie polegającym na indukcji TSF i badaniu wpływu zachowań korekcyjnych (sprawdzenie oraz umysłowe neutralizowanie). Do pomiaru stanu TSF zastosowano werbalne skale analogowe. Wyniki ujawniły, że TSF zaostrza poczucie niemoralności, zwiększa niezadowolone z ciała, lęk i poczucie winy oraz nasila pragnienie zaangażowania się w takie zachowania korekcyjne jak sprawdzanie i umysłowe neutralizowanie. Zachowania korekcyjne znacząco redukowały negatywne efekty procedury eksperymentalnej.

Podsumowując, należy zwrócić uwagę na fakt, iż komponenty TSF są obecne także w bulimii nervosa i prawdopodobnie odgrywają pośredniczącą rolę w utrzymaniu się choroby.

Na koniec przeglądu badań na temat TSF, warto wspomnieć o badaniu przeprowadzonym przez Jennifer S. Coehlo i współpracowników (2008), które miało na celu porównanie wpływu indukcji TSF na kobiety z zaburzeniami odżywiania oraz zdrowe psychicznie kobiety – w trakcie stosowania diety i nie będące na diecie. Wysłunięto hipotezę, że w rezultacie tej indukcji pojawi się lęk, poczucie winy, nasilone odczucie otyłości, postrzegany przyrost masy ciała oraz poczucie niemoralności. Postawiono także hipotezę, że osoby z zaburzeniami odżywiania i pozostające na diecie będą silniej reagować na indukcję TSF w porównaniu z osobami nie będącymi na diecie. Wyniki badań pokazały, że TSF może być wywołane zarówno u osób z zaburzeniami odżywiania, jak i u osób zdrowych psychicznie. Jednak osoby z zaburzeniami odżywiania ujawniają wyższy poziom TSF po indukcji w porównaniu do osób zdrowych psychicznie (bez względu na to, czy są czy też nie są na diecie). Przeciwnie do oczekiwań, kobiety na diecie osiągały wyższy poziom postrzeganego przyrostu masy ciała i poczucia niemoralności po zaindukowaniu lęku, lecz nie po zaindukowaniu TSF.

Według wiedzy autorek niniejszego artykułu, nie istnieją opracowania naukowe poświęcone metodom leczenia TSF. Należy jednak przypuszczać, że podobnie jak w przypadku TAF, obiecująca w tym przypadku może się okazać psychoedukacja, polegająca na uświadomieniu pacjentowi istnienia zniekształceń poznawczych (w tym wypadku TSF) i ich znaczenia w podtrzymywaniu błędnego koła myśli-emocje-zachowanie-myśli. Kiedy pacjent uczy się, jak wyszukiwać i nazywać zniekształcenia obecne w jego funkcjonowaniu, będzie możliwa także ich modyfikacja. Psychoedukacja na celu korektę nieprawidłowych przekonań, co zmniejsza stres oraz minimalizuje zachowania neutralizujące (Zucker, Craske, Barrios, Holguin, 2002). Należy pamiętać, że wszelkie techniki stosowane w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, takie jak na przykład: dialog sokratejski, zapisywanie automatycznych myśli, poszukiwanie dowodów prawdziwości sądu, czy użycie paradoksu, mogą być także bardzo użyteczne w łagodzeniu TSF.

5. ZAKOŃCZENIE

U osób z zaburzeniami odżywiania nie tylko monitorowanie jedzenia wpływa na kształt i masę ciała. W ocenie pacjentów już samo myślenie o tuczącym jedzeniu prowadzi do przyrostu masy ciała. Chociaż po przeprowadzeniu serii badań, udowodniono, że TSF może być wywoływana eksperymentalnie zarówno w grupach osób z zaburzeniami odżywiania, jak i osób zdrowych psychicznie, to jednak wyniki badań jednoznacznie wskazują, że fenomen ten jest szczególnie silnie związany z psychopatologią zaburzeń odżywiania. Pacjenci z zaburzeniami odżywiania poddawani manipulacji eksperymentalnej, polegającej na indukcji TSF uzyskiwali wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej w porównaniu z osobami zdrowymi psychicznie. Zatem osoby te były bardziej podatne na indukcję TSF w porównaniu z osobami zdrowymi. Nie można wykluczyć, że TSF może stanowić bezpośredni przejaw zasadniczej psychopatologii zaburzeń odżywiania, polegającej na przece-

nianiu znaczenia jedzenia, kształtu i masy ciała oraz kontroli nad nimi. U pacjentów, dla których TSF stanowi barierę utrudniającą zmianę obrazu psychopatologicznego, niezwykle obiecujące mogą okazać się bezpośrednie techniki skierowane na łagodzenie TSF.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Berle, D., Starcevic, V. (2005). Thought-action fusion: Review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 3, 263-284.
- Bonifazi, D.Z., Crowther, J.H., Mizes, J. S. (2000). Validity of questionnaires for assessing dysfunctional cognitions in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 4, 464-470.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 4, 461-470.
- Cooper, M. J., Fairburn, C.G. (1992). Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 5, 501-511.
- Cooper, M., Cohen-Tov'e, E., Todd, G., Wells, A., Tov'e, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 4, 381-388.
- Coelho, J., Carter, J.C., McFarlane, T., Polivy, J. (2008). "Just looking at food makes me gain weight": experimental induction of thought-shape fusion in eating-disordered and non-eating-disordered women. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 2, 219-228.
- Coelho, J.S., Baeyens, C., Purdon, C., Pitet, A., Bouvard, M. (2012). *Cognitive distortions and eating pathology: Specificity of thought-shape fusion*. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 7-8, 449-456.
- Einstein, D.A., Menzies, R.G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 5, 539-549.
- Fairburn, C. G., Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 4, 363-370.
- Grim, E.C. (2009). Food for thought: Manipulating thought shape fusion and its effect on social outcomes, Dostępne: 12.I.2013: [http://www.virginia.edu/psychology/downloads/20 09 %20Conference%20Papers.pdf](http://www.virginia.edu/psychology/downloads/20%2009%20Conference%20Papers.pdf)
- Hodgson, R., Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 5, 389-395.
- Jáuregui Lobera, I., Santed, M.A., Bolaños Ríos, P., Ruiz Prieto, I., Santiago Fernández, M.J., Garrido Casals, O. (2011). Experimental induction of thought-shape fusion in eating disorder patients: the role of coping strategies. *Nutrición Hospital*, 26, 6, 1402-1411.
- Kostopoulou, M., Varsou, E., Stalikas, A. (2011). *Thought-Shape Fusion in bulimia nervosa: an experimental investigation*. *Eating and Weight Disorders*, 16, 2, 86-92.

- Mizes, J.S., Christiano, B., Madison, J., Post, G., Seime, R., Varnado, P. (2000). Development of the Mizes anorectic cognitions questionnaire – revised: Psychometric properties and factor structure in a large sample of eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 4, 415-421.
- Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., Teachman, B.A. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 11-12, 889-898.
- Radomsky, A.S., de Silva, P., Todd, G., Treasure, J., Murphy, T. (2002). Thought-shape fusion in anorexia nervosa: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 40,10, 1169-1177.
- Salkovskis, P.M., Wroe, A.L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 4, 347-372.
- Shafran, R., Fairburn, C.G., Robinson, P., Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 1, 93-101
- Shafran, R., Robinson, P. (2004). Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 4, 399-408.
- Shafran, R., Teachman, B.A., Kerry, S., Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 2, 167-179.
- Shafran, R., Robinson, P. (2004). Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 4, 399-408.
- Shafran, R., Thordarson, D.S., Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 5, 379-391.
- Talarowska, M., Florkowski, A., Wachowska, K., Gałecki, P. (2011). Stres a debriefing – definicje i aktualne kontrowersje. *Current Problems of Psychiatry*, 12, 2, 132-136.
- Williamson, D.A., Muller, S.L., Reas, D.L., Thaw, J.M. (1999). *Cognitive bias in eating disorders: implications for theory and treatment*. *Behavior Modification*, 23, 4, 556-577.
- Williamson, D.A., White, M.A., York-Crowe, E., Stewart, T.M. (2004). *Cognitive-behavioral theories of eating disorders*. *Behavior Modification*, 28, 6, 711-738.
- Zucker, B.G., Craske, M.G., Barrios, V., Holguin, M. (2002). Thought action fusion: can it be corrected? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 6, 653-664.

ANNA BRYTEK-MATERA¹
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej
Wydział Zamiejscowy w Katowicach
ADRIANA RYBICKA-KLIMCZYK²
Ośrodek Wczesnej Interwencji w Mikołowie

OCENA NASILENIA OBJAWÓW SYNDROMU GOTOWOŚCI ANOREKTYCZNEJ U MŁODYCH KOBIEC – BADANIA PILOTAŻOWE

Assessment of anorexia readiness syndrome escalating symptoms in young women – a pilot study

Abstract

The purpose was to determine symptoms of anorexia readiness syndrome and examine the relationship between our groups of variables in young women (without eating disorders). Method: 24 women with anorexia readiness syndrome and 55 healthy female students were participated in the present study. We used the Contour Drawing Rating Scale, the Body Dissatisfaction Scale, the Eating Attitudes Test and the Sociocultural Attitudes Appearance Questionnaire.

Results: Within female anorexia readiness syndrome, the strongest correlation was observed between actual-ideal self-discrepancy and actual-ought discrepancy ($r=0,970$; $p<0,001$) as well as between actual self and ought self ($r=0,909$; $p<0,001$). A high degree of correlation between actual self and actual-ideal self-discrepancy ($r=0,821$; $p<0,001$) and between actual self and actual-ought discrepancy ($r=0,832$; $p<0,001$) was also noticed. Body dissatisfaction, internalisation of the thinness ideal, diet, social pressure to be thin, oral control and actual-ought discrepancy predict anorexia readiness syndrome in women without eating disorders.

Conclusion: Anorexia readiness syndrome is strongly related to body-oriented response and self-discrepancies.

Key words: anorexia readiness syndrome; self-discrepancy; body image, eating attitudes

¹ Adres do korespondencji: abrytek-matera@swps.edu.pl

² Adres do korespondencji: kasjope@poczta.onet.pl

1. WPROWADZENIE

Pojęcie syndromu gotowości anorektycznej (SGA)³ wprowadziła do nomenklatury psychologicznej Beata Ziółkowska (2001). Zdefiniowała zjawisko jako uwarunkowany psychologicznie, społecznie i kulturowo zespół objawów, które mogą wskazywać na nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała. Zdaniem autorki (Ziółkowska, 2001) syndrom gotowości anorektycznej ujawnia się w zakresie tak zwanych zachowań anorektycznych, do których zalicza się: zainteresowanie pokarmami (znajomość wartości kalorycznych produktów pokarmowych, liczenie kalorii spożywanych posiłków), rosnącą okresowo aktywność ruchową, nadmierną dbałość o wygląd i zaabsorbowanie własnym ciałem (porównywanie się z ideałami kobiecej urody), tendencje do kontrolowania masy i wymiarów ciała (czemu towarzyszyć może emocjonalne napięcie), skłonność do przeceniania rozmiarów własnego ciała oraz jego masy, skłonność do rywalizacji, potrzebę perfekcjonizmu, brak odporności na wpływy kultury masowej oraz labilność emocjonalną uwarunkowaną stosunkiem do jedzenia i własnego ciała (ibidem).

Jak podkreśla Ziółkowska (2001), decydujące znaczenie dla ujawniania się niewłaściwego stosunku do jedzenia i swojego ciała mają: kontakty z rodzicami, postawy rodzicielskie, styl życia i wychowania preferowany w rodzinie oraz relacje w niej panujące (dotyczące m.in. nawyków żywieniowych, stosunku do jedzenia, ciała i atrakcyjności fizycznej kreowanego przez rodziny osób chorych, wzbudzana i utrwalana przez opiekunów w dzieciach potrzeba współzawodnictwa). Nie ulega zatem wątpliwości, że czynnik rodzinny odgrywa istotną rolę w kształtowaniu się zaburzeń żywieniowych. Wśród głównych czynników prowokujących powstawanie syndromu gotowości anorektycznej Ziółkowska (ibidem) wymienia: nieprawidłowe relacje w rodzinie – zaburzenia dystansu pomiędzy rodzicami i dzieckiem, zaburzenia percepcji własnego ciała oraz deficyt konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem (czynnik podmiotowy), a także okres adolescencji, dominujące wzorce kulturowe (czynniki środowiskowe) oraz aktualnie trudną dla danej osoby sytuację.

Obecnie rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania w ciągu życia (*lifetime prevalence*) wynosi około 5% (Treasure, Claudino, Zucker, 2010). Nieprawidłowe nawyki żywieniowe, skrajne restrykcje dietetyczne, zachowania koncentrujące się na kontroli masy ciała, nadmierne objadanie się, przeszacowywanie rozmiarów i kształtu ciała, czy przecenianie poglądów na temat wyglądu zewnętrznego, mogą występować w jądłowstręciu psychicznym, bulimii psychicznej czy atypowych zaburzeniach odżywiania (terminologia używana w Europie) / zaburzeniach jedzenia

³ Nieszablonowość psychologicznego pojęcia syndromu gotowości anorektycznej może budzić kontrowersje w środowisku medycznym. Termin ten należy rozpatrywać w kontekście oceny prawdopodobieństwa wystąpienia jądłowstrętu psychicznego, a nie w kontekście przekonania o nieuchronności wystąpienia zaburzenia. Jak podkreśla Beata Ziółkowska (2001) syndrom gotowości anorektycznej „akcentuje skłonność (...) do (...)” (Ziółkowska, 2001, s. 89). Pojęcie to pojawia się głównie w odniesieniu do działań o charakterze prewencyjnym/profilaktycznym, zapobiegającym eskalacji symptomów i wystąpieniu pełnoobjawowego jądłowstrętu psychicznego.

inaczej nie określonych (terminologia używana w Stanach Zjednoczonych) (Fairburn, Harrisom, 2003; Treasure i wsp., 2010)

Jak podkreśla Beata Ziółkowska (2001) syndrom gotowości anorektycznej nie jest tożsamy z atypowymi zaburzeniami jedzenia. „Niespecyficzne zaburzenia jedzenia obejmują wiele postaci nieprawidłowości w zakresie realizowanie potrzeby pokarmowej, nie różnicując ich z uwagi na zespół symptomów i etiologią. Syndrom gotowości anorektycznej z kolei akcentuje skłonność dojrzewających dziewcząt do reagowania głódówkami, których inicjacja powodowana jest zazwyczaj nieprawidłowymi relacjami w rodzinie wzbudzającymi często nadmierną potrzebę rywalizacji i perfekcjonizmu” (Ziółkowska, 2001, s. 89). Ponadto autorka twierdzi, że z punktu widzenia psychologii, mimo iż syndrom gotowości anorektycznej przyjmuje niepełnoobjawową formę zaburzonego stosunku do jedzenia i własnego ciała, nie stanowi specyficznych ani niespecyficznych zaburzeń łaknienia (ibidem). Wioleta Chytra-Gędek i Anna Kobierecka (2008) uważają, że w przypadku braku zdiagnozowania pełnoobjawowej anoreksji można mówić o (syndromie) gotowości anorektycznej.

Z badań polskich (Chytra-Gędek, Kobierecka, 2008) przeprowadzonych na grupie 92 młodych kobiet (średnia wieku wyniosła 18,8 lat) wynika, że gotowość anorektyczna (która została zdefiniowana jako sprawowanie kontroli nad ilością i jakością spożywanego jedzenia, koncentracja na masie ciała i własnym wyglądzie, dążenie do utraty wagi, przekonanie o społecznym pożądaniu szczupłości u kobiet, lęk przed przybieraniem na wadze oraz zadowolenie z powodu utraty wagi) pojawia się głównie w wyniku przypisywania nadmiernie pozytywnego znaczenia szczupłej sylwetce (szczupłość rozumiana jest jako zasadnicze kryterium oceny kobiet) oraz, w mniejszym stopniu, w wyniku koncentracji na kształcie i masie ciała. W przebadanej grupie podwyższoną gotowość anorektyczną przejawiało 6,5% osób, natomiast 63% dziewcząt było niezadowolonych z własnego ciała.

Jako że w literaturze przedmiotu istnieje niewiele badań dotyczących omawianego zjawiska (Ziółkowska, 2001; Chalcarz, Musieł, Mucha, 2007; Chalcarz, Musieł, Koniuszuk, 2008; Chytra-Gędek, Kobierecka, 2008; Chalcarz, Radzimirska-Graczyk, Surosz, 2009; Sienkiewicz, Tatarczuk, Wac, 2009), celem prezentowanych badań było: (1) określenie objawów sprzyjających wystąpieniu syndromu gotowości anorektycznej oraz związku pomiędzy badanymi zmiennymi u młodych dziewcząt (bez diagnozy zaburzeń odżywiania), (2) porównanie występowania nieprawidłowości w odżywianiu się (stosowanie diety, zachowania bulimiczne, unikanie jedzenia), postrzeganiu własnego ciała (aktualnej sylwetki, idealnej sylwetki i sylwetki, jaką zgodnie z normami społecznymi powinna posiadać kobieta) i uczuć z nim związanych (niezadowolenie z własnego wyglądu) oraz przyswajaniu społecznych standardów szczupłej sylwetki (internalizacja owego ideału, wpływ przekazu medialnego oraz źródła informacji na zachowanie człowieka) u kobiet z syndromem gotowości anorektycznej i zdrowych osób.

W pracy postawiono następujące hipotezy badawcze:

H1. Zaburzone postawy wobec jedzenia występują częściej u kobiet z syndromem gotowości anorektycznej aniżeli u zdrowych kobiet.

- H2. W grupie eksperymentalnej nasilenie objawów związanych z negatywnym obrazem ciała jest silniejsze w porównaniu z grupą kontrolną.
- H3. Kobiety z syndromem gotowości anorektycznej w porównaniu z kobietami zdrowymi w większym stopniu internalizują standardy atrakcyjności fizycznej promowane przez środki masowego przekazu.
- H4. Nasilenie objawów zaburzonych postaw wobec jedzenia oraz niezadowolenia z własnego ciała sprzyja występowaniu syndromu gotowości anorektycznej.

2. MATERIAŁ

Badaniami objęto grupę 79 młodych kobiet. Spośród badanych kobiet wyłoniono 24, które stanowiły grupę z rozpoznaniem syndromu gotowości anorektycznej. Dobór badanej grupy opierał się na kryteriach zaproponowanych przez Ziółkowską (2001), tj. kontroli i redukcji masy ciała, stosunku do jedzenia i postrzegania własnej atrakcyjności (dane te uzyskano dzięki ustrukturalizowanemu wywiadowi klinicznemu). Grupa kliniczna stanowiła 30% ogółu badanych kobiet. Grupa kontrolna liczyła 55 zdrowych osób. Średnia wieku wyniosła 20,54 lat ($SD \pm 2,35$) w grupie eksperymentalnej oraz 20,40 lat ($SD \pm 2,83$) w grupie kontrolnej. Średnia wskaźnika masy ciała (BMI) u kobiet z syndromem gotowości anorektycznej osiągnęła wartość 18,28 kg/m^2 ($SD \pm 1,95$), co zgodnie z normami ustalonymi przez Światową Organizację Zdrowia świadczy o niedowadze (17.00 – 18.49 kg/m^2) (WHO, 2000). Zaś u zdrowych kobiet średnia wskaźnika BMI równa była 20,19 roku kg/m^2 ($SD \pm 2,11$), co zgodnie z normami WHO wskazuje na prawidłową masę ciała (18.50 – 24.99 kg/m^2) (WHO, 2000). Wartość wskaźnika masy ciała w grupie osób z syndromem gotowości anorektycznej była statystycznie znacznie niższa aniżeli w grupie zdrowych osób ($p < 0,01$).

3. NARZĘDZIA BADAWCZE

1. *Contour Drawing Rating Scale* (CDRS) (Thompson, Gray, 1995)

Obrazkowy test przedstawiający 9 sylwetek kobiecych – uporządkowanych od bardzo szczupłych do bardzo otyłych (1 – sylwetka bardzo szczupła, 9 – sylwetka bardzo otyła). Zadaniem osoby badanej było wskazanie postaci, która odzwierciedla jej aktualną sylwetkę ciała („Która z postaci przypomina Pani aktualną sylwetkę?”), postaci która przedstawia jej idealną sylwetkę ciała („Która z postaci posiada idealną sylwetkę, jaką chciałaby Pani mieć?”) oraz postaci, która przedstawia sylwetkę ciała, jaką powinna posiadać kobieta („Która z postaci reprezentuje sylwetkę, którą Pani zdaniem powinna posiadać kobieta?”). Uzyskane wyniki pozwalają określić trzy wymiary Ja: Ja realne, Ja idealne i Ja powinnościowe oraz stopienie rozbieżności pomiędzy aktualną i idealną koncepcją siebie (rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym), a także w zakresie Ja realnego i Ja powinnościowego (rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym). Rzetelność testu CDRS została oceniona metodą powtarzania pomiaru (test-retest). Współczynnik rzetelności osiągnął wartość $r_{tt} = 0.79$ (odstęp czasowy wyniósł jeden tydzień) (Thompson, Gray, 1995).

2. Skala niezadowolenia z własnego ciała Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (Garner, Olmsted, Polivy, 1983)

Wskazuje na stopień braku satysfakcji z tych obszarów ciała, które najczęściej są spostrzegane przez badaną osobę jako otyłe (uda, pośladki, biodra). Podskala zawiera 9 itemów (np. „Uważam, że moje pośladki są za duże”). Zgodność wewnętrzna skali oceniana na podstawie współczynnika alfa Cronbacha wyniosła 0,90 (w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym) oraz 0,91 (w grupie kobiet bez diagnozy zaburzeń odżywiania) (Garner, Olmsted, Polivy, 1983).

3. Test Postaw wobec Jedzenia (*Eating Attitudes Test; EAT*) (Garner i wsp., 1982)

Zawiera trzy podskale: (a) dieta – rozumiana jako sposób odżywiania się polegający na kontrolowaniu masy ciała poprzez liczenie kalorii, unikanie spożywania produktów bogatych w węglowodany, spalanie kalorii oraz poprzez uprawianie ćwiczeń fizycznych (przykładowy item: „Uważam na ilość kalorii zawartych w jedzeniu, które spożywam”), (b) bulimia i zaabsorbowaniem jedzeniem – zachowania związane z utratą kontroli nad ilością spożywanych pokarmów oraz podejmowanych po ataku bulimicznym działań kompensacyjnych, takich jak: przeczyszczanie się, prowokowanie wymiotów (przykładowy item: „Zdarza się, że zaczynam się objadać i nie mogę tego powstrzymać”), (c) kontrola ustna/oralna – zachowania związane z odmawianiem sobie jedzenia z powodu lęku spowodowanego przyrostem masy ciała (przykładowy item: „Unikam spożywania jedzenia kiedy jestem głodna”). Zgodność wewnętrzna testu oceniana na podstawie współczynnika alfa Cronbacha wyniosła 0,90 (w grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym) oraz 0,83 (w grupie kobiet bez diagnozy zaburzeń odżywiania) (Garner i wsp., 1982).

4. Kwestionariusz Postaw Socjokulturowych wobec Wyglądu Fizycznego (*Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire; SATAQ*) (Thompson i wsp., 2004)

Opracowany w celu pomiaru stopnia internalizacji i świadomości standardów atrakcyjności promowanych przez środki masowego przekazu. Kwestionariusz składa się z 24 itemów, zgrupowanych w trzech podskalach: (1) internalizacji – opisuje świadome bądź nieświadome przyswajanie sobie standardów atrakcyjności kobiecego ciała wyznaczonych przez środki społecznego oddziaływania, głównie mass media (przykładowy item: „Chciałabym, aby moje ciało wyglądało tak, jak ciała modelek na fotografiach w znanych czasopismach kobiecych”), (2) presji – określa siłę wpływu informacji zawartych w komunikatach medialnych na zachowanie człowieka (przykładowy item: „Czuję nacisk mass mediów, aby stosować diety i tracić na wadze ciała”) oraz (3) informacji – ilustruje, które spośród środków masowego przekazu stanowią istotne źródło informacji na temat standardów atrakcyjności oraz czy istotnie wpływają one na osąd i zachowanie odbiorcy (przykładowy item: „Programy telewizyjne są ważnym źródłem informacji o modzie i obowiązujących standardach atrakcyjności”). Zgodność wewnętrzna testu oceniana na podstawie współczynnika alfa Cronbacha wyniosła 0,91 (Thompson i wsp., 2004).

4. WYNIKI BADAŃ

Analiza wyników składała się z trzech etapów. W pierwszym etapie statystyczna analiza danych dotyczyła obliczeń istotności różnic między badanymi grupami (za pomocą testu t-Studenta).

Tabela 1. Porównanie średnich wartości badanych zmiennych w grupie kobiet z syndromem gotowości anorektycznej i grupie kontrolnej

Zmienna	Kobiety z syndromem gotowości anorektycznej		Grupa kontrolna		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Test Sylwetek (<i>CDRS</i>)							
Ja realne	5,75	1,80	4,56	1,41	3,15	77	0,002
Ja aktualne	3,88	1,03	3,49	0,92	1,64	77	0,105
Ja powinnościowe	4,13	1,03	3,75	0,92	1,61	77	0,110
Rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym	1,88	1,59	1,07	1,16	2,50	77	0,014
Rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym	1,63	1,76	0,82	1,17	2,39	77	0,019
Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania (<i>EDI</i>)							
Niezadowolenie z ciała	12,67	8,27	5,11	5,39	4,83	77	0,001
Test Postaw wobec Jedzenia (<i>EAT</i>)							
Dieta	14,92	6,11	4,76	3,86	8,91	77	0,001
Bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem	2,75	2,64	1,64	1,17	2,60	77	0,011
Kontrola ustna/oralna	7,58	3,22	4,84	4,14	2,88	77	0,005
Kwestionariusz Postaw Socjokulturowych wobec Wyglądu Fizycznego (<i>SATAQ</i>)							
Informacja	30,83	7,69	29,02	4,18	1,35	77	0,180
Internalizacja	28,00	8,33	23,96	6,64	2,29	77	0,025
Presja	22,58	5,33	16,93	5,58	4,19	77	0,001

Legenda: Pogrubioną czcionką zaznaczono wartości istotne statystycznie. Przyjęty poziom istotności „p” wyniósł 0,05 (przedział dwustronny)

W drugim etapie badano współczynniki korelacji (za pomocą r-Pearsona). W tabeli 2 przedstawiono związki pomiędzy badanymi zmiennymi w grupie eksperymentalnej.

Współczynniki korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi u kobiet z syndromem gotowości anorektycznej zawierają się w przedziale od $r=-0,539$ do $r=0,970$. Bardzo wysoki stopień współzależności ($r \geq 0,9$) zaobserwowano pomiędzy rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym a rozbieżnością Ja o charakterze powinnościowym oraz pomiędzy Ja idealnym a Ja powinnościowym. Wysoki stopień współzależności ($0,7 \leq r < 0,9$) wystąpił między Ja realnym a rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym oraz między Ja realnym a rozbieżnością Ja o charakterze powinnościowym. Średni ($0,3 \leq r < 0,5$) oraz znaczny stopień współzależności ($0,5 \leq r < 0,7$) stwierdzono w pozostałych korelacjach (tabela 2).

Tabela 2. Współczynniki korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi u kobiet z syndromem gotowości anorektycznej

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Ja Realne	-	0,473*	0,321	0,821***	0,832***	0,424*	0,010	-0,296	0,114	-0,129	-0,200	-0,039
2. Ja Idealne	0,473*	-	0,909***	-0,115	-0,051	-0,183	-0,359	0,049	-0,155	0,112	0,086	0,219
3. Ja powinnościowe	0,321	0,909***	-	-0,227	-0,259	-0,300	-0,404	0,094	-0,115	0,090	0,156	0,223
4. Rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym	0,821***	-0,115	-0,227	-	0,970***	0,596**	0,244	-0,365	0,229	-0,218	-0,281	-0,185
5. Rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym	0,832***	-0,051	-0,259	0,970***	-	0,608**	0,247	-0,357	0,184	-0,184	-0,296	-0,170
6. Niezadowolone z ciała	0,424*	-0,183	-0,300	0,596**	0,608**	-	0,295	-0,539**	0,169	-0,082	-0,380	-0,235
7. Dieta	0,010	-0,359	-0,404	0,244	0,247	0,295	-	0,139	0,620***	-0,212	-0,305	-0,256
8. Bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem	0,114	-0,155	-0,115	0,229	0,184	0,169	0,620***	-	0,201	0,246	0,041	0,073
9. Kontrola ustna/oralna	-0,296	0,049	0,094	-0,365	-0,357	-0,539**	0,139	0,201	-	0,142	0,317	0,189
10. Informacja	-0,129	0,112	0,090	-0,218	-0,184	-0,082	-0,212	0,142	0,246	-	0,538**	0,250
11. Internalizacja	-0,200	0,086	0,156	-0,281	-0,296	-0,380	-0,305	0,317	0,041	0,538**	-	0,396
12. Presja	-0,039	0,219	0,223	-0,185	-0,170	-0,235	-0,256	0,189	0,073	0,250	0,396	-

Legenda: * p<0,05
 ** p<0,01
 *** p<0,001

Tabela 3. Współczynniki korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi u zdrowych kobiet

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Ja Realne	-	0,548**	0,549**	0,773**	0,770**	0,235**	0,130**	0,117**	0,200**	-0,085**	0,133**	-0,099**
2. Ja Idealne	0,548**	-	0,861**	-0,107**	-0,005	-0,164**	-0,183**	0,204**	0,053**	-0,184**	0,029	0,059**
3. Ja powinnościowe	0,549**	0,861**	-	0,000	-0,110**	-0,149**	-0,045*	0,316**	0,040*	-,105**	-0,026	0,013
4. Rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym	0,773**	-0,107**	0,000	-	0,919**	0,404**	0,293**	-0,015	0,197**	0,038*	0,136**	-0,163**
5. Rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym	0,770**	-0,005	-0,110**	0,919**	-	0,393**	0,189**	-0,102**	0,207**	-0,021	0,179**	-0,128**
6. Niezadowolone z ciała	0,235**	-0,164**	-0,149**	0,404**	0,393**	-	0,328**	-0,132**	0,191**	-0,247**	-0,007	-0,062**
7. Dieta	0,130**	-0,183**	-0,045*	0,293**	0,189**	0,328**	-	0,292**	0,441**	0,092**	0,263**	-0,255**
8. Bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem	0,200**	0,053**	0,040*	0,197**	0,207**	0,191**	0,441**	-	-0,007	-0,172**	0,043*	-0,144**
9. Kontrola ustna/oralna	0,117**	0,204**	0,316**	-0,015	-0,102**	-0,132**	0,292**	-0,007	-	0,177**	0,324**	-0,132**
10. Informacja	-0,085**	-0,184**	-0,105**	0,038*	-0,021	-0,247**	0,092**	0,177**	-0,172**	-	0,125**	0,137**
11. Internalizacja	0,133**	0,029	-0,026	0,136**	0,179**	-0,007	0,263**	0,324**	0,043*	0,125**	-	-0,238**
12. Presja	-0,099**	0,059**	0,013	-0,163**	-0,128**	-0,062**	-0,255**	-0,132**	-0,144**	0,137**	-0,238**	-

Legenda: * p<0,05

** p<0,001

Natomiast w grupie zdrowych kobiet współczynniki korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi występują w przedziale od $r=-0,015$ do $r=0,919$. Bardzo wysoki stopień współzależności ($r \geq 0,9$), podobnie jak w przypadku kobiet z syndromem gotowości anorektycznej, zauważono pomiędzy rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym a rozbieżnością Ja o charakterze powinnościowym. Wysoki stopień współzależności ($0,7 \leq r < 0,9$) stwierdzono między Ja realnym a Ja idealnym, rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym oraz rozbieżnością Ja o charakterze powinnościowym. Średni ($0,3 \leq r < 0,5$) oraz znaczny stopień współzależności ($0,5 \leq r < 0,7$) jest obecny w pozostałych korelacjach (tabela 3).

W trzecim etapie pracy skupiono się na określeniu objawów sprzyjających wystąpieniu syndromu gotowości anorektycznej (w tym celu wykorzystano analizę regresji; tabela 4).

Tabela 4. Objawy sprzyjające wystąpieniu syndromu gotowości anorektycznej u młodych dziewcząt

Zmienne niezależne	β	p
Niezadowolenie z ciała	0,437	0,001
Internalizacja	0,375	0,001
Dieta	0,337	0,001
Presja	0,291	0,001
Kontrola ustna/oralna	0,233	0,001
Rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym	-0,052	0,05

Niezadowolenie z własnego ciała, internalizacja ideału szczupłej sylwetki, stosowanie diety, uleganie informacjom (dotyczących cielesności) zawartych w komunikatach medialnych, odmawianie sobie jedzenia z powodu lęku spowodowanego przyrostem masy ciała oraz rozbieżności między realną a powinnościową koncepcją siebie w 97% wyjaśniają występowanie syndromu gotowości anorektycznej u badanych kobiet bez diagnozy zaburzeń odżywiania ($F_{(10, 68)}=245,27$, $p < .001$, $R=0,986$, $R^2=0,973$).

5. OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyniki przeprowadzonych badań pokazują, że objawy syndromu gotowości anorektycznej u badanych kobiet bez diagnozy zaburzeń odżywiania dotyczą głównie dwóch komponentów obrazu ciała: emocjonalnego, tj. braku satysfakcji z własnego ciała oraz behawioralnego, tj. zachowań mających na celu zmniejszenie masy ciała (restrykcje dietetyczne), jak i również rozbieżności pomiędzy realną i powinnościową koncepcją siebie. Wpływ czynników społeczno-kulturowych odgrywa także istotną rolę w występowaniu syndromu gotowości anorektycznej. Prezentowane badania pokazują, że internalizacja ideału szczupłego ciała oraz odczuwanie presji posiadania propagowanej przez mass media „idealnej” sylwetki są czynnikami sprzyjającymi nieprawidłowościom w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej i stosunku do swojego ciała. Bez wątplenia wszystkie te czynniki są charaktery-

styczne dla zaburzeń odżywiania, co świadczyć może o tym, iż posiadanie symptomów syndromu gotowości anorektycznej może w przyszłości zwiększać ryzyko wystąpienia jadłowstrętu psychicznego.

Dziewczęta z SGA odczuwają presję mediów dotyczącą dążenia do bycia szczupłą (zgodnie z obowiązującymi w kulturze standardami), w związku z czym identyfikują się z nowymi wzorcami kulturowymi. W konsekwencji dziewczęta te nie tylko porównują własną sylwetkę z promowanym przez kulturę ideałem kobiecego ciała, ale również pod presją komunikatów medialnych (programy telewizyjne, czasopisma kobiece, reklamy, bilbordy) internalizują ideał szczupłej sylwetki. Jak podkreślają Janelle Coughlin i Cytia Kalodner (2006) internalizacja przekazów medialnych rozpowszechniających informacje związane ze standardami atrakcyjności kobiecego ciała wpływa bezpośrednio na niezadowolenie z własnej sylwetki i pośredniczy w relacji pomiędzy ekspozycją ideału kobiecego ciała a brakiem satysfakcji z własnego wyglądu, a także pomiędzy wpływem mediów a zaburzeniami odżywiania. Społeczno-kulturowa presja dotycząca osiągnięcia i podporządkowania się ideałowi szczupłości jest ważnym czynnikiem rozwoju niezadowolenia z ciała – czynnika spustowego zaburzeń odżywiania oraz zaburzeń bądź zniekształceń obrazu ciała (Stice, 2002).

W badanej grupie kobiet objawem syndromu gotowości anorektycznej jest wysoki poziom niezadowolenia z własnego ciała. Liczne badania dotyczące etiopatogenezy zaburzeń odżywiania (Abbate-Daga i wsp., 2010; Gutiérrez-Maldonado i wsp., 2010) potwierdzają, że brak satysfakcji z własnej sylwetki w interakcji z innymi zmiennymi może ułatwić rozumienie symptomatologii zaburzeń odżywiania. Przypuszczać można, że niezadowolenie z ciała w grupie dziewcząt z syndromem gotowości anorektycznej może wiązać się z istnieniem rozbieżności pomiędzy poznawczą reprezentacją Ja aktualnego (aktualnie spostrzeganym wyglądem ciała) a internalizacją ideałów społeczno-kulturowych dotyczących szczupłej sylwetki, które określają jak powinno wyglądać kobiece ciało zgodnie z obowiązującymi standardami atrakcyjności.

Jak wykazała analiza statystyczna kolejnym z objawów syndromu gotowości anorektycznej u młodych kobiet jest rozbieżność w strukturze Ja o charakterze powinnościowym. Dążenie do zredukowania różnicy pomiędzy tym jak aktualnie osoba siebie spostrzega, a tym jaka powinna być zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami istotnie wpływa na samoregulację człowieka i tworzy rodzaj negatywnej sytuacji psychologicznej związanej z emocjonalnymi i motywacyjnymi konsekwencjami (Wojdyło, 2004). Rozbieżność typu powinnościowego wywiera destrukcyjny wpływ na zachowanie, ponieważ wiąże się z sytuacją chronicznego emocjonalnego dyskomfortu, który obejmuje emocje lękowe, napięcie, zdenerwowanie, poczucie niezadowolenia (Wojdyło, 2004).

Otrzymane przez nas wyniki pokazują, że kobiety z syndromem gotowości anorektycznej, w porównaniu ze zdrową populacją, oceniają swoją aktualną sylwetkę jako cięższą (mimo iż średnia wskaźnika masy ciała grupy eksperymentalnej świadczy o niedowadze). Błędnie zatem postrzegają swoje ciało, co przemawiać może za przeszacowywaniem jego rozmiarów. Dodatkowo u badanych kobiet rozbieżności pomiędzy tym, jak aktualnie postrzegają własną sylwetkę, a tym jaką chciałyby po-

siadać oraz pomiędzy aktualną oceną własnej fizyczności a preferowaną społecznie sylwetką są wyższe niż u zdrowych kobiet. Ponieważ występowanie rozbieżności Ja o charakterze powinnościowym w większym stopniu prognozuje symptomy jadłowstrętu psychicznego (Weishuhn, 2006) a rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym w większym stopniu jest elementem wskazującym na symptomy bulimii (Benninghoven i wsp., 2007) przypuszczać można, że w grupie z syndromem gotowości anorektycznej badane osoby przejawiać mogą zachowania charakterystyczne dla dwóch typów jadłowstrętu psychicznego: restrykcyjnego i żarłoczno-wydalającego.

W porównaniu z grupą kontrolną, badane młode kobiety z syndromem gotowości anorektycznej w zdecydowanie większym stopniu niezadowolone są z własnego ciała oraz wykazują więcej nieprawidłowych postaw żywieniowych – częściej kontrolują masę ciała poprzez ograniczanie bądź odmawianie jedzenia, selekcjonowanie produktów żywieniowych czy uprawianie ćwiczeń fizycznych, częściej także doświadczają utraty kontroli nad ilością spożywanego jedzenia i podejmują zachowania kompensacyjne. Silniej internalizują rozpowszechniane przez media standardy atrakcyjności kobiecego ciała oraz odczuwają presję, aby sprostać społecznym ideałom. Być może zachowania te można tłumaczyć teorią porównań społecznych. Porównywanie się w górę z ideałem trudnym do osiągnięcia ma na celu określenie standardu doskonałości (w przypadku badanych dziewcząt osiągnięcie „idealnie” szczupłego ciała). Często wiąże się jednak z niezadowoleniem z własnego wyglądu oraz występowaniem zaburzeń nastroju o charakterze depresyjnym (Tiggemann, McGill, 2004), zwłaszcza gdy dana cecha lub zdolność jest poza zasięgiem możliwości osoby.

6. WNIOSKI

W kontekście zdrowia psychicznego wiedza na temat syndromu gotowości anorektycznej może przyczynić się do poszukiwania metod prewencyjnych w zakresie zaburzonego stosunku do jedzenia i obrazu własnego ciała u dziewcząt i młodych kobiet, zaś podjęcie owych działań może wpłynąć na zahamowanie coraz częściej występującego wśród młodych osób jadłowstrętu psychicznego (Ziółkowska, 2001).

Nie ulega wątpliwości, że zarówno w dziedzinie psychologii, jak i psychiatrii, należałoby pogłębić wiedzę empiryczną dotyczącą omawianej problematyki. Wydaje się, iż niezwykle cenne byłyby badania porównawcze pomiędzy osobami z syndromem gotowości anorektycznej a osobami ze zdiagnozowanymi zaburzeniami odżywiania, pozwoliłyby one bowiem na wyraźne odgraniczenie syndromu gotowości anorektycznej i wskazanie, w jakim stopniu różni się on od tych zaburzeń. Poza tym badania takie mogłyby przynieść odpowiedź na pytanie na ile syndrom gotowości anorektycznej determinuje jadłowstręt psychiczny.

BIBLIOGRAFIA

Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., Marzola, E., Fassino, S. (2001). Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 520-524.

- Benninghoven, D., Raykowski, L., Solzbacher, S., Kunzendorf, S., Jantschek, G. (2007). Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: a comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image*, 4, 51-59.
- Chytra-Gędek, W., Kobińska, A. (2008). Gotowość anorektyczna u dziewcząt i młodych kobiet. *Psychiatria*, 5(1), 7-12.
- Chalcarz, W., Musiał, A., Koniuszok, K. (2008). Ocena zachowań anorektycznych tancerek w zależności od poziomu syndromu gotowości anorektycznej. *Medycyna Sportowa*, 1, 21-29.
- Chalcarz, W., Musiał, A., Mucha, K. (2007). Assessment of anorectic behaviours among female judo athletes depending on anorexia readiness syndrome. *New Medicine*, 11(2), 22-26.
- Chalcarz, W., Radzińska-Graczyk, M., Surosz, B. (2009). Porównanie zachowań anorektycznych gimnazjalistek ze szkół sportowych i niesportowych. *Medycyna Sportowa*, 25(6), 368-376.
- Coughlin, J.W., Kalodner, C. (2006). Media literacy as a prevention intervention for college women at low – or high-risk for eating disorders. *Body Image*, 3, 35-43.
- Fairburn, C.G., Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9372), 407-416.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J. (1983). The Eating Disorder Inventory: A measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. W: P.L. Darby, P.E. Garfinkel, D.M. Garner, D.V. Coscina (red.), *Anorexia nervosa: recent developments in research* (s. 173-184). New York: Alan R. Liss.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., Garfinkel, P.E (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Caqueo-Urizar, A., Moreno, E. (2010). Body image in eating disorders: the influence of exposure to virtual-reality environments. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(5), 521-531.
- Sienkiewicz, R., Tatarczuk J., Wac, E. (2009). Syndrom gotowości anorektycznej wśród dziewcząt w wieku gimnazjalnym. W: K. Turowski (red.), *Wpływ stylu życia na dobrostan i powodzenie* (s. 29-63). Lublin: Wydawnictwo NeuroCentrum.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Tiggemann, M., McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 23-44.
- Thompson, J.K., Gray, J.J. (1995). Development and validation of a new body image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258-269.
- Thompson, J.K., van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A.S., Heinberg, L.J. (2004). The sociocultural attitudes toward appearance questionnaire (SATAQ-3): Development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 293-304.
- Treasure, J., Claudino, A.M., Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375(9714), 583-593.
- Weishuhn, A.S. (2006). *Perfectionism, self-discrepancy, and disordered eating in black and white women*. Master of art thesis. University of Missouri-Columbia.

- Wojdyło, K. (2004). Skala pomiaru rozbieżności Ja (SkRAP) – konstrukcja narzędzia oraz wstępna charakterystyka psychometryczna. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 27-45.
- World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO.
- Ziółkowska, B. (2001). *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

BARBARA GAWDA¹
KATARZYNA CZUBAK
Instytut Psychologii
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

STYLE PRZYWIĄZANIA A CECHY ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI

Attachment styles and the traits of the personality disorders

Abstract

The literature points that attachment is key mechanism in the development of people. According to the attachment theory, the experience of neglect, abandonment and other early traumas have influence on forming the dysfunctions of emotions and personality pathology. The aim of this article is the verification of the thesis about relation between attachment style and personality disorders. The analysis of results of 155 participants has been conducted (persons in the similar age, similar educational level, similar number of females and males). The diagnosis of personality disorder was based on SCID-II (Structured Clinical Interview for Axis – II), and additionally confirmed by PDQ-4 Hyler Inventory. To examine the attachment style the Plopa's Attachment Styles Questionnaire and the Revised Experiences in Close Relationships Inventory (ECR-R designed by Fraley et al., 2000), were used. The multiple regression model was used to test whether attachment styles maybe the predictors for personality disorders. The current results partly support the Lyddon and Sherry' thesis. The main predictor for the relations between attachment and personality disorders is the anxious attachment style.

Key words: attachment styles, personality disorders, psychopathology

1. WPROWADZENIE

Bowlby, prekursor badań związanych z przywiązaniem, określił przywiązanie jako „pewną formę zachowania, które prowadzi osobę do osiągnięcia lub utrzymania bliskości do pewnej innej wyróżnionej i preferowanej jednostki, spostrzeganej zazwyczaj jako silniejszej i/lub mądrzejszej” (Bowlby, 1973, s. 292). Badania przebiegu spontanicznych kontaktów między matką a dzieckiem, przyczyniły się do wyodrębnienia pewnych wzorców przywiązania (Ainsworth i in., 1978). Styl bez-

¹ Adres do korespondencji: bgawda@wp.pl

pieczny sprzyja równowadze emocjonalnej, co sprawia, że osoby, u których taki styl dominuje są otwarte na przyjmowanie nowych informacji, a przez to bardziej podatne na uczenie się i zmianę. Natomiast u osób, u których dominują pozabezpieczne style przywiązania występuje zniekształcanie odbieranych informacji w kierunku zgodnym z głęboko zakorzenionymi przekonaniami, związanymi z własną bezwartościowością, zależnością i poczuciem braku zaufania (Cassidy, 1994). Istnieją koncepcje prezentujące tezę, że cztery dziecięce style przywiązania odpowiadają czterem stylom przywiązania u ludzi dorosłych (styl bezpieczny, zaabsorbowany, lękowy oraz odrzucający) (Bartholomew, Horowitz, 1991). Jednak pomimo iż teoria przywiązania zaowocowała jedną z największych liczb publikacji w historii psychologii, krytycy tego nurtu zgodnie podkreślają, że w publikacjach tych jest mało badań weryfikujących podstawowe tezy teorii przywiązania (Field, 1996). Słynne zaś badania Ainsworth z 1978 roku, do których wielokrotnie się nawiązuje, opierały się jedynie na pojedynczych eksperymentach trwających 20 minut i bardzo małej próbie badawczej (Berghaus, 2011).

Zwolennicy teorii przywiązania przekonują, iż pozabezpieczne wzory przywiązania prowadzą do rozwoju przeróżnych form patologii. Pozabezpieczne formy przywiązania doprowadzają do zniekształcenia percepcji, mechanizmów asymilacyjnych oraz podtrzymują sztywne przekonania, wpływają na interakcje interpersonalne (Cassidy, Shaver, 1999). Związki między przywiązaniem a psychopatologią można opisać na czterech płaszczyznach. Po pierwsze, formy przywiązania mają istotny wpływ na rozwój struktur poznawczo-afektywnych reprezentujących relację oraz utrwalenie tendencji do przeżywania określonych uczuć (Cassidy, 1994; Main, 1996). Poza tym wpływają na organizację neuronalną (LeDoux, 2000). Po trzecie, patologiczne zachowania przywiązaniowe stanowią podatny grunt dla rozwoju późniejszych zaburzeń (Main, 1996). I wreszcie, przywiązanie ma istotny wpływ na ukształtowanie procesów motywacyjnych i socjalizacji (Bateman, Fonagy, 2006; Greenberg, 1999).

Literatura z zakresu teorii przywiązania wskazująca na istnienie relacji pomiędzy stylami przywiązania a zaburzeniami emocjonalnymi i osobowości, podkreśla, iż szczególnie dysfunkcyjną rolę pełnią w tym procesie unikający i zdezorganizowany styl przywiązania (Connors, 1997; Gabbard, 2009; Rajewska-Rynkowska, 2005; Sroufe i in., 1999). Ostatecznie jednak wzorzec przywiązania nie jest bezpośrednią przyczyną rozwoju psychopatologii, lecz zależy ona od interakcji wielu czynników (Sroufe i in., 2000). Przywiązanie jest korelowane również z PTSD; styl przywiązania stwarza predyspozycje do kształtowania dysfunkcji emocjonalnych, w konsekwencji nie pozostaje bez wpływu na umiejętności radzenia sobie z PTSD (Mills, 2008).

Poszukiwanie relacji pomiędzy stylami przywiązania i dysfunkcjami osobowości jest logiczną konsekwencją paradygmatu teorii przywiązania, zgodnie z którym stabilne w czasie i wielokrotnie wzmacniane formy relacji ukształtowane we wczesnym dzieciństwie odgrywają kluczową rolę w ukształtowaniu relacji z innymi w późniejszych okresach rozwojowych (Bowlby, 1973, 1988). Zatem style przywiązania mają istotny wpływ na kształtowanie kompetencji interpersonalnych będących ważnym komponentem osobowości, takich jak łatwość nawiązywania

kontaktów, ich przejrzystość. O posiadaniu takich wyższych społecznych kompetencji w pewnej mierze decyduje ukształtowany bezpieczny styl przywiązania (Adamczyk, Pilarska, 2012). Styl przywiązania jest zatem istotnym czynnikiem oddziałującym na jakość relacji partnerskich (Jelińska, 2008; Liberska, Suwalska, 2011). Szczególnie dysfunkcjonalną rolę przypisuje się pozabezpiecznym wzorcom przywiązania, które sprzyjają rozwojowi zaburzeń afektywnych oraz uzależnień (Jelińska, 2008). Unikający styl przywiązania nie koresponduje z tendencją do podtrzymywania intymności, namiętności ani też zaangażowania w związku (Jurroszek i in., 2012). Co więcej, unikający styl przywiązania nie tylko sprzyja braku satysfakcji w związku, jest także istotnym predyktorem podejmowania prób samobójczych (Mandal, Zalewska, 2010).

2. ZABURZENIA OSOBOWOŚCI A STYLE PRZYWIĄZANIA

Ze względu na to, iż zaburzenia osobowości to trwałe wzorce wewnętrznych doświadczeń i zachowań człowieka, odbiegające od norm i oczekiwań w ramach kultury, w której człowiek żyje (DSM-IV-TR, 2000), a ujawnianie się tych wzorców dotyczy przynajmniej dwu z następujących obszarów: poznawczego, afektywnego, interpersonalnego i kontroli impulsu, można z przekonaniem przyjąć, iż wzorce osobowości i przywiązania mogą pozostawać ze sobą w relacjach. Osoba przejawiająca zaburzenia osobowości doświadcza nieadaptacyjnych emocji, ma trudności w ich kontrolowaniu, w sposób zniekształcony odbiera i interpretuje siebie i innych, a także wchodzi w dysfunkcjonalne relacje z innymi ludźmi (Fowler i in., 2007). Konsekwencjami takiego zaburzenia są głównie nieprawidłowe zachowania, utrudniające czy uniemożliwiające przystosowanie do środowiska społecznego, w tym do życia społecznego, przy jednoczesnym prawidłowym poziomie intelektualnym. Można zatem przyjąć, iż tego rodzaju zachowania mogą być powiązane z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania. Istnieją badania, które potwierdzają istnienie takich relacji. Na przykład przywiązanie lękowe wiązane jest paranoicznym, zależnym, borderline, unikającym i antyspołecznym zaburzeniem osobowości (Dacko, 2011). Unikowy styl przywiązania współwystępuje z narcystycznym zaburzeniem osobowości, w szczególności nasila narcyzm wielkościowy (Rohmann i in., 2012). Ponadto unikowy styl przywiązania koreluje z osobowością zależną, schizoidalną, paranoiczną, osobowością z pogranicza, oraz antyspołeczną (Dacko, 2011). Pomimo takich danych, nie mamy jednak wystarczających informacji na temat tego, w jakim stopniu poszczególne style przywiązania wyjaśniają nasilenie cech charakterystycznych dla poszczególnych zaburzeń osobowości.

Na podstawie literatury przedmiotu można sformułować pewne ogólne tezy odnośnie do relacji style przywiązania – zaburzenia osobowości. Jedną z takich propozycji jest model Lyddona i Sherry (2001), nie został on jednak w pełni potwierdzony w badaniach (Sherry, Lyddon, Henson, 2007). Jest to jedynie schemat opracowany na bazie teorii przywiązania i stylów osobowości określonych na podstawie DSM-IV (APA, 1994). Według Lyddona i Sherry (2001) zaabsorbowany wymiar przywiązania wiąże się z następującymi stylami osobowości: osobowością zależną, obsesyjno-kompulsywną oraz histrioniczną. Dla osobowości zależnej charakterystyczna jest niezdolność do samodzielnego działania i stałe poszukiwanie

opieki i wsparcia u innych ludzi (Beck, Freeman, Davis, 2005; Chojnacka, Ustjan, 2009). Zatem istnieje możliwość, iż zaabsorbowany styl przywiązania z taką osobowością się wiąże, gdyż jego istotą jest nagradzanie lojalności wobec rodziców, odrzucanie autonomii, zniechęcanie do niezależności (Gabbard, 2009). Z kolei osobowość obsesyjno-kompulsywną charakteryzuje pęd ku dążeniu do doskonałości oraz nadmiernie rozwinięta potrzeba kontrolowania otoczenia (Beck i in., 2005; Chojnacka, Ustjan, 2009). Podobnie zaabsorbowany styl przywiązania, polegający również na ciągłym ustanawianiu przez rodziców i opiekunów bardzo wysokich standardów i oczekiwań, przy surowym i konsekwentnym nagradzaniu dobrego zachowania i karaniu niewłaściwego, może utrwalić nadmierną potrzebę kontrolowania otoczenia (McWilliams, 2009). Z kolei główną cechą histrionicznego zaburzenia osobowości jest nadmierna potrzeba zwracania na siebie uwagi oraz emocjonalność (Carson, Butcher, Mineka, 2011). To zaburzenie może być powiązane z zaabsorbowanym stylem przywiązania, gdyż osoby przejawiające to zaburzenie doświadczyły kontaktu z pochłaniającym rodzicami (Lyddon, Sherry, 2001).

Zaabsorbowany i lękowy wzorzec przywiązania wiązany jest z osobowością unikającą w ujęciu Lyddona i Sherry (2001). Osoby przejawiające osobowość unikającą charakteryzują się niechęcią do nawiązywania kontaktów, introwersją oraz wzorcem skrajnie zahamowanych zachowań społecznych (Millon, Davis, 2005; Świtała, 2004). Osoby z tym zaburzeniem w dzieciństwie czuły się odrzucone przez rodziców lub opiekunów, dlatego też boją się związków i miłości (Connors, 1997). Kluczowym elementem osobowości unikającej jest lęk, co oznacza logiczne powiązanie z lękowym wzorcem przywiązania (Chorpita, Barlow, 1998). Z kolei lękowy wzorzec przywiązania wiązany jest z ukształtowaniem osobowości paranoicznej, której główną cechą jest podejrzliwość i nieufność względem otoczenia (Carson i in., 2011; Millon, Davis, 2005). Według ujęcia Blatta (1995) styl przywiązania, który z dużą precyzją prognozuje prawdopodobieństwo pojawienia się paranoicznego zaburzenia osobowości to styl unikająco-odrzucający, który został uznany za bliski introjekcyjnej linii rozwojowej. W dzieciństwie osób z osobowością paranoiczną było prawdopodobnie zaburzone poczucie skuteczności; dzieci były wielokrotnie poddawane władzy innych i poniżane (Blatt, 1995).

Dwa style przywiązania: lękowy i odrzucający wiązane są łącznie z trzema rodzajami zaburzonej osobowości: antyspołeczną, narcystyczną i schizotypową. Wspólną cechą tych zaburzeń jest negatywne wartościowanie innych, wartościowanie siebie natomiast waha się pomiędzy poziomem negatywnym a obronnie pozytywnym (Lyddon, Sherry, 2001). Osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości ustawicznie naruszają i lekceważą prawa innych ludzi fałszywym, agresywnym lub antyspołecznym zachowaniem (Carson i in., 2011; Millon, Davis, 2005). W tej grupie osób, można wnioskować o pewnym deprecjonowaniu przywiązania, który jest wiązany z lekceważeniem oraz pomniejszaniem znaczenia obiektu przywiązania lub też jakości relacji i doświadczeń z nim związanych (Lyddon, Sherry, 2001).

Z kolei dla narcystycznego zaburzenia osobowości charakterystyczne jest wyolbrzymione poczucie własnej wartości, brak zrozumienia dla uczuć innych osób oraz silne pragnienie podziwu (Rohmann i in., 2012). Kernberg postrzega osobowość narcystyczną jako swoistą strukturę obronną (Kernberg, 1979). Kohut uzna-

je, iż wielkościowe *self* staje się sposobem obrony przed okrucieństwem świata (za: Gościniak, 2005). Rodzice osób narcystycznych przeceniali prawdziwe możliwości swoich dzieci, a ponadto bardziej cenili ich osiągnięcia niż prawdziwe „ja” (Lyddon, Sherry, 2001). Duży wpływ na rozwój osobowości narcystycznej ma atmosfera nieustannego oceniania panująca w rodzinie (McWilliams, 2009). Dla schizotypowego zaburzenia osobowości charakterystyczne jest izolowanie się od kontaktów społecznych, zaburzenia poznawcze, percepcyjne oraz ekscentryczność (Beck i in., 2005). Źródłem podstawowego defektu osób ze schizotypowym zaburzeniem osobowości może być brak odpowiedniej opieki ze strony matki we wczesnym dzieciństwie, relacje z zimnymi i deprecjonującymi rodzicami (Kernberg, 1979).

Odrzucający wzorzec przywiązania jest wiązany z osobowością schizoidalną (Lyddon, Sherry, 2001), która charakteryzuje się utrwalonym wzorcem wycofania z relacji społecznych (Beck i in., 2005). Etiologia schizoidalnego zaburzenia osobowości związana jest zatem z patologizacją relacji z obiektem. Natomiast zdeorganizowany wzorzec przywiązania wiązany jest z osobowością typu *borderline*, dla której typową cechą jest niestabilność (Carson i in., 2011). U podłoża takich zachowań leży doświadczenie niestabilności, nieprzewidywalności oraz lęku traumatycznego (Dozier i in., 1999). Zauważono duży związek między pacjentami z rozpoznaniem osobowości z pogranicza a zaabsorbowaną i zdeorganizowaną kategorią więzi (Allen, 2001). Jednak w badaniach weryfikujących przedstawiony model jego autorzy nie uzyskali potwierdzenia istnienia związków pomiędzy stylami przywiązania a osobowością antyspołeczną, narcystyczną, obsesyjno-kompulsywną (Sherry i in., 2007).

3. PYTANIA BADAWCZE

Wobec braku jednoznacznej weryfikacji modelu Lyddona i Sherry (2001) celem niniejszych badań jest ustalenie stopnia związku pomiędzy stylami przywiązania i cechami typowymi dla zaburzeń osobowości. Przedstawione dane dotyczące powiązań zaburzeń osobowości i przywiązania upoważniają do sformułowania następujących pytań badawczych:

Czy istnieją (i na czym polegają) relacje pomiędzy stylami przywiązania i nasileniem cech charakterystycznych dla różnego rodzaju zaburzeń osobowości? W jakim stopniu style przywiązania wyjaśniają zmienność wyników w zakresie nasilenia cech zaburzeń osobowości? Założono na podstawie licznych przesłanek z literatury przedmiotu, iż istnieją związki pomiędzy przywiązaniem i nasileniem cech zaburzonej osobowości. Pozabezpieczne style przywiązania w znaczącym stopniu będą wyjaśniały zmienność wyników w zakresie zaburzeń osobowości. Na podstawie koncepcji Lyddona i Sherry (2001) można się spodziewać, iż lękowo-ambiwalentny styl przywiązania będzie wyjaśniał nasilenie cech osobowości zależnej i paranoicznej, zaś styl unikowy przywiązania – cechy osobowości schizotypowej, schizoidalnej. Styl zaabsorbowany będzie wiązał się cechami osobowości histrionicznej, unikającej, zależnej oraz obsesyjno-kompulsyjnej. Z kolei zarówno styl unikowy jak i lękowy będą miały związek z cechami osobowości narcystycznej i antyspołecznej.

Zmienna wyjaśniająca: style przywiązania określone na podstawie wyników Kwestionariusza Stylów Przywiązaniowych Plopy (2008) oraz kwestionariusza ECR-R (Fraley, Waller, Brennan, 2000). Przyjmują postaci stylu bezpiecznego, lękowo-ambivalentnego i unikowego oraz zaabsorbowanego na podstawie techniki ECR-R. Natomiast zmienne wyjaśniane (zależne) to nasilenie cech charakterystycznych dla poszczególnych zaburzeń osobowości określonych na podstawie wyników w SCID-II (First, Spitzer, Gibbon, Williams, 1997). Zatem będą to wyniki dla następujących zaburzeń osobowości: unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej, bierno-agresywnej, depresyjnej, paranoicznej, schizotypowej, schizoidalnej, histrionicznej, narcystycznej, z pogranicza, antyspołecznej.

4. METODA BADAŃ

4.1. OSOBY BADANE

Grupę badaną stanowiło 155 osób w zbliżonym wieku i o takim samym poziomie wykształcenia. Byli to studenci różnych kierunków studiów zarówno stacjonarnych jak i niestacjonarnych. Proporcje kobiet i mężczyzn w grupie były zbliżone; 85 kobiet i 70 mężczyzn. Średnia wieku dla kobiet wynosiła 21,75 lat ($SD=4,04$), zaś dla mężczyzn 22,37 ($SD=3,86$). Na podstawie wywiadu ustalono, iż osoby badane nie przejawiały przewlekłych chorób somatycznych ani też zaburzeń neuropsychiatrycznych.

Uznano, iż grupa nie-kliniczna jest właściwą do poszukiwania cech zaburzeń osobowości, albowiem istnieje wiele danych w literaturze przedmiotu, iż zaburzenia osobowości oraz znaczące nasilenie cech zaburzeń osobowości występuje w nie-klinicznych populacjach z dużą częstością (Sherry i in., 2007; Torgersen i in., 2001; Trzebińska, 2009). Nie ma podstaw do tego, aby zakładać, iż osoby przejawiające zaburzenia osobowości to tylko i wyłącznie osoby hospitalizowane. Najczęściej takie osoby nie są hospitalizowane, gdyż nie przejawiają znaczących zaburzeń funkcjonowania poznawczego ani fizjologicznego, a to co jest istotą zaburzeń osobowości, np. niewłaściwy wzorzec afektywny, nie jest podstawą do hospitalizowania. Taki wzorzec w znakomitej większości przypadków nie jest korygowany żadną formą terapii, chyba, że zaburzonej osobowości zaczynają towarzyszyć zaburzenia lękowe, nastroju, czy łamanie prawa. Zatem osoby z zaburzoną osobowością są liczne zarówno w populacji nie-klinicznej, jak w klinicznych (Torgersen i in., 2001).

4.2. TECHNIKI BADAWCZE

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych M. Plopy (2008) w celu diagnozy stylów przywiązania. Kwestionariusz składa się z 24 stwierdzeń, po 8 dla każdej ze skal. Osoba badana ustosunkowuje się na 7-stopniowej skali do każdego stwierdzenia. Możliwa jest diagnoza następujących stylów: bezpiecznego, lękowo-ambivalentnego i unikowego. Kwestionariusz opiera się na koncepcji i metodzie Adult Attachment Style Hazan i Shaver (1987). Właściwości psychometryczne Kwestionariusza jak trafność, zgodność wewnętrzną są dobre (Plopa,

- 2008). W analizach wykorzystano trzy subskałe mierzące style przywiązaniowe: bezpieczny, lękowo-ambiwalentny, unikowy. Zmienne miały postać ilościową.
2. Kwestionariusz ECR-R (Experiences in Close Relationships - Revised Questionnaire) do badania stylów przywiązania (narzędzie w wersji eksperymentalnej) – autorstwa Fraley i in., 2000. Składa się z dwu skal: przywiązanie lękowe oraz unikające. Na podstawie wyników w tych skalach określa się cztery style przywiązania: bezpieczny (niskie wyniki w obu skalach), zaabsorbowany (wysokie wyniki w skali przywiązania lękowego, niskie w zakresie unikającego), lękowo-unikający (wysokie wyniki w obu skalach), unikający (niskie wyniki w skali przywiązania lękowego, wysokie w zakresie unikającego) (instrukcja na podstawie Fraley i in., 2000). Kwestionariusz składa się z 36 stwierdzeń, po 18 dla każdej ze skal oraz daje możliwość udzielenia odpowiedzi na siedmiostopniowej skali od „całkowicie nie zgadzam się” do „całkowicie zgadzam się”. Wartości psychometryczne narzędzia są bardzo dobre (Sibley i in., 2005). Narzędzie to wykorzystano do pomiaru stylu przywiązania zaabsorbowanego, gdyż zastosowany Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych Płopy nie daje takiej możliwości. Jednak zmienna zaabsorbowany styl przywiązania ma postać zmiennej kategoryjnej, gdyż określana jest na podstawie proporcji wyników w dwu skalach. Kwestionariusz ECR-R nie pozwala na ilościowy pomiar tej zmiennej. Z tego też względu, dokonano oddzielnie dla stylu zaabsorbowanego obliczeń statystycznych.
 3. Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z osi II DSM-IV (SCID-II, First i in., 1997), w polskiej adaptacji (Zawadzki i in., 2010). Jest to narzędzie wystandaryzowane, pozwala na diagnozę 10 zaburzeń osobowości według DSM-IV, oraz dwu dodatkowych. Parametry psychometryczne tego narzędzia są odpowiednie (First i in., 1997; Zawadzki i in., 2010). W analizach wykorzystano 12 skal zaburzeń osobowości.
 4. Kwestionariusz Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ4) S.E. Hylera (1994) w celu potwierdzenia diagnozy cech różnego typu zaburzonej osobowości. W analizach statystycznych nie wykorzystywano wyników tego kwestionariusza. Zastosowanie jego miało charakter dodatkowy. Porównanie wyników w zakresie nasilenia cech zaburzonej osobowości w kwestionariuszu PDQ-4 oraz wyników w SCID-II miało na celu wzmocnienie diagnozy cech zaburzonej osobowości. Istotnie wyniki w SCID-II i w PDQ-4 Hylera okazały się zbieżne, co świadczy po pierwsze o wartości kwestionariusza Hylera w diagnozowaniu zaburzonej osobowości, a po drugie daje podstawę do twierdzenia, iż uzyskane rezultaty w niniejszych badaniach w odniesieniu do cech zaburzonej osobowości są wiarygodne. PDQ-4 jest narzędziem przesiewowym w diagnostyce różnicowej zaburzeń osobowości, znanym i stosowanym na świecie. Nie posiada polskiej adaptacji. Zgodność wewnętrzna kwestionariusza jest dobra (Guy i in., 1994). Nad przydatnością tego narzędzia przeprowadzono wiele klinicznych i nie-klinicznych badań. Kwestionariusz PDQ4 posiada wysoką wartość w badaniach selekcyjnych w zakresie diagnozy zaburzeń osobowości (Hunt, Andrews, 1992; Patrick i in., 1995).

4.3. ANALIZA STATYSTYCZNA

W celu wyjaśnienia relacji pomiędzy stylami przywiązania i nasileniem cech charakterystycznych dla poszczególnych typów zaburzonej osobowości wykonano wielozmianową analizę regresji. Założono na podstawie przesłanek wynikających z literatury przedmiotu, iż predyktorami są style przywiązania (styl bezpieczny, lękowo-ambiwalentny, unikowy), zaś zmiennymi zależnymi cechy zaburzonej osobowości (unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej, bierno-agresywnej, depresyjnej, paranoicznej, schizotypowej, schizoidalnej, histrionicznej, narcystycznej i borderline). Po sprawdzeniu rozkładu zmiennych i ich właściwości, stwierdzono, iż w większości ich rozkłady nie odbiegają od rozkładu normalnego. Zdecydowano, aby nie włączać do analizy regresji wyników w zakresie antyspołecznego zaburzenia osobowości, gdyż wyniki tej zmiennej istotnie odbiegały od rozkładu normalnego. Ponadto dokonano oddzielnie obliczeń dla stylu zaabsorbowanego, gdyż zmienna ta miała postać kategorialną. Zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji w celu wykazania różnic w zakresie nasilenia cech dla poszczególnych zaburzeń osobowości u osób charakteryzujących się różnymi stylami przywiązania: zaabsorbowanym i lękowo-unikającym. W tym przypadku style były określone na podstawie kwestionariusza ECR-R (Fraley i in., 2000). Zmienne (style przywiązania) miały postać kategorialną, wybrano dwa style, które hipotetycznie mogły mieć znaczenie w badanej relacji. Odrzucono styl unikowy, gdyż liczba osób przejawiających taki styl wynosiła 4, zatem była zbyt mała, aby włączyć ją w analizy statystyczne, zaś styl bezpieczny w postaci zmiennej kategorialnej wyłączono ze względu na to, iż był wzięty pod uwagę w analizie regresji, kiedy ta zmienna miała postać ilościową.

4.4. WYNIKI

Statystyki opisowe dla poszczególnych zmiennych zostały przedstawione w tabeli nr 1, zaś kluczowe dla niniejszego opracowania wyniki w tabeli nr 2. Z analizy regresji wynika, iż założony model obejmujący zmienne wyjaśniające style przywiązaniowe: bezpieczny, lękowo-ambiwalentny i unikowy, wyjaśniają istotny procent wariancji wyników w zakresie nasilenia cech typowych dla różnych rodzajów zaburzonej osobowości. Przywiązanie lękowo-ambiwalentne wyjaśnia 26% wariancji wyników w zakresie cech osobowości unikającej. Podobnie, przywiązanie lękowo-ambiwalentne i unikowe wyjaśniają 27% zmienności wyników w zakresie cech osobowości zależnej. Choć w tym przypadku wyższe wyniki w zakresie przywiązania lękowo-ambiwalentnego wiążą się z wyższym nasileniem cech osobowości zależnej ($\beta=0,53$, $p<0,001$), zaś wyższe wyniki w zakresie przywiązania unikowego z niższym nasileniem cech osobowości zależnej ($\beta=-0,29$, $p<0,05$). Przywiązanie lękowo-ambiwalentne wyjaśnia ponadto 9% wariancji wyników w zakresie cech osobowości obsesyjno-kompulsyjnej i 18% wariancji wyników w zakresie cech osobowości bierno-agresywnej. Kolejno styl lękowo-ambiwalentny wyjaśnia wspólnie z bezpiecznym stylem przywiązania 36% wariancji wyników w zakresie cech osobowości depresyjnej. Im wyższe wskaźniki w zakresie stylu lękowo-ambiwalentnego, tym wyższe nasilenie cech depresyjnych osobowości ($\beta=0,45$, $p<0,001$), zaś

im niższe wyniki w zakresie stylu bezpiecznego, tym wyższe w zakresie depresyjnej osobowości ($\beta=-0,42$, $p<0,001$). Zbliżone rezultaty uzyskano w odniesieniu do cech osobowości paranoicznej; styl lękowo-ambivalentny i bezpieczny wyjaśniają 13% wariacji wyników w zakresie tego rodzaju osobowości. Wyższe wyniki w zakresie stylu lękowo-ambivalentnego i niższe w zakresie bezpiecznego współwystępują z wysokim nasileniem cech osobowości paranoicznej. Z kolei cechy osobowości schizotypowej wyjaśniane są głównie przez styl unikowy, jednak jedynie 5% wariacji wyników wyjaśniane jest przez model; im wyższe wyniki w zakresie stylu unikowego tym wyższe nasilenie cech schizotypowych osobowości. Osobowość schizoidalna wiąże się również z podwyższonym stylem unikowym i obniżonym stylem bezpiecznym; te zmienne wyjaśniają 27% wariacji wyników w zakresie cech osobowości schizoidalnej. Żadna ze zmiennych w założonym modelu nie wyjaśnia zmienności wyników w zakresie cech osobowości histrionicznej. Natomiast cechy osobowości narcystycznej są wyjaśniane jedynie przez nasilenie stylu lękowo-ambivalentnego (9% wariacji wyników). Łącznie styl bezpieczny i lękowo-ambivalentny wyjaśniają z kolei 28% wariacji wyników w zakresie cech osobowości z pogranicza. Im wyższe wyniki w zakresie stylu lękowo-ambivalentnego ($\beta=0,53$, $p<0,001$), i jednocześnie niższe w zakresie stylu bezpiecznego ($\beta=-0,27$, $p<0,05$), tym wyższe nasilenie cech osobowości typu borderline.

Tabela 1. Statystyki opisowe ($N=155$).

Zmienne	M	SD	Min.	Max.
Style przywiązania				
Styl bezpieczny	39,85	9,69	14	56
Styl lękowo-ambivalentny	26,62	11,20	8	55
Styl odrzucający	22,23	9,68	8	54
Cechy zab. osob. SCID-II				
Osob. unikająca	2,45	1,71	0	7
Osob. zależna	2,01	1,53	0	6
Osob. obsesyjno-kompulsyjna	3,85	1,70	0	8
Osob. bierno-agresywna	2,95	1,88	0	7
Osob. depresyjna	2,74	2,27	0	8
Osob. paranoiczna	2,55	1,80	0	7
Osob. schizotypowa	3,24	2,27	0	10
Osob. schizoidalna	2,04	1,44	0	6
Osob. histrioniczna	2,46	1,84	0	7
Osob. narcystyczna	4,68	2,90	0	14
Osob. borderline	5,08	3,15	0	14
Osob. antyspołeczna	2,40	5,79	0	10

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela 2. Wyniki regresji wielozmiennowej (N=155).

Cechy zab. os.	Preedyktory	Styl bezpieczny β	Styl lęk.- ambiwalentny β	Styl unikowy β	R	R^2	$F_{(3,151)}$
Os. unikająca		-0,20	0,38***	0,14	0,51	0,26	12,11***
Os. zależna		0,05	0,53***	-0,29*	0,52	0,27	12,62***
Os. obsesyjno-komp.		-0,04	0,22*	0,10	0,30	0,09	3,39*
Os. bierno-agresywna		-0,03	0,44***	-0,05	0,42	0,18	7,33***
Os. depresyjna		-0,42***	0,45***	-0,07	0,59	0,36	18,87***
Os. paranoiczna		-0,36***	0,28**	-0,20	0,36	0,13	5,08**
Os. schizotypowa		-0,09	-0,00	0,29*	0,23	0,05	1,95
Os. schizoidalna		-0,34**	-0,17	0,25*	0,52	0,27	12,71***
Os. histrioniczna		0,14	0,13	-0,10	0,23	0,05	1,93
Os. narcystyczna		-0,18	0,25*	-0,03	0,30	0,09	3,44*
Os. borderline		-0,27*	0,43***	-0,01	0,53	0,28	13,36***

¹ Wyniki dotyczące osobowości antyspołecznej nie zostały wzięte pod uwagę w modelu regresji ze względu na rozkład zmiennej istotnie odbiegający od normalnego.

* – istotne na poziomie $p < 0,05$

** – istotne na poziomie $p < 0,01$

*** – istotne na poziomie $p < 0,001$

Kolejno postanowiono sprawdzić czy styl zaabsorbowany różnicuje nasilenie cech charakterystycznych dla poszczególnych badanych typów osobowości zaburzonej. Zmienna styl zaabsorbowany miała postać kategoryjną, dlatego też dokonano porównania nasilenia cech typowych dla zaburzonych osobowości u osób cechujących się stylem zaabsorbowanym i lękowo-unikającym (określonych na podstawie wyników kwestionariusza ECR-R). Pomimo pozornego zróżnicowania nie wykazano żadnych istotnych różnic pomiędzy nasileniem poszczególnych cech zaburzeń osobowości u osób przejawiających styl zaabsorbowany i lękowo-unikający.

Tabela 3. Porównanie nasilenia cech charakterystycznych dla różnych rodzajów zaburzonej osobowości u osób przejawiających zaabsorbowany styl przywiązania ($N=21$) oraz lękowy styl przywiązania ($N=26$). Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji.

Cechy zab. osob.	Style	Styl lęk.- Ambiwalentny M (SD)	Styl zaabsorbowany M (SD)	$F_{(1,153)}$
Os. unikająca		4,00 (1,81)	3,23 (1,82)	0,10 ns
Os. zależna		2,62 (1,53)	2,38 (1,85)	1,37 ns
Os. obsesyjno-komp.		4,10 (1,89)	3,85 (1,91)	0,17 ns
Os. bierno-agresywna		3,43 (1,56)	3,50 (1,77)	0,58 ns
Os. depresyjna		4,90 (1,89)	3,54 (2,24)	0,14 ns
Os. paranoiczna		3,29 (1,76)	2,88 (1,53)	1,59 ns
Os. schizotypowa		4,00 (2,64)	3,46 (2,30)	0,01 ns
Os. schizoidalna		3,39 (1,65)	1,77 (1,01)	3,10 ns
Os. histrioniczna		2,29 (1,30)	2,58 (2,21)	2,93 ns
Os. narcystyczna		5,19 (2,63)	5,08 (2,88)	0,20 ns
Os. borderline		7,14 (3,79)	5,73 (2,92)	2,25 ns

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, ns – nieistotne statystycznie

4.5. DYSKUSJA

Niniejsze wyniki badań jedynie częściowo potwierdzają istnienie związku stylu przywiązania z cechami charakterystycznymi dla poszczególnych zaburzeń osobowości. Model Lyddona i Sherry (2001) nie został w pełni zweryfikowany pozytywnie. Podobnie zresztą weryfikacja dokonana przez samych autorów tego modelu nie przyniosła potwierdzenia wszystkich jego założeń (Sherry i in., 2007). Rezultaty były podobne do aktualnych; na przykład okazało się, iż bezpieczny styl przywiązania koreluje negatywnie z większością rodzajów zaburzonej osobowości. W niniejszych badaniach stwierdzono, iż największy procent zmienności wyników jest wyjaśniany przez styl lękowo-ambiwalentny. I tak, ten styl przywiązania wiąże się z nasileniem cech osobowości unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej, depresyjnej, paranoicznej, narcystycznej oraz borderline. Zbliżone rezultaty uzyskali Sherry, Lyddon i Henson (2007) w badaniach, w których łącznie styl lękowy i zaabsorbowany istotnie korelowały z nasileniem cech osobowości zależnej, unikającej, paranoicznej, borderline. Obecna weryfikacja nie potwierdziła jednak istotnej roli stylu zaabsorbowanego jako predyktora dla cech zaburzeń osobowości. Aktualnie nie potwierdzono także relacji pomiędzy stylami przywiązania i histrionicznymi cechami zaburzonej osobowości. Ten rodzaj zaburzenia należy do grupy A zaburzeń dziwaczno-ekscentrycznych według DSM-IV (1994), i być może w mniejszym stopniu jest powiązany z wzorcami przywiązania. Dacko (2011) również nie uzyskała istotnej korelacji w odniesieniu do tego zaburzenia i stylów przywiązania.

Relacja pomiędzy unikowym stylem przywiązania i cechami zaburzenia schizoidalnego oraz schizotypowego została wykazana zarówno w aktualnych badaniach, jak i podjętych przez Sherry i zespół w 2007 roku. Mogłoby to wskazywać, iż źródłem podstawowego defektu u osób ze schizotypowym zaburzeniem osobowości, jakim jest niezdolność do tworzenia relacji jest wzorzec przywiązania utrwalony we wczesnym dzieciństwie, bądź że cechy tego zaburzenia osobowości przyczyniają się do trudności w zakresie nawiązywania kontaktów interpersonalnych (Dacko, 2011; Lyddon, Sherry, 2001). Sherry, Lyddon i Henson (2007) z kolei nie potwierdzili związków pomiędzy stylami przywiązania i osobowością antyspołeczną, narcystyczną oraz obsesyjno-kompulsyjną. Ponadto ciekawa i spójna w obu badaniach jest wykazana relacja pomiędzy stylem unikowym przywiązania i osobowością zależną; tutaj związek ma postać dodatnią. Oznacza to, iż zmniejszone unikanie współwystępuje z nasileniem cech osobowości zależnej. Jednak w innych badaniach cechy osobowości zależnej pozytywnie korelowały ze stylem unikowym przywiązania (Dacko, 2011). Można zatem uznać, iż nadal istnieje wiele niejasności w obszarze relacji style przywiązania – zaburzenia osobowości.

Z przedstawionych rezultatów wynika, iż największa zmienność cech zaburzonej osobowości wiąże się z lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania. Zatem zarówno w przypadku osobowości unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej, bierno-agresywnej, depresyjnej, paranoicznej, narcystycznej, jak i z pogranicza, mechanizm lękowy odgrywa kluczową rolę. Mechanizm ten konstituuje styl lękowo-ambiwalentny przywiązania. Trudno nie zgodzić się w tym kontekście ze stanowiskiem Freuda, iż lęk odgrywa kluczową rolę w wszystkich formach psychopatologii (Freud, 1917/1992). Doświadczenie strachu, lęku, napięcia, konfliktów w relacjach z obiektem, owocuje ukształtowaniem lęku jako cechy, który jest esencjalnym komponentem lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania. Lęk jako cecha to dyspozycja lub motyw, który czyni jednostkę podatną na postrzeganie niegroźnych sytuacji jako zagrażające, a także reagowanie na te sytuacje w sposób nieproporcjonalny stanami lęku (Wrześniewski i in., 2002). Spielberger wiąże to z negatywnymi doświadczeniami z wczesnego dzieciństwa (ibid.). Ogólnie osoby cechujące się wysokim poziomem lęku osobowościowego są mniej zadowolone z siebie, stosują strategie samoobwiniania i autodeprecjacji (Öhman, 2005). Pomiędzy lęk pełni kluczowe i konstruktywne funkcje w rozpoznawaniu zagrożenia, podejmowaniu różnych działań naprawczych i ochronnych, to jednak zbyt duże proporcje lęku w doświadczeniach osobniczych mogą doprowadzić do dysfunkcjonalnych zachowań. Nadmiar lęku jest przyczyną ukształtowania się różnych form psychopatologii (ibid.). Dysfunkcyjny wpływ lęku na rozwój osobowości zgodnie z poznawczą koncepcją lęku opiera się na jego wielokierunkowym oddziaływaniu na system poznawczo-afektywny (Öhman i in., 2000). Działa on dezorganizująco na proces uwagi, percepcji, przetwarzania informacji, zachowanie człowieka, komunikację z otoczeniem oraz reakcje fizjologiczne (Boals, Klein, 2005). Osoby cechujące się wysokim poziomem lęku osobowościowego postrzegają sytuacje jako bardziej zagrażające niż czynią to inni ludzie (Öhman i in., 2000). Modyfikują percepcję rzeczywistości w taki sposób, iż nacechowują różne bodźce negatywną walencją emocjonalną, koncentrują się na bodźcach negatywnych (mechanizm

stronniczości uwagi [Dewitte i Houwer, 2008]). W takiej sytuacji dochodzi do automatycznego przeniesienia uwagi na bodźce negatywne, czy też na bodźce zagrożające, a interpretacje znaczenia afektywnego tych bodźców są nacechowane negatywnie (Gawda, 2007, 2012). Konsekwencjami tego jest poczucie niejednoznaczności, niepewności czy nieklarowności. Postrzeganie rzeczywistości w efekcie staje się bardziej lękowe. W każdym zaburzeniu osobowości z tych, które korelowały z lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania, taki mechanizm lękowy w jakimś stopniu został ukształtowany. Należą one do grupy zaburzeń obawowo-lękowych, czyli tzw. grupy C według DSM-IV (1994), co oznacza iż opisany mechanizm jest wkomponowany w ich strukturę.

Pomimo iż uzyskano istotnie wyższe statystyki dla stylu lękowo-ambiwalentnego przywiązania w odniesieniu do niektórych cech zaburzeń osobowości, nie można uznać, iż styl ten wyjaśnia zróżnicowanie i specyfikę poszczególnych rodzajów zaburzeń osobowości. Wzorec przywiązania to kategoria bardzo ogólna, co prawda w jakimś stopniu konstytuuje schematy kognitywno-afektywne (Blatt, 1995; Gawda, 2012), ale też jest zbyt ogólny aby przewidywać na jego podstawie konkretny rodzaj zaburzonej osobowości. Trudno bowiem byłoby wyjaśnić w jaki sposób jeden styl lękowo-ambiwalentny odpowiada za zróżnicowanie zaburzeń osobowości nawet w obrębie grupy C, obawowo-lękowych zaburzeń osobowości. Najprawdopodobniej mechanizm lękowy ma charakter niespecyficzny i jako taki właśnie uczestniczy w konstytuowaniu zaburzeń osobowości. Nie ma prostej zależności pomiędzy stylami przywiązania i zaburzeniami osobowości. Nie ma też charakteru przyczynowo-skutkowego pomiędzy tymi właściwościami (Berghaus, 2011). Konstytuowanie się zaburzenia osobowości uwarunkowane jest wieloma czynnikami wchodzącymi w różnorodne interakcje. W analizie przyczyn zaburzeń osobowości bierze się pod uwagę różnorodną etiologię: biologiczne uwarunkowania, ewolucyjne, społeczne (np. Jakubik, 2003). Wzorec przywiązania jest jednym z wielu elementów, który może w jakiś sposób współdeterminować kształtowanie się mechanizmów zaburzeń osobowości. Jednak nie ma podstaw do tego, aby przypisywać mu tak fundamentalną rolę, jak zakładają niektórzy teoretycy, np. Lyddon i Sherry (2001). Teoria przywiązania kładzie nacisk na znaczenie więzi dla rozwoju człowieka, nie doceniając znaczenia innych czynników (Harris, 1998). W świetle uzyskanych wyników rola więzi w genezie zaburzeń osobowości wydaje się przeceniona. Krytycy teorii przywiązania podkreślają, iż zwolennicy tego nurtu ignorują wpływ wielu innych czynników biorących udział w modelowaniu zachowań, na przykład rolę rówieśników, środowiska, czynników genetycznych czy biologicznych (Field, 1996; Harris, 1998). Ponadto krytykuje się, iż zakres zachowań przypisywanych poszczególnym stylom przywiązania opisany został na bazie pierwotnego wzoru przywiązania typowego dla wczesnego dzieciństwa i nie uwzględniono w tym opisie zmiennych rozwojowych. Nie wiadomo zatem, w jaki sposób wzór ten kształtuje się w kolejnych fazach rozwojowych, ani też jakie zawiera komponenty. Brak takiego szczegółowego opisu z uwzględnieniem cech typowych dla kolejnych faz rozwoju człowieka w znaczący sposób ogranicza wartość wyjaśniającą całego modelu (Field, 1996). Nie ma bowiem żadnych podstaw aby wnioskować o zachowaniach osób z różnych faz rozwojowych w oparciu o typowy wzorec za-

chowania dla wczesnego dzieciństwa (Berghaus, 2011). Niejasne zatem relacje pomiędzy wczesnym modelem więzi a późniejszymi formami więzi czynią podstawowe założenia teorii przywiązania bardzo wątpliwymi (ibid.). Według niektórych krytyków teoria ta jest zbyt ogólna, próbuje wyjaśnić wszystko – a w efekcie nie wyjaśnia zbyt wiele (ibid.). Bardzo poważnym jej mankamentem jest to, iż właściwie nie przeprowadzono gruntownej empirycznej weryfikacji jej założeń (Field, 1996).

Na uzyskane rezultaty w niniejszych badaniach mogły mieć wpływ także pewne ograniczenia związane z zastosowanymi technikami badawczymi. O ile diagnoza cech osobowości wydaje się dość trafna, potwierdzona bowiem została dwiema technikami, a wyniki w tym zakresie były spójne, o tyle diagnoza stylów przywiązania może budzić zastrzeżenia. Wykorzystano kwestionariusz ECR-R (Fraley i in., 2000) w celu diagnozy stylu zaabsorbowanego. Jednak określenie tego stylu opiera się na wynikach dwu skal i zmienna w efekcie przyjmuje postać kategoryjną. U podłoża zasad obliczania wyników leży założenie, iż jedna osoba może charakteryzować się tylko jednym stylem z czterech diagnozowanych przy pomocy ECR-R. To wydaje się dość dyskusyjne, ponieważ jest mało prawdopodobne, aby u jednej osoby występował tylko jeden styl przywiązania. Raczej należałoby oczekiwać, iż u osoby występuje zróżnicowane nasilenie różnych stylów przywiązania. Oznacza to, iż istnieje możliwość, że procedura określania stylu przywiązania w kwestionariuszu ECR-R mogła mieć wpływ na charakter uzyskanych rezultatów. Być może w celu pełnej weryfikacji związku pomiędzy stylami przywiązania i zaburzeniami osobowości należałoby wziąć pod uwagę inne techniki pomiaru przywiązania.

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk, K., Pilarska, A. (2012). Attachment style, relationship status, gender, and relational competence among young adults. *Polish Psychological Bulletin*, 43(2), 59-69.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: Wiley.
- Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and the disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 11, 1247-1263.
- B Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bateman, A.I., Fonagy, F. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. Oxford: University Press.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. (2005). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Berghaus, B.J. (2011). A new look at attachment theory and adult attachment behavior. *Behaviorology Today*, 14(2), 3-10.

- Blatt, S.J. (1995). Representational structures in psychopathology. W: D. Cicchetti, S.T. Toth (red.), *Representation, emotion and cognition in developmental psychopathology* (s.1-33). Rochester: University of Rochester Press.
- Boals, A. Klein, K. (2005). Word use in emotional narratives about failed romantic relationships and subsequent mental health. *Journal of Language and Social Psychology, 24*(3), 252-268.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988/2005). *A secure base. Clinical Applications of Attachment Theory*. London and New York: Routledge Classics.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. (2011). *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie, vol. I*. Gdańsk: GWP.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 2-3, 228-49.
- Cassidy, J., Shaver, P.R. (red.)(1999). *Handbook of Attachment. Theory. Research and Clinical applications*. London: The Guilford Press.
- Chojnacka, A., Ustajan, D. (2009). Zaburzenia osobowości: opis zjawiska. W: E. Trzebińska (red.), *Szałeństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości* (s.17-34). Warszawa: Academica.
- Chorpita, B.F., Barlow, D.H. (1998). The Development of Anxiety. The Role of Control in the Early Environment. *Psychological Bulletin 124, 1*, 3-21.
- Connors, M.E. (1997). The renunciation of love: Dismissive attachment and its treatment. *Psychoanalytic Psychology, 14*(4), 475-493.
- Dacko, M. (2011). Zaburzenia osobowości a styl przywiązania u osób w bliskich związkach partnerskich. *Current Problems of Psychiatry, 12*(4), 428-432.
- Dewitte, M., Houwer De, J. (2008). Adult attachment and attention to positive and negative emotional face expression, *Journal of Research in Personality, 42*, 498-505.
- Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in Adulthood. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s.497-519). New York, London: The Guilford Press.
- DSM-IV-TR. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA.
- DSM-IV. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA. 231.
- Field, T. (1996). Attachment and separation in young children. *Annual Review of Psychology, 47*, 541-562.
- First, M. B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B. (1997) *The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) – Clinical Version*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fowler, K.A., O'Donohue, W.T., Lilienfeld, S.O. (2007). Personality disorders in perspectives. W: W.T. O'Donohue, K.A. Fowler, S.O. Lilienfeld (red.), *Personality Disorders. Toward the DSM-V* (s. 1-20). Los Angeles: Sage.

- Fraley, R.C., Waller, N.G., Brennan, K.A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- Freud, S. (1917/1992). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: PWN.
- Gabbard, G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Gawda, B. (2007). Lęk osobowościowy a bogactwo narracji o uczuciach – hipoteza o wpływie lęku na rozwój reprezentacji afektywnych. *Psychologia Rozwojowa*, 12, 4, 65-75.
- Gawda, B. (2012). Associations between anxiety and love scripts. *Psychological Reports*, 111, 1, 293-303.
- Gościniak, J. (2005). Podstawowe pojęcia psychologii self Heinza Kohuta. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościniak (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu* (s. 89-111). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 469-519). London: The Guilford Press.
- Guy L.S., Poythress, N.G., Douglas, K.S., Skeem J.L., Edens, J.F. (2008) Correspondence Between Self-Report and Interview – Based Assessments of Antisocial Personality Disorder. *Psychological Assessment*, vol. 20, no. 1, 47-54.
- Harris, J.R. (1998). *The nurture assumption: Why children turn out the way they do*. New York: Free Press.
- Hazan, C., Shaver, P. (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hunt, C., Andrews, G. (1992). Measuring Personality Disorders: The Use of Self-Report Questionnaires. *Journal of Personality Disorders*, 6, 2, 125-133.
- Hyer, S.E.(1994). *Personality Questionnaire, PDQ-4*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Jakubik, A. (2003). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: PZWL.
- Jelińska, M. (2008). Style przywiązania a rozwój osobowy dzieci i młodzieży – szanse i zagrożenia. W: M. Jankowska, M. Ryś (red.), *W trosce o wewnętrzną wolność osoby* (s. 121-129). Warszawa: UKSW.
- Johnson, J.G., Bornstein, R.F. (1992). Utility of the Personality Diagnostic Questionnaire- Revised in A Nonclinical Population. *Journal of Personality Disorders*, 6, 4, 450-457.
- Juroszek, W., Haberla, O., Kubeczko, W. (2012). Zależności pomiędzy stylami przywiązania a intymnością, namiętnością i zaangażowaniem u narzeczonych. *Fides et Ratio*, 2(10), 89-101.
- Kernberg, O.F. (1979). Two reviews of the literature on borderlines: An assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 53-58.
- LeDoux, J.E (2000). *Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego*. Poznań: Media Rodzina.
- Liberska, H. Suwalska, D. (2011). Styl przywiązania a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 16(1), 25-39.

- Lyddon, W.J., Sherry, A. (2001). Developmental Personality Styles: An Attachment Theory Conceptualization of Personality Disorders. *Journal of Counseling and Development*, 79, 405-414.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2, 237-243.
- Mandal, E., Zalewska, K. (2010). Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie własnej atrakcyjności, style przywiązania, style radzenia sobie i strategie autoprezentacji u kobiet podejmujących próby samobójcze. *Psychiatria Polska*, 44, 327-339.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP.
- Millon, T., Davis, R. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Mills, J. (2008). Attachment deficits, personality structure, and PTSD. *Psychoanalytic Psychology*, 25(2), 380-395.
- Öhman, A., (2005). Strach i lęk z perspektywy ewolucyjnej, poznawczej i klinicznej. W: M. Lewis i J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 719-745). Gdańsk: GWP.
- Öhman, A., Flykt, A., Lundqvist, D. (2000). Unconscious emotion: Evolutionary perspectives, psychophysiological data, and neuropsychological mechanisms. W: R. Lane, L. Nadel (red.), *The cognitive neuroscience of emotion* (s. 296-327). New York: Oxford University Press.
- Patrick, J., Links, P., Van Reekum, R., Mitton, M. J. E. (1995). Using the PDQ-R BPD Scale as a brief screening measure in the differential diagnosis of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 3, 266-274.
- Plopa, M. (2008). *Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych*. Warszawa: PTP.
- Rajewska-Rynkowska, K. (2005). Przywiązanie i trauma a psychopatologia. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościński (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu* (s. 223-246). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Rohmann, E., Neumann, E., Herner, M.J., Bierhoff, H-W. (2012). Grandiose and vulnerable narcissism. Self-construct, attachment, and love in romantic relationships. *European Psychologist*, 17(4), 279-290.
- Sherry, A., Lyddon, W.J., Henson, R.K. (2007). Adult attachment and developmental personality styles: an empirical study. *Journal of Counseling Development*, 85, 337-348.
- Sibley, C.G., Fischer, R., Liu, J.H. (2005). Reliability and validity of the Revised Experiences in Close relationships (ECR-R) Self – report measure of adult romantic attachment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(11), 1524-1536.
- Sroufe, L.A., Duggal, S., Weinfield, N., Carlson, E. (2000). Relationships, development and Psychopathology. W: A.J. Sameroff, M. Lewis, S.M. Miller (red.), *Handbook of developmental Psychopathology* (s. 1-17). New York: Kluwer Academic Press.

- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K., Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *11*, 1-13.
- Świtała, J. (2004). Osobowość unikająca. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia* (s. 233-262). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 6, 590-596.
- Trzebińska, E. (red.) (2009). *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości*. Warszawa: Academica.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Matusik, D. (2002). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zawadzki, B., Popiel, A., Pragłowska, E. (2010). *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z osi II DSM-IV*. Warszawa: PTP.

WŁADYSŁAW CHAIM¹

(WIELO)WYMIAROWOŚĆ RELIGIJNOŚCI

Multidimensionality of religiosity and development of measurement instruments – an overview

Abstract

This article gives an overview of dimensional approach to religiousness; from the socioreligious core dimensions of religiousness of Stark & Glock (1968) to interdisciplinary model of religiosity of Huber with core dimensions, the centrality and content of religiosity (2003; 2008). The overview demonstrates the development of the successive concepts of dimensional approach to religion as well as the constructed assessment techniques and their empirical applications. Then are the five core dimensions of religiousness (intellectual, ideological, experiential, ritual, consequential) synthetically organized by psychological contents. Especially the interdisciplinary model of religiosity of Huber is suitable for monitoring and interpreting religiousness of individuals, groups, of pantheistic or theistic patterns of religious expressions.

Key words: religiousness, multidimensionality of religiousness, centrality and content of religiousness, religious construct

1. WPROWADZENIE

Psychologia religii, podobnie jak inne dziedziny nauki, opisuje zdarzenia i zmierza do ich wyjaśnienia. Po przeprowadzeniu racjonalnego opisu tworzy możliwie precyzyjne techniki do pomiaru kluczowych przejawów (zmiennych) religijności. Powstające w ten sposób metody stymulują idee dla teorii i są używane do weryfikacji prognoz zaczerpniętych z teorii. Jedną z dróg poznania religijności jest ujmowanie jej jako szeregu wymiarów, które ułatwiają zrozumienie, w jaki sposób ludzie religijni funkcjonują.

Celem artykułu jest ukazanie w możliwie zwięzły sposób bardzo interesującej poznawczo i praktycznie drogi, na której w ramach nauk zajmujących się religijnością zmierzano do wypracowania modelu użytecznego do badania religijności w jej fenomenologicznej złożoności. Będzie temu służyć prezentacja treści zawierająca

¹ Adres do korespondencji: wchaim@clarus.com.pl

koncepcje i metody badawcze w kontekście ich zastosowania do badań nad religijnością jednostek i społeczeństw. Artykuł ma posłużyć ukazaniu, że psychologia religii nie obejdzie się bez traktowania religii jak rzeczywistości bardzo złożonej.

Podstawę do zajmowania się religijnością jako złożonym fenomenem daje literatura przedmiotu z dziedziny psychologii, socjologii i fenomenologii religii². Różne religie przedstawiają wielość form życia religijnego swoich wyznawców, a jednocześnie wykazują istnienie różnic w stawianych akcentach. Jedne religie akcentują praktyki i rytuał, inne religie kładą silny nacisk na poczucie *numinosum* i *tremendum*, podczas gdy jeszcze inne akcentują specyficzną doktrynę. Ujmowanie religijności jako łącznej realizacji tych aspektów prowadzi do postawienia pytania m.in. na temat relacji między zmiennymi poznawczymi (religijne przekonania i wiedza), emocjonalnymi (religijne uczucia) i behawioralnymi (religijne praktyki i skutki). Konsekwentnie, wiele badań i metod w psychologii religii jest zaprojektowanych z zamiarem uwzględnienia relacji między powyższymi aspektami.

Spojrzenie na religijność w aspekcie jej wymiarów jest użyteczne z kilku powodów:

- ułatwia uzyskanie odpowiedzi na pytanie o niekonsekwencje w zachowaniu osób religijnych, którzy np. mówią: jestem wierzący, lecz nie praktykuję; chodzę do kościoła, ale mam swoje zdanie na temat doktryny; jestem wierzący ale sam wyznaczam sposób swojego postępowania; żyję po chrześcijańsku bardziej niż ci, którzy chodzą do kościoła i modlą się; Bóg jest wszędzie, dlatego nie mam potrzeby żeby się pojawiać w kościele...;
- pozwala na badanie religijności nie tylko jako całości, lecz także z uwzględnieniem jej bardzo wielu aspektów;
- może posłużyć do zorganizowania pola różnych sposobów zaangażowania religijnego.

Przegląd literatury na temat „wymiarów religijności” pozwala stwierdzić, że w literaturze przedmiotu termin ten jest używany dosyć swobodnie, stąd trudno o jego jednoznaczną definicję. Ta niejasność terminologiczna nie ułatwia także prezentacji zagadnienia.

Pojęcie „wymiaru religijności” jest uwarunkowane definicją religijności, obszarami życia religijnego, w których te wymiary się ujawniają oraz aspektami reli-

² N. Smart (1996) opisuje siedem przejawów fenomenu religii: *rytualny* (praktyki prywatne i/lub publiczne); *narracyjny i mityczny* – często wskazywany jako objawiony zawierający systemową interpretację świata i człowieka w jego kontekście; *doświadczalny i emocjonalny* (osobiste doświadczenie lęku, winy, grozy, tajemnicy, uwielbienia, ekstazy, wewnętrznego pokoju, rozkoszy); *społeczny i instytucjonalny* (system przekonań podzielany z grupą i postaw publicznie praktykowanych, który często służy do identyfikacji członkostwa i uczestnictwa w grupie); *etyczny i prawny* (zasady dotyczące ludzkiego zachowania, często wskazywane jako objawione przez instancję nadprzyrodzoną); *doktrynalny i filozoficzny* (systemowo sformułowana treść doktryny religijnej w intelektualnie zwartej formie); *materialny* (urzędowe przedmioty lub miejsca, które symbolizują bądź manifestują to co święte lub nadprzyrodzone).

gijności tworzącymi ewentualne wymiary³. Oto kilka przykładów. W koncepcji religijności G. Allporta w sensie religijnej orientacji, wymiary odnoszą się do motywacji religijnej: wewnętrznej i zewnętrznej (Allport i Ross, 1967). W modelu religijności zaproponowanym przez M. Verbita (1970) znajdujemy pojęcia „komponentów”, do których zaliczył rytuał, doktrynę, uczucia, wiedzę, etykę i wspólnotę oraz pojęcie „wymiarów” (zawartość, częstotliwość oraz centralność), odnoszone do każdego z komponentów. Z kolei w religijności ujętej w kategorii postaw, analogicznej do postawy społecznej, złożonej z komponentu poznawczo-orientacyjnego, emocjonalno-motywacyjnego i behawioralnego W. Prężyna także wyróżnia, jej „strukturalne wymiary”: złożoność, wartość, intensywność, zwartość (Prężyna, 1968, 1973).

D. Hutsebaut badał empirycznie religijność zdefiniowaną jako relację z osobowym Bogiem, wyodrębniając jej 10 wymiarów (czynniki – podskala), oddających zakres rzeczywistych odczuć i przekonań jednostki w kontakcie z osobowym Bogiem (Prężyna, 1992; Chaim, 2001).

R. Hunt i M. King (1990, s. 533) podkreślają, że 'wymiary' są konstruktami, które mają pomóc w ujęciu, pomiarze i opisie religijności, a nie bytami realnie tkwiącymi w zachowaniu. Wydaje się, że „strukturalne” wymiary (zwartość, częstotliwość, intensywność i centralność) można badać także w każdym z wymiarów „zewnętrznych”, w nurcie wyznaczonym przez Ch. Glocka (1962), a więc głównie substancjalnym, treściowym⁴.

2. OD MODELU JEDNOWYMIAROWEGO DO WIELOWYMIAROWEGO – PRZEGLĄD WIELOWYMIAROWYCH MODELI RELIGIJNOŚCI I NARZĘDZI JEJ POMIARU

Religijność widziana od zewnątrz jawi się jako odrębna dziedzina życia, jednak poddana analizie „od środka”, pozwala na stwierdzenie wielu jej aspektów i wiele sposobów jej przeżywania (Meadow, Kahoe, 1984 s. 301).

W najwcześniejszych analizach zajmowano się religijnością jako *rzeczywistością jednowymiarową*, a tworzone skale pomiarowe dotyczyły wąskiego przedmiotu badań, takiego jak ortodoksja przekonań czy postawa wobec kościoła. Skale te były traktowane jako ogólne miary religijności jednostki.

Pierwsza odnotowana próba pomiaru religijności podjęta przez R. Summery (1898) polegała na rejestrowaniu stopnia zgody badanego na szereg stwierdzeń dotyczących wiary, w następstwie czego określano stopień tego „jak religijnym” jest on człowiekiem. L. Thurstone i E. Chave (1929) zastosowali podobną metodę do pomiaru postaw wobec Kościoła. Podobnie jednowymiarowe skale do pomiaru religijności stworzyli R. Thouless (1935), P. Poppleton i G. Pilkington (1963). Rów-

³ W literaturze spotykane są również badania na temat wymiarów światopoglądu religijnego i duchowości. Pomijamy je jako wykraczające poza przedmiot opracowania. Huber (1996) jednak umieszcza światopogląd w ramach opracowanego zagadnienia wymiarów religijności.

⁴ W badaniach nad wymiarami religijności należałoby uporządkować używane terminy, doprecyzować i uzgodnić ich konceptualizację, zwłaszcza dotyczącą tego, co będzie się nazywać *komponentami*, a co *wymiarami* religijności. Warto zauważyć, że w tym kontekście pojawiają się również także inne wieloznaczne terminy jak: *aspekt (modus, poziom)* np. indywidualny i społeczny religijności, *czynnik* np. społeczny, emocjonalny, intelektualny oraz *parametr*.

niez jednowymiarowo badana była religijność za pomocą testu *Study of Values* Allporta-Vernona-Lindseya (1931/1951) (Meadow, Kahoe, 1984, s. 301).

Niektórzy badacze w celu pomiaru religijności zliczali frekwencję takich zachowań jak: uczęszczanie do kościoła, modlitwy, oddawanie pieniędzy na kościelne cele. Jeszcze inni dla uzyskania wskaźnika religijności prosili badanych o ocenę swojej religijności przez porównanie jej z religijnością większości osób religijnych. R. Gorsuch i S. McFarland (1972) za skalę najbardziej użyteczną do pomiaru tradycyjnej ortodoksji chrześcijańskiej uznawali metodę złożoną z jedynie dwu twierdzeń dotyczących: (1) ważności religii dla życia jednostki i (2) stopnia wiary w Jezusa jako Chrystusa. Dla M. Argyle'a (1958) natomiast najlepszą miarą religijności jednostki była częstotliwość uczęszczania przez nią do kościoła (Meadow, Kahoe, 1984, s. 301).

Także niektóre badania religijności metodą analizy czynnikowej prowadziły do ustaleń, że religijność ma naturę jednowymiarową. Badania m.in. Thurstone'a (1934) powtórzone przez E. Nelsona (1956) są dokumentacją jednowymiarowej teorii religijności. Również L. Brown (1962, 1966) stwierdził, że religijność jest pojedynczym czynnikiem wśród zmiennych osobowości (por. Meadow i Kahoe, 1984, s. 301-303).

Do jednowymiarowych skal diagnozujących religijność, skonstruowanych w obszarze niemieckojęzycznym, należy m.in.: skala postawy religijnej – do „Kościoła”, do „Jezusa Chrystusa” i do „Boga”, przeznaczona do badania religijności młodzieży w opracowaniu I. Deusinger i F. Deusinger (1974; 1984) oraz skala *Transcendencji – Immanencji* E. Bottenberga (1982); skala *Wiary religijnej* w tradycyjnym sensie chrześcijańskiego *credo* skonstruowana przez Ch. Zwingmanna, H. Moosbruggera i D. Franka (1995) (Huber, 1996, s. 41-57).

Psychologowie przeciwni jednowymiarowemu ujmowaniu religijności podkreślają, że ujęcie takie daje jedynie możliwość uchwycenia relacji religijności z pewnymi zmiennymi demograficznymi i środowiskowymi, a więc posiada ono niewielką wartość dla wyjaśnienia religijnego zachowania. Zwracają też uwagę, że w interpretacji znaczenia religijności w osobowości może pomóc jej rozpisanie na dwubiegunowej skali od stanu upragnionego (preferowanego, „dobrego”) do stanu, któremu odmawia się poparcia, „złego”, niemile widzianego. Bądź też, te dwa wymiary traktują oni oddzielnie, przez co badany może uzyskać w jednym wymiarze określoną liczbę punktów niezależnie od punktów otrzymanych w drugim. Niezależnie od kwestii, czy jest to nadal jeden czy dwa wymiary, uzyskuje się pewien wgląd w znaczenie religii dla życia jednostki. Przykładem dwubiegunowego podejścia do religijności jest koncepcja *orientacji wewnętrznej* względnie *orientacji zewnętrznej* Allporta (1959; 1960: za Meadow, Kahoe, 1984, s. 303), w której jeden biegun jest opisany przez motywy wewnętrzne, autonomiczne zachowań religijnych, zaś drugi przez motywy zewnętrzne, „użyteczne”. W tej grupie znajduje się także koncepcja *religijności personalnej* względnie *apersonalnej* R. Jaworskiego (1989).

Psychologowie koncentrujący swoje zainteresowanie na społecznych zachowaniach religijnych, ich rozumieniu i znaczeniu dla jednostki rozróżniali religijność w aspekcie społecznej motywacji uznawanych treści wiary, przekonań, rytuału,

uczęszczania do kościoła. G. Lenski (1961) rozróżnia między *religijnością zrzeszeniową* – z przynależeniem do grupy głównie z motywów społecznych a *religijnością wspólnotową* – z przynależeniem do grupy z racji religijnych (mistycznych), wpływającym na szersze życie jednostki (por. Meadow, Kahoe, 1984, s. 304; Mueller, 1984).

G. Allen (1965) podobnie do Lenskiego zdefiniował dwa style religijności: *zaangażowany (committed style)*, który obejmuje autentyczne zaangażowanie w całe *credo* religii w sposób zinternalizowany, wyrażany w codziennej aktywności i zachowaniu oraz *konsensowy (consensual style)*, cechujący się konformizmem lub przyzwoleniem na wartości religijne bez jednoczesnej pełnej internalizacji *credo* i bez uwzględnienia konsekwencji dla codziennej aktywności i zachowania. Dalsze badania (Spilka, Minton, 1975) ujawniły, że wskaźniki *religijności wewnętrznej* (Allport) i *stylu zaangażowanego* (Allen) bardzo wysoko z sobą korelują (por. Meadow, Kahoe, 1984, ss. 304, 317).

Powyższe „dychotomie” były rozwijane w „trychotomie” opracowane przez Flecka (1976) uzupełniającego model B. Spilki i C. Batsona (1976), który z kolei uzupełnił koncepcję Allporta o *orientację poszukującą (quest)*. Badania nad jakością motywacji religijnej szły w kierunku uzyskania „kompletu wymiarów”, co zaowocowało połączeniem przez Browna w dwuwymiarowej przestrzeni wymiarów: *religijność zinstytucjonalizowana – religijność zindywidualizowana* oraz *religijność zewnętrzna – religijność wewnętrzna*⁵. W następstwie analizy zebranych wyników z dotychczasowych badań M. Kahoe i R. Meadow (1978, 1981) zaproponowali tzw. rozwojowy model religijności, zweryfikowany techniką analizy czynnikowej, który jest swego rodzaju syntezą wiedzy zebranej w dwu- i trójwymiarowych koncepcjach religijności, a właściwie w koncepcjach motywacji religijnej, a następnie zmodyfikowany i uzupełniony wynikami własnej analizy czynnikowej. Zgodnie z tym modelem rozwój religijności jednostki przebiegałby („powinien” przebiegać) kolejno od *motywacji zewnętrznej* poprzez *motywację obserwancyjną* (akcent na normach instytucji religijnej), następnie przez *motywację wewnętrzną* i osiągałby kres w *motywacji autonomicznej* (por. Meadow i Kahoe, 1984, ss. 303-304, 316-323)⁶.

Na temat wymiarów religijności w różnych ujęciach, metod pomiaru oraz ich wartości psychometrycznej powstało wiele interesujących opracowań. Przegląd badań pod kątem ich użyteczności w badaniach klinicznych przeprowadzili T.W. Hall, T.C. Tisdale i B.F. Brokaw (1994). W języku niemieckim dokładną prezentację badań przeprowadzonych również w krajach języka niemieckiego zawiera monogra-

⁵ Australijski psycholog L.B. Brown (1964) przeprowadził klasyfikację orientacji religijnych w oparciu w wymiary: wewnętrzny – zewnętrzny, instytucjonalny – indywidualny, personalny – apersonalny, wraz z ustaleniem procentowego udziału badanych do poszczególnych orientacji (Brown, 1987, s. 150).

⁶ Warto zauważyć, że rozróżnienie religijności zewnętrznej i wewnętrznej nie jest odkryciem psychologii. W Biblii, np. na początku Księgi Izajasza (Iz 1, 11-17) religijność czysto zewnętrzna oparta na przepisach kultycznych jest przeciwstawiona religijności osadzonej w sprawiedliwości społecznej.

fia S. Hubera (1996). W przedstawianym artykule skoncentrujemy się na podejściu wielowymiarowym.

Ch. Glock, nawiązując do aspektów religii wyróżnionych na początku XX wieku przez F. von Hüglę i J. Pratta (za Wulf, 1999, s. 192), dał w latach 50-tych (1954, 1959) podstawy pod wielowymiarową koncepcję badania religijności. Podjął on w ten sposób problem dyskutowany na przełomie XIX i XX wieku przez G. Halla (1891), E. Starbuckę (1899) i J. Leubę (1912; 1925), którzy odróżniali religijne wierzenia od religijnych uczynków (moralności), praktyk (rytuału) i uczuć (emocji). W oparciu o studium religii świata zaproponował systemowe zestawienie różnych form religijności. W następstwie tego pojawiło się zainteresowanie pomiarami, które pozwoliłyby te wymiary różnicować. W pierwszej koncepcji (1959) Glock postulował cztery wymiary religijności (ideologia, rytuał, doświadczenie, konsekwencje), które należy traktować jako względnie niezależne wskaźniki religijności. W roku 1962 dodał jeszcze, prawdopodobnie pod wpływem badań Y. Fukuyamy, wymiar intelektualny i w ten sposób zamknął on podstawowy zarys swojej teorii. Swoją koncepcją zorientowaną socjologicznie zainspirował wielu socjologów i psychologów religii (por. Mueller, 1984, s. 53).

Wchodząc w dyskusję z nierzadko sprzecznymi wynikami, które potwierdzały lub zaprzeczały teorii wymiarów religijności Glock (1969) wskazywał na potrzebę definicji religijności obejmującej możliwie wszystkie spotykane formy życia religijnego. Pytał o najbardziej podstawowe formy wyrażania religijności, co do których mimo szczegółowych różnic istniałaby pewna zgodność między światowymi religiami w zakresie ogólnych, najbardziej istotnych wymiarów, w których powinna się ta religijność wyrażać. Zaliczył do nich wymiary: religijnego doświadczenia, rytualny, ideologiczny (przekonaniowy), intelektualny oraz konsekwencji religijnych przekonań. Glock opracował teoretyczne ramy odniesienia i sformułował pytania do dalszej weryfikacji. Pytania dotyczyły m.in. tego, jak można badać religijność w jej podstawowych wymiarach, oraz jaka jest struktura poszczególnych wymiarów, co konsekwentnie pociągało pytanie o możliwość istnienia w nich podwymiarów. Uzyskanie odpowiedzi na te pytania jest nieodzowne dla zrozumienia religijności jako całości. Płyne stąd także pytanie podsumowujące, a mianowicie „o związek i wzajemne oddziaływanie tych wymiarów” (por. Mueller, 1980, s. 52-53; Huber, 1996, s. 84-87).

Do pomiaru wymiarów religijności Glock i Stark (1966) przeznaczili metodę *Dimensions of Religious Commitment* (Wymiary Zaangażowania Religijnego) złożoną z 48 itemów, spośród których część posiada podpunkty. Wymiar konsekwencyjny został wówczas pominięty, ponieważ, ich zdaniem, nie mierzy religijności w ścisłym sensie. Po zrewidowaniu pierwotnej koncepcji Stark i Glock wprowadzili w to miejsce specyficzność (*particularism*) i wymiar etyczny (por. Hill i Hood, 1999, s. 279n).

Niech przykłady pojedynczych twierdzeń z poszczególnych wymiarów metody Starka i Glocka (1966) unaocznia dzieło pionierów wielowymiarowej koncepcji religijności (Huber, 1996, s. 84n.; Hill i Hood, 1999, s. 282n.):

I. Indeks ortodoksji (centralne przekonania religijne – 7 itemów):

Nr 31. Które z następujących stwierdzeń najlepiej wyrażają to, w co wierzysz na temat Boga? (zaznacz tylko jedną odpowiedź):

- a) wiem, że Bóg istnieje i nie mam co do tego żadnych wątpliwości
- b) gdy mam wątpliwości, czuję, że wierzę w Boga
- c) zauważam, że czasami wierzę w Boga, lecz innym razem przeciwnie
- d) nie wierzę w osobowego Boga, lecz wierzę w pewnego rodzaju wyższą siłę
- e) nie wiem czy Bóg istnieje i nie sądzę, że istnieje sposób na udowodnienie tego
- f) nie wierzę w Boga
- g) żadna z powyższych opinii nie oddaje moich przekonań. Sądzę, że Bóg ...

II. Indeks specyficzności (przekonania dotyczące środków prowadzących do zbawienia – 3 itemy)⁷:

Nr ... Według ciebie wiara w Jezusa Chrystusa jako Zbawiciela jest...

- a) absolutnie konieczna do zbawienia
- b) prawdopodobnie może pomóc
- c) prawdopodobnie nie ma wpływu

III. Indeks etyczności (przekonania dotyczące relacji z innymi – 2 itemy):

Nr ... Według ciebie czynienie dobrze innym jest ...

- a) absolutnie konieczne do zbawienia
- b) prawdopodobnie może pomóc
- c) prawdopodobnie nie ma wpływu

IV. Indeks zaangażowania w praktyki religijne (włączenie w zorganizowany kult publiczny – 6 itemów):

Nr 2. Jak często uczestniczysz w nabożeństwie niedzielnym (zaznacz odpowiedź, która wydaje się najlepiej wyrażać to, co robisz):

- a) w każdy tydzień
- b) prawie w każdy tydzień
- c) około 3 razy na miesiąc
- d) około 2 razy na miesiąc
- e) około raz w miesiącu
- f) około raz na 6 tygodni
- g) około raz na 3 miesiące
- h) około 1 lub 2 razy w roku
- i) rzadziej niż raz w roku
- j) nigdy

V. Indeks dewocjonalizmu (prywatne praktyki pobożne – 3 itemy):

Nr 24. Jak często modlisz się prywatnie? (zakreśl odpowiedź, która jest najbliższa temu, co robisz):

- a) nigdy się nie modlę, lub robię to tylko podczas nabożeństw kościelnych
- b) modlę się tylko przy bardzo ważnych okazjach

⁷ W wykazie u Hilla i Hooda (1999) brak jest twierdzeń z indeksu specyficzności (partykularyzmu). Ze względu na istotność przytoczonych itemów, przytaczam je, mimo problemu z jednolitością numeracji w przytaczanych źródłach.

- c) modłę się okresowo, lecz nie w określonym czasie
- d) modłę się dość często lecz nieregularnie
- e) modłę się regularnie raz na dzień lub częściej
- f) modle się regularnie kilka razy w tygodniu
- g) modłę się regularnie raz w tygodniu

VI. Indeks doświadczenia religijnego (dotyczy osobistego kontaktu z nadprzyrodzonością – 5 itemów):

Nr 43. Poniżej zostały wymienione doświadczenia o charakterze religijnym, o których przeżywaniu ludzie opowiadają. Czy od osiągnięcia dorosłości miałeś któreś z tych doświadczeń, oraz jak pewien jesteś tego, że je miałeś?

Poczucie, że przebywasz w obecności Boga...

a. jestem pewny, że miałem b. sędzę, że miałem c. nie

Odczucie bycia zbawionym przez Chrystusa...

a. jestem pewny, że miałem b. sędzę, że miałem c. nie

Uczucie bycia kuszonym przez szatana

a. jestem pewny, że miałem b. sędzę, że miałem c. nie

VII. Indeks wiedzy religijnej (stopień wiedzy biblijnej – 10 itemów):

Nr 44. Stary Testament mówi, że Bóg wybrał sobie pewną grupę na „lud wybrany”. Proszę nam powiedzieć kogo Bóg wybrał na „lud wybrany”?

a) Rzymian b) Greków c) Żydów d) chrześcijan e) żadnych z nich

W swoich badaniach Stark i Glock (1968) wykazali, że wzajemne korelacje między skonstruowanymi przez nich skalami są wystarczająco niskie, aby uznać ich konstrukcję za uzasadnioną (Huber, 1996, s. 93). Jednym z efektów badań przeprowadzonych na reprezentacji z 9 wyznań protestanckich i katolikach jest uzyskanie obrazu zróżnicowania wyników w poszczególnych skalach zależnie od specyfiki religijnej kultury respondentów związanej z przynależnością religijną.

Do weryfikacji teorii Glocka stworzono wiele narzędzi i przeprowadzono wiele badań. Większość publikacji potwierdza podstawowe założenie Glocka, iż można empirycznie stwierdzić względną niezależność postulowanych przez niego wymiarów religijności. W latach 60-tych czynili to: Y. Fukuyama (1960; 1961); W. Salisbury (1962); J. Faulkner i G. De Jong (1966) (za: Meadow i Kahoe, 1984, s. 306). Model religijności Glocka i Starka stosuje się w także w badaniach nad religijnością wyznawców islamu, religii Wschodu oraz badaniach międzyreligijnych (por. Sinha, 1974; Riaz i inni, 2005; Azam i inni, 2011).

Faulkner i DeJong (1966), stosując technikę skalowania kumulatywnego Guttmana i korzystając z niektórych istniejących skal religijności, skonstruowali pięć skal do pomiaru religijności według pięciu wymiarów koncepcji Glocka-Starka. Obejmują one wymiary:

Ideologiczny (przekonania) – twierdzenia (8) dotyczą wiary w nieśmiertelność i życie po śmierci, w Boga, w Jezusa, w działania Boga w historii, a następnie modlitwy, grzechu i rozumienia Biblii;

Intelektualny (wiedza religijna) – wymienionych 10 osób (Tomasz z Akwinu, Mojżesz, Jozue, Wesley, Dawid, Paweł, Izajasz, Luter, Tymoteusz, Augustyn) należy umieścić w Starym Testamencie, w Nowym Testamencie lub poza Biblią.

Rytualny (praktyki religijne) – pytania (5) dotyczą częstotliwości uczęszczania w szabat (niedzielę) do synagogi (kościół), aktualnej przynależności do kościoła (synagogi), wspierania kościoła finansowo, rozumienia Biblii i sposobu korzystania z niej oraz liczby grup religijnych, do których się przynależy;

Doświadczalny (uczucia i emocje) – pytania (4) dotyczą kwestii występowania różnego rodzaju doświadczeń religijnych (spostregania „boskości”), poczucia bliskości z Bogiem oraz doświadczenia uzyskania przebaczenia grzechu;

Konsekwencyjny („owoce” oddziaływania religijności na codzienne życie jednostki):

moralność jednostkowa – twierdzenia (6) określają ustosunkowanie się do akceptowalności alkoholizmu, narkotyków, współżycia seksualnego przed (poza) małżeństwem, kradzieży drobnych przedmiotów, stosowania przemocy w dobrej intencji, przyzwalania na aborcję;

moralność społeczna – twierdzenia (5) określają stosunek do grup społecznie zacofanych, grup ubogich, pracy dla wszystkich, bezpieczeństwa ekonomicznego dla osób starszych i kary śmierci⁸.

Upraszczając, można powiedzieć, że w powyższych badaniach wymiary (przekonań, praktyki i doświadczalny) dosyć wysoko z sobą korelowały mimo stosowania bardzo różnych metod skalowania (Meadow, Kahoe, 1984, s. 306). I chociaż w wynikach DeJonga (przebadano 350 studentów) większość korelacji między skalami była istotna statystycznie, to okazały się one jednocześnie wystarczająco niskie, dzięki czemu potwierdzały wielowymiarowość religijności (por. Wulff, 1999, s. 193).

W debacie nad wymiarami religijności DeJong, Faulkner i Warland (1976) zrewidowali i zmodyfikowali metody z roku 1966, stosując skalowanie typu Likerta oraz mniej standaryzowane techniki, a także inne techniki analizy statystycznej. Dzięki zastosowanej analizie czynnikowej zredukowali metodę z 54 do 38 itemów tworzących sześć następujących wymiarów:

przekonania (8 itemów), które dotyczą: Boga, nieśmiertelności, modlitwy i Pisma Świętego;

doświadczenie (4 itemy) – dotyczą kwestii obecności Boga, przebaczenia, pokoju;

praktyki religijne (5 itemów) – uczęszczania do kościoła, wspierania finansowego, czytania Biblii, działalności kościelnej;

indywidualne konsekwencje moralne (6 itemów) – stosunek do kwestii nieuczciwości, seksualności, przemocy;

wiedza religijna (10 itemów) – zdolność do identyfikacji osób z dziejów biblijnych i historii Kościoła;

społeczne konsekwencje moralne (5 itemów) – odniesienie praktyczne do kwestii w rodzaju ubóstwa, bezdomności, bezrobocia.

⁸ Opr. i tekst skali: D. Stevenson, *Five-Dimension Scale of Religiosity*, Hill, Hood 1999, s. 295-300.

Skala została przetestowana w USA i w Niemczech, i może odzwierciedlać przy najmniej judeochrześcijańskie wzorce religijności. Replikacja badań w USA (Hilty, Stockman 1986; za: Wulf, 1999, s. 195) w zasadzie potwierdziła uzyskane wymiary, z wyjątkiem osłabionego wymiaru konsekwencji społecznych (DeJong, Faulkner, Warland 1976)⁹.

Metoda DeJonga i Faulknera (1966) i wyniki przeprowadzonych przez nich analiz wzbudziły jednak kontrowersje wokół ilości wymiarów oraz pociągnęły kolejne badania mające rozstrzygnąć tę kwestię.

J. Gibbs i K. Crader (1970) krytykują metodę Faulknera i DeJonga (1966) m.in. za to, że nie mierzy ona wymiarów opisanych przez Glocka, zwłaszcza doświadczalnego i konsekwencyjnego. Wymiar konsekwencyjny ponadto jest skontaminowany przez kontekst religijny, co sprawia, że jest pomieszany z pozostałymi wymiarami. Kolejny zarzut odnosi się do tego, że tylko jedno twierdzenie w skali DeJonga koresponduje z koncepcją doświadczenia z koncepcji Starka i Glocka. W swojej „korygującej” weryfikacji modelu Glocka, Faulkner i DeJong wprowadzili zupełnie nowe twierdzenia do pomiaru wymiaru konsekwencyjnego (ustosunkowanie do: wojny w Wietnamie, wyborów prezydenckich, małżeństw międzyrasowych, podejmowania decyzji rodzinnych), a w innych powtórzyli lub zmodyfikowali skalę metody DeJonga (1966) oraz Starka i Glocka (1968). Ponadto pominieli skalę wiedzy religijnej ze względu na rozsyłanie ankiety pocztą. Uzyskali wysokie korelacje między skalami przekonań, praktyk i doświadczenia, co posłużyło im jako argument przeciwko wielowymiarowemu modelowi religijności.

R. Clayton (1971) ponownie podjął się sprawdzenia metod DeJonga (pierwsze opublikowane w 1968 r. przeprowadził na próbie 873 studentów) na bardzo podobnej próbie (718 studentów szkoły związanej z Kościołem), a więc homogenicznej. Porównał zgodność wewnętrzną w poszczególnych skalach ze zgodnością między skalami do pomiaru pięciu wymiarów. Uzyskał zbliżone wyniki między skalami: ideologiczną, doświadczalną, intelektualną i rytualistyczną. W konsekwencji oczekiwana „niezależność” wymiarów nie potwierdziła się. Dominował wymiar ideologiczny – na podstawie tego, co ludzie mówią o swoich przekonaniach religijnych można łatwo przewidywać ich wyniki w pozostałych wymiarach. Clayton zarzucał również 5-wymiarowej koncepcji diagnozowanie jedynie treści religijności (z pominięciem intensywności), poznawcze upraszczanie rzeczywistości oraz inwolucję komponentów proponowanych przez Guttmana (1954). Ponadto skala ta nie pozwalała na mierzenie doniosłości (centralności) poszczególnego wymiaru w stosunku do każdego z pozostałych.

U. Boss-Nünning (1972) w następstwie swoich badań socjologicznych podała w wątpliwość twierdzenia Glocka dotyczące istnienia wymiarów w religijności. Przepadała katolików w Zagłębiu Ruhry skonstruowanym przez siebie kwestionariuszem 78 pytań do pomiaru sześciu wymiarów religijności, w tym pięciu wymiarów Glocka (1962). W wyniku analizy czynnikowej okazało się, że tylko dwa z sześciu wymiarów (wiedza religijna i związek z parafią) pokryły się z wymiara-

⁹ Oprac. i tekst metod: R. Burwell, *Cross-cultural dimensions of religiosity* (DeJong, Faulkner, Warland, 1976), Hill, Hood, 1999, s. 270-276.

mi Glocka. Natomiast większość pozycji przeznaczonych do pomiaru pozostałych wymiarów (rytualistyczny, ideologiczny, doświadczeniowy, konsekwencyjny) uzyskała największe ładunki w I z uzyskanych czynników nazwanym *Ogólną Religijnością*, który wyjaśnia 51% ogólnej wariancji. „Obejmuje on treści wiary i formy zachowania, które w badanym społeczeństwie tworzą przyjęte społeczne formy religijności” (Boss-Nünning, 1972, s. 135). Po nim następują kolejno czynniki: *Kościelna komunikacja i informacja*, *Publiczne praktyki religijne*, *Moralność małżeńska i seksualna*, *Ideologia ogólnoreligijna* („Wiara w Boga”), *Wiedza religijna* (por. Huber, 1996, s.109-122; Wulff, 1999, s. 194). Huber (1996, s. 119n.) zarzuca U. Boss-Nünning, że odniosła się do koncepcji Glocka w jej początkowej wersji oraz niedokładnie, nie uwzględniając tego, że pięć wymiarów jest punktem wyjścia do dalszych rozróżnień i podwymiarów, a nie punktem końcowym analizy religijności. W istocie nie rozpracowała ona modelu Glocka, lecz go uprościła, czego efektem są uzyskane przez nią wyniki. Najbardziej widoczne jest to w operacjonalizacji *wymiaru doświadczeniowego*, gdzie zamiast pytać respondentów o konkretne doświadczenia w kontakcie z Bogiem, autorka pytała czy posiadają oni doświadczenie poczucia bezpieczeństwa i sensu związanego z wiarą. Okazuje się, że większość itemów skali autorka zoperacjonalizowała niezgodnie ze specyficznym sensem wymiarów koncepcji Glocka (por. Huber, 1996, s. 121)¹⁰.

Podobnie R. Keckes i C. Wolf (1993) – postawili sobie zadanie stworzenia narzędzia do pomiaru wymiarów Glocka (1962) w religii chrześcijańskiej (z pominięciem wymiaru konsekwencyjnego) oraz replikacji badań amerykańskich, jednak niezależnie od specyfiki wyznaniowej. W definiowaniu doświadczenia religijnego oparli się na itemach użytych przez Boss-Nünning ze skutkiem podobnym do uzyskanego przez Boss-Nünning w postaci wygenerowanych dwu czynników: *Religijności ogólnej* i *Wiedzy Religijnej* (por. Huber, 1996, s. 153-161). Pełna prezentacja badań przeprowadzonych na próbie katolików, protestantów i osób bezwyznaniowych (Keckes, Wolf 1996) ukazała, że jedynie wymiar wiedzy religijnej zawiera trafną operacjonalizację wymiarów Glocka i Starka, wskutek czego wyniki te mają ograniczone znaczenie dla dyskusji i oceny weryfikowanego przez nich wielowymiarowego modelu religijności (Huber, 2003, s. 160-167)¹¹.

M. King i R. Hunt prowadzili badania nad wymiarami religijności od roku 1965 (King, 1967; King, Hunt, 1968, 1969, 1972a, 1972b, 1973, 1975a, 1990). Kontekstem badań były umiarkowane wyznania protestanckie USA. Badania te zmierzały do ustalenia wymiarów religijności oraz zbudowania metod ich pomiaru. Łączyły bieżący stan literatury przedmiotu z własnymi poszukiwaniami autorów (por. King, Hunt, 1975; 1990).

W metodzie z 1967 (King, 1967) miara niektórych wymiarów (częstotliwość praktyk i wiedza) została przyjęta od Glocka i Starka. Włączono też m.in. metody do pomiaru zewnętrznej i wewnętrznej motywacji religijnej oraz nietolerancji na dwuznaczność Martina i Westie (1959) (Meadow i Kahoe, 1984, s. 308). Dzięki temu metoda uwzględnia więcej wymiarów religijności indywidualnej. W pierw-

¹⁰ Tekst metody: Huber, 1996, s. 270-279.

¹¹ Tekst metody: Huber, 1996, s. 285-286.

szym studium wyodrębnionych zostało 11 wymiarów, z których 9 pojawiło się w następnym, przy czym pojawił się jeszcze jeden nowy wymiar. W trzecim studium włączono itemy tylko ośmiu wymiarów. Pojawiły się one empirycznie u respondentów trzech spośród badanych denominacji (King, Hunt 1990, s. 532). Autorzy ci (1990, s. 533) zauważają jednak, że wymiary są do pewnego stopnia funkcją definicji religii i religijności, zależnej np. od wyznania. Wydają się być niezależne od kultury świeckiej, gdyż badania przeprowadzone na narodowej populacji prezbiterian potwierdziły trafność ośmiu skal. Stwierdzają oni również, że wiązki twierdzeń tworzących tzw. wymiary religijności są w pewnym stopniu efektem wszystkich elementów stosowanych w procesie badawczym, ze stosowaną techniką statystyczną włącznie (analiza czynnikowa, analiza skupień itp.). Uważają jednak, że stwierdzone wymiary odzwierciedlają pewne ważne aspekty zachowania głównego nurtu protestanckiego w USA.

Wersja 10-wymiarowa (King, Hunt, 1972) skali zawiera 59 itemów (przy nazwie wymiaru podano przykłady twierdzeń o najwyższym i najniższym ładunku czynnikowym¹²:

I. *Akceptacja doktryny (Creedal Assent)*:

1. Wierzę, że słowo Boże jest objawiane w Piśmie Świętym.
7. Wierzę szczerze i całym sercem w doktrynę i nauczanie Kościoła.

II. *Pobożność (Devotionalism)*:

1. Jak często modlisz się prywatnie w miejscach innych niż kościoł?
5. Często czuję się bardzo blisko Boga na modlitwie osobistej, podczas nabożeństw publicznych lub w ważnych chwilach mojego życia codziennego.

III. *Zaangażowanie eklezjalne (Congregational Involvement)*:

A. *Uczęszczanie do kościoła (Church Attendance)*:

1. Jak często w ciągu ostatniego roku przyjmowałeś Komunię Świętą (Eucharystię, Wieczerzę Pańską)?
3. Jeśli nie ma niepokonalnych okoliczności, to uczęszczam do kościoła (częściej niż raz w tygodniu – mniej niż raz w miesiącu).

B. *Aktywność organizacyjna (Organizational Activity)*:

1. Jak oceniasz swoją aktywność we wspólnocie, do której przynależysz (bardzo aktywny – nieaktywny)?
6. Wymień kościelne urzędy, komitety lub wszelkiego rodzaju zajęcia, w których służyłeś w ostatnich 12 miesiącach.

C. *Pomoc finansowa (Financial Support)*:

1. Jaki procent swoich (lub rodzinnych) dochodów w przybliżeniu, w ciągu ostatniego roku, przeznaczyłeś na kościół (1% lub mniej – 10% lub więcej).
5. Jak często, w ciągu ostatniego roku, składałeś datki dodatkowo na prowadzenie szkółki niedzielnej (regularnie – nigdy)?

¹² Tekst metody, dane na temat stosowania, norm oraz rzetelności i trafności opr. przez R. Burwella, Hill, Hood, 1999, s. 333-339.

IV. *Wiedza Religijna (Religious Knowledge):*

1. Które z następujących określeń są imionami proroków Starego Testamentu? (Deuteronomium, Eklezjastes, Eliasz, Izajasz, Jeremiasz, Leviticus)
8. Które z następujących wyznań w USA mają biskupów? (uczniowie, episkopalni, luteranie, metodyści, presbiterianie, rzymscy katolicy)

V. *Stosunek do Religii (Orientation to Religion):*

A. *Orientacja na Rozwój i Dążenie (Growth and Striving):*

1. Jak często czytasz literaturę na temat swojej wiary (kościół)? (często – nigdy)
6. Bardzo staram się wprowadzać religię we wszystkie sprawy jakimi się w życiu zajmuję.

B. *Orientacja zewnętrzna (Extrinsic):*

1. Modlitwa w kościele swojego wyboru jest częścią patriotycznego obowiązku.
7. Religia pomaga w moim życiu zachować równowagę i ciągłość w życiu w podobny sposób jak to robią moi współobywatele, przyjaciele czy inni członkowie grup, do których należę.

VI. *Wyróżnianie się <doniosłość religii dla życia> (Salience of Religious Beliefs):*

A. *Zachowanie (Behavior):*

1. Jak często w ciągu ostatniego roku dzieliłeś się z innymi członkami kościoła problemami i radościami związanymi z wysiłkiem postępowania według wiary w Boga?
7. Jak często w ciągu ostatniego roku odwiedziłeś kogoś w potrzebie, poza własną rodziną?

B. *Poznanie (Cognition):*

1. Moje przekonania religijne rzeczywiście leżą u podstaw podejścia do całego mojego życia.
4. Często czuję się bardzo blisko Boga na modlitwie, podczas nabożeństw, lub w ważnych chwilach mojego życia.

Autorzy wskazują na następujące ograniczenia swoich badań: 1) oparcie się na kwestionariuszowych danych (obserwacja zachowania i dokładny wywiad mogłyby mieć wpływ na diagnozę wymiarów), 2) niektóre wymiary mogą mieć znamiona psychologiczne (np. style poznawcze, temperament, cechy osobowości itp.), 3) przedmiotem badań byli wierzący, co może sprawić, że odpowiedzi dawane na te same pytania przez populację braną przekrojowo (od religijnych do antyreligijnych) pociągną wyodrębnienie się jeszcze kilku innych czynników, 4) aczkolwiek prezentowane skale były stosowane poza USA (m.in. w Polsce) na innych populacjach niż umiarkowani protestanci, to nie ma pewności, że zdadzą one egzamin w innym kontekście badawczym (King, Hunt, 1990, s. 534).

Jak łatwo zauważyć, pierwsze sześć skal są podobne do dyskutowanych przez Glocka (1962) i Lenskiego (1961) i mają charakter bardziej socjologiczny (King jest socjologiem), natomiast końcowe mają treść bardziej psychologiczną. Należy też zauważyć, że te badania były powtarzane kilkakrotnie (replikowane) w poszukiwaniu wiarygodnego narzędzia badań i dopracowania teorii wymiarów religijności.

Na bazie krytyki 11-czynnikowej wersji Kinga i Hunta, zwłaszcza procedury jej czynnikowego opracowania powstał *Inwentarz Religijnego Zaangażowania (Religious Involvement Inventory)* R. Hilty, J. Morgana i J. Burns'a (1984). Po nie-

wielkiej zmianie w sposobie odpowiedzi na pytania i odmiennej metodzie analizy czynnikowej wyników skali złożonej z 82 itemów uzyskali oni 7 czynników – wymiarów religijności: 1) wiara personalna, 2) nietolerowanie dwuznaczności: skorygowana, 3) ortodoksja, 4) sumienie społeczne, 5) znajomość historii religijnej, 6) sens życia, 7) zaangażowanie kościelne. Replikacja badań (1985) potwierdziła trafność czynnikową metody. Oto przykłady twierdzeń tworzących poszczególne wymiary religijności (Hill, Hood, 1999, s. 328-330)¹³:

Wiara osobista (Personal Faith):

1. Ilość czasu, jaki przeznaczam na wysiłek wzrostu w rozumieniu wiary wynosi:

....

5. Jak często czytasz Biblię?

Nietolerowanie dwuznaczności: zrewidowana (Intolerance of Ambiguity14):

15. Jest tylko jeden właściwy sposób na zrobienie czegoś.

20. Istnieją dwa typy ludzi na świecie: słabi i silni.

Ortodoksja (Orthodoxy):

15. Oceń jak bardzo ważna jest dzisiaj religia dla twojego życia.

34. Wierzę, że Bóg objawił Siebie człowiekowi w Jezusie Chrystusie.

Sumienie społeczne (Social Conscience):

46. Uważam, że moja lokalna wspólnota religijna powinna sponsorować projekty służące poprawie bytu czarnych i mniejszości narodowych.

51. Uważam, że moja wspólnota religijna winna akceptować jako członków osoby wszystkich ras.

Znajomość historii religii (Knowledge of Religious History):

52. Którzy z wymienionych należeli do dwunastu uczniów? (Daniel, Jan, Judasz, Paweł, Piotr, Samuel)

58. Które z następujących działań zostały podjęte przez Jezusa Chrystusa w czasie ziemskiego życia? (Poddanie kuszeniu przez szatana, uzdrowienie trędowatego, poprowadzenie ludzi przeciw kapłanom Baala, rozdzielenie wód Morza Czerwonego, pokonanie Goliata, przemiana wody w wino)

Sens życia (Life purpose):

60. Gdybym musiał dziś umrzeć, to miałbym poczucie, że warto było żyć.

67. Moje życie często jest puste i przepełnione beznadzieją.

Zaangażowanie kościelne (Church Involvement):

69. Jak wielu spośród twoich wszystkich przyjaciół jest również członkami twojej lokalnej wspólnoty religijnej?

75. Jeżeli nie napotykam na niepokonalne okoliczności, to uczęszczam (w niedzielę) do kościoła.

W badaniach Hilty i współpracowników bazujących na innym zestawie pytań i z zastosowaniem odmiennych technik analizy danych uzyskano wyniki potwierdzające teorię wielowymiarowości religijności jednostki. Siedem uzyskanych wy-

¹³ Tekst metody oraz dane na jej temat w opr. R. Lehmana i T. Halla, Hill, Hood, 1999, s. 326-330.

¹⁴ Mierzy sztywne, kateryczne myślenie.

miarów religijności jest jednak tylko częściowo podobnych do szczęścia uzyskanych przez DeJonga i in., (1976) (Hill i Hood, 1999, s. 270).

Bardziej psychologiczną metodę do badania wymiarów wypracowała M. Jo Meadow (1977b), która w punkcie wyjścia w polu zainteresowań umieściła bardzo szeroki zakres treści: sposób rozumienia boskości (wszechmoc i wszechwiedza Boga), wolność i zdeterminowanie woli człowieka, religijność „chora” i „zdrowa” wg typologii W. Jamesa (1902), poznawcza sztywność i elastyczność oraz religijny indywidualizm kontrastujący z religijnym instytucjonalizmem. Analiza czynnikowa wyodrębniła następujące wymiary (przykładowa treść wymiarów)¹⁵:

- I. Bóg chrześcijański (*Christian God*) – wiara w osobowego, transcendentnego Boga, działającego w ludzkiej historii:
 - Bóg jest rządcą kosmosu.
 - Istnieje najwyższy Byt, który stworzył prawa natury.
- II. Poszukiwanie prawdy (*Truth-Seeker*) – otwartość umysłu i akceptacja pluralizmu religijnego i światopoglądowego :
 - Interpretacje mojej wiary zmieniają się i winny się zmieniać w każdym wieku.
 - Różnorodność religijnych poglądów dobrze służy społeczeństwu.
 - Sztywność przekonań (*Belief Rigidity*)¹⁶:
 - Nie mam wątpliwości co do prawdy moich przekonań religijnych.
 - Pismo Święte nie może być przedmiotem ludzkiego błędu.
- III. Tradycjonalizm kościelny (*Church Traditionalism*) – odwaga zaangażowania w kościelną instytucję:
 - Kościół jest konieczny do wyjaśniania woli Bożej.
 - Religia zorganizowana jest najmocniejszym wyzwalaczem cnót moralnych.
 - Autonomia osobowa (*Individual Autonomy*):
 - Ktoś może być dobrym człowiekiem chociaż nie czyta Pisma Świętego.
 - Ludzki rozum i współczucie są najlepszymi wyzwalaczami miłości i troski o innych.
- IV. Fatalizm (*Deterministic Fatalism*) – przekonanie o zdeterminowaniu losu człowieka:
 - Sprawy zewnętrzne w stosunku do człowieka kontrolują większość jego zachowania.
 - Dziedziczenie dobrych cech (genów) i szczęście u większości ludzi są odpowiadające za sukces.
- V. Sakralny monizm (*Sacred Monism*) – wiara w mistyczny obraz świata z boskością obecną we wszystkich stworzeniach:
 - Boskość odnajdujemy w świecie i wokół siebie.
 - Boskość istnieje nawet w najbardziej zwykłych rzeczach.
- VI. Stoicyzm (*Stoic Will*) – przekonanie o posiadaniu wolnej woli:
 - W odpowiedzialności za nasze działania winniśmy nie pozwalać sobie na blamaż zewnętrznych okoliczności i wpływów.

¹⁵ Kolejność czynników wg ich wielkości jest następująca: I, V, IV, VI, VIII, IX, II, III.

¹⁶ Mimo tego, że sztywność przekonań i autonomia religijna nie uformowały własnych czynników, to twierdzenia tworzące je cechuje wysoka zgodność wewnętrzną.

- Winniśmy zapominać swoje pomyłki i każdego dnia rozpoczynać od nowa.
- VIII. Ludzka dobroć (*Human Goodness*) – przekonanie o pozytywnej naturze ludzkiej (religijność „zdrowego umysłu”):
Ludzka natura jest w gruncie rzeczy dobra.
Ludzie zgodnie ze swoją naturą są pomocni i przyjaźni.
- IX. Religijny smutek (*Religious Grief*) – (cechy religijności „chorej duszy”)¹⁷:
Regularny rachunek sumienia jest konieczny do ustrzeżenia się przed popadnięciem w grzeszne nawyki.
Jesteśmy jedynie wędrowcami na tej ziemi.

Testem tym było prowadzonych kilka ważnych badań w USA w obszarze psychologii społecznej¹⁸. Celem orientacji w kontynuowanych zmaganiach z problematyką wymiarów religijności, którą starano się rozstrzygnąć, warto zwrócić uwagę na kilka spośród interesujących badań.

H.S. Himmelfarb (1975), analizując wyniki wcześniejszych badań i dyskusji nad wymiarami religijności oraz próby ich typologizacji, zarzucał im brak teoretycznej jasności, brak rozwiązania problemu definicji i klasyfikacji. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy było jego zdaniem to, że poszczególni badacze proponowali swoje własne koncepcje i kryteria do analizy religijności.

Himmelfarb definiuje religijność jako religijne włączenie (*religious involvement*) zamiast zaangażowania religijnego (*religious commitment*), bądź „tożsamości religijnej” w przypadku Żydów. Ponieważ zaangażowanie religijne i tożsamość religijna mają charakter dwubiegunowy, opowiada się on za pojęciem „włączenia się”, jako bardziej neutralnym, które daje możliwość identyfikowania się od minimum do maksimum zaangażowania religijnego.

Religijne włączenie definiuje on jako stopień, w jakim jednostka religijna oddaje się swoim zainteresowaniom, przekonaniom bądź działaniom. W ten sposób w pomiarze religijności uda się zrezygnować ze zmiennych, które są konsekwencjami religijności.

Jeśli chodzi o klasyfikację, to Himmelfarb dotychczasowym badaniom zarzuca, że nie wyczerpują fenomenu religijności (np. Lenski, 1961) lub, że wyodrębniane kategorie wzajemnie się nie wykluczają (np. King, Hunt, 1972), że są mieszkanką fenomenów nie relatywnych czasowo (stąd np. badając religijność dorosłego należy wyłączyć z badań zdarzenia religijne z dzieciństwa), oraz że włączają fenomeń będące na różnych poziomach abstrakcji¹⁹. Zatem należy zdawać sobie sprawę

¹⁷ Prezentacja koncepcji: Meadow, Kahoe, 1984, s. 311-313.

¹⁸ Tekst i opr. testu – R. Sorenson, T. Hall, Hill, Hood, 1999, s. 326-330.

¹⁹ Według Himmelfarba wiele uzyskiwanych czynników – „wymiarów religijności” w rzeczywistości jest „podwymiarami” jakiegoś innego, szerszego wymiaru religijności. Np. podskale zachowania przepisów dotyczących praktyk publicznych i praktyk prywatnych nie stanowią oddzielnych wymiarów religijnego włączenia, lecz podwymiarami tego, co Glock i Stark (1965) nazwali „wymiarom rytualnym”. Podobnie jest z wymiarem przekonań, który badacze (np. Greely, 1972) typologizują ze względu na literalną bądź symboliczną interpretacji Biblię (Himmelfarb, 1975, s. 607-608). Autorowi niniejszego opracowania wydaje się jednak, że nieporozumieniem jest traktowanie sposobu interpretacji Biblii (symboliczna, literalna, hermeneutyczna) jako kryterium do identyfikowania podwymia-

z tego, na którym poziomie wyszczególniamy analizowane wymiary religijności (por. Himmelfarb, 1975, s. 606-608).

Porządkując dotychczasową literaturę przedmiotu, Himmelfarb wskazał, które wymiary religijnego włączenia się należy uznać za wymiary, a które za podwymiary. Wyróżnił także w obszarze dotychczasowych badań nad religijnością cztery „przedmioty orientacji” (nadprzyrodzony, wspólnotowy <communal>, kulturalny, interpersonalny) oraz dwa typy orientacji (behawioralny, ideacyjny <wyobrażeniowy>).

Tabela przedstawia schemat zestawienia wymiarów religijnego włączenia się (por. Himmelfarb, 1975, s. 609):

OBIEKT ORIENTACJI	TYP ORIENTACJI (sposób manifestacji)	
	behawioralny	ideacyjny
Nadprzyrodzony (Bóg religii)	(1) dewocjonalny	(2) doktrynalny (3) doświadczeniowy
Wspólnotowy (grupa religijna)	(4) afiliacyjny (kolektywny) a) stowarzyszeniowy b) braterski c) rodzicielski	(5) ideologiczny
Kulturowy (religijny system: religijna wiedza i edukacja, język, sztuka, muzyka)	(6) intelektualno-estetyczny	(7) emocjonalny
Interpersonalny („bliźni”)	(8) etyczny	(9) moralny

W zestawionym schemacie znajduje się 9 wymiarów i 3 podwymiary. Himmelfarb uważa powyższą typologię wymiarów religijności za wystarczająco wyczerpującą, którą można aplikować do wszystkich religii, aczkolwiek doniosłość poszczególnych wymiarów będzie się zmieniać zależnie od konkretnej religii i od społeczeństwa, w którym funkcjonuje. Jeśli np. dla amerykańskich Żydów ważniejsza jest orientacja kulturowa, to dla protestantów ważniejsza jest orientacja transcendentno-doświadczeniowa, a dla katolików transcendentno-doktrynalna.

Zasadność powyższej typologii autor weryfikował na populacji wyznawców religii mojżeszowej w USA (w okręgu Chicago). Efektem czynnikowego opracowania wyników było uzyskanie na bazie 41 twierdzeń – 8 Skal *Religijnego Zaangażowania (Włączenia się)*. Są to skale włączenia się (w nawiasie – przykład jednej z zmiennych tworzących czynnik):

- 1) afiliacyjnego – rodzicielskiego (Zachęcanie dzieci do małżeństwa ze współwyznawcami);
- 2) dewocjonalnego
czynnik II: codzienne rytuały – (Niewłączanie bądź niewyłączanie światła w szabat);

row przekonań. Te kwestie należałoby badać w ramach problematyki języka religijnego, który pośredniczy w asercji przekonań, w kontakcie z Transcendencją.

- czynnik V: okresowe rytuały – (Niespożywanie chleba w domu podczas Paschy);
- 3) intelektualno-estetycznego (Proporcja książek o charakterze żydowskim w domu);
 - 4) etyczno-moralnego (Akceptowanie obowiązku dawania jałmużny niezależnie od swej sytuacji finansowej);
 - 5) ideologicznego (Oddawanie pieniędzy na rzecz państwa Izrael);
 - 6) doktrynalno-doświadczeniowego (Wiara w Boga kierującego światem);
 - 7) afiliacyjnego (Ilość pracy wykonanej w organizacji żydowskiej w ciągu ostatniego roku);
 - 8) afiliacyjno-braterskiego (Proporcja sąsiedztwa żydowskiego do pozażydowskiego).

Wyniki badań wskazują na różnice międzyreligijne w funkcjonowaniu wymiarów religijności. Stwierdzono m.in., że dla amerykańskich Żydów, odwrotnie niż dla chrześcijan, bardziej „efektywne” są skale behawioralne niż ideacyjne. Natomiast liczba wymiarów zdaniem Himmelfarb pozostaje nadal otwarta, a zależy ona zarówno od rodzaju populacji, jak i od specyfiki metod stosowanych do pomiaru. Jeśli oceniać wartość wielowymiarowego modelu religijności przez jego użyteczność, to sprawdził się on w badaniach, które wykazały, że rodzaj instytucji wychowawczych oddziałujących w dzieciństwie pozwala na przewidywanie określonego typu zaangażowania religijnego w wieku dorosłym (por. Himmelfarb, s. 609-617).

M. Cornwall, S. Albrecht, P. Cunningham i B. Pitcher (1986) wypracowali swoją koncepcję wymiarów religijności i przetestowali ją na Mormonomach, która ich zdaniem nadaje się do adaptacji i badań także na innych denominacjach. Połączyli oni podejście teoretyczne z empirycznym, „czynnikiem”. Religię definiują jako system kultury, w którym grupy religijne wyrażają religijne sensy za pośrednictwem słów i zdań, którym przypisują symboliczne znaczenie (Cornwall i in., 1986, s. 227).

Nawiązując do klasyków psychologii religii (Halla, Starbucka, Leuby), za punkt wyjścia autorzy przyjęli 3 komponenty ogólne religijności (religijne przekonania, zaangażowanie (*commitment*) i zachowanie (*behavior*) oraz dodatkowo 2 modusy religijności (*modes*): indywidualny (*personal*) oraz instytucjonalny (*institutional*) (por. Lenski, 1961, Dittes, 1971, Roof, 1979). Wewnątrz każdego modusu zachodzi sekwencyjna interakcja między trzema komponentami, tzn. aby móc uczuciowo zaangażować się w relację z Bogiem, jednostka musi w Niego uwierzyć, co z kolei wywiera wpływ na jej zachowanie (Cornwall i in., 1986, s. 226-229). W następstwie kombinacji tych 3 komponentów i 2 modusów wyodrębnili oni 6 wymiarów religijności, po dwa w obszarze każdego z komponentów:

- 1) przekonania: ortodoksja tradycyjna, ortodoksja partykularna;
- 2) zaangażowanie: zaangażowanie duchowe, zaangażowane kościelne;
- 3) zachowanie: zachowanie religijne, partycypacja religijna.

W ten sposób powstały następujące wymiary religijności:

I. *Przekonania religijne* – komponent poznawczy, który składa się z 2 wymiarów:

1) *ortodoksja tradycyjna*, definiowana jako wiara w tradycyjne treści chrześcijańskiej religii: istnienie Boga, boskość Jezusa Chrystusa, życie po śmierci, Pismo Święte (5 tw.).

Przykłady: 1. Wierzę w boskość Jezusa Chrystusa; 2. Biblia jest słowem Bożym.

2) *ortodoksja partykularna (specyficzna)*, która tutaj jest rozumiana inaczej niż u Glocka, a odnosi się do akceptacji bądź odrzucenia przekonań specyficznych dla konkretnej instytucji religijnej. W przypadku Mormonów zawiera takie twierdzenia jak prorockie powołanie J. Smitha, jak również aktualnego prezydenta kościoła oraz autentyczność Księgi Mormonów (4 tw.).²⁰

Przykłady: 8. Kościół Jezusa Chrystusa Świętych Dni Ostatnich jest jedynym kościołem na ziemi; 9. Józef Smith rzeczywiście widział Boga Ojca i Jezusa Chrystusa.

II. *Zaangażowanie* – komponent uczuciowy, który złożony jest z 2 wymiarów:

1) *zaangażowanie duchowe*, obejmuje osobistą wiarę w Transcendencję. Chodzi w nim o uczuciową orientację jednostki i jest ono personalnym, subiektywnym modusem religii. Zdaniem autorów ten wymiar był ignorowany w dotychczasowych badaniach empirycznych nad religijnością (5 tw.).

Przykłady: 11. Duch Święty w istotny sposób wywiera wpływ na moje życie; 12. Kocham Boga z całego serca;

2) *zaangażowanie kościelne*, które zdaniem autorów również znajduje mało miejsca w badaniach empirycznych, zwraca się w kierunku własnej organizacji lub wspólnoty religijnej. Obejmuje ono więź, poczucie tożsamości i lojalność wobec tejże instytucji kościelnej (5 tw.).

Przykłady: 16. W rzeczywistości nie troszczę się o Kościół Jezusa Chrystusa Świętych Dni Ostatnich; 18. Kościół Jezusa Chrystusa Świętych Dni Ostatnich nakłada zbyt dużo ograniczeń na swoich członków.

III. *Zachowanie* – te 2 wymiary komponentu behawioralnego nazywane są religijnym zachowaniem i religijnym uczestnictwem:

1) *religijne zachowanie*. Indywidualny sposób (modus) religijnego włączania się (*involvement*) jest definiowany jako zachowania, które są z natury religijne, lecz nie wymagają członkostwa bądź uczestnictwa w religijnej grupie czy wspólnotcie, np. osobista modlitwa, czytanie Biblii, jałmużna na rzecz potrzebujących i zachęcanie innych do wiary w Jezusa Chrystusa, a są oczekiwane od osób religijnych (8 tw.).

Przykłady: 20. Zachęcam innych do wiary w Chrystusa; 26. Dzielę się z potrzebującymi tym co posiadam;

2) *religijne uczestnictwo*. Jeden z najczęściej badanych wymiarów religijności, który bywa odnoszony do „stowarzyszenia się” (Lenski, 1961), zaangażowania się w rytualnego (Stark, Glock 1968) lub „wymiaru kultycznego” (Fukuyama, 1961). Uczestnictwo zostało zdefiniowane jako częstotliwość uczęszczania do kościoła lub uczęszczania na nabożeństwa modlitewne oraz jako uczestnictwo w organizacjach kościelnych i wysokości finansowego wsparcia danego kościołowi. W przypadku rozbudowanej organizacyjnie instytucji kościelnej u Mormonów

²⁰ Mormoni – Kościół Jezusa Chrystusa Świętych Dni Ostatnich, zał. w 1830 w USA przez Józefa Smitha (*The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints* [LDS])

w zakres religijnego uczestnictwa wchodzi uczęszczanie na dodatkowe spotkania, na nabożeństwa, akceptacja „telefonowania” i godziny spędzone na telefonowaniu, uczęszczanie do świątyni oraz zobowiązania finansowe. Do analizy czynnikowej weszły 3 zachowania: frekwencja przyjmowania sakramentu, frekwencja udziału w spotkaniach towarzystwa lub spotkań kapłańskich oraz procent z dochodu płacony jako dziesięcina²¹. Inne zachowania uczestniczące mają charakter bardziej prywatny, bowiem religijne przepisy domowe zalecają oczekiwane od mormonów religijne zachowania jako właściwe dla „Świętych Dni Ostatnich” Do pomiaru stopnia wypełniania religijnych zaleceń w domu zostały użyte 4 tw.

Przykłady: 28. Jak często uczestniczysz w modlitwie rodzinnej? 29. Jak często odbywasz rozmowy rodzinne na tematy religijne?

Autorzy świadomie odrzucili w swoim modelu niektóre wymiary religijności analizowane w literaturze. Uznali je bądź to za „antecedenty”, bądź za konsekwencje religijności a nie jej wskaźniki „per se”. Do odrzuconych należą: wymiar zaangażowania komunalnego lub przyjaźni stowarzyszeniowej, wymiar intelektualny (wymiar wiedzy), wymiar religijnego doświadczenia i wymiar konsekwencyjny. Za centralne wymiary uznali natomiast te, które umieścili w swoim modelu (Cornwall i in., 1986, s. 231-232²²).

Na bazie analizy czynnikowej powstało 7 skal, które tworzą 34 twierdzenia na temat religijności. Zachowanie religijne zostało podzielone na „zachowanie religijne” i „zachowanie chrześcijańskie”. Są to następujące skale: ortodoksja tradycyjna, ortodoksja specyficzna, zaangażowanie duchowe, zaangażowanie kościelne, zachowanie religijne, zachowanie chrześcijańskie, oraz zachowanie domowych zasad religijnych (Cornwall i in., 1986, s. 239).

Interesujący i ważny wkład w rozwiązywanie problemu wymiarów religijności, zwłaszcza w ostatnich latach, wnosi psychologia niemieckojęzyczna.

R. Lindberg (1975) zbudował skalę do badania zmiennych religijności, której materiał empiryczny pochodził z sondażu (70 itemów) i dotyczył postawy wobec Kościoła jako religii zinstytucjonalizowanej, znaczenia religii dla jednostki, religijnego wychowania i socjalizacji oraz z kilku amerykańskich operacjonalizacji wymiarów Glocka (Lindberg, 1975; King, 1967; Allen, Hites, 1961; Black, London, 1961) (45 itemów). W efekcie analizy czynnikowej wyników z badań przeprowadzonych wśród studentów (N=625) otrzymał on 6 czynników, z których główny czynnik *Religijność ogólna* opisuje „różne aspekty religijnej wiary i zachowania”. Pięć pozostałych ujmuje przekonania nt. Kościoła oraz jego funkcji psychologiczno-motywacyjnych i społecznych (*Fundamentalizm, Kościelność etyczna, Funkcja społeczno-integrująca, Ogólne tendencje reformatorskie, Socjalizacja religijna*). Elementy wymiarów Glocka weszły po części do wymiaru *religijności ogólnej*, po części do innych wymiarów. Wymiar funkcji społeczno-integrującej wykazuje podobieństwo do wymiaru konsekwencyjnego Glocka. Według Lindberga wyniki nie obalają modelu Glocka i dają się wyjaśnić m.in. brakami w operacjonalizacji po-

²¹ Twierdzeń tych nie ma w wersji opublikowanej przez Hilla i Hooda, 1990, s. 279.

²² Tekst metody w opracowaniu K.J. Edwards, Hill, Hood, 1999, s. 277-279.

szczególnych wymiarów. Wyniki przemawiają za wielowymiarowością religijności (Huber, 1996, s.122-130)²³.

Jeszcze mniej zorientowane na model Glocka były badania P. Becker i S. Weiser (1988) przeprowadzone wśród młodzieży w wieku 16 – 21 lat (N=416) uczęszczającej do 12 katolickich gimnazjów diecezji Trewir w Niemczech (za Huber, 1996, s. 130-141). Jak w większości prezentowanych tu badań, metoda do badania religijności była stosowana w celu znalezienia korelacji wyjaśniających inne problemy, a w tym przypadku korelaty stanu zdrowia psychicznego uczniów. Uzyskane przez Beckera i Weisera wyniki czynnikowe przemawiają za wielowymiarowością religijności. Przebadali ją kwestionariuszem skonstruowanym z pomocą nauczycieli religii i wybranymi przedstawicielami samej młodzieży. Test zawierał 139 itemów przynależących do 19 zakresów treści. Po zastosowaniu analizy czynnikowej na uzyskanych odpowiedziach autorzy skonstruowali osiem skal do pomiaru religijności i hierarchii wartości badanej młodzieży, bazujących na 103 itemach, przy czym pierwsze dwie skale są tworzone przez te same itemy (!). Oto uzyskane wymiary, z przykładami itemów o najwyższych ładunkach czynnikowych:

I. Religijność globalna:

- 7. Wiara czyni moje życie bogatszym i piękniejszym
- 47. Msza św. jest dla mnie bardzo ważną sprawą

II. Pozytywne przeżycie Boga i wiary chrześcijańskiej:

- 73. Bóg daje mi bezpieczeństwo
- 69. Ja wiem, że Bóg mnie kocha

III. Chrześcijańskie wartości:

- 112. Bycie ustepliwym
- 115. Umiejętność przebaczenia

IV. Wiara tradycyjna (oparta na wychowaniu religijnym):

- 23. Zostałem religijnie wychowany przez rodziców lub dziadków
- 52. Jak często uczęszczałeś na Mszę św. w ciągu ostatniego roku? (ani razu - częściej niż raz w tygodniu)

V. Świeckie wartości:

- 118. Bycie wydajnym (produktywnym)
- 114. Posiadanie wpływu

VI. Intelktualne zainteresowanie religią chrześcijańską:

- 14. Chętnie czytam książki lub artykuły, które dyskutują współczesną tematykę religii i wiary
- 12. Jestem zainteresowany dalszym kształceniem religijnym

VII. Wartości hedonistyczne:

- 133. Posiadanie dużo czasu
- 132. Korzystanie z życia

²³ Tekst metody: Huber, 1996, s. 273-279.

VIII. Karzący obraz Boga:

72. Bóg mnie karze

70. Bóg jest wobec mnie surowy.

Warte zauważenia jest to, że żadna ze skal nie może być interpretowana w sensie wymiarów postulowanych w modelu Glocka. Jest to następstwem tego, że w kwestionariuszu uwzględniono niewiele itemów typowych dla wymiaru ideologicznego, a dogmatyczne aspekty były operacjonalizowane w bardzo ogólnym znaczeniu np.: „W Jezusie można rozpoznać Boga” (nr 79), „Bóg jest dostępny dla wszystkich ludzi i chce, aby stali się jedną wielką wspólnotą” (nr 68). Skale II i VIII zawierają wiele twierdzeń, które można przyporządkować do doświadczenia religijnego. Postulowany przez Glocka wymiar rytualny można odnaleźć w skali „wiary tradycyjnej”. Wymiar intelektualny łatwy jest do zidentyfikowania w skali „intelektualnego zainteresowania religią chrześcijańską”. Dalej, skale operacjonalizujące wartości (III, V i VII) można rozumieć jako operacjonalizację wymiaru konsekwencyjnego²⁴.

J.-K. Kim (1988) zajął się badaniem różnych postaw religijnych w związku wymiarami osobowości. Centralne w swoich badaniach pojęcie „postawy religijnej” zdefiniował jako rodzaj religijności wyrażanej przez specyficzne treści oraz formy przeżywania i zachowania, czym różni się od innych rodzajów („typów religijności”). Nazywa je również „religijnościami”, dystansując się od koncepcji Glocka, którego jego zdaniem nie interesowały różne postawy czy „religijności”, wyróżnił 8 religijnych postaw z ich genezą i możliwym oddziaływaniem na osobowość. Wypracowane konstrukty zoperacjonalizował, tworząc metodę (złożoną z 80 itemów), którą przebadął grupy religijne i niereligijne (N=312) oraz 36 respondentów prawosławnych. Jednakże, jak ocenia autora w swojej książce S. Huber (Huber, 1996, s. 141-153), nie udało mu się odejść od wymiarów religijności Glocka. Stąd też każdą ze skal Kima daje się przyporządkować do postulowanych przez Glocka wymiarów religijności. Oto postawy oraz skale do ich pomiaru (w nawiasach przykładowe twierdzenia):

1. *Ortodoksja (ORTH)* – rozumiana jako religijność kościelna (*Kirchenbezogene Religiosität*), której centralnymi cechami są: „tradycja, autorytet, dogmat, formalizm, nietolerancja, z Kościołem pośrodku”. Skalę tę można przyporządkować do wymiaru ideologicznego Glocka:

1. *Przynależność do mojego wyznania i Kościoła zapewnia mi bezpieczeństwo i pewność.*

7. *Moje wyznanie i Kościół daje mi punkty orientacyjne w życiu.*

2. *Pietyzm (PIET)* – postawa zorientowana bardziej indywidualistycznie, której punkt ciężkości stanowi wiara jako personalne zaufanie. Ważną jej cechą jest „osobista wiara, życie etyczne i ascetyczne, przeżycie nawrócenia i zbawienia na płaszczyźnie indywidualnej oraz wzbudzenie i prowadzenie wysiłków misyj-

²⁴ Z korelacji między skalami wynika np., że postawa hedonistyczna jest najbardziej skrajną antypodą religijności chrześcijańskiej. Wykaz twierdzeń *Kwestionariusza Religijności i Wartości* (Huber, 1996, s. 279-284).

nych na płaszczyźnie społecznej”. Można ją przyporządkować do wymiaru konsekwencyjnego Glocka.

4. *Dla mnie religia polega na doświadczeniu osobistej świadomości zbawienia.*

16. *Celem uniknięcia późniejszego rozczarowania uważam za sensowne wspólne życie z partnerem przed ślubem (-).*

3. *Mistycyzm (MYST)* – postawa dialektycznie podnosząca i transcendująca pozycję ortodoksji i pietyzmu. W centrum znajduje się „poczucie posiadania bezpośredniego doświadczenia Boga i umysłowego olśnienia w poznaniu prawdy”. Jako istotną cechę tego konstruktów autor wymienia: transcendencję, bezpośrednie doświadczenia Boga, zjednoczenie z Bogiem, wgląd w prawdę, swoiste położenie uczuciowe, pasywność, subiektywny charakter interpretacji. Skalę tę można przyporządkować wymiarowi doświadczenia u Glocka.

5. *Niekiedy doświadczam, że Duch Święty pomaga mi w rozumieniu i przyjęciu treści Biblii.*

12. *Często miałem doświadczenie, że w ciężkich sytuacjach życia uzyskałem w cudowny sposób pomoc przez wiarę i modlitwę.*

4. *Lęk religijny (RELA)* – w przeciwieństwie do ortodoksji, pietyzmu i mistycyzmu, które są dla siebie konkurencyjne i wykluczają się, lęk religijny z trzema powyższymi może współwystępować („kompatybilność”). Cechuje go lęk przed: szatanem, potępieniem, popędem, grzechem i poczuciem winy. Również skala *lęku religijnego* może zostać przyporządkowana do wymiaru doświadczenia.

10. *Grzech i wina zagrażają tożsamości człowieka i powodują ostatecznie utratę siebie.*

15. *Z powodu swojej niewiary przeżywam niekiedy zwątpienie i poczucie winy.*

5. *Religijna ufność (RELV)* – postawa biegunowo przeciwna do lęku religijnego. Elementami tej postawy są: darzenie uczuciem, miłość i łaska Boża jako przychodzący z zewnątrz akt z jednej strony, a wiara, zaufanie i nadzieja z drugiej strony jako akt wnoszony przez wierzącego. Rezultatem tego jest poczucie wdzięczności, radości, ufności jako stany poruszające wierzących. Również tę skalę można przyporządkować do wymiaru doświadczenia religijnego u Glocka.

2. *Jestem szczęśliwy, że Bóg się o mnie troszczy i kocha mnie.*

8. *Jezus jest źródłem niewyczerpanej siły, która mnie prowadzi z ciemności do światła.*

6. *Socjalizm religijny (RELS)* – jest definiowany jako „religijność zorientowana na rzeczywistość doczesną, w której punkt ciężkości stanowią dzieła i czyny, czynna miłość, świadomość odpowiedzialności, zaangażowanie na rzecz sprawiedliwości i pokoju itd. Znajduje się on w opozycji do „ortodoksji”, „pietyzmu” i „mistycyzmu” jako postaw „nie z tego świata”. Skalę tę można przyporządkować do wymiaru ideologicznego u Glocka.

3. *Jezus był pierwszym socjalistą, który walczył przeciw niesprawiedliwości, uciskowi i nieczulości.*

9. *Bycie chrześcijaninem znaczy dla mnie „bycie dla innych”.*

7. *Kwestia sensu (SINN)* – religijność, która nie jest związana z określonym wyznaniem. Jeśli dla wierzącego kwestia sensu jest tym samym czym kwestia Boga, to „dla niewierzącego również istnieje możliwość doświadczenia sensu bez konieczności myślenia teistycznego. Wszakże i tutaj trzeba mówić o jakiejś „religijności”, gdyż ma się ciągle do czynienia z „nadzieją”, „wiarą” i „spełnieniem”. Jej istotnymi cechami są: poszukiwanie sensu, zaufanie sensowi, przyjmowanie sensu i uniwersalizm oferty sensu. Według Glocka (1962) ta postawa znalazłaby się w wymiarze ideologicznym.

11. *Życie ze wszystkimi swoimi nadziejami i wątpliwościami posiada głęboki sens.*
14. *W życiu nie ma niczego, co miałoby sens na zawsze (-).*

8. *Ateizm (ATHE)* – postawa, która może mieć formę pasywną lub aktywną. *Ateizm pasywny* polega na daleko idącym braku religijnego przeżycia i zachowania. Można by go ująć przez negatywne odcisnięcie pozostałymi siedmioma skalami. Natomiast *ateizm aktywny* charakteryzuje się postawą antyreligijną. Do konstrukcji skali pomiarowej tego ateizmu zostały użyte głównie argumenty wzięte z filozofii marksistowsko-leninowskiej, która respondentom daje możliwość zajęcia postawy za lub przeciw ateizmowi aktywnemu. Skalę ateizmu ofensywnego można przyporządkować do wymiaru ideologicznego²⁵.

6. *Wiara religijna jest nie tylko przestarzałym, ale szkodliwym stanem świadomości (Bewusstsein).*

23. *Wiara jest „towarem na sprzedaż” (Ausverkaufware) dla takich ludzi, którzy ciągle pozostają niedojrzałymi dziećmi.*

Kim postawił sobie zadanie operacjonalizacji postaw religijnych, które jednocześnie zawierałoby wymiary postulowane przez Glocka. Jednakże analiza poszczególnych itemów użytych do skal wskazuje na to, że Kim przebadał raczej cztery podwymiary wymiaru ideologicznego Glocka (*Orth, Rels, Sinn* i *Athe*), trzy aspekty wymiaru doświadczenia (*Myst, Rela, i Relv*) i jeden aspekt wymiaru konsekwencyjnego (*Piet*). Łatwa jest również do zakwestionowania niezależność skal *Piet, Myst* i *Rela*. Cztery skale (*Orth, Rels, Sinn, Athe*), które Kim uważa za niezależne od siebie, widziane w perspektywie modelu Glocka, zdaniem Hubera ujmują jedynie podwymiary wymiaru ideologicznego. Natomiast trudno jest oddzielić od siebie dwa aspekty religijnego doświadczenia (*Myst, Relv*) i jeden aspekt wymiaru konsekwencyjnego (*Piet*). Sukcesem Kima jest natomiast zoperacjonalizowanie czterech niezależnych od siebie systemów wiary (por. Huber, 1996, s.151-153).

Istotnym, zarazem interesującym wkładem w podejście dymensionalne do religijności jest koncepcja niemieckiego psychologa i teologa S. Hubera. Huber (2003) połączył należące już do klasyki socjologii i psychologii religii koncepcje Allporta (religia jako wartość oraz ideał dojrzałej religijności, koncepcja zewnętrznej i wewnętrznej orientacji religijnej) i Glocka (wielowymiarowa struktura religijności) i rozbudował do bardziej ogólnego modelu religijności. Wykazał również komplementarność obu modeli religijności na płaszczyźnie ich weryfikacji empirycznej.

²⁵ Treść skal oraz ich dane walidacyjne metody Kima do pomiaru religijności, Huber, 1996, s. 141-153.

Pojęcie centralności włączone do koncepcji Hubera miało swoją przeszłość w psychologii religii. Do badania wymiarów religijności nazwanych jej komponentami, Verbit (1970) zaproponował rozróżnienie w każdym z „komponentów” treść, częstotliwość, intensywność i centralność. Uznano jednak (Hood i in., 1996, za: Huber, 2003, s. 146), że tak wielka złożoność schematu Verbita czyni go prawie niemożliwym dla weryfikacji empirycznej. Warto tutaj przypomnieć, że intensywnością postawy religijnej i centralnością jej przedmiotu zajmował się W. Prężyna (1973, 1977). Choć jest to inny model religijności, to oryginalna teoria i skale do badania intensywności i centralności są nadal użyteczne w psychologii religii (por. Szymoń, Bartczuk 2011; Śliwak, Bartczuk 2011).

Ramy teoretyczne dla ujęcia opracowanego przez Hubera stanowi poznawcza teoria konstruktów personalnych G. Kelly'ego (1955) („człowiek jako naukowiec”). Według Hubera religijność to system konstruktów osobistych, będących subiektywnymi schematami interpretacji. Świat swoich religijnych konstruktów jednostka „wynajduje” i buduje spontanicznie i niepowtarzalnie, wybierając teologiczne treści i wzorce zachowań, posługując się zastanym w kulturze systemem symboli religijnych, który działa przez narracje, formy praktyk oraz instytucje (por. Huber, 2003, s. 175-179). „System konstruktów jest religijny wtedy, gdy w jego semantyce ‘coś’ jest odnoszone do ‘Rzeczywistości Ostatecznej’²⁶. Teorię tego wielowymiarowego modelu religijności wyznaczają cztery centralne postulaty:

1. Przeżycia i zachowania jednostki są sterowane przez konstrukty i systemy konstruktów.
2. Siła efektów sterujących przeżyciem i zachowaniem jakiegoś systemu konstruktów religijnych zależy od jego centralności w osobowości człowieka.
3. Kierunek efektów sterujących przeżyciem i zachowaniem jakiegoś religijnego systemu konstruktów zależy od treści teologicznych i wzorców znaczeniowych, które w nim działają.
4. Religijne przeżycie i zachowanie jest funkcją centralności i treści religijnego systemu konstruktów: $R = f(Z_{rk}; I_{rk})$.

Opracowana przez Hubera metoda badawcza, wielowymiarowy *Test Struktury Religijności (der Religiositäts-Struktur-Test)*, ze *Skalą Centralności Religijności (Zentralität religiöser Inhalte)* ma jako podstawę teorię konstruktów osobistych. Test jest ukierunkowany na badanie wyznawców chrześcijaństwa, judaizmu oraz islamu, chociaż walidacji i normalizacji został poddany jedynie na populacji chrześcijańskiej.

Skala Centralności Religijności złożona z pięciu skal czynnikowo względnie od siebie niezależnych, służy do pomiaru zarówno centralności (autonomii funkcjonalnej według Allporta) systemu konstruktów religijnych (religijności), jak również do pomiaru pięciu „religijnych form wyrazu” (wymiarów religijności według Glocka i Starka), do których należą: zainteresowanie poznawcze, ideologia religijna, modlitwa, doświadczenie religijne, praktyki liturgiczne (udział nabożeństwach). W tej skali został pominięty wymiar konsekwencyjny. Analiza czynnikowa II rzędu

²⁶ „Definition: Ein Konstruktsystem ist dann religiös, wenn in seiner Semantik, ‚etwas‘ auf ‚Letztgültiges‘ bezogen wird“ (Huber, 2003, s. 182).

umożliwiła wyodrębnienie „czynnika pobożności”, na który składają się: ideologia, modlitwa i doświadczenie religijne (Huber, 2003, s. 214-302). Oto przykłady wskaźników poszczególnych wymiarów:

1. Zainteresowanie poznawcze:

*Jak często myślisz na tematy religijne? (item 18.1)*²⁷

Jak często jesteś zainteresowany dowiedzeniem się czegoś więcej w kwestiach religijnych (19.6)

2. Ideologia religijna:

Jakie masz zdanie na temat istnienia Boga? (19.5)

Jakie masz zdanie na temat życia po śmierci? (19.10)

3. Religijne praktyki modlitewne:

Jak często z reguły modlisz się lub medytujesz? (13)

Jak ważna jest dla Ciebie modlitwa osobista? (19.4)

4. Doświadczenie religijne:

Jak często przeżywasz sytuacje, w których czujesz, że Bóg coś ci przekazuje? (18.16b)

Jak często przeżywasz sytuacje, w których czujesz, że Bóg konkretnie interweniuje? (18.16c)

5. Religijne praktyki liturgiczne:

Jak często z reguły bierzesz udział w nabożeństwach? (12)

Jak ważny jest dla Ciebie udział w nabożeństwach? (19.8)

Zweryfikowanych pięć form wyrażania religijności zachowuje względną niezależność od siebie; największe korelacje występują u osób o bardzo wysokiej centralności religii. Eklezjalność zdaje się stanowić wymiar względnie autonomiczny, najwyżej korelujący z praktykami liturgicznymi, a najmniej z ideologią religijną. Religijne wymiary wykazują również względną zależność od centralności religijności (Huber, 2003 s. 284n.)²⁸.

Centralność wyraża wynik ogólny, czyli sumę punktów uzyskanych w 5 podskalach. Ze względu na wyniki w skali centralności można wyróżnić trzy idealne typy religijności: religijność marginalna (15-30), religijność heteronomiczna (31-59) i religijność autonomiczna (60-75) (Huber, 2008c, s. 21).

Huber opracował także wersję 10-itemową (C-10) i wersję 7-itemową (C-7). Wersja trzecia (C-7) uwzględnia równoważnie semantykę teistyczną i panteistyczną. Kategoria centralności religijności odgrywa kluczową rolę w diagnozowaniu psychologicznego znaczenia i reprezentacji religijnych treści.

Interdyscyplinarne model religijności (socjologiczno-psychologiczno-religioznawczy) z jego „trzonowymi” wymiarami (*Kerndimensionen*), czyli centralnością i tre-

²⁷ Numeracja twierdzeń na podstawie: Huber, 2003, s. 365-372.

²⁸ Uważając, że pojęcie orientacji światopoglądowych wychodzi poza definicje religijności rezygnujemy z prezentacji badań na ten temat. Huber (1996) relacjonuje niektóre z tych badań w krajach j. niemieckiego (Huber, 1996, s. 183-192).

ścią znajduje szerokie zastosowanie. Huber ze współpracownikami realizuje go w ramach programu *Religionsmonitor*²⁹. *Monitor Religii* jest innowacyjnym narzędziem porównawczej obserwacji religijnego doświadczenia i zachowania w kontekście międzynarodowym i międzyreligijnym (por. Huber, 2008; Huber, Klein, 2008). Odzwierciedla on podstawowe wymiary religijności, łącznie z konsekwencyjnym i zarysowuje reprezentatywny obraz „religijnego krajobrazu” w Niemczech i szeregu porównywanych społeczeństw. Dzięki podłużnemu sposobowi ujęcia widoczne stają się trendy rozwojowe oraz przesunięcia w wewnętrznych strukturach krajobrazu religijnego (Huber, 2008b, s. 28)

Monitor Religii integruje koncepcje teoretyczne i konstrukty operacyjne, które pochodzą z różnych dyscyplin empirycznych badań religijności (socjologia religii, psychologia religii, religioznawstwo, teologia). Systematyka *Monitora Religii* bazuje na trzech zasadach konstrukcji, które opierają się na interdyscyplinarnym modelu religijności (Huber, 2003), i które znalazły zastosowanie w *Teście Struktury Religijności*; rozróżnienie sześciu wymiarów religijności, rozróżnianie stopnia centralności systemu w poznawczo emocjonalnego w systemie osobowości, oraz rozróżnianie treści na ogólne i specyficzne, na semantykę teistyczną i panteistyczną (Huber, 2008c, s. 18n.).

W konstrukcji *Testu Struktury Religijności (R-S-T)* Huber wyszedł od ogólnej wielowymiarowej struktury religijności, która składa się z wymiarów: ideologia, modlitwa, doświadczenie, udział w nabożeństwie i zainteresowanie poznawcze (pomiął aspekt konsekwencyjny). Tę strukturę można scharakteryzować jako ós metody *R-S-T*. Na tej bazie ujęta jest zarówno centralność, jak również treściowe aspekty konstrukcji religijnej rzeczywistości, czyli: ukierunkowane na zasoby, spostrzeganie wspólnoty kościelnej, fundamentalizm religijny (z podwymiarami: stanowcze rozstrzygnięcie, wykluczenie, dualizm i relatywizm <kodowane negatywnie>, religijne poszukiwania, obrazy Boga (Bóg jako idea, prawo, energia, osoba lub wartość), przystosowanie religijne (z podwymiarami przystosowania biernego i współpracującego), wdzięczność i cześć w odniesieniu do Boga, zaufanie do Boga, prowadzenie przez Boga, wina, przebaczenie, karanie przez Boga, lęk religijny i niezadowolenie z Boga. Dzięki zwartej strukturze testu *R-S-T* złożonego ze 140 do 150 itemów w ekonomiczny sposób można ująć te wielorakie treści, centralność religijności, jak również aspekty socjalizacji religijnej (Huber, 2002-2005).

Metoda Hubera pozwala na diagnozowanie zmian religijności, korelacji i wpływu religijności na inne zmienne (np. wychowanie dzieci, odpowiedzialność za środowisko naturalne). Centralność religijności okazuje się być bardzo dobrą zmienną wyjaśniającą stosunek do wielu ważnych życiowo i kulturowo kwestii (Huber, 2008d). *Test Struktury Religijności* ma zastosowanie m.in. w poszukiwaniu powiązań religijności ze zdrowiem (depresja, nadciśnienie tętnicze, uzależnienia), pokonywaniem kryzysów³⁰.

²⁹ <http://www.religionsmonitor.com>

³⁰ Np. Hefti, R. (2009). *Religiositaet als Stresspuffer. Einfluss auf die autonome Balance depressiver Patienten*. Dostępne 30 VII 2012: <http://www.akademieeps.de/download/5918-2009-VortragHeftiEgenhausen.pdf>; Hefti, R. (2012). *Wenn die Seele unter Druck kommt – psychosoziale Aspekte der*

Przekładu *Skali Centralności Religijności* S. Hubera w wersji 15-itemowej (C-15) na język polski oraz adaptacji do polskich warunków dokonała B. Zarzycka (2007, 2011). Skala posiada obliczone wskaźniki trafności, rzetelności oraz normy dla osób dorosłych. Liczne badania przeprowadzone polską wersją *Skali Centralności Religijności* wskazują na użyteczność tej koncepcji i narzędzia do badania poziomu religijności, jej powiązań z osobowością, ze zmiennymi psychospołecznym oraz w badaniach nad jej salutogenetyczną funkcją (Zarzycka, 2011).

3. PODSTAWOWE WYMIARY RELIGIJNOŚCI – SYNTETYCZNE ZESTAWIENIE

Syntetyczny opis istotnych wymiarów religijności, z podanymi przykładami może ułatwić orientację w obszarze ciągle jeszcze niepełnej wiedzy na temat wymiarów religijności. Mimo tego, że wymiary religijności Glocka, jego rozpracowania i uzupełnienia nie dają jeszcze, jak się wydaje, kompletnej wiedzy na temat wymiarów religijności, to jednak syntetyczny opis rozróżnialnych logicznie i empirycznie potwierdzonych głównych wymiarów religijności wydaje się być zasadny. Ze względu na jasność logiczną oraz możliwość szerokiej aplikacji schemat ten dostarcza nam języka deskryptywnego, który można wykorzystać jako punkt wyjścia do psychologicznej dyskusji na temat religijności (por. Paloutzian, 1996, ss. 15, 21). R. Paloutzian zwraca uwagę, że w pewnych religiach, bądź jej nurtach, ten pięciowymiarowy schemat wprawdzie się załamuje, lecz nawet to załamanie pomaga nam zrozumieć naturę tej religii. Takim przypadkiem jest ortodoksyjny judaizm. W nim rozróżnienie między praktyką i skutkami spełza na niczym. Lektura Mojżeszowego prawa w Biblii hebrajskiej ujawnia, że posłuszeństwo prawu cywilnemu i rytuały codziennego dnia dla ortodoksyjnego Żyda są w istocie zarówno praktyką religijną, jak i religijnymi skutkami. W tym wypadku skutkiem jest praktyka religijna. Innymi słowy, okazywanie właściwych zachowań w codziennym życiu jest częścią praktykowania tej religii; ortopraksja jest ortodoksją. Byłby to jeszcze jeden argument za włączeniem wymiaru konsekwencyjnego jako integralnego aspektu religijności.

Oczywiście na liczbę wymiarów mają wpływ także cechy charakterystyczne określonej religii czy wyznania oraz warunki kulturowe: np. Mormoni akcentują ortodoksję, ortopraksję, moralność <konsekwencje> i doświadczenie, a z kolei natura religii Mojżeszowej sprawia, że „wymiary” muszą się łączyć. Należy dodać, że także różnie będzie się przedstawiać funkcjonowanie religijne chrześcijan w krajach gdzie istnieje wolność religijna i tam, gdzie muszą oni wyznawać swoją wiarę w konspiracji.

Główne wymiary religijności opisują jednak możliwie pełny zakres funkcjonowania religijnego i występowały w głównych tradycjach religijnych (Smart, 1989). Ich stosowność daje się poszerzyć także do badania religii panteistycznych i nie-

arteriellen Hypertonie. Dostępne 30 VII 2012: http://www.sappm.ch/cgi-bin/referate/RHeftiWenndie_SeeleunterDruckkommt.ppt#672,7, Folie 7 (30 VI 2012); Reinhold, B. (2004). *Kann der Glaube Bergen versetzen? VW Impulse 1*, 46-49. Dostępne 30 VII 2012: <http://www.psychology-of-religion.de/deutsch/projekte/forschung/impulse-2004.pdf>.

których sekt (por. Huber R-S-T- Modell). Korespondują też z wartościami kultury, poprzez którą ludzie kanalizują swoje odniesienie do Transcendencji, realizując wartości prawdy (poznawcze), dobra (etyczne), piękna (estetyczne) (por. Mueller, 1984, s. 56n.).

3.1. WYMIAR IDEOLOGICZNY LUB DOKTRYNALNY (RELIGIJNE PRZEKONANIA)

Wymiar przekonań odnosi się do tego, w co się wierzy jako część religii (podstawowych treści do intelektualnej akceptacji, siły tych przekonań, oraz ich doniosłości w życiu jednostki. Np. przekonanie o istnieniu Boga należy do religijnej ideologii. W religiach bez tradycji ten wymiar może korespondować z głębokim zaangażowaniem na rzecz sieci wartości. A w religiach prymitywnych może się to odnosić do wiary, że duchy zamieszkują fizyczne przedmioty.

Przekonania obejmują treść wiary lub doktrynę, podstawowy wymiar, w zakresie którego religie różnią się od siebie. Można by nawet powiedzieć, że zmienna przekonania (wiary) wyznacza odmienność religii. Niezliczona liczba religijnych wyznań jest podzielona w kwestii tego, w co należy wierzyć jako prawdę – czyli w kwestiach przekonań. Istnieją różne kategorie przekonań.

Jedna kategoria przekonań w istotny sposób zabezpiecza istnienie religii: sumuje do dolnej granicy założenie, które służy jako baza dla religii. Np. przekonanie na temat specyficznej doktryny dotyczącej Boga, Chrystusa i zbawienia, zabezpiecza istnienie Kościoła rzymsko-katolickiego. Takie przekonania ucieleśniają istotne „podstawy”, na których religia bazuje. Najbardziej ogólną treść stanowi istnienie transcendentnej „Instancji” wyrażanej w centralnym symbolu „Boga”.

Druga kategoria przekonań odnosi się do religijnych celów, m.in. przekonania o tym, co jest boskim przeznaczeniem rodzaju ludzkiego. Np. etycznie zorientowana religia może nauczać, że celem istoty ludzkiej jest posłuszeństwo Bogu wyrażane przez życzliwe traktowanie innych.

Trzecia kategoria przekonań odnosi się do tego, w jaki sposób optymalnie spełnić Boże zamiary. Przekonaniem tego rodzaju będzie przeświadczenie, że dobrą rzeczą jest zachowanie Dekalogu, lub że powinno się naśladować dobrego Samarytanina.

Osobiste przekonania religijne mogą być utrzymywane z różnym stopniem intensywności; może dochodzić w nich do głosu pewność, wątpliwość, odrzucenie określonych treści. Mogą one pełnić w życiu jednostki rolę centralną lub peryferyjną. Oczywiście, im przekonania są bardziej centralne i silniej podtrzymywane (intensywniejsze), tym bardziej skutki religii w życiu jednostki będą bardziej wyraźne i tym bardziej jednostka na zewnątrz będzie się jawiła jako bardziej religijna (por. Paloutzian, 1996, s. 16; Huber, 1996, s. 87n.; Huber, 2003, s. 230).

Subiektywny system przekonań religijnych może być spójny lub nie, zależnie od tego, czy wszystkie treści doktryny są w tym samym stopniu akceptowane bądź odrzucane. W wymiarze przekonań religijnych analizowanych w aspekcie treści, badanym *Skalą Spójności Przekonań Religijnych* można wyróżnić trzy podwymiary (podstawowe, kościelne, naturalne) wyodrębnione metodą czynnikową ze wzglę-

du na typ, źródło asercji (doświadczenie, autorytet kościelny, intelekt). Zastosowanie analizy skupień pozwala na typologizację przekonań i odpowiedzi na pytanie o psychologiczną strukturę przekonań spójnych i niespójnych (Chaim, 1991).

3.2. WYMIAR RYTUALNY LUB KULTOWY (PRAKTYKI RELIGIJNE)

Wymiar praktyk religijnych obejmuje sieć zachowań, których oczekuje się od jednostki deklarującej wyznawanie określonej religii. Nacisk kładzie się nie na skutki, jakie religia może mieć w „niereligijnych” obszarach codziennego życia jednostki, lecz na specyficzne akty, które są częścią samej religii. Wymiar zawiera takie działania jak: uczęszczanie na nabożeństwa (udział w liturgii i sakramentach), forma nabożeństw, modlitwa, chrzest, dziesięcina (składki, podatek), obchodzenie specjalnych uroczystości lub dni tygodnia jako świętych, poszczenie, pielgrzymowanie. Pobożną praktyką religijną może być np. uchylenie kapelusza przed znakiem krzyża, zwrócenie się na wschód i skłon na modlitwie trzy razy na dzień lub rezygnacja z jedzenia zakazanych potraw.

Reguły praktyk religijnych mogą się zmieniać z grupy na grupę i zależeć od stopnia, w jakim religia jest zinstytucjonalizowana i zorganizowana. Im bardziej religia jest instytucjonalnie rozwinięta tym bardziej specyficzne będą kodeksy postępowania, kodeksy ubierania się, formuła wyznania, oraz zakres autorytetu.

Do praktyk religijnych większość religii włącza kodeks zachowań, których oczekuje zwłaszcza w relacji do Boga, np. 3 pierwsze spośród *10 Przykazań*, a w Nowym Testamencie – zasad zsumowanych w przykazaniu miłości Boga i bliźniego oraz *Kazaniu na górze*.

Funkcją rytuału jest wyznanie wiary, uzyskiwanie doświadczeń, wyznanie uczułości, uwielbienia itp. Jest on rodzajem interakcji i komunikacji religijnej. Stanowi środek stymulowania i pobudzania działań religijnych. Np. msza w wyznaniu katolickim i prawosławnym ma stymulować komuniję z Bogiem i współwierzającymi (por. Mueller, 1984; Paloutzian, 1996, s. 18).

Praktyki religijne są najłatwiejszym do rejestrowania wskaźnikiem religijności. Niedoktrynalne koncepcje religijności jako aspekt kultowy traktują działania, które mają człowiekowi pomóc w radzeniu sobie z kwestiami egzystencjalnymi (Grzymała-Moszczyńska, 1986, s. 138).

Można się zgodzić z tym, że religijne praktyki publiczne i prywatne należy traktować jako podwymiary wymiaru rytualnego, na co zwraca uwagę m.in. Himmel-farb (1975), chociaż Huber (2003) wydziela je jako oddzielne wymiary religijności.

3.3. WYMIAR DOŚWIADCZALNY LUB RELIGIJNEGO DOŚWIADCZENIA („RELIGIJNE UCZUCIA”)

Wymiar religijnego doświadczenia można zdefiniować jako spostrzeganie wewnętrzne oddziaływania Transcendencji (Boga). Transcendencja ta jest „konstruowana” (Huber, 2003 s. 231) jako instancja aktywna zwracająca się do człowieka w formie komunikacji lub działania. Upostaciowanie tego oddziaływania jest zależne od religijnej tradycji, od narracji i interakcji, w kontekście których organizuje ona doświadczenia związane w kontaktem z Bogiem (Holm, 1994).

W szerszym rozumieniu wymiar ten ujmuje pragnienie wierzenia w określoną religię, lęk przed byciem nie-religijnym, poczucie dobrostanu fizycznego, psychicznego i duchowego, który płynie z wiary itp. Wewnętrzne doświadczenia mogą być spostrzegane jedynie przez doświadczającą osobę, a z zewnątrz można o nich wnioskować przez obserwację. Badania natury religijnego mistycyzmu oraz intensywności religijnego nawrócenia mieszczą się w tym wymiarze (Palouzian, 1996, s. 19).

Różne grupy religijne kładą zróżnicowany nacisk na rzeczywistość doświadczenia religijnego. Medytacja transcendentálna przywiązuje np. wielką wagę do tego, jak przeprowadzać specjalny rodzaj medytacji zaprojektowany w celu wywołania zmienionych stanów świadomości. Stany mistyczne są ważne dla pewnych religii wschodnich. Pewne formy wyrażania ekstatycznych stanów, glosolalia lub „mówienie językami” ważne są zwłaszcza dla grup zielonoświątkowych. Religie, które są przede wszystkim systemami etycznymi, służącymi do regulowania zewnętrznego zachowania, wykazują tendencje do bagatelizowania „uczuć religijnych”.

Stany uczuciowe spełniają różne funkcje w życiu religijnym. Jedną z funkcji jest motywacja. Absencja upragnionych przeżyć może być interpretowana jako pozabawienie czegoś ważnego i dlatego może ludzi motywować do poszukiwania religii w celu zapełnienia uczuciowej próżni. Np. brak spostrzeganego sensu w życiu może popychać ludzi w stronę religii z nadzieją, że w religii znajdą upragniony sens.

Dramatyczne zmiany w uczuciach mogą towarzyszyć lub mieć znaczenie centralne aż do krytycznego punktu zwrotnego w życiu człowieka religijnego. Doświadczenia głębokiego nawrócenia są często opisywane jako wyciągnięcie z głębokiego kryzysu emocjonalnego lub doznanie otuchy (James, 1902, za: Paloutzian, 1996, s.19). Doświadczenia połączone z konwersją mogą być radykalnie różne u osób, które wzrastają w Kościele i nawracały się w przeciągu wielu lat w porównaniu z tymi, którzy przechodzą nawrócenie nagle, tak jak np. Szaweł z Tarsu. Nagli konwertyci mogą dostarczać informacji o „doświadczeniach szczytowych”, które wpływają na nich przez resztę życia. Konwertyci nawracający się stopniowo rzadziej relacjonują takie doświadczenia.

Uczucia są niekiedy interpretowane jako sprawdzian autentyczności wiary. Stąd osoby odczuwające bliskość Boga mogą dochodzić do wniosku, że ich wiara jest autentyczna. Uczucia religijne są także traktowane jako wskaźnik obecności lub nieobecności Bożego Ducha. Osoby, które są przepełnione strachem i lękiem mogą dochodzić do wniosku, że nie są na dobrej drodze do Boga, zgrzeszyły lub że Bóg ich opuścił. Niektóre osoby nieodczuwające Boga skłonne są kwestionować prawdziwość religii do której należą i „zamienić” na inną, która oferuje takie doświadczenia, np. na sektę (por. Stark, Glock, 1968 za: Huber, 1996, s. 103; Huber, 2003, s. 231; Paloutzian, 1996, s.19n.).

Stark (1966, za: Meadow, 1984, s. 305) podał podkategorie wymiaru doświadczenia u Glocka bazujące na intensywności doświadczenia: 1) doświadczenie potwierdzające, które daje poczucie świętości; 2) doświadczenie responsywne, w którym Bóg daje poczucie obecności 3) doświadczenie ekstatyczne, w którym doświadczany jest rodzaj bliskiego kontaktu z Bogiem; 4) doświadczenie rewe-

lacyjne (*revelatio* – objawienie), w którym jednostka twierdzi, iż jest zaufanym powiernikiem lub wysłańcem Boga. L. Francis i H.N. Malony (1995) stworzyli kwestionariusz złożony z 35 twierdzeń do diagnozy znanych w literaturze czterech „równoważnych” typów (rodzajów) chrześcijańskiego doświadczenia: 1) konwersja lub „ponowne narodziny”, 2) charyzmatyczne lub dary duchowe, 3) mistyczne lub kontemplacyjne oraz 4) tradycyjne lub bazujące na instytucji.

3.4. WYMIAR INTELEKTUALNY LUB POZNAWCZY (WIEDZA RELIGIJNA)

Wymiar ten odnosi się do faktu, że od religijnej osoby oczekuje się zapoznania się oraz znajomości przynajmniej podstawowej doktryny swojej religii i jej świętych tekstów. Wierzący bowiem winien właściwie rozumieć to, co mu się przekazuje do wierzenia.

Wymiar ten obejmuje wiedzę religijną dotyczącą własnej religii, intelektualną konfrontację z religijnymi treściami, z problemami własnej tradycji religijnej. Choć wszystkie religie mają swój początek i historię, to nie wszyscy ich wyznawcy jednakowo w nich są zorientowani. W przypadku chrześcijaństwa wymiar wiedzy odnosi się m.in. do tego, co wyznawca wie na temat okoliczności pierwszego wieku, w których pojawił się Jezus Chrystus, na temat korzeni chrześcijaństwa w judaizmie, założenia Kościoła, historii manuskryptów oraz innych podobnych informacji tak pozostających w zgodzie, jak i w opozycji do nauczania tej religii. Częścią tego wymiaru jest także postawa jednostki, otwarta lub zamknięta wobec treści wartościujących przeciwnych wierze jednostki. Osoby mocno dogmatyczne mogą łatwo odrzucać wszelką literaturę, która jest krytyczna w stosunku do ich własnej tradycji. Może się zmieniać także stopień ważności wiedzy religijnej dla jednostki (Paloutzian, 1996, s. 19-20).

Glock (1969) zwraca uwagę, że jest niezwykle trudno określić, jaki zakres wiedzy należy uznać za wskaźnik autentyczności religijności. Wiedza religijna winna wzrastać wraz z wiekiem i rozwojem człowieka. Ważnym, a zarazem niezmiernie trudnym zadaniem w psychologii religii jest ustalenie związków między zakresem i rodzajem indywidualnej wiedzy religijnej z jednej strony, a kształtem religijnej wiary, praktyk religijnych i religijnego doświadczenia z drugiej. Przyjmuje on, że wiedza zdeformowana lub fałszywa na temat źródeł czy historii własnej religii idzie w parze z określonymi wzorcami przeżywania i praktykowania swojej wiary (Huber, 1996, s. 91).

Wiedza niekoniecznie prowadzi do wiary. Wiara może się opierać na niezbyt zaawansowanej wiedzy. Jest możliwe, że jednostka może być zaangażowana w sieć przekonań, uzyskując wysoką punktację w wymiarze przekonań, lecz wie bardzo niewiele na ich temat, z powodu czego uzyskuje niskie wyniki w wymiarze wiedzy. Z kwestią wiedzy mogą się wiązać wątpliwości religijne i potrzeba konfrontacji z nimi. Rozwojowi poznania religijnego służy zainteresowanie i rozważanie religijnych treści oraz rozbudzanie zainteresowania nimi. Stąd wymiar ten posiada dwie ogólne cechy: częstotliwość i subiektywne znaczenie zajmowania się kwestiami religijnymi (Huber, 2003, s. 230).

3.5. WYMIAR KONSEKWENCYJNY LUB SKUTKOWY (ODZWIERCIEDLENIE W ŻYCIU CODZIENNYM)

Wymiar konsekwencyjny zasadniczo odnoszony jest do następstw pozostałych wymiarów w obszarze postępowania w życiu; do oddziaływania, jakie religia posiada na pozostałe, „niereligijne” (pozakultowe) sfery życia jednostki („uczynki z wiary”). Tutaj obserwujemy to, w jaki sposób oraz jaki zasięg ma religijność jednostki jako „ortopraksja”, zwłaszcza społeczna (na „uświatowienie” wiary aktualnie kładzie nacisk Benedykt XVI). Przykładem może być alkoholik, który nawracając się zaprzestaje używania alkoholu. Zachowanie w rodzaju używania bądź rezygnacji z alkoholu samo w sobie nie jest aktem religijnym, lecz jedną z konsekwencji konwersji może być zaprzestanie picia ze względu na poczucie bliskości kontaktu z Bogiem. W ogólności wzorce zachowania moralnego jednostki lub przyzwyczajenia osobiste mogą być motywowane przekonaniami religijnymi, chociaż czyni takie nie są aspektami samych praktyk religijnych.

Często skutki religijności wyznawców są pryzmatem, za pomocą którego wartościuje się religię. W. James w klasycznym dziele *Różnorodność doświadczenia religijnego* (1902) podnosił często żądanie, aby religię oceniać przez jej „owoce” (np. efekty) bardziej niż przez jej „korzenie” (np. specyficzna doktryna lub psychologiczne źródła). Zauważmy jednak również, że powołując się na biblijne pojęcie „owoców”, James implikuje istotny problem definiowania kryteriów dla „owoców”: które ze skutków religii są dobre i dlaczego (por. Paloutzian, 1996, s. 20).

Glock (1969, za: Huber, 1996, s. 92) zwraca uwagę, że konsekwencje religijności zwykle rozpatruje się w aspekcie etycznym (odpowiedzialność) i zachęca do zajęcia się badaniem korzyści („nagród”) jakie uzyskuje jednostka w wyniku więzi religijnej. Wielu ludzi rezygnuje z religijnego zaangażowania z uzasadnieniem w rodzaju: „przecież religia (Bóg) mi nic nie daje!” Przykładem możliwych nagród „po tej stronie życia” jest pokój duchowy, wolność od nadmiernego zatroskania, poczucie bezpieczeństwa, a czasem i sukces materialny. Moralności religijnej nie można u wszystkich zaniżać do poziomu kar i nagród, czy „wymiany usług”.

Można podać historycznie znane fakty i wyniki badań psychologicznych jako ilustracje dla funkcjonowania wymiaru konsekwencyjnego. Tak więc Albert Schweitzer studiował medycynę w dojrzałym wieku, by służyć trędowatym w Afryce, pastor M.L. King walczył o równość rasową w USA, Matka Teresa z Kalkuty poświęciła się umierającym, a prospołeczna aktywność była po części efektem ich przekonań religijnych, ale także „samą religijnością” (wyznaniem wiary wyrażanym przez miłość). Można oczywiście pytać np. o proporcję zawartości wymiaru doświadczenia religijnego i wymiaru konsekwencyjnego w realizacji tych działań. W kontraście do tego Jim Jones pod płaszczykiem religii usidlił swych wyznawców w Jonestown, w obozie Guyana, doprowadzając ich do śmierci (*Time*, 1978). Na poziomie indywidualnym istnieje potwierdzenie pozytywnych skutków pewnych typów religii na rzecz poprawy zdrowia psychicznego i rozwoju osobowego (Cox, 1973; Kilbourne i Richardson, 1984; Richardson, 1985b). Z drugiej strony niektórzy badacze zakładający szkodliwość religii np. Z. Freud czy A. Ellis (1960, 1962, 1977) dowodzą, że religie, zwłaszcza te, które wcielają pojęcia takie jak grzech

i wina, mogą jedynie czynić ludzi gorszymi niż byliby bez nich (Paloutzian, 1996, s. 20), co należałoby odnosić raczej do przypadków ekstremalnych, patologicznych postaci religijności. Religijne skutki mogą być pozytywne lub negatywne, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym, co odpowiada podziałowi wymiaru konsekwencyjnego na dwie podkategorie: personalny i społeczny.

Aspekty religijności modelowo analizowane oddzielnie w rzeczywistości działają w różnych kombinacjach. Dla przykładu, kiedy widzimy jednostkę przejawiającą silne przekonania przy niewielkiej wiedzy, lub kogoś, dla kogo wiedza nie jest ważna, uważamy, że posiada „ślepą wiarę”. Taki wyznawca w efekcie zdaje się mówić: „Nie zakłócajcie mi wiary faktami!” „Znowu ci teologowie coś wymyślili!” Gdy obserwujemy kogoś o silnych przekonaniach, kto jednocześnie angażuje się w praktyki religijne, lecz zarazem nie przejawia oczekiwanych skutków wiary życiu codziennym, mamy tendencję do uważania go za hipokrytę, ponieważ nie postępuje zgodnie z tym, do wyznawania czego się przyznaje. Nietrudno spotkać ludzi, którzy utrzymują religijne przekonania na temat określonych kwestii moralnych – np. zachowań seksualnych lub ekonomicznych – a jednocześnie działają akurat w odwrotny sposób. Gdy natomiast występują oczekiwane efekty, odbieramy taką osobę jako szczerą, autentycznie religijną, pobożną. Podobnie, wykonywanie praktyk religijnych bez przekonania lub „bezuczuciowo” daje w efekcie niewiele więcej niż „odrabianie pańszczyzny”. Błędem byłoby jednak powiedzieć, że taka osoba jest niereligijna. Bardziej odpowiednie byłoby powiedzenie, że ta osoba przejawia zachowanie religijne bez odpowiadających mu przekonań bądź odczuć. Człowieka, który ma niepokonalną trudność w zdecydowaniu się na wiarę i praktyki, a postępuje głęboko ewangelicznie nazywa się „świętym ateistą”. Systematyczny wgląd w różne kombinacje wymiarów religijności, ich zakresu, wymiarów, spójności mogą dać dopiero dalsze, pogłębione badania, uwzględniające przybliżoną powyżej problematykę wymiarów.

4. WNIOSKI I UWAGI KOŃCOWE

Przedstawiony powyżej nurt badań, z wielością podejmowanych rozwiązań problemu wymiarów religijności oraz ich pomiaru, obrazuje jak bardzo złożona jest to problematyka. Ogólne skale jednowymiarowe lub miary 1-itemowe są użyteczne raczej do badania religijności na etapie wstępnej selekcji (badania „z grubsza”). Modele dwubiegunowe dostarczają również niewielu skal do oceny religijności. Metody jednowymiarowe i dwubiegunowe jako zbyt upraszczające nie pozwalają na zebranie bardziej subtelnych informacji. Dopiero ujęcia wielowymiarowe są w stanie dostarczyć więcej wiedzy istotnej dla ustalenia struktury religijności i do zrozumienia religijnego funkcjonowania człowieka. Zastosowanie modelu wielowymiarowego, szczególnie wypracowanego przez Hubera, daje pełniejszy wgląd w relacje między różnymi wymiarami religijności.

Podsumowując przedstawione ujęcia można stwierdzić, że problem analizy religijności podjęty w socjologii religii przez Glocka został w międzyczasie podejmowany także w psychologii religii. Był często eksplorowany, jednak pierwszego gruntownego opracowywania dokonał S. Huber w kontekście psychologii poznaw-

czej konstruktywizmu, gdzie jest miejsce na treść religijności, na jej funkcję (motywacja) i na strukturę przedmiotu religijnej relacji (obraz Boga).

Studia nad wymiarami religijności miały zróżnicowany i raczej wąski zasięg kulturowy; były zwykle „monokulturowe” bądź „monodenominacyjne” (protestanci, mormoni, katolicy, wyznawcy judaizmu), rzadko transkulturowe, np. wśród religii „abrahamicznych” (Huber, 2003). Niestety, większość badań nie była jednak replikowana, co osłabia ich siłę dowodową; wyjątek stanowiły studia nad wymiarami religijności przeprowadzone przez Kinga i Hunta oraz przez zespół Hilty, Morgana i Burns’a. Koncepcja i techniki badań wypracowane przez Hubera stwarzają właśnie możliwość badań międzykulturowych w kontekście kultury religijnej judaizmu, chrześcijaństwa oraz islamu.

W wielu koncepcjach nie uwzględniano, lub uwzględniano jedynie w niewielkim stopniu aspekt horyzontalny (czynnik lub *modus* interpersonalny oraz instytucjonalny). Podobnie, w wielowymiarowym ujmowaniu religijności (poza modelami do analizy relacji religijnej) za mało dochodzi do głosu lub w ogóle nie jest rozważany sam rdzeń religijności, tzn. „wymiar” relacyjno-komunikacyjny z Absolutem („Ostatecznym Środowiskiem”). Słuszny wydaje się być również postulat Himmelfarba, aby wskaźników religijności poszukiwać nie tylko w obszarze „ideacji” (przekonań i poglądów oraz uczuć), ale także w obszarze behawioralnym („pozawerbalnym”).

W efekcie wielkiej liczby badań prowadzonych w ciągu ponad pięćdziesięciu lat coraz wyraźniej rysuje się możliwość ustalenia wymiarów religijności dostatecznie socjologicznie i psychologicznie opracowanych i ogólnie akceptowanych.

Na dodatkową dyskusję zasługuje wymiar konsekwencyjny. Wymiar konsekwencyjny jest najbardziej „płynnym”, najczęściej „przerzucanym” wymiarem wśród Wielkiej Piątki wymiarów religijności. Część naukowców uważa, że nie ma podstaw do wyróżniania takiego wymiaru, gdyż jego treść dotyczy głównie konsekwencji religijności, a nie jej istoty, należy do moralności a nie religijności, lub z powodu wysokiej korelacji z wymiarem rytualnym. Niektórzy badacze religijności (King, Hunt, 1975; Meadow, 1977; Kim, 1988) rezygnują z wymiaru konsekwencyjnego w następstwie zastosowanych procedur operacjonalizacyjnych i badawczych. Inni uważają, że wymiar konsekwencyjny istnieje, lecz zawężają jego wskaźniki do przekonań religijno-moralnych (*etyczność* u Starka i Glocka, 1966; Boss-Nünning, 1972; Lindberg, 1975). Behawioralne wskaźniki wymiaru konsekwencyjnego pojawiły się u Cornwall i in. (1986), a w badaniach Himmelfarba (1975) wskaźniki ideowe i behawioralne (*wymiar etyczno-moralny*). Wydaje się, że głównym problemem jest dookreślenie jego definicji, trafna operacjonalizacja, dobranie wskaźników tego wymiaru w zakresie myślenia (interpretacji sensu), motywacji i zachowań. Huber rezygnuje z niego w *Skali Centralności Religijności*, ale uwzględnia go w *Teście Struktury Religijności* jako całości.

Aby podkreślić wagę wymiaru konsekwencyjnego dla pełnego opisu religijności warto przypomnieć, że moralność związania z wiarą jest istotnym elementem religijności postulowanym w ramach wielkich systemów religijnych. W tradycji judeo-chrześcijańskiej moralność wyrażająca wiarę i wynikająca z kontaktu z Bogiem jest istotnym aspektem religijności indywidualnej i wspólnotowej. Wynika z *De-*

kalogu i innych przykazań, z wezwania do odpowiedzialności za naturę („dzieło stworzenia”), z warunków zawieranych „przymierzy” z Bogiem, z imperatywu naśladowania Boga, z zaproszenia do realizacji misji mesjańskiej (Królestwo Boże, zbawienie), wezwania do stawiania się wzorcem „nowego życia” dla „pogan” oraz ze zleconej odpowiedzialności za los słabszych i wykluczonych, której wypełnienie jest kryterium „podziału ostatecznego” (Mt 26, 31-46). Liczą się nie tylko czyny zewnętrzne, ale i wewnętrzne (intencje), czyny złe i dobre oraz deficyt dobrych.

„Imperatywem religijnym”, inspiracją religijną motywowanych jest wiele działań społecznych, wychowawczych, politycznych, a nawet militarnych oraz stosowanych sposobów ich realizacji. Podobnie jest w sferze podejmowania rozwiązań prawnych i rozstrzygnięć moralnych zgodnie z zasadami religii (decyzje polityczne, stosunek do własności i pracy, przebaczenie lub zemsta, aborcja lub adopcja, eutanazja lub opieka hospicyjna, wierność małżeńska, stosunek do seksualności, stosunek do związków homoseksualnych itp.)³¹.

Inny argument „za” pochodzi ze społeczno-religijnego oczekiwania, że „wierzących” powinna cechować „wyższa” moralność niż niewierzących. Winni być lepsi, ponieważ obowiązują ich drogowskazy *Dekalogu*, są „dopingowani” sankcjami religijnymi (zbawienie lub potępienie), doświadczają nadprzyrodzonej mocy w czynieniu dobra („łaska”). Etyczność jest uważana za „minimum konieczne do zbawienia” już w stosunku do niewierzących. Coraz częściej osoby z „obrzeża” religijnych wspólnot, nie doświadczające sensu kultu religijnego i nie podzielające treści wiary chcą uczestniczyć w działaniach charytatywnych tych wspólnot.

Wymiar konsekwencyjny, praktyczny religijności – najtrudniejszy do realizacji i do naukowych badań – jest także ważnym sprawdzianem autentyczności wiary i dojrzałości religijnej. Z racji zastępowania go w życiu np. różnego rodzaju kultem indywidualnym i zbiorowym, mogą pochodzić wysokie korelacje z wymiarem rytualnym. W Biblii obłuda jest ostro potępiana zwłaszcza przez Jezusa i autorów ksiąg biblijnych (np. Mk 7,11-12 praktyka „korban”), czy też martwa wiara bez uczynków *versus* żywa wiara z uczynków (Jk 2,17-18).

Jest wiele korzyści wynikających z konceptualizacji religijności wzdłuż zestawionych 5 wymiarów. Główną korzyścią jest to, że zmusza ona nasz umysł do rezygnacji z uproszczonego myślenia, jakoby religijność (wiara) była czymś, co jedni ludzie „mają”, a inni „nie mają” oraz to, że dzięki wielowymiarowemu ujęciu można opisać jej postacie i w większym stopniu interpretować, niż wówczas, kiedy jest obserwowana jedynie jako całość.

Rozumiejąc religijność jako zmienną wielowymiarową złożoną z kilku ścian zakładamy, że znajdują się one we wzajemnej korelacji. Dzięki badaniom empirycznym możemy dojść do tego, w jakim stopniu i w jakich okolicznościach oraz które wymiary są ze sobą powiązane, a także – u kogo i jak bardzo pozwalają one przewidywać inne zmienne psychologiczne i behawioralne, takie jak np. zdrowie psychiczne czy współczucie społeczne. Możliwe jest również połączenie aspektów tych wymiarów specjalnymi metodami celem stworzenia nowych technik pomiaru

³¹ Por. np. List Jakuba Ap. 1, 26-27.

psychologicznego funkcjonowania religijności. Dzięki temu łatwiej będzie odnaleźć odpowiedzi na pytanie: Jakie procesy psychologiczne leżą u jej podstaw?

Wielowymiarowe podejście do religijnego zachowania jest badawczo interesujące w wielu obszarach psychologii religii. Do takich należą między innymi:

1. Zaawansowane badania typów religijności. Typologię religijności opartą na analizie konfiguracji kilku wymiarów stworzyli E. Filsinger, J. Faulkner i R. Warland, uzyskano w niej 7 typów religijnych: outsiderzy, konserwatyści, odrzucający, nowocześnie religijni, marginalnie religijni, ortodoksyjni, kultowo religijni (za: Grzymała-Moszczyńska, 1986, s. 138-139). Można również uzyskać typologię religijności w następstwie analizy funkcjonowania wymiaru przekonań religijnych; religijność spójna, religijność niespójna-pozakościelna, religijność niespójna-pozaracjonalna, oraz religijność niezdecydowana (Chaim, 1991). Huber, wyróżniając przy pomocy *Skali Centralności Religijności* jednostki wysoko religijne, religijne, i niereligijne, uzyskał trzy odpowiadające im pozycje (układy) systemu religijnych konstruktów. U osób bardzo religijnych system konstruktów zajmuje pozycję centralną w osobowości, a treści religijne wywierają silny wpływ na inne systemy psychiczne. Osoby religijne dysponują osobistym systemem konstruktów religijnych, który w poznawczej architekturze znajduje się na pozycji podporządkowanej, stąd może wywierać na inne systemy psychiczne jedynie słaby wpływ. Grupa osób niereligijnych cechuje się tym, że religijne treści i praktyki zaledwie pojawiają się na horyzoncie życia jednostki. Można więc pytać, czy występuje u nich religijny system konstruktów. A jeżeli istnieje, to jest bardzo rzadko aktywowany. Projektując monitorowanie religijności, Huber konstruuje interesującą typologię pobożności, która uwzględnia z jednej strony treści teistyczne i panteistyczne, a z drugiej strony religijną ideologię, prywatne praktyki religijne i doświadczenie religijne: bezreligijni, teiści, panteiści, synkretyci, pobożni teiści, pobożni synkretyci, pobożni panteiści (Huber, 2008b, s. 20-22).

2. Geneza i funkcjonowanie wymiarów religijności w kontekście rozwoju religijnego i w związku z procesami ważnych fenomenów religijnych (np. kryzys religijny, nawrócenie). Zorientowanie w początkach i kształtowaniu się wymiarów religijności u dzieci i młodzieży, korzystnych i niekorzystnych uwarunkowań, aczkolwiek trudne do uzyskania, byłoby bardzo ważne psychologicznie i wychowawczo-religijnie. Istnieje wiele badań cząstkowych na temat funkcjonowania pojedynczych wymiarów religijności od dzieciństwa po dorosłość, które pomogłyby w stawianiu ważnych kwestii. Interesujące byłoby zajęcie się rozwojowymi zależnościami między wymiarami religijności, a rozwojem sądów religijnych, czy sądów moralnych itp. Interesujące byłoby także zwrócenie uwagi na to, jaki wpływ na wiarę, ateizm, wątpienie, agnostycyzm człowieka dorosłego ma jego „psychohistoria” w obszarze wymiarów jego religijności.

3. Korelaty osobowościowe i kontekstowe rozwoju i funkcjonowania wymiarów religijności. W literaturze można spotkać wyniki wskazujące na powiązanie wymiarów religijności z typami osobowości Junga. Badania te należałoby kontynuować i poszerzać. Narzędziem stworzonym do ustalania pozycji religijnych treści i wzorców interpretacji, które w koncepcji siebie u jednostki są szczególnie ważne jest *Sieć Religijnej Koncepcji Siebie (Religiöse-Selbstkonzept Grid* czyli RSG).

Z pomocą RSG można odtworzyć treściową dynamikę jednostkowej religijności w stosunku do siebie i do otoczenia społecznego (Huber, 2002-2005).

Niewątpliwym, oryginalnym osiągnięciem modelu Hubera jest aplikacja poznawczego modelu konstruktywizmu Kelley' a do badania nad religijnością, co łączy teorię religijności z teorią osobowości. Są nim także rozległe projekty badawcze, które dają możliwość ujednoczenia badań i porównywania wyników. Nie tylko ze względu na oczywiste niedoskonałości i braki prezentowanych modeli, z modelem Hubera włącznie, w tym także „przykrótkości” teorii konstruktów personalnych, zaliczanej do teorii średniego zasięgu, z metaforą „religijnych okularów” Hubera pozostaje miejsce na dalszy rozwój teorii i metod do badań nad fenomenem religijnym w aspekcie jego wymiarów.

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G.W., Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Azam, A., Qiang, F., Abdullah, M.I., Abbas, S.A. (2011). Impact of 5-D of Religiosity on Diffusion Rate of Innovation. *International Journal of Business and Social Science*, 17 (2), 177-185. Dostępne: 30 VII 2012: http://www.ijbssnet.com/journals/Vol_2_No_17/24.pdf.
- Boos-Nünning, U. (1972). *Dimensionen der Religiosität. Zur Operationalisierung und Messung religiöser Einstellungen*. München: Chr. Kaiser Verlag.
- Brown, L.B. (1987). *The psychology of religious belief*. London: Academic Press.
- Chaim, Wł. (1991). *Psychologiczne korelaty religijności niespójnej*. Lublin: RW KUL.
- Chaim, Wł. (2001). Interpersonalne korelaty relacji religijnej. W: P. Francuz, P. Oleś, W. Otrębski (red.), *Studia z Psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim*, t. 10 (s. 219-237), Lublin: RW KUL.
- Clayton, R. (1971). 5-D OR 1? *Journal for Scientific Study of Religion*, 10, 37-40.
- Cornwall, M., Albrecht, S.L., Cunningham, P.R., Pitcher, B.L. (1986). The dimensions of religiosity: a conceptual model with an empirical test. *Review of Religious Research*, 27(3), 226-243.
- DeJong, G., Faulkner, J., Warland, R. (1976). Dimensions of religiosity reconsidered: Evidence from a cross-cultural study. *Social Forces*, 54 (4), 866-889.
- Faulkner, J., DeJong, G. (1966). Religiosity in 5-D: An empirical analysis. *Social Forces*, 45, 246-254.
- Gibbs, J.O., Crader, K.W. (1970). A criticism of two recent attempts to scale Glock and Stark's dimensions of religiosity: a research note. *Sociological Analysis*, 32 (1), 107-114.
- Glock, Ch.Y. (1962). On the study of religious commitment. *Religious Education, Research Supplement*, 57(4), 98-110.
- Grzymała-Moszczyńska, H. (1986). Z zagadnień psychologii kultu religijnego. *Rocznik Teologiczny*, 28, 131-151.
- Hall, T.W., Tisdale, T.C., Brokaw, B.F. (1994). Assessment of religious dimensions in christian clients: a review of selected instruments for research and clinical use. *Journal of Psychology and Theology*, 22(3), 395-421.

- Hill, P.C., Hood, R.W. jr (red.) (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham, Alabama: Religious Education Press.
- Hilty, D., Morgan, R., Burns, J. (1984). King and Hunt revisited: dimensions of religious involvement. *Journal for Scientific Study of Religion*, 22, 252-266.
- Himmelfarb, H.S. (1975). Measuring religious involvement. *Social Forces*, 53(4), 606-618.
- Holm, N.G. (1994). Role theory and religious experience. W: R.W. Hood Jr. (red.), *Handbook of religious experience* (s. 397-420), Birmingham, Alabama: Religious Education Press.
- Huber, S. (1996). *Dimensionen der Religiosität. Skalen, Messmodelle und Ergebnisse einer empirisch orientierten Religionspsychologie*. Universitätsverlag Freiburg Schweiz.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Huber, S. (2002-2005). *To measure religiosity. Development of measurement instruments within the framework of a multidimensional model of religiosity*. Forschungsprojekt. Dostępne: 30 VII 2012: http://www.psychology-of-religion.de/deutsch/projekte/forschung/vw_proj1.htm.
- Huber, S. (2008a). Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. *Journal für Psychologie*, 16, 3, 1-17. Dostępne 30 VII 2012: <http://www.journal-für-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/202/105>.
- Huber, S. (2008b). *Gutachten zum geplanten RELIGIONSMONITOR der Bertelsmann-Stiftung*. Dostępne 30 VII 2012: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/Religionsmonitor_Gutachten_Huber.pdf.
- Huber, S. (2008c). *Der Religionsmonitor 2008: Strukturierende Prinzipien, operationale Konstrukte, Auswertungsstrategien*, 17-40. Dostępne: 30 VII 2012: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-7280FCA0-FCCEF429/bst/xcms_bst_dms_27323_27324_2.pdf.
- Huber, S. (2008d). *Religiosität und nachhaltige Entwicklung im Spiegel des Religionsmonitor*. Dostępne: 30 VII 2012: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/bst/Auswertungen_Religiositaet_Nachhaltigkeit.pdf.
- Huber, S., Klein, K. (2008). *RELIGIONSMONITOR. Kurzbericht zu einzelnen Ergebnissen der internationalen Durchführung des RELIGIONSMONITORS der Bertelsmann-Stiftung*. Dostępne 30 VII 2012: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_23399_23400_2.pdf.
- Jaworski, R. (1989). *Psychologiczne korelaty religijności personalnej*. Lublin: RW KUL.
- King, M.B. Hunt, R.A. (1975). Measuring the Religious Variable: National Replication. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 14, 1, 13-22.
- King, M.B., Hunt R.A. (1990). Measuring the Religious Variable: Final Comment, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29(4), 531-535.
- Kwestionariusz Postaw Religijnych D. Hutsebauta*. (1992). Tłum. i oprac. Wł. Prężyna. Lublin: WN KUL.

- Mueller, G.H. (1984). Wymiary religijności. W: H. Grzymała- Moszczyńska (red.), *Psychologia religii. Wybór tekstów I cz.* Kraków: UJ.
- Malony, H.N. (1995). Today's „Damascus Roads” – The When, Where, and How of Religious Experience. W: H.N. Malony (red.), *The Psychology of Religion for Ministry* (s. 105-116), New Jersey: Paulist Press.
- Meadow, M.J., Kahoe, R.D. (1984). *Psychology of religion. Religion in individual lives.* New York: Harper & Row, Publishers.
- Paloutzian, R. F. (1996). *Invitation to the psychology of religion.* Allyn & Bacon.
- Prężyna, W. (1968). Skala postaw religijnych. *Roczniki Filozoficzne*, 16(4), 75-89.
- Prężyna, W. (1973). *Intensywność postawy religijnej a osobowość.* Lublin: TN KUL.
- Prężyna, W. (1977). Motywacyjne korelaty centralności przedmiotu postawy religijnej. *Roczniki Filozoficzne*, 23(4), 5-25.
- Riaz, H. (2005). *On being religious: patterns of religious commitment in muslim societies.* Singapore. <http://www.alte-messe.de/inhalt.html> Dostępne: 30 VII 2012.
- Sinha, M.K. (1974). *A comparison of Glock's dimensions of religiosity, the ways of yoga and the mechanisms of sacralisation.* Open Dissertations and Theses. Dostępne: 30 VII 2012: <http://digitalcommons.mcmaster.ca/opendissertations/5515/>.
- Smart, N. (1996). *Dimensions of the Sacred: an anatomy of the world's beliefs.* University of California Press.
- Szymoń, J., Bartczuk, R.P. (2011). Skala Centralności Postawy Religijnej W. Prężyny. W: M. Jarosz (red.), *Psychologiczny pomiar religijności.* Lublin: TN KUL JP II, 25-44.
- Śliwak, J., Bartczuk, P.P. (2011). W: M. Jarosz (red.), *Psychologiczny pomiar religijności* (s. 45-72), Lublin: TN KUL JP II.
- Verbit, M. (1970). The components and dimensions of religious behavior: toward a reconceptualisation of religiosity. W: Ph. Hammond., B. Johnson (red.), *American Mosaic: social patterns of religion in the United States* (s. 24-38), New York: Random House.
- Wulff, D.M. (1999). *Psychologia religii. Klasyczna i współczesna.* Warszawa: WSiP S.A.
- Zarzycka, B. (2007). Skala Centralności Religijności S. Hubera. *Roczniki Psychologiczne*. 10 (1), 133-157.
- Zarzycka, B., Polska adaptacja Skali Centralności Religijności S. Hubera. W: M. Jarosz (red.), *Psychologiczny pomiar religijności* (s. 231-261), Lublin: TN KUL JP II.

MIROŚLAW NOWOSIELSKI¹

Wydział Studiów nad Rodziną

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

POJĘCIE I PRZYCZYNY POWSTAWANIA KRYZYSU RELIGIJNEGO

The concept of and the reasons for the formation of a religious crisis

Abstract

Religious crises are a kind of psychological crises associated with the process of personality development. Authors dealing with religious crisis, in place of this term often applies the concept of conversion or doubt. The term is ambiguous and there is not finally define. Different authors to the religious crisis approach in two ways: Some are discussing this phenomenon more structurally, others describe them more in the context of development. The most comprehensive description of conversion we find on William James. As a scientist dealing with religion, James believed, that you can supernatural made make it more clear and you can try to interpret it psychologically. Given the different understanding of the religious crisis show multiple attempts to describe this phenomenon. All authors we see common elements like: a gradual or sudden, perceptible change in the religious life of the unit, annoying State of emotional tension and doubts in the field of religion. Crisis can end up positively, It means the unit enters the taller, darker level of faith, or can end up adversely, It means the person will go away from the faith completely or become agnostic.

Key words: religion, crisis

1. UWAGI WSTĘPNE

Problematyka kryzysu religijnego zajmuje sporo miejsca w głównie dziedzinie psychologii religii, jak też w psychologii klinicznej czy rozwojowej. Niniejszy artykuł nie ma na celu szerokiej gamy tego zagadnienia. Celem jest jedynie przybliżenie terminologii i przyczyn tego zjawiska. Autorzy tacy jak: James (1902), Allport (1988), Coe (1917), Thouless (1971), Triplet (1973), zajmujący się kryzysem religijnym, w miejsce tego terminu stosują często pojęcie nawrócenia lub wątpienia. Analiza tekstów tych autorów jednoznacznie wskazuje, że to, co oni nazywają na-

¹ Adres do korespondencji: nowos-m@o2.pl

wróceniem czy wątpieniem, my rozumiemy pod pojęciem kryzysu religijnego. Jest to czas kiedy pojęcie kryzysu religijnego dopiero się kształtuje. Podaję dla porządku metodologicznego, że w niniejszym artykule nie zajmuję się problematyką nawrócenia czy wątpienia, co jest odrębną problematyką. Interesuje mnie natomiast zagadnienie kryzysu religijnego. Artykuł nie jest doniesieniem z przeprowadzonych własnych badań, które opublikowałem w książce (Nowosielski, 2008), ale jedynie próbą przybliżenia tego zjawiska. Wydaje się to rzeczą ważną w związku z zainteresowaniem się wielu psychologów religii tym zagadnieniem.

2. PSYCHOLOGICZNE ROZUMIENIE KRYZYSU RELIGIJNEGO

Kryzysy religijne są rodzajem kryzysów psychologicznych, związanych z procesem rozwoju osobowości, ale – jak pisze Płużek (1991) – są inne, ponieważ przebiegają na dwóch płaszczyznach – naturalnej i „ponadnaturalnej” – dotyczą specyficznego transcendentnego przedmiotu.

Zagadnienie nawrócenia należy do jednych z najczęściej podejmowanych tematów przez psychologów religii (Allport, 1988). Kryzys religijny jest powiązany z kryzysem psychologicznym, jest jednym z jego rodzajów (patrząc z punktu widzenia jego przeżywania), różni się jednak, ponieważ (jak już wyżej wspomniałem) przebiega na dwóch płaszczyznach: naturalnej i ponadnaturalnej. W tym drugim przypadku wiąże się ze swoistym przedmiotem religii oraz dynamiką wiary, która jest istotnym elementem religijności. Do kryzysu religijnego, różni autorzy (których za chwilę omówię) podchodzą w dwojaki sposób. Jedni omawiają to zjawisko bardziej strukturalnie, drudzy opisują je bardziej w kontekście rozwojowym. Jeśli chodzi o tych pierwszych, to da się zauważyć tutaj również jakby dwa nurty. Jedni rozumieją nawrócenie jako przejście z ateizmu do wiary, a drudzy jako reorientację kierunku czy też pogłębienie religijności.

Zajmiemy się teraz tą pierwszą grupą, czyli tymi autorami, którzy opisują kryzys religijny bardziej strukturalnie. Najbardziej wyczerpujący opis nawrócenia znajdujemy u Williama Jamesa (1958, s. 66-67). Według Jamesa są ludzie, którzy przeżywają „nowe narodzenie” z religii do niewiary oraz są tacy, którzy przechodzą drogę odwrotną. Po okresie stabilności i równowagi jedności selfu (*self-unification*), religijności, następuje okres burzy, stresu i rozbicia (Levinson, 1981, s. 111-119). Jako naukowiec zajmujący się religią, James uważał, że można ponadnaturalność uczynić bardziej jasną i odmistyfikować religijne zjawiska, próbując zinterpretować je psychologicznie. Jak pisze Levinson (1981), James zajął się zjawiskiem nawrócenia z dwóch powodów. Po pierwsze, psychologowie nie podali adekwatnych przyczyn radykalnych zmian, jakie zachodzą podczas transformacji tożsamości, po drugie, proces nawrócenia jest podobny do innych psychicznych wydarzeń. James zauważył, że zmiany charakteru są rzeczą normalną, lecz transformacja jest czymś niezwykłym. Przez nawrócenie rozumie James „stopniową albo nagłą zmianę, dzięki której self dotychczas rozdwojony, świadomie zły, niższy i nieszcześliwy, staje się zjednoczony i świadomie dobry, wyższy i szczęśliwy poprzez mocniejsze oparcie się na podstawach religijnych” (James, 1902, s. 199). Człowiek nawrócony to taki, u którego religijne ideały, poprzednio peryferyjne w jego świadomości, zajmują teraz centralne miejsce i religia staje się jednym z głównych centrów formu-

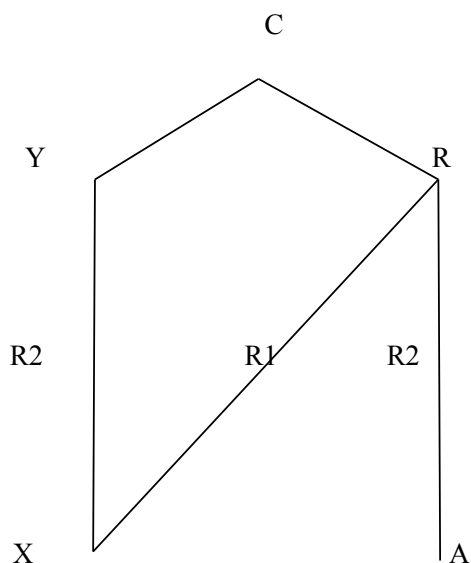
jących jego osobowość (James, 1902, s. 189-216; 1958, s. 174-236). James stara się analizować zjawisko na płaszczyźnie czysto psychologicznej oraz ponadwyznaniowej, choć przyznaje, że nawrócenia mogą być różne w różnych wyznaniach, ze względu na rozmaite rozumienie poczucia grzeszności i jego znaczenia (James, 1902, s. 199-200).

G.A. Coe (1917) nawrócenie uważa za specjalny rodzaj doświadczenia religijnego, różniący się od naturalnego religijnego rozwoju. Nawrócenie według niego to głębokie przeobrażenie jaźni, niepodlegające samokontroli. Źródłem tego przeobrażenia nie jest sam podmiot (jest on raczej przedmiotem w tym procesie), lecz istniejący pewien społeczny wzorzec doświadczenia religijnego i społecznie podzielanej idei Boga. Jest to nawrócenie widziane jako skierowanie się do czegoś, jest jakby zinterioryzowanie istniejących standardów grupy, w której znajduje się jednostka.

Niektórzy autorzy inaczej definiują kryzys religijny wieku adolescencji i kryzys religijny późniejszego okresu. Jednym z nich jest Robert H. Thouless. Typowe nawrócenie w adolescencji opisuje psychoanalitycznie. Nawrócenie jest tu postrzegane jako nagłe wynurzenie w świadomość poprzednio stłumionych systemów emocjonalnych należących do instynktu płciowego, który teraz dopuszczony jest do świadomości. Jest on zsublimowany, oczyszczony i ukierunkowany religijnie (Thouless, 1971, s.104-120). Jak autor stwierdza dalej, jest znaczna różnica między nawróceniem w wieku adolescencji, a nawróceniem wieku późniejszego. Ta różnica polega na tym, że to późniejsze nawrócenie nie jest zmianą postawy z ateistycznej na religijną, ale z konwencjonalnej akceptacji społecznie rozwiniętego wzorca religijnego życia do postawy, w której religijna motywacja staje się dominująca i w której wiara i życie religijne stają się bardziej osobiste i centralnie przeżywane oraz prowadzą do życia kontemplacyjnego (tamże).

Bardzo podobnie opisuje to zjawisko A.R. Triplet (1973, s. 92-109). Dla niego nawrócenie to nie tylko przejście od ateizmu do wiary, ale przede wszystkim transformacja wiary z jednego poziomu na drugi, z niższego poziomu na wyższy. Jest to przejście z jednej drogi na drugą, to zmiana sposobu myślenia. Typowym dla jego koncepcji przykładem jest konwersja św. Pawła. Schematycznie przedstawia to rys. nr 1.

Widzimy tutaj schematycznie zaznaczoną drogę X-R2-Y, która oznacza obronę przez św. Pawła religii judaistycznej (życie św. Pawła przed nawróceniem). Równoległe jest głoszona Ewangelia – droga: A-R1-B. Obie drogi mają wspólny cel C. Nawrócenie św. Pawła to zmiana drogi z X-R2-Y na X-R1-B. Nastąpiła zmiana orientacji z płaszczyzny obrony religii judaistycznej na głoszenie Ewangelii. Nawrócenie jest tu rozumiane jako reorientacja w wierze, a nie przejście z ateizmu do wiary.



Rys.1. Szawel-X-broni-R2-religii judaistycznej. A-głoszenie nawrócenia-R1-Ewangelii-B. Nowe doświadczenie Szawła przedstawia droga X-R1-B, która jest głoszeniem Ewangelii w miejsce obrony wiary judaistycznej. Wspólny cel-C- jest nadzieją mesjańską łączącym obydwie religie.

Nieco inaczej opisuje zjawisko nawrócenia Erwin R. Goodenough (1965). Postrzega on nawrócenie jako konsekwentną reorientację w całości osobowości. Nawrócenie jest podobne do przemiany, kiedy jednostka akceptuje nowe idee, które rzucają nowe światło w jej życiu. W takim przypadku nie tylko apostazja jest kryzysem, ale też (na przykład) zmiana jednej religii na drugą (tamże, s.149-151).

Elżbieta Sujak (1987) choć bezpośrednio nie definiuje kryzysu religijnego, opisuje to zjawisko jako okres, kiedy życie zaczyna pokazywać, że Bóg nie zabezpiecza jednak przed cierpieniem, że pozostaje milczący wobec wołania i życie codzienne uczy, że człowiek musi sam sobie radzić ze wszystkim. Wtedy okazuje się, że Boga można odrzucić, ponieważ wydaje się być nieoczywisty w swoim istnieniu i działaniu. Kryzys religijny byłby w tym rozumieniu stanem, w którym jednostka „jednocześnie już nie wierzy i jeszcze nie wierzy w Boga, już utraciła z Nim kontakt dziecięcy, a jeszcze nie dorosła do dojrzałego z Nim kontaktu” (tamże, s. 237). Kryzysem religijnym zajmował się też Daniel Batson (1982). Za Barronem twierdzi on, że kryzys wiary jest czasem kategorię odrzucenia i radykalnych zmian swoich sztywnych poglądów. Jest to czas największego psychologicznego niebezpieczeństwa, w którym integralność selfu jest zakwestionowana i w którym dawne przekonania umierają i nowe rodzą się. Taki kryzys może się zakończyć na

trzy sposoby: pierwszy to odrzucenie religii i stanie się ateistą lub agnostykiem, drugi oznacza powrót do tradycyjnej wiary religijnej, trzeci to nowy poziom wiary nazwany przez Barrona *believing for oneself* (Batson, 1982, s. 164) oznacza rozwijanie własnej postawy religijnej i związanej z nią hierarchii wartości poprzez proces rozwagi i krytycznej refleksji.

Przyjrzyjmy się teraz krótko autorom, którzy opisują zjawisko kryzysu bardziej w kontekście rozwojowym.

Jednym z pierwszych (jeszcze przed Jamesem), którzy zajęli się kryzysem religijnym był E.D. Starbuck. Twierdzi on, że nawrócenie to esencja normalnego adolescencyjnego fenomenu, incydentalnie przechodzącego powszechnie od małego dziecka do szerszej, intelektualnej dojrzałości duchowego życia (Starbuck, 1899).

Nieco inaczej, ale w tym samym kontekście, definiuje kryzys religijny W.H.Clark. Dla niego nawrócenie jest bardziej unikalnym procesem. Jego zdaniem nawrócenie religijne jest to rodzaj duchowego wzrostu lub rozwoju, który zawiera w sobie dostrzegalną zmianę kierunku religijnych ideałów i zachowań. Zmiany te mogą być głębokie lub powierzchowne, także mogą wystąpić nagle lub poprzez bardziej stopniowy proces, może też przebiegać na płaszczyźnie świadomej lub być przygotowywane w podświadomości (Clark, 1968, s. 188-239).

Inny autor, Anton T. Boisen (1970,1973), uważa, że kryzys religijny jest normalnym psychologicznym kryzysem rozwojowym, z tym że rozciągniętym na sferę religijności człowieka. Przed ukończeniem szesnastu lat, jak pisze Gordon W. Allport (1988), u dorastających zachodzi reakcja skierowana przeciwko temu, co zawdzięczają rodzicom i kulturze. Kryzys religijny u Allporta (tamże, s. 120-122) to jakiś silnie naznaczony zwrot lub intensywne przeżycie, którego skutki mają zwykle charakter długotrwały. Ostatecznym jego skutkiem jest doznanie nawrócenia lub przygnębienie. Jan Pałyga (1984) pisze, że kryzys religijny u młodzieży jest sprawą bardzo złożoną i wieloaspektową. Jest to według niego nawarstwienie się różnych problemów począwszy od filozofii, poprzez praktyki religijne i skończywszy na podjęciu decyzji co do przyszłości. Podobnie opisuje kryzys religijny R. Pomianowski (1975). Dojrzewająca jednostka przestaje wierzyć nie tylko w to, co jej dotychczas mówiono i nauczono, ale także w to, co sama spostrzega. Kryzys jest to weryfikacja przekonań religijno-moralnych, wiążąca się z samym procesem dojrzwania. Kryzys taki może mieć różne rozwiązania. Jeżeli tej weryfikacji towarzyszy atmosfera zaufania i prawidłowe więzy emocjonalne z rodzicami, proces ten kończy się wtedy wtórną akceptacją wartości religijnych, otrzymanych w dzieciństwie od rodziców (tamże, s. 170-179).

Bardziej ogólnie definiuje to zjawisko Jan Szmyd (1982). Stwierdza on, że kryzys religijny są to określone zmiany w strukturze osobowości i życiu psychicznym, destrukcyjnie wpływające (w odpowiedniej sytuacji życiowej) na religijność indywidualną i grupową. Trochę inaczej ujmuje to Wł. Prężyna (1971). Przez kryzys rozumie on pojawienie się „intensywnych wątpliwości i niepokojów prowadzących często do załamania się dotychczasowych przekonań, które młody człowiek odbudowuje już samodzielnie, według własnych przemyśleń i doświadczeń” (tamże, s. 155). Z. Chlewiński (1989,1991) stwierdza, że kryzys religijny jest to przykry stan poznawczo-emocjonalny związany z szeroko pojętymi problemami natury reli-

gijnej. W tak rozumianym kryzysie autor wyróżnia dwa aspekty: poznawczy i emocjonalny. Są one ze sobą ściśle powiązane i trudno jest ustalić, na ile jeden wpływa na drugi i który z nich jest pierwotny. Zdaniem Chlewińskiego kryzysy są związane z mniejszą lub większą dezintegracją wcześniejszego życia religijnego danej osoby. Istota kryzysu polega na tym, że religijne poglądy, przekonania, wartości, które miały dotychczas centralne lub przynajmniej nieperyferyjne znaczenie dla struktury osobowości człowieka, tracą teraz swoją dotychczasową pozycję. Podobnie kryzys religijny definiuje Fr. Głód (1974, Makselon, 1990). Kryzys religijny rozumie on jako emocjonalnie przykry stan wewnętrzznego napięcia, ściśle związanego z mniejszą lub większą dezintegracją życia religijnego. Stan kryzysu jest dynamicznym procesem, charakteryzującym się krytycznym nastawieniem do akceptowanych dotychczas religijnych treści wartości i form, ujawniając wyraźną tendencję do zmian w tej dziedzinie życia. Podobnie rozumie to zjawisko J. Makselon (1992). Pisze on, że kryzys religijny można rozumieć jako trwalsze zachwianie systemu wartości i praktyk religijnych, któremu towarzyszy szereg psychicznie dotkliwych doznań. Także M. Tomczyk (2007) opisuje, że w kryzysie religijnym myśli, uczucia, pojęcia, które dotychczas nie miały wielkiego znaczenia, uzyskują ważne i centralne pozycje w życiu jednostki. Kryzys może być przeżywany w sposób twórczy, powodując pozytywne zmiany osobowości oraz pogłębiające życie religijne (Tomczyk, 2007) lub może spowodować radosne pogłębienie wiary (Nowak, 2005, s. 145). W nurcie psychologii religii zjawisko kryzysu religijnego opisał Nelson (2009) stwierdzając kryzys to czas przemian i konfrontacji z ważnymi implikacjami dla religijnego i duchowego rozwoju. Nowy termin opisujący kryzys religijny wprowadził Streib (2009), nazywając zjawisko to dekonwercją (*deconversion*). Opisuje ją jako punkt zwrotny i zostawienie lub depriwacja wiary religijnej. Wyróżnia w dekonwercji 5 wymiarów: utrata doświadczenia religijnego, wątplenie intelektualne, krytyka moralna, cierpienie emocjonalne, odejście od wspólnoty.

Przytoczone wyżej różne rozumienia kryzysu religijnego pokazują wielorakie próby opisanego tego zjawiska. Widzimy, że termin „kryzys religijny” jest zjawiskiem złożonym i nieposiadającym jednoznacznej teorii. Jedni, jak Thouless, opisują go bardziej w nurcie psychoanalitycznym, inni zaś, jak Chlewiński, w nurcie psychologii poznawczej. U wszystkich autorów widzimy wspólne elementy, takie jak: jakaś stopniowa lub nagła, dostrzegalna zmiana w życiu religijnym jednostki, przykry stan emocjonalnego napięcia oraz wątpliwości w dziedzinie religijnej. Kryzys może zakończyć się pozytywnie, to znaczy jednostka wejdzie na wyższy, dojrzały poziom wiary, lub może zakończyć się negatywnie, to znaczy osoba odejdzie od wiary całkowicie albo stanie się agnostykiem.

Teraz, posługując się wcześniej opisaną wiedzą, pragnę przedstawić własną definicję kryzysu religijnego. Definicja ta wynika z własnych badań, które omawiam we własnej publikacji (Nowosielski, 2008) i tam można znaleźć uzasadnienie tak sformułowanej definicji. Zjawisko to określałam w następujący sposób:

Kryzys religijny jest to dłużej lub krócej trwający stan psychologiczny, który powstaje wtedy, gdy:

- 1) wartości religijne zostają utracone albo poddane w wątpliwość, lub

- 2) gdy relacja między człowiekiem a Bogiem zostaje przerwana albo utrudniona, lub
- 3) gdy poddaje się w wątpliwość wartości dróg prowadzących do Boga.

3. PRZYCZYNY POWSTAWANIA KRYZYSU RELIGIJNEGO

Na podstawie dostępnej literatury przedstawię teraz etiologię kryzysu religijnego. Podobnie jak podanie definicji nie jest to rzecz łatwa. Jak stwierdza Płużek (1991), w kryzysach religijnych trudno jest nieraz rozstrzygnąć genezę kryzysu oraz obszar jakiego dotyczy. W kryzys najczęściej zaangażowany jest cały człowiek. Zwykle wątpliwości ogarniają najważniejszą, centralną wartość, nadającą sens życiu. Geneza kryzysu religijnego nie zawsze znajduje się w sferze psychologicznej. Jest to problem raczej już z pogranicza teologii, gdzie psychologia już „nie sięga”. Przyczyną mogą być również czynniki „ponadpsychologiczne” lub „pozapsychologiczne” (Płużek, 1991, s. 115-116). Jak pisze Makselon (1990), ogólnie można stwierdzić, „że do kryzysu prowadzi jakaś ważna strata: człowieka, orientacji wartościującej, Boga. Nie zawsze musi to być strata rzeczywista, wystarcza także antycypacja możliwości utraty. Przewidywana utrata musi być jednak tak silna, że osoba czuje się jakby psychicznie zdemobilizowana. Na skutek radykalnych zmian w psychice traci ona dotychczasowe zdolności radzenia sobie z problemami życia” (tamże, s. 296).

Rozpatrując przyczyny na płaszczyźnie psychologicznej, na wstępie możemy podkreślić, że każdy człowiek ma nieco inne predyspozycje wpływające na powstawanie kryzysu. Przy czym, jego powstanie zależy od bardzo wielu czynników, dzięki którym przyczyny te można podzielić na trzy grupy:

- a) wewnątrz osobowościowe
- b) wydarzenia zewnętrzne, których rezonans przenosi się na sferę religijną
- c) pozapsychologiczne.

Przyjrzyjmy się im pokrótce:

- a) przyczyny wewnątrz osobowościowe. Rozróżniamy w tej grupie kilka rodzajów:
 - 1) kryzysy religijne jako pochodna – owoc ogólniejszego kryzysu psychologicznego w osobowości. Tu powodem są te przyczyny, które wywołały w ogóle kryzys psychologiczny i to znalazło swój rezonans w sferze religijnej. Zwykle przyczyną kryzysów jest walka wewnętrznych motywów, angażująca całą osobowość, ujawniają się w osobowości dwie rywalizujące ze sobą tendencje (Chlewiński 1989, 1991). Czasami jedna z nich dominuje, a czasami ich wektory nasilenia są podobne, wówczas kryzys trwa długo. Konflikty te dokonują się na obu płaszczyznach: poznawczej i emocjonalnej (Płużek, 1991). Zależnie od tego, która sfera bardziej przyczynia się do kryzysu, na pierwszy plan wysuwają się wątpliwości w sferze poznawczej albo napięcia w sferze emocjonalnej. Dzieją się te procesy nie tylko na płaszczyźnie świadomej, ale i poniżej progu świadomości;
 - 2) typ osobowości. Często kryzysy wynikają z niedojrzałości emocjonalnej, przypisywania zbyt wielkiej wagi emocjom i nastrojom (Płużek, 1991). Również ludzie bardziej wrażliwi i pobudliwi częściej wchodzą w kryzysy. Badania Prężyzny (1971) wskazują, że następujące cechy osobowości mają wpływ na powstawanie kryzysów: krytycyzm, wewnętrzna niezależność, niekonwencjonalność, aktywność

ność, pobudliwość i znaczne napięcie nerwowe, pewne trudności w przystosowaniu społecznym oraz niższa integracja w zakresie hierarchii wartości (tamże, s. 162-163);

- 3) nieumiejętność doświadczania frustracji. Im niższa samoocena i zaufanie do siebie, tym łatwiej rodzi się frustracja. Reakcją na frustrację może być agresja skierowana wobec religii. Reakcją może być również wzrastające poczucie winy skutkiem niemożności rozwiązania powstałych problemów moralnych (Pałyga, 1984);
- 4) problemy związane z adolescencją. Mamy tu całą gamę problemów związanych z okresem dorastania. Jak wiemy z poprzedniego rozdziału sama adolescencja jest okresem kryzysu. Typowy dla tego okresu jest bunt przeciw autorytetom (Allport, 1988). Kończy się okres bezkrytycznego zaufania do tego, co mówią rodzice, wychowawcy lub księża. Poddawanie w wątpliwość przekazanych wartości łączy się z kryzysem autorytetu. Dorastający nie ma już takiego zaufania do dorosłych, jakie miał w dzieciństwie. Ma to swoje nieuniknione reperkusje w jego religijności. Dorastający chce, a nawet musi uczynić własną, krytyczną syntezę życia. To prowadzi go do rozpatrzenia na nowo jego religijnych przekonań i staje się świadomy tego, że religijne prawdy, dotąd bezkrytycznie przyjmowane, nie są już tak oczywistą rzeczą. Wewnętrzny pokój dorastającego zostaje zachwiany. Powątpiewanie w miłość rodziców, nauczycieli czy przyjaciół, może wieść do przeświadczenia, że życie jest absurdem. To powątpiewanie zwykle jest przenoszone na relację z Bogiem. Kryzys ten połączony jest z potrzebą i tendencją do wyodrębnienia własnej autonomii – podmiotowości. Jest to proces naturalny, rozwojowo pozytywny, choć może nieść „uboczne” konsekwencje w postaci kryzysu. W tym czasie poszukiwań, w kryzysie własnej tożsamości wytwarza się niekiedy postawa agnostyczna, która może być tylko przejściowa, albo trwać wiele lat (Płużek, 1991). Zły przykład autorytetów w dziedzinie religijnej może w tym okresie być przyczyną kryzysu. Na ten temat wypowiada się wielu autorów, twierdząc, że zmiany i dynamika właściwa dla adolescencji jest też przyczyną kryzysów religijnych. Należą do nich Argyle i Hallahmi (1975), Clark (1968), Vergote (1969), Thouless (1971), Allport (1988), Płużek (1991), Pałyga (1984). W okresie adolescencji czynnikiem kryzysorodnym mogą być szczególnie trudności w zakresie życia popędowego (Vergote, 1969, Starbuck, 1899, Thouless, 1971, Pałyga, 1984). Dorastający nie mogąc poradzić sobie z tą sprawą, zaczyna wątpić w możliwość opanowania trudności. Powoduje to wzrost poczucia winy lub bunt przeciw religii, którą, jak pisze Vergote (tamże), zaczyna postrzegać jako zagrażającą w jego naturalnym rozwoju. Pałyga (1984) stwierdza, że ten czynnik może powodować najbardziej dramatyczne kryzysy wiary u młodzieży. Sfera popędowa, a czasami stosunek do rodziców powodują kryzys na tle «niemożności zachowywania przykazań» (tamże, s. 222). Na tym tle młodzi ludzie załamują się, zrażają się, odchodzą, twierdząc, że to nie dla nich.

Wielu autorów uważa, że kryzys adolescencji jest normalnym okresem rozwoju i musi wystąpić, aby dorastający mógł uczynić własną, krytyczną syntezę życia, aby dojść do własnej, dojrzałej wiary (Taras, 1970, Wilemski, 1960, Vergote, 1969). Wątpliwości religijne pojawiają się u osoby, która chce odejść od dotychczasowych

form wyznawania wiary i chce przejść do wypracowania w sobie własnej wiary i własnych form jej wyrażania;

5) tęsknota za czymś więcej. Jak pisze Thouless (1971), osoba żyjąca religijnie nie czuje się usatysfakcjonowana tym co ma i tęskni za czymś więcej niż życie religijne, które jest jej aktualnie dane. Jednostka próbuje nieustannie je pogłębiać. Za przykład podaje tu Thouless Pascala;

6) fałszywy obraz Boga. Źródłem kryzysu może być niedojrzały obraz Boga, jaki człowiek sobie wytwarza (surowy, tyran, „stary dziadek”). Przyczyną stają się też negatywne skojarzenia emocjonalne, jak np. lęk przed Bogiem wytworzony przez innych ludzi (Chlewiński, 1989, Pałyga, 1984).

b) wydarzenia zewnętrzne, których rezonans przenosi się na sferę religijną. W tej grupie też rozróżniamy kilka rodzajów przyczyn:

1) reakcja na zawinione zaniedbania. Przyczyną może być brak troski o rozwój życia religijnego, przeżyte porażki. Poniesione klęski rodzą poczucie nieakceptacji siebie, która z kolei może rodzić kryzys religijny (Płużek, 1991, Makselon, 1990);

2) brak wystarczającej wiedzy religijnej. Dość częstym powodem leżącym u podłoża kryzysu religijnego jest niski stan dotychczasowej wiedzy religijnej (Chlewiński, 1989). Brak wystarczającego wprowadzenia w chrześcijaństwo powoduje trudności na tle dogmatycznym, które nierozwiązane, stają się przyczyną kryzysu (Pałyga, 1984, Głód, 1974);

3) powątpiewanie naukowe. Allport (1988) twierdzi, że istniejący stereotyp, uważający naukę jako przekraczającą religię też jest źródłem kryzysu religijnego;

4) pluralizm światopoglądowy. Trudności religijne mogą się rodzić w związku ze zmianą własnego środowiska religijnego na inne obojętne albo o innym światopoglądzie. Przyczyną może też być wychowanie w środowisku o innym światopoglądzie lub wpływ wartościowych i cenionych nauczycieli o innych poglądach lub niewierzących (Chlewiński, 1989, Pałyga, 1984). Wpływ może mieć również ogólny klimat cywilizacji laickiej, lekceważąco nastawionej do religii, a także załamanie cywilizacyjne i kulturowe współczesnego świata (Makselon, 1990). H. Faber (1976) twierdzi, że istnieje oczywisty związek między sekularyzacją a strukturą wiary;

5) zaniedbanie więzi z Bogiem. Bardzo często przyczyną kryzysu wiary jest zaniedbanie dotyczące praktyk religijnych i utrata ich sensowności (Chlewiński, 1989, Pałyga, 1984);

6) przeciążenie pracą. Gruehn (1966) uważa, że okres przeciążenia pracą zawodową lub jednostronnej koncentracji na bardzo pilnych zadaniach działają przytępiająco na życie wewnętrzne, mogą je doprowadzić do skostnienia lub spłylenia, podobnie jak silne wyczerpanie ogólne sprzyja wystąpieniu halucynacji. Ten rodzaj zagrożenia papież Paweł VI nazwał „herezją czynu”;

7) niezrealizowana korzyść własna. Tak nazywa to Allport (1988). Ponieważ Bóg nie wysłuchał prośb, wpada się w stan wątplenia. To wątplenie stanowi pewnego rodzaju „mechanizm obronny” działający nieświadomie w człowieku. „Ucieka się on do stosowania mechanizmu racjonalizacji. Stosuje swoistą apologię, która więcej okłamuje samego apologetę, niż otoczenie, co do prawdziwych źródeł wątpliwości” (tamże, s. 200).

c) przyczyny pozapsychologiczne. W tej grupie nie wyróżnia się żadnego podziału. Należą do niej przyczyny, które leżą w sferze pozapsychologicznej i zajmując się nimi wkraczamy w domenę teologii. Należy do tej grupy doświadczenie wewnętrznego cierpienia w kontakcie z Bogiem. Nie ma bowiem rozwoju doświadczenia religijnego, modlitwy, życia z Bogiem bez trudu. Stwierdza się powszechnie fakt trudności na tej drodze. Tu psycholog nie może dać odpowiedzi. Może tylko podkreślić duże zróżnicowanie osobowościowe w reakcjach na spotkanie z Bogiem (por. Płużek, 1986, s. 261-262).

Najogólniej tak przedstawiają się przyczyny kryzysu religijnego. Nie jest to prezentacja wyczerpująca. Jak już wspomniałem na początku, opisanie genezy kryzysu religijnego jest rzeczą bardzo trudną, o ile w ogóle do końca jest to możliwe. Wynika to z tego, że etiologia kryzysu religijnego jest bardzo różna. Raz jest on pochodną rozwoju psychicznego jednostki ludzkiej, innym razem może być jednym z rodzajów kryzysu psychologicznego, a wreszcie może też mieć swe źródło w czynnikach pozapsychologicznych, gdzie psycholog nie jest w stanie dać odpowiedzi, ponieważ jest to już zadaniem teologii.

Dokonany przeze mnie podział na trzy grupy przyczyn powstawania kryzysu religijnego jest tylko próbą, która służy pewnemu uporządkowaniu i nie ma charakteru ostatecznego.

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G.W. (1988). *Osobowość i religia*. Warszawa: PAX.
- Argyle, Beit-Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of the religion*. London and Boston.
- Batson, C.D., Ventis, W.L. (1982). *The religious Experience. A Social – Psychology Perspective*. New York.
- Boisen, A.T. (1970). Crises in Personality Development. W: *Personality and Religion. The Role of Religion in Personality Development*. W: W. A. Sadler Jr. (red.), (s.191-205), London.
- Chlewiński, Z. (1989). Religijność dojrzała (szkiec psychologiczny). W: Z. Chlewiński (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii pastoralnej*. Lublin: TN KUL.
- Clark, W.H. (1968). *The Psychology of Religion*. New York
- Coe, G. A. (1917). *The Psychology of Religion*. Chicago.
- Faber, H. (1976). *Psychology of Religion*.
- Goodenough, E.R. (1965). *The Psychology of Religious Experience*. New York.
- Gruehn, W. (1966). *Religijność współczesnego człowieka*. Warszawa: PAX.
- Hałas, E. (1992). *Konwersja. Perspektywa socjologiczna*. Lublin: TN KUL.
- James, W. (1958). *Doświadczenie religijne*. Warszawa.
- James, W. (1902.) *The Varieties of Religious Experience. A Study in human nature*. London.
- Kuczkowski, J. (1993). *Psychologia religii*. Kraków: WAM.
- Levinson, H.S. (1981). *The Religious Investigation of William James*. North Carolina.
- Makselon, J. (1990). Kryzys religijny. W: J. Makselon (red.), *Psychologia dla teologów* (s. 296-300). Kraków: WN PAT.

- Makselon, J. (1992) Młodzież o własnych kryzysach religijnych. *Materiały Homiletyczne*, 129. Kraków, 19-30.
- Nelson, J.M. (2009). *Psychology, Religion and Spirituality*.
- Nowak, A. (2005). *Psychologia eklezjalna*, Lublin: Wyd. KUL
- Nowosielski, M. (2009). *Korelaty kryzysu religijnego*. Warszawa: UKSW.
- Pałyga, J. (1984). Rodzice wobec kryzysu wiary swoich dzieci. W: Fr. Adamski (red.), *Wychowanie w rodzinie chrześcijańskiej* (s. 218-250). Kraków: WAM.
- Płużek, Z. (1991). *Psychologia Pastoralna*. Kraków: WN PAT.
- Pomianowski, R. (1975). Psychologiczne problemy kształtowania się religijności i jej dewiacje, *Seminare*, 153-181.
- Prężyna, W. (1971). Kryzys religijny a cechy osobowości. *Rocz. Fil.* 4, 153-165.
- Starbuck, E.D. (1899). *The Psychology of religion*. London.
- Streib, H., Hood, R.W., Keller, B., Csoff, R.M., Sliver, F.Ch. (2009). *Deconversion* Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sujak, E. (1987). *Rozważania o ludzkim rozwoju*. Kraków: ZNAK.
- Szmyd, J. (1982). *Zarys historii psychologii religii. Główne kierunki i zagadnienia badawcze. Bibliografia (1945-1980)*, Kraków: UJ.
- Taras, P. (1970). Teologia kryzysu wiary. *Znak*, nr 193-194.
- Thouless, R.H. (1971). *An Introduction to the Psychology of Religion*. Cambridge.
- Tomczyk, M. (2007). Analiza kryzysu religijnego. *Studia Psychologica*, 7, 331-340.
- Tripplert, A.R. (1973). W: The phenomenology of Worship Conversion and Brotherhood. An Anthropologist's Point of View. W: Clark W.H., Malony H.N., Daane J., Tripplert A.R. Springfield (red.), *Religious Experience: Its nature and function in the Human Psyche* (s. 92-109), Illinois.
- Vergote, A. (1968). *The religious man*. Dublin.
- Wilemski, E. (1960). Z badań nad kryzysem religijnym współczesnej młodzieży. *Collectanea Theologica*, XXXI, I-IV, 59-85.

MALWINA DANKIEWICZ¹
Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński

OCENA MORALNA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH W TEORII I BADANIACH NAUKOWYCH

Abstract

Discussed is moral aspect of aggression from the perspective of the following psychological theories: instinct-impulse, evolutionary, socio-cognitive and learning. The results of recent research on moral evaluation of aggressive behavior and aggressor are cited. Described are the criteria that are followed by people for assessing violent acts and those under which some persons are defined as “bad” and others as “good”. Presented is the issue of contemporary approach to the hostile and instrumental aggression, and of their effectiveness as the modes of action. The harmfulness of aggressive behavior, as well as some of the positive aspects of this phenomenon, are indicated.

Key words: aggression, moral aspect of aggression, theories of aggression

1. WSTĘP

Agresja jest jednym z największych problemów we współczesnym świecie. Problematyczne jest nie tylko samo pojęcie agresji, ale również ocena moralna różnych form zachowań agresywnych i samego agresora, dokonywana między innymi przez osoby o różnym poziomie agresywności. Kategoryzacja agresji jako definitywnie złej nie zawsze pokrywa się z oceną konkretnych jej przejawów i różnicie przedstawia się w poszczególnych teoriach. Niniejsze rozważania poświęcone będą aspektowi moralnemu agresji, a w szczególności kwestii podejścia do agresji wroziej i instrumentalnej, w teoriach psychologicznych, socjobiologicznych i filozoficznych. Aspekt moralny agresji będzie rozważany zarówno w kontekście historycznym, jak i w świetle współczesnych analiz teoretycznych oraz badań nad agresją.

Interesujące i nieoczywiste jest zarówno stanowisko naukowców, jak i potoczne podejście do problemu agresji. Celem niniejszego artykułu jest odpowiedź na pytanie, czy istnieją „gorsze” i „lepsze” rodzaje agresji, oceniając problem z różnych

¹ Adres do korespondencji: malwina.dankiewicz@gmail.com

perspektyw, a także jak bardzo jest skomplikowany i od czego zależy ów proces oceny.

2. DEFINICJE I RODZAJE AGRESJI

W słownikach psychologicznych znajdujemy wiele różnych definicji agresji. Aktualnie najpopularniejsza ze względu na swoją zwięzłość oraz uwzględnianie intencjonalności i chęci uniknięcia szkodliwego potraktowania przez osobę będącą obiektem działania jest definicja zaproponowana przez Barona i Richardsona (1994, s. 7): „agresja to każda forma zachowania, której celem jest wyrządzenie szkody lub spowodowanie obrażeń innej żywej istocie, motywowanej do uniknięcia takiego potraktowania”.

W przypadku określeń związanych z agresją, takich jak przemoc i przymus, Barbara Krahe (2006) proponuje następujące rozróżnienie: terminem „przemoc” określa podtyp agresji, obejmujący skrajne formy agresji fizycznej, natomiast „przymus” traktuje jako pojęcie szersze od agresji, obejmujące również stosowanie warunkowych gróźb w celu uzyskania posłuszeństwa drugiej osoby i mniej wartościujące niż określenie „agresja”.

Przeciwieństwem pojęcia agresja zdefiniowanym w literaturze przedmiotu jest termin altruizm (Staub, 2008), pochodzący od łacińskiego wyrażenia *alter*, oznaczającego „drugi, inny” (Tokarski, 1980, s. 24), który jest motywowany reakcją empatyczną (emocjonalną i poznawczą) (Czyżowska, 2009, s.19; Beauvale, 2009, s. 85) oraz asertywność: „umiejętność bezpośredniego, stanowczego i uczciwego wyrażania własnych uczuć, postaw, opinii i życzeń bez odczuwania wewnętrznego dyskomfortu i lęku, z zachowaniem szacunku dla praw, opinii i uczuć innych osób” (Czyżowska, 2009, s. 31).

W psychologicznych definicjach altruizm jest określany jako „stawianie czyjegoś dobra, szczęścia, interesu, czy nawet kwestii jego przeżycia ponad dobro własne; takie zachowanie, które przyczynia się do wzrostu bezpieczeństwa, realizacji dobra czy ochrony życia innych osób przy jednoczesnym narażaniu siebie” (Reber, 2000, s. 38; Reber i Reber, 2008, s. 40), „świadome i dobrowolne działanie na rzecz innych ludzi bez antycypacji nagród zewnętrznych” (Czyżowska, 2009, s. 19), a z perspektywy ewolucyjnej jest to „zachowanie w obrębie danego gatunku, w wyniku którego osobnik zachowujący się altruistycznie ponosi pewne koszty wobec innego, który z kolei zyskuje” (Colman, 2009, s. 23). Niektórzy badacze traktują altruizm jako jeden z typów zachowań prospołecznych, lub nawet utożsamiają pojęcia „altruistyczny” i „prospołeczny” (Czyżowska, 2009), w przeciwieństwie do aspołecznego zachowania, jakim jest agresja.

Najczęściej wymieniane rodzaje agresji to: werbalna przeciwstawiona fizycznej, aktywna-bierna, bezpośrednia-pośrednia, jawna-ukryta, niesprowokowana-odwetowa, wroga-instrumentalna, fizyczna-psychiczna, przejściowa-długotrwała oraz jednostki-grupy. Rozróżnienie agresji wrogiej i instrumentalnej odwołuje się do psychologicznej funkcji zachowania agresywnego. Pierwotnym motywem może być albo chęć wyrządzenia szkody drugiej osobie jako ekspresją uczuć negatywnych, jak w przypadku agresji wrogiej, albo zamiar osiągnięcia określonego celu za pomocą aktu agresji, jak w przypadku agresji instrumentalnej.

W literaturze przedmiotu wymienianych jest niewiele form agresji, które można określić jako jednoznacznie dobre. „Dobra” agresja rozumiana jest przeważnie w kategoriach użyteczności zgodnie z definicją, że dobre jest to, co oceniane jest jako pożyteczne, nie szkodzi nikomu, natomiast przynosi korzyści, czyli ze względu na efekty działania oraz ze względu na intencje (Szymczak, 1992). Wyrazem akceptacji i pożądania agresji jako środka działania jest uznanie jej za skuteczny środek osiągnięcia określonego celu (Karolczak-Biernacka, 1998). Psychologowie wymieniają agresję prospołeczną motywowaną altruizmem, służącą ochronie innych i ich interesów społecznych, której dobrym przykładem jest agresja macierzyńska stosowana w celu ochrony potomstwa (Reber, Reber, 2008), jak również agresję w obronie własnej, która może wcale nie być spostrzegana jako zła (Duntley, Buss, 2008). Pozytywna ocena zachowań agresywnych o charakterze adaptacyjno-obronnym i prospołecznym świadczy o tym, że zależnie od sytuacji człowiek zachowujący się agresywnie może być oceniany nie tylko jako zły, ale również jako pomocny i dobrze przystosowany do trudnych warunków współczesnego życia.

3. AGRESJA RELATYWNA MORALNIE

O wiele częściej agresja jako sposób działania przedstawiana jest relatywnie. Relatywizm rozumiany jest w kategoriach etyki sytuacyjnej, zgodnie z którą ocena dobry – zły wynika z sytuacji, jest zależna od miejsca i od oceniającego lub zmienia się w czasie (Szymczak, 1992). Ten rodzaj podejścia charakteryzuje głównie teorie, w których agresja traktowana jest jako wytwór ewolucji (w socjobiologicznym podejściu opartym na teorii ewolucji Darwina, 1959), wewnętrzna energia (w etologicznym modelu Konrada Lorenza, 2003), destrukcyjny instynkt (w hydraulicznej teorii Freuda, 1997), popęd ukierunkowany na cel (w teorii Dollarda, Dooba, Millera, Mowrera i Searsa, 1939), definiujących agresję jako mechanizm lub cechę wrodzoną pozostającą zupełnie lub częściowo poza kontrolą podmiotu.

Zygmunt Freud (1997) zaakceptował tradycyjną doktrynę zła ludzkiej natury, uznając, że człowiek jest z zasady antyspołeczny. W hydraulicznej teorii Freuda agresja przyjmuje formę niszczycielskiej energii psychicznej, która nie ujawniona ulega kumulacji i wywołuje stan napięcia ustępujący w chwili, gdy dojdzie do jej ekspresji, czyli tzw. katharsis. Energia agresywna uznawana jest za szkodliwą dla organizmu, powodującą chorobę, a agresywne zachowanie jest akceptowane jako jedyny sposób rozładowania jej. Działania agresywne w stosunku do innej osoby Freud uważał za mechanizm chroniący równowagę wewnętrzną agresora poprzez uwalnianie destrukcyjnej energii. Dopuszczał również możliwość sublimacji tego popędu, czyli ekspresję w nieagresywnych, akceptowanych społecznie czy pożytecznych formach zachowania, takich jak np. sport czy żarty, ale wówczas rozładowanie miałyby być jedynie chwilowe (Aronson, Wilson, Akert, 1997; Krahé, 2006; Wolińska, 2003). Koncepcja katharsis jest nadal bardzo popularna, ze względu na łatwość zastosowania metody „wyrzucania z siebie” negatywnych emocji i pozorną zdroworozsądkowość założeń koncepcji (Aronson et al., 1997).

W podejściu ewolucyjnym, biologicznym i psychologicznym, agresja ma znaczenie przystosowawcze. Prekursor socjobiologii, jednej z głównych perspektyw ewolucyjnych, etolog Konrad Lorenz, uznaje agresję za popęd naturalny, wszech-

obecny w świecie zwierząt i ludzi, który spełnia rolę niezbędną dla utrzymania gatunku poprzez zwiększanie osobniczego sukcesu reprodukcyjnego (Krahé, 2006). Agresja wewnątrzgatunkowa jest tak zwanym „złem” ze względu na swoją biologiczną funkcjonalność. Zdolność do agresji zapewnia obronę terytorium, ochronę potomstwa, zdobycie pożywienia, tworzenie się hierarchii społecznej oraz dobór naturalny (Lorenz, 2003). Swoje uzasadnienie w tym ujęciu znajduje agresja seksualna wobec kobiet, którą interpretuje się jako ryzykowną, ale dogodną strategię rozmnażania się mężczyzn mających ograniczone możliwości reprodukcji w partnerskich związkach seksualnych (Tornhill, Tornhill, 1991). Agresja, chociaż zębna dla poszczególnych osobników, stanowi podstawę postępu ewolucyjnego i kulturowego, ponieważ przyczynia się do wyselekcjonowania osobników najbardziej wartościowych. Rzeczywiste zagrożenie stanowi agresja nasilona do granic, po przekroczeniu których mogłaby zagrozić istnieniu gatunku i doprowadzić do jego samounicestwienia. Zwierzęta posiadają wrodzone mechanizmy hamujące agresję, ale u człowieka nie zostały one wykształcone w toku rozwoju ewolucyjnego. Dzięki rozwojowi technicznemu człowiek ma możliwość zwielokrotnienia skutków agresji, co przestaje być dobrem, a staje się realnym zagrożeniem dla przetrwania gatunku. Agresję mogą powściągnąć w pewnym stopniu zinternalizowane normy moralne, jednak skuteczniejszym sposobem według Lorenza jest bezpieczne wyładowywanie agresji, np. przez sport i inne formy łagodnej rywalizacji, czyli tzw. sublimacja popędu agresji. Lorenz przyjmuje więc, podobnie jak Freud, hydrauliczny model agresji (Lorenz, 2003).

Według Wojciecha Załuskiego (2009) wbrew temu, co twierdzili Zygmunt Freud (1995) i Konrad Lorenz (1996), agresja nie jest instynktem, którego „energia” podlega kumulacji i który musi się uzewnętrznić niezależnie od tego, czy takie uzewnętrznienie służy adaptacji, czy jest wyłącznie destrukcyjne. W świetle psychologii ewolucyjnej nasze zachowania agresywne mają charakter reaktywny, czyli instrumentalny, a nie spontaniczny, czyli wrogi. Fakt, że mamy skłonność do agresji, tzn. nie jesteśmy „urodzonymi pacyfistami”, świadczy o tym, że nie jesteśmy prawdziwie moralni, a fakt, że nasza skłonność do agresji ma charakter reaktywny, wspiera tezę, że nie jesteśmy niemoralni-złośliwi. Teoria ewolucji wspiera umiarkowanie optymistyczną wizję ludzkiej natury, w której skłonności kooperatywne są silniejsze niż skłonności antyspołeczne, a w najgorszym razie je równoważą.

W ten nurt wpisuje się również Irenäus Eibl-Eibesfeldt (1987), uczeń Konrada Lorenza, omawiając biologiczne uwarunkowania norm etycznych. Twierdzi, że nie tylko zachowanie agresywne, ale i altruistyczne jest wrodzone, a agresywne impulsy są zrównoważone równie głęboko zakorzenionymi mechanizmami łączącymi, będącymi naturalnymi antagonistami agresji, takimi jak: skłonność do stowarzyszania się, współpracy i wzajemnej pomocy, współczucie, posłuszeństwo, lojalność, zaufanie, opieka nad potomstwem, ryty zjednujące i wiążące (np. powitania, pocałunki, podarunki, pocieszenie), więzi seksualne i osobiste, wspólnota bojowa, więź lękowa i świętowanie. Społeczne odpychanie, czyli agresja, i przyciąganie, czyli wzajemna skłonność, tworzą funkcjonalną jedność, dlatego sposobem na opanowanie problemu agresji jest skłonność człowieka do życia w grupie. Dążenie do kontaktowania się i więzi, albo do agresji różni się u zwierząt i u ludzi, ze względu na

uczuciowe więzi osobiste jednego człowieka wobec drugiego lub powiązania polegające na identyfikowaniu się z określoną grupą. Stąd u ludzi możemy mówić o miłości i nienawiści.

Popęd agresji spełnia ważne zadania u człowieka: pomaga bronić terytorium, bronić i szerzyć idee i wartości, dostarcza przyjemności z jej rozładowania np. podczas zawodów. Jeśli brakuje możliwości rozładowania agresji, dochodzi do jej kumulacji, która może doprowadzić do niebezpiecznych, gwałtownych wyładowań. Jednak całkowite wyzucie się i pozbycie agresji jest niemożliwe, ponieważ człowiek nie przychodzi na świat z określoną dozą agresji. Gotowość do działań agresywnych ulega okresowym wahaniom pod wpływem hormonów, jest więc biologicznie uzależniona, jednocześnie agresywne skłonności rozwijają się pod wpływem wychowania. Stymulująco na rozwój agresji działa wychowanie frustrujące, niezaspokajające potrzeb dziecka, jednak wychowanie zezwalające na wszystko produkuje ludzi krańcowo agresywnych. Środki represyjne pomagają w redukowaniu agresji tylko częściowo, podlega ona kontroli tylko wtedy, gdy nastąpiło pełne rozwinięcie jej naturalnych antagonistów.

Erich Fromm (2004, 2005) swoją teorię ludzkiej destruktywności sformułował w polemice z nurtami biologizującymi (przede wszystkim z biologizmem w psychoanalizie Freuda) i psychologicznym behawioryzmem. Szczególnie ostro krytykował etologiczny instynktywizm Lorenza i jego ucznia Eibl-Eibesfeldta. Według Fromma przyjęcie poglądów etologów może prowadzić do utraty nadziei na lepszy świat i demotywować do starań o jego naprawę. Może usprawiedliwiać wojny, które są zakorzenione w prawach biologii, redukując człowieka do czysto biologicznego wymiaru. Sprzeciwiał się pogładowi, że istnieje tylko jedna niezmienna instynktowna formy agresji, ponieważ nie wyjaśnia ona zmiennego w dziejach poziomu destrukcyjności. Według Fromma najlepsze i najgorsze inklinacje człowieka nie są elementami niezmiennej i raz na zawsze danej biologicznie natury ludzkiej, ale wynikiem procesu społecznego. Inaczej mówiąc, skłonność do agresji nie przypomina potrzeb biologicznych, takich jak np. potrzeba jedzenia.

Fromm krytykuje również behawiorystów Johna Watsona i Burrhusa Skinnera oraz twórców teorii frustracji-agresji Neala Millera i Johna Dollarda. Według niego behawioryści, stosując się do reguł rygorystycznego empiryzmu, nie interesują się ani osobowością ludzi, ani nieświadomością, która według psychoanalityków determinuje ludzkie zachowania. Behawioryści pomijają, zdaniem Fromma, motywacyjno-charakterologiczne uwarunkowania człowieka, dostrzegając jedynie bezpośrednio obserwowalne zachowania. Według niego behawiorystyczne analizy agresji opisują adekwatnie samą broń, a nie strzelającego, jeśli abstrahuje się od jego motywacji. Krytyka etologii i behawioryzmu w sferze analiz ludzkiej agresywności była dla Fromma punktem wyjścia do sformułowania własnej teorii. Pozytywnym punktem odniesienia była dla niego przede wszystkim klasyczna psychoanaliza, a także ustalenia psychologii społecznej i nauk przyrodniczych.

Ludzka agresja w przeciwieństwie do zwierzęcej jest zdaniem Fromma uwarunkowana głównie charakterologicznie, rozumiejąc charakter zgodnie z dynamiczną koncepcją charakteru Freuda, jako względnie stały system nieinstynktownych dążeń. W ludzkiej agresywności istotna jest również nieświadoma motywacja, po-

nieważ nie zawsze charakterologicznie zdeterminowana agresja jest uświadamiana przez ludzi. Charakter jest dla człowieka substytutem braku instynktownej adaptacji do środowiska przyrodniczego i społecznego. Z przyrodą wiąże człowieka potrzeby biologiczne, a także agresja obronna, niezłśliwa i przystosowawcza biologicznie, powszechna w przyrodzie jako reakcja organizmu na zagrożenie interesów życiowych. Skala agresji obronnej u człowieka w porównaniu ze zwierzętami jest dużo większa, ze względu na zdolność człowieka do antycypacji zagrożeń, umiejętności stosowania różnych form perswazji oraz gotowości do walki za swoje ideały i wartości. Stąd w społeczeństwach ludzkich istnieje ryzyko wystąpienia hipertrofii agresji. Wśród wielu form destrukcyjności u ludzi Fromm wymienia agresję konformistyczną (związaną z posłuszeństwem i wykonywaniem poleceń), pseudoagresję (np. zachowania asertywne, przypadkowe uszkodzenia ciała bez złych intencji itp.), agresję instrumentalną (niezłśliwą) oraz typowo ludzką agresję złśliwą, uwarunkowaną charakterologicznie. Nie jest ona przystosowawczym, wrodzonym sposobem zachowania, tylko ukształtowanym w procesie socjalizacji charakterem danej osoby. Polega na czerpaniu przyjemności ze szkodenia drugiej osobie, dzieli się na dwa typy: sadystyczną i nekrofiliczną. Charakter sadystyczny objawia się intensywnym pragnieniem kontrolowania, krzywdzenia i poniżania innych ludzi, natomiast nekrofiliczny to namiętne upodobanie do tego, co martwe, rozkładające się, zgniłe, chore, skłonność do przekształcania żywego w martwe, niszczenia dla samego niszczenia, upodobanie do tego, co sztuczne i mechaniczne. Charakterologicznie uwarunkowana złśliwa agresja cechuje wyłącznie gatunek ludzki. Ponieważ charakter jest zawsze produktem procesów socjalizacji, czyli szeroko rozumianych oddziaływań środowiskowych, ludzką agresywność radykalnie ograniczyłaby według Fromma organizacja systemu społecznego ukierunkowana na właściwe zaspokajanie ludzkich potrzeb miłości, twórczości i sensownej pracy.

W podejściu ewolucyjnym proces naturalnej selekcji jest niezależny od wartości. Ewolują te adaptacje, które przyczyniają się pośrednio lub bezpośrednio do sukcesu rozrodczego, a zachowanie agresywne jest tym bardziej godne potępienia, im bardziej utrudnia ofierze rozmnażanie się. We współczesnym modelu ewolucji zła Duntleya i Bussa (2008) zło określane jest jako zjawisko związane z intencjonalnym wyrządzeniem szkody, szczególnie kosztowne w aspekcie dostosowania, natomiast agresja traktowana jest jako adaptacja wykształcona na drodze ewolucji, mająca na celu szkodenie innym ludziom. Adaptacje te są podstawowymi i powszechnie występującymi elementami ludzkiej natury i nie można ich przypisywać wpływowi mediów, rodziców, nauczycieli, kapitalizmu, ani kultury. Uwidocznienie się tych adaptacji w zachowaniu zależy w dużym stopniu od konkretnego otoczenia społecznego i fizycznego. Jednocześnie ludzie wykształcili w procesie ewolucji specyficzne mechanizmy poznawcze mające na celu kategoryzację pewnych zjawisk jako „dobrych” a innych jako „złych”. Duntley i Buss (2008) proponują uznać za prototyp zła z perspektywy ofiary oraz jej krewnych i przyjaciół taki akt agresji, który ma dla ofiary nieodwracalne skutki, czyli zabójstwo, ponieważ narzuca ofierze największe koszty dostosowania. Wśród nich autorzy wymieniają: utratę wszelkich okazji do rozmnażania się w przyszłości, utratę seksualnego dostępu do obecnego partnera, utratę możliwości znalezienia partnera w przyszłości,

niemożność inwestowania w swoje dzieci i zmniejszenie ich szansy na przetrwanie nawet o 10%, niemożność opiekowania się pozostałymi członkami rodziny oraz wymierne korzyści dla potencjalnych rywali seksualnych. Z perspektywy zabójcy „dobrem” będzie wyeliminowanie ofiary, natomiast strategie obrony stosowane przez ofiarę byłyby spostrzegane jako „zło”.

Oprócz kryteriów, którymi kierują się ludzie podczas oceniania aktów agresji, naukowcy ustalili również te, na podstawie których pewne osoby określa się jako „złe”, a inne jako „dobre”. Również w ich przypadku kwestia intencjonalności jest kluczowa. Człowiek jest oceniany jako „zły”, kiedy podejmuje zachowania, które nakładają na innych koszty dostosowania niewspółmiernie wysokie w porównaniu z otrzymanymi przez agresora korzyściami i który pragnie wyrządzić krzywdę. Osoby, która przypadkowo narzuci koszty dostosowania innej osobie, nie uważa się za „złą”, podobnie jak osoby, która w sposób niezamierzony dostarczy korzyści, nie uważa się za „dobrą”. Dlatego osobę, która zabiła dla zdobycia milionów uważa się za mniej złą, niż osobę, która zabiła to dla paru złotych. Tak samo jesteśmy w stanie łatwiej usprawiedliwić osobę, która zabiła w obronie własnej, niż taką, która zabiła dla osiągnięcia korzyści. Ponadto „zło” traktowane w kategoriach psychologii ewolucyjnej w sposób zasadniczy zależy od perspektywy: m.in. stopień genetycznego powiązania pomiędzy sprawcą a ofiarą ma istotny wpływ na ocenę dobra i zła (koszty nałożone na bliższych krewnych będą odpowiednio większym złem, niż ta sama wielkość kosztów nałożona na dalszych krewniaków).

Krytycy zarzucają psychologom zorientowanym ewolucyjnie, że próbują oni usprawiedliwiać tych, którzy stosują agresję wobec innych ludzi. Rose i Rose (2000) twierdzą na przykład, że „jeżeli zło ma swoje podstawy w ukształtowanych na drodze ewolucji mechanizmach psychologicznych, to nie możemy uważać ludzi za odpowiedzialnych za swoje czyny; skazani jesteśmy na pesymistyczny pogląd na ludzką naturę; nie możemy oceniać działań ludzkich jako złych moralnie”. Duntley i Buss (2008) nie zgadzają się z taką interpretacją i przedstawiają swoje kontrargumenty. Po pierwsze, pociąganie agresorów do odpowiedzialności jest jednym z kluczowych sygnałów środowiskowych, używanych w celu powstrzymania ludzi od popełniania złych czynów. Po drugie, standardy moralne mają podstawy w mechanizmach psychologicznych ukształtowanych na drodze ewolucji (przykładem jest istnienie emocji moralnych, takich jak obrzydzenie, moralistyczny gniew i pogarda). Po trzecie, mylenie tego, co jest, z tym, co powinno być, jest przejawem błędu naturalizmu. W naturze istnieje wiele zjawisk, takich jak aktywacja ewolucyjnych mechanizmów psychologicznych prowadzących do agresji i przemocy, których nie należy usprawiedliwiać, ale starać się je wykorzystać. Po czwarte, mylenie tego, czego się pragnie, aby było prawdą, z tym, co jest prawdziwe, jest błędem antynaturalistycznym (romantycznym). Potocznie uważa się, że człowiek jest z natury dobry, a złe czyny są efektem oddziaływań zewnętrznych, jest to jednak pogląd utopijny, który nie ma potwierdzenia w wynikach badań naukowych.

Z perspektywy psychologii społecznej ocena moralna agresywnego zachowania zależy od czynników związanych zarówno z samym działaniem oraz jego wykonawcą, jak i z okolicznościami zdarzenia, a także z obserwatorem dokonującym oceny (Feshbach, 1971). Osoba dokonująca oceny moralnej jakiegoś zachowania

kieruje się nie tylko obiektywnymi informacjami o zajściu, ale sugeruje się również danymi pobocznymi, które mogą wpływać na ostateczny wynik, nawet jeśli oceniający nie zdaje sobie z tego sprawy. Wśród najważniejszych zmiennych wpływających na ocenę moralną agresywnego zachowania psychologowie społeczni wymieniają cechy obserwowanego zdarzenia (Peña, Andreu, Graña, Pahlavan, Ramirez, 2008). Zachowanie jest uznawane za szczególnie naganne, kiedy poziom użytej agresji jest wysoki, a konsekwencje dla ofiary poważne. Kolejnym czynnikiem są informacje o agresorze: czyn oceniany jest łagodniej, jeśli osoba stosująca agresję jest atrakcyjna fizycznie lub osobowościowo, jej intencją nie było wyrządzenie krzywdy ofierze, a także jeśli dane zachowanie prawdopodobnie więcej się nie powtórzy (Nesdale, Rule, McAra, 1975). Innym źródłem informacji jest kontekst zdarzenia: zachowanie agresywne jest oceniane bardziej negatywnie, jeśli miało charakter instrumentalny (w przeciwieństwie do reaktywnego) oraz nie zostało sprowokowane przez ofiarę. Istotną zmienną są również oczekiwania społeczne: osoby wychowane w kulturze ceniącej agresję, np. kultura macho, łagodniej oceniają zachowania agresywne przejawiane przez innych ludzi, niż osoby wychowane w kulturze potępiającej agresję. Ważnym czynnikiem są również indywidualne cechy i przekonania obserwatora. Kobiety bardziej krytycznie odnoszą się do zachowań agresywnych niż mężczyźni, a krytycyzm u obu płci wzrasta wraz z wiekiem (Peña et al., 2008). Ludzie bardziej negatywnie oceniają akty agresji, jeśli sympatyzują z ofiarą, a ich oceny są łagodniejsze, gdy stoją po stronie agresora (Crabb, 1989). Wykazano również, że wiara w sprawiedliwy świat sprawia, że przypisuje się większą winę ofierze, a tym samym mniejszą odpowiedzialność agresorowi, natomiast brak takich przekonań jest związany z surowym ocenianiem aktów agresji (Rubin, Peplau, 1975).

Interesująca jest również różnica w postawie wobec agresji osób o różnym poziomie agresywności. Osoby wykazujące wysoki poziom agresywnego zachowania uznają agresję za uprawnioną formę zachowania, a to przekonanie jest częścią ich agresywnego skryptu (Erdley i Asher, 1998). Kolejną cechą osób agresywnych jest skłonność do dostrzegania wrogich intencji innych osób (Burks, Laird, Dodge, Pettit, Bates, 1999) oraz nawykowa skłonność do interpretowania bodźców wieloznacznych w kategoriach wrogości i agresji, określana jako wrogi styl atrybucji, który kształtuje percepcję społeczną osób agresywnych (Burks et al., 1999; Dill, Anderson, Anderson, Deuser, 1997). Przeciwnieństwem dyspozycji poznawczej do wrogości jest przyjmowanie perspektywy, które wiąże się z hamowaniem reakcji agresywnych poprzez zdolność podmiotu do nieegocentrycznej orientacji na punkt widzenia innej osoby (Richardson, Green, Lago, 1998; Richardson, Hammock, Smith, Gardner i Signo, 1994; Miller i Eisenberg, 1988). Zatem osoby o niskiej agresywności starają się zrozumieć przyczyny zachowania innej osoby, nie oceniając z góry jej intencji jako złych, natomiast osoby o wysokiej agresywności mają skłonność do dostrzegania zła nawet tam, gdzie go nie ma lub o większym natężeniu, niż jest w rzeczywistości, jednocześnie traktując pobłażliwie własne rzeczywiste akty agresji.

Podobnie osoby o zawyżonej i niestabilnej samoocenie odbierają każdą krytykę, nawet konstruktywną, jako zagrożenie poczucia własnej wartości. Negatywna in-

formacja zwrotna traktowana jest przez nie jako nieuzasadniony atak na ich osobę, a jej autorowi przypisywane są złe intencje (Baumeister, Boden, 1998).

4. „ZŁA” AGRESJA

W negatywny sposób agresja opisywana jest głównie w teoriach społeczno-poznawczych i uczenia. Agresja traktowana jest jako sposób zachowania nabywany na drodze warunkowania i modelowania (Bandura, 1969, 1973; Buss, 1961). Wyniki badań przeprowadzanych w nurcie psychospołecznym podważają założenia hydraulicznej teorii agresji. Z jednej strony, w wyniku agresywnego zachowania, spada poziom napięcia fizjologicznego, z drugiej strony nasila się skłonność do dalszej agresji. Podobny proces zachodzi podczas udziału w rywalizacji sportowej lub podczas oglądania scen przemocy w mediach. Agresja przynosi ze sobą negatywne konsekwencje psychologiczne i społeczne, takie jak podtrzymywanie negatywnych emocji, niepokój, stres, zaburzenia osobowości, izolacja lub wykluczenie społeczne, rozluźnienie więzi społecznych i uczuciowych, zarówno dla ofiary agresji, jak i dla agresora, prowadząc do spirali przemocy. Z powyższych względów zachowanie agresywne jest traktowane jako nieskuteczny sposób działania, który powinien być zastępowany przez alternatywne, nieszkodliwe formy ujawniania negatywnych emocji i osiągania celów (Aronson et al., 1997; Doob, Wood, 1972; Krahé, 2006; Wolińska, 2003).

5. PODSUMOWANIE

Kierunek rozwoju koncepcji zachowania agresywnego, który możemy obserwować, śledząc jej historię, przebiega od traktowania agresji jako instynkt i popęd, do uznania jej za zdolność i strategię działania, czyli od determinizmu do indeterminizmu – pesymistycznej wizji ludzkiej agresywności do potencjalnie optymistycznej. Przekonanie o byciu skazanym na zachowania agresywne zastępowane jest w najnowszych teoriach podejściem integrującym. W ogólnym modelu agresji (GAM) (Anderson, Carnagey, 2008) obok takich czynników, mających wpływ na zachowanie agresywne, jak różnice indywidualne, zmienne sytuacyjne, dostępne afekty, dostępne treści poznawcze, pobudzenie i proces oceny poznawczej, wymieniany jest również wybór zachowania. Jednocześnie trudniej jest usprawiedliwiać zachowanie agresywne, przyjmując, że zależy ono w znacznym stopniu od podjęcia indywidualnej decyzji i dana osoba jest w pełni odpowiedzialna za swoje zachowanie.

Współcześnie agresja oceniana jest prawie wyłącznie negatywnie przez naukowców na podstawie badań nad jej konsekwencjami. Mogłoby się wydawać, że potoczna ocena powinna być podobna, przynajmniej w przypadku agresji wrogiej. Otoczenie społeczne zwykle nie akceptuje wybuchów gniewu, złości czy irytacji, czyli zachowań, których celem jest zadanie bólu lub zranienie innej osoby (Frączek, 1975), a przemoc, szczególnie wobec osób słabszych (kobiet, dzieci i osób starszych), jest coraz częściej publicznie piętnowana w mediach. Można by zakładać, że sytuacja wygląda odwrotnie w przypadku agresji instrumentalnej, której motywem jest zamiar osiągnięcia określonego celu, innego niż zranienie lub zadanie bólu, za pomocą aktu agresji (Krahé, 2006). Agresja instrumentalna w formie jawnej, jak m.in. publiczne poniżanie, deprecjonowanie, czy przymuszanie i ukry-

tej, jak izolowanie lub obmawianie, jest często traktowana jako skuteczny środek osiągnięcia celów, a jej przejawy mają miejsce m.in. w środowisku pracy, co jest związane z presją na osiągnięcie wyników w krótkim czasie i sukcesu za wszelką cenę, czy w rodzinie, gdzie nadal pokutuje przekonanie, że „bez bicia nie ma wychowania”. Okazuje się jednak, że agresja instrumentalna jest oceniana jako gorsza od reaktywnej, a proces oceny agresji i agresora jest dużo bardziej skomplikowany i zależny od większej ilości czynników, niż mogłoby się wydawać, nawet jeśli mechanizmy oceny agresywnego zachowania pozostają dla oceniającego nieznane.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, C.A., Carnagey, N.L. (2008). Zło brutalne a ogólny model agresji. W: A. G. Miller (red.), *Dobro i zło z perspektywy psychologii społecznej* (s. 216-244). Kraków: Wydawnictwo WAM. Tłumaczenie: V. Reder.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (1997). *Psychologia społeczna*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, Winston Inc.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Edgewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baron, R.A., Richardson, D.R. (1994). *Human aggression*. New York: Plenum Press.
- Baumeister, R.F., Boden, J.M. (1998). Aggression and the self: High self-esteem, low self-control, and ego-threat. W: R. G. Geen, E. Donnerstein (red.), *Human aggression: Theories, research and implications for social policy* (s. 111-137). San Diego, CA: Academic Press.
- Beauvale, A. (2009). Empatia. W: J. Siuta (red.), *Słownik psychologii*. Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Naukowe.
- Burks, V.S., Laird, R.D., Dodge, A., Pettit, G.S., Bates, J.E. (1999). Knowledge structures, social information processing, and children's aggressive behavior. *Social Development*, 8, 220-236.
- Buss, A.H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley and Sons.
- Colman, A.M. (2009). *Słownik psychologii*. Warszawa: PWN.
- Crabb, P.B. (1989). When aggression seems justified: Judging intergroup conflict from a distance. *Aggressive Behavior*, 15, 345-352.
- Czyżowska, D. (2009). Agresja. W: J. Siuta (red.), *Słownik psychologii*. Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Naukowe.
- Czyżowska, D. (2009). Asertywność. W: J. Siuta (red.), *Słownik psychologii*. Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Naukowe.
- Darwin, K. (1959). *O powstawaniu gatunków drogą doboru naturalnego, czyli o utrzymaniu się doskonalszych ras w walce o byt*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Rolnicze i Leśne. Tłumaczenie: S. Dickstein i J. Nusbaum.
- Dill, K.E., Anderson, C.A., Anderson, K.B., Deuser, W.E. (1997). Effects of aggressive personality on social expectations and social perceptions. *Journal of Research in Personality*, 31, 272-292.

- Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H., Sears, R.R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Doob, A.N., Wood, L.E. (1972). Catharsis and aggression: Effects of annoyance and retaliation on aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 156-162.
- Duntley, J. D., Buss, D. M. (2008). Ewolucja zła. W: A.G. Miller (red.), *Dobro i zło z perspektywy psychologii społecznej* (136-162). Kraków: Wydawnictwo WAM. Tłumaczenie: V. Reder.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1987). *Miłość i nienawiść*. Warszawa: PWN.
- Erdley, C.A., Asher, S.R. (1998). Linkages between children's beliefs about the legitimacy of aggression and their behavior. *Social Development*, 7, 321-339.
- Feshbach, S. (1971). Dynamics and morality of violence and aggression: Some psychological considerations. *American Psychologist*, 26, 281-292.
- Frączek, A. (1975). Mechanizmy regulacyjne czynności agresywnych, W: I. Kurcz i J. Reykowski (red.), *Studia nad teorią czynności ludzkich* (s. 37-64). Warszawa: PWN.
- Freud, Z. (1997). *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: PWN. Tłumaczenie: J. Prokopiuk.
- Fromm, E. (2004). *Ucieczka od wolności*. Warszawa: Czytelnik.
- Fromm, E. (2005). *Anatomia ludzkiej destrukcyjności*. Poznań: Rebis.
- Karolczak-Biernacka, B. (1998). Przemoc. W: W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii* (s. 472-478). Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Krahé, B. (2006). *Agresja*. Gdańsk: GWP. Tłumaczenie: J. Suchecki.
- Lorenz, K. (2003). *Tak zwane zło*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Miller, P.A. Eisenberg, N. (1988). The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 103, 324-344.
- Nesdale, A.R., Rule, B.G., McAra, M. (1975). Moral judgments of aggression: Personal and situational determinants. *European Journal of Social Psychology*, 5, 339-349.
- Peña, M.E., Andreu, J.M., Graña, J.L., Pahlavan, F., Ramirez, J.M. (2008). Moderate and severe aggression justification in instrumental and reactive contexts. *Social Behavior and Personality*, 36, 229-238.
- Reber, A.S. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Reber, A.S., Reber, E.S. (2008). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Richardson, D.R., Green, L.R. Lago, T. (1998). The relationship between perspective-taking and nonaggressive responding in the face of an attack. *Journal of Personality*, 66, 235-256.
- Richardson, D.R., Hammock, G.S., Smith, S.M., Gardner, W., Signo, M. (1994). Empathy as a cognitive inhibitor of interpersonal aggression. *Aggressive Behavior*, 20, 275-289.
- Rose, H., Rose, S. (2000). *Alas, poor Darwin: Arguments against evolutionary psychology*. Nowy York: Harmony Books. (Za: Duntley, J.D., Buss, D.M., 2008).

- Rubin, Z., Peplau, L.A. (1975). Who believes in a just world? *Journal of Social Issues*, 31, 65-89.
- Staub, E. (2008). Podstawowe potrzeby ludzkie, altruizm i agresja. W: A.G. Miller (red.), *Dobro i zło z perspektywy psychologii społecznej* (s. 74-114). Kraków: Wydawnictwo WAM. Tłumaczenie: V.Redder.
- Szymczak, M. (red.). (1992). *Słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- Tokarski, J. (red.). (1980). *Słownik wyrazów obcych*. Warszawa: PWN.
- Tornhill, R., Tornhill, N.W. (1991). Coercive sexuality of men: Is there psychological adaptation to rape? W: E. Grauerholz i M.A. Koralewski (red.), *Sexual coercion: A sourcebook on its nature, causes, and prevention* (s. 91-107). Lexington, MA: Lexington Books.
- Wolińska, J. M. (2003). *Agresywność młodzieży. Problem indywidualny i społeczny*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Załużski, W. (2009). *Ewolucyjna filozofia prawa*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

IWONA CZUMA¹
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
EWA CWAŁINA
Prywatna Praktyka Psychologiczna, Łódź

ZŁOŚĆ W WYBRANYCH PODEJŚCIACH PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH

Anger in selected psychotherapeutical approaches

Abstract

The purpose of this paper is to discuss the problem of anger in the context of selected psychotherapeutical approaches. Anger is a primarily adaptive emotion, indispensable to the correct functioning of a human being, providing protection and security, as well as regulating interpersonal contacts. However, it can become an unadapted emotion through association with previous traumatic experiences, thus making a healthy reaction more difficult. It is unadapted anger that often becomes the focus of psychotherapeutic work. Many approaches to unadapted anger and the multitude of aspects of this phenomenon allow to better understand a person who reacts with anger to events affecting them. They also enable the therapist to select the most adequate form of help.

Key words: anger, emotion, psychotherapeutical approach

1. O NATURZE ZŁOŚCI

Emocje są podstawową funkcją każdego człowieka. Według Rebera to między innymi „ogólna nazwa dla każdego z wielu subiektywnie doświadczanych, afektywnie naładowanych stanów, których status ontologiczny został ustanowiony poprzez zwykły konsensus” (Reber, 2000, s. 189). Emocje są ponadkulturowe, emocje pierwotne są rozpoznawane po wyrazie twarzy w różnych kulturach. Dzieci zanim nauczą się mówić już wyrażają złość ekspresją ciała i głosu. Wzorce reakcji fizjologicznej związanej ze złością są identyczne na całym świecie. W mózgu w ciele migdałowatym znajdują się centra odpowiedzialne za procesy związane ze złością. Odkrycia neuropsychologiczne wskazują, że reakcja emocjonalna na dany bodziec może się pojawić przed przetwarzaniem poznawczym (Mayne, Ambrose, 1999, s. 354). Człowiek za-

¹ Adres do korespondencji: iwonaczuma@onet.pl

tem może odczuwać złość i doświadczać reakcji związanych ze złością, nie mając ich pełnej świadomości.

Emocje, a w tym złość są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania człowieka. Podstawową funkcją emocji jest motywowanie do działania, dzięki któremu możliwe jest adekwatne przystosowanie do środowiska. Zmiany fizjologiczne sprawiają, że nasz organizm jest w stanie optymalnie dostosować się do tego działania (Sybilski, 2007). Emocje ewolucyjnie są adaptacyjne, ponieważ umożliwiają natychmiastową reakcję w sytuacji zagrożenia. Złość jest pierwotnie zaplanowana dla naszej ochrony i bezpieczeństwa. Złość, obok strachu, to podstawowe uczucie pojawiające się w sytuacji naruszenia naszego bezpieczeństwa (DeFoore, 2004). Zagrożenie mobilizuje jednostkę do wytężonego wysiłku związanego z walką albo ucieczką. D. Goleman zauważa, że „w złości do rąk napływa krew, dzięki czemu łatwiej jest chwycić za broń albo wymierzyć cios wrogowi. Wzmaga się rytm uderzeń serca, a zwiększone wydzielanie się takich hormonów jak adrenalina powoduje przepływ energii wystarczającej do podjęcia dynamicznego działania” (Goleman 1997, s. 28).

Reakcje urazowe pojawiają się kiedy podjęcie działania nie jest możliwe, wtedy organizm ulega przeciążeniu i dezorganizacji, a reakcje fizjologiczne i emocjonalne utrzymują się długo po zniknięciu realnej sytuacji zagrożenia. W takiej sytuacji może wystąpić rozszczepienie między emocjami a wspomnieniami prowadzące do zaburzeń potraumatycznych (Herman, 2002). Z kolei trauma doznana w okresie dzieciństwa koreluje z obniżoną zdolnością do artykułowania uczuć i wysokim poziomem złości i agresji (Meares, 2000).

Na poziomie relacji międzyludzkich emocje spełniają rolę regulatora, pośredniczą w komunikacji. Emocje są „czynnikami aktywizującymi zachowania”, pozostają w interakcji zachodzącej między podmiotem a otoczeniem z uwzględnieniem relacji między różnymi sferami życia psychicznego samego podmiotu (Gasiul, 2007, s. 24). Złość jako część zdrowego narcyzmu, pozwala na regulację kontaktów interpersonalnych poprzez mobilizację do zadbania o własne prawa i potrzeby (Wiener, 1998). To dzięki emocjom możliwe jest natychmiastowe bezpośrednie przetwarzanie złożonych danych sytuacyjnych i podjęcie efektywnego działania. „Reakcje emocjonalne sygnalizują, które aspekty sytuacji są ważne, i tym samym stają się przewodnikiem w zakresie naszych potrzeb. Wskazują nam czego chcemy i pomagają określić, jakiego typu zachowania są adekwatne w danej sytuacji. Z czasem świadomość własnych emocji oraz uczenie się, jak nimi zarządzać i z nich korzystać daje poczucie stałości i pełni” (Elliot, Watson, Goldman, Greenberg, 2009, s. 11). Taka zdolność odczuwania, regulowania i adekwatnego wykorzystania emocji jest określana jako inteligencja emocjonalna (Elliot, Watson, Goldman, Greenberg, 2009).

Bardzo intensywne emocje mogą zdeorganizować funkcjonowanie człowieka, uniemożliwić prawidłowe przyswajanie i przetwarzanie informacji a także adekwatną reakcją (Sybilski, 2007). Emocje nieadaptacyjne pojawiają się przez skojarzenie z wcześniejszymi traumatycznymi doświadczeniami – są to wtórne reakcje emocjonalne, w których jedna reakcja emocjonalna jest zastępowana przez inną. Na przykład strach może być zastępowany przez złość, złość na siebie lub na innych. Adekwatna reakcja jest wówczas utrudniona. Mogą pojawiać się instrumentalne re-

akcje emocjonalne, które polegają na demonstrowaniu emocji w celu wywołania określonych reakcji. Może dziać się to na poziomie świadomym, jak i automatycznie, nawykowo: na przykład agresor może udawać gniew, aby przestraszyć osobę zdominowaną. Zadaniem terapii jest wydobywanie pierwotnych reakcji emocjonalnych jako przystosowawczych, prowadzących do konstruktywnych działań (Elliot, Watson, Goldman, Greenberg, 2009).

Zaburzenia związane ze złością jak dotąd nie zostały osobno sklasyfikowane w DSM-IV-TR czy ICD-10 np. jako chroniczna złość czy agresywne zachowania, są one częścią różnych zaburzeń tj: PTSD, zaburzeń osobowości, okresowych zaburzeń eksplozywnych (*Intermittent Explosive Disorder*), zaburzeń zachowania, zaburzeń odżywiania, depresji, zaburzeń lękowych (Norcross, Kobayashi, 1999). Złość może się przejawiać w postaci krytyki, narzekania, obmawiania, sarkazmu, przekory i być próbą wymuszenia zaspokojenia żądań lub próbą zwrócenia na siebie uwagi. Może też objawiać się w postaci wrogości, przemocy słownej i fizycznej – służyć przejęciu kontroli, poczuciu władzy i wyższości. Może też przejawiać się jako wściekłość, którą charakteryzuje to, że osoba nie jest w stanie kontrolować swoich zachowań (Fauteux, 2010).

Dysfunkcyjność sfery emocji może polegać na niechęci do przeżywania emocji i unikaniu ich (brak przystosowawczych informacji), ukrywaniu prawdziwych przystosowawczych reakcji emocjonalnych za innymi emocjami np. strachu czy gniewu. Przy problemach z regulacją emocji osoba może być zalewana przez bolesne emocje lub całkowicie zdystansować się i odciąć od nich. Nadmierna kontrola emocji prowadzi do zachowań kompulsyjnych, natomiast niedostateczna kontrola emocji do działań impulsywnych (Elliot, Watson, Goldman, Greenberg, 2009). S. Hayes na podstawie 100 badań wyciągnął wniosek, że wiele rodzajów zaburzeń emocjonalnych wynika z tendencji do unikania emocji i tłumienia doznań (za: Williams, Teasdale, Segal, Kabat-Zinn, 2009). Tłumienie emocji nasila zaburzenia somatyczne. Badania kobiet chorych na raka sutka potwierdzają ich większą skłonność do tłumienia gniewu i niepokoju (Lambley, 1995). Ponadto badania kobiet z nowotworem po leczeniu medycznym wykazały, że „kobiety, które radziły sobie wyrażając emocje, mniej cierpiały psychicznie i ich stan fizyczny i stan energii były lepsze (...), ekspresywne radzenie sobie działa jak narzędzie ożywiające aktywne radzenie sobie i duch walki” (Moorey, Greer, 2007, s. 76). Można przyjąć, że to H. Selye dał podwaliny pod współczesną psychoonkologię, badając wpływ stresu na fizjologię organizmu (Selye, 1963). Nasze myśli, przekonania, nasz sposób postrzegania wydarzeń życiowych, poprzez emocje oddziałuje na układ hormonalny i immunologiczny, wpływając w ten sposób na nasz stan zdrowia (Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 2006). Specyficzne relacje między stanami emocjonalnymi a ich fizycznymi przejawami widoczne są m.in. w postawie człowieka, ruchliwości, mimice. Stałe napięcie pociąga za sobą określone emocje (Skłodowska, 1996). W ciągu dwóch godzin po napadzie gniewu prawdopodobieństwo zawału jest dwukrotnie większe niż w sytuacji, kiedy osoba jest spokojna. Najczęściej zawałem kończy się gniew wywołany przez kłótnie rodzinne, konflikty w miejscu pracy oraz kłopoty natury prawnej. W zwalczaniu gniewu i zmniejszaniu jego fizycznych skutków może być pomocna relaksacja (Mittleman, MacLure, Sherwo-

od i inni, 1995 za: Maximin, Stevic-Rust i White Kenyon, 2002, s. 24-25, Lazarus, Lazarus, 2003, s. 114).

2. SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE ZŁOŚCIĄ W WYBRANYCH PODEJŚCIACH PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH

Podejście do emocji, które człowiek przeżywa, w toku rozwoju psychologii i psychoterapii było różne. Dla J.M. Charcota emocje pacjentek były jedynie symptomami do skatalogowania, a wypowiedzi „wokalizacjami”. Z. Freud i J. Breuer odkryli, że objawy hysterii ulegają złagodzeniu, jeśli traumatyczne wspomnienia oraz towarzyszące im intensywne emocje zostaną wydobyte z pokładów pamięci i ujęte w słowa (Freud, Breuer 2008, s. 20-21). Ta metoda leczenia znalazła się u podstaw nowoczesnej psychoterapii (Herman, 2002, s. 21-22). W psychoanalizie budowanie bezpiecznej i opartej na zaufaniu relacji terapeutycznej umożliwia pacjentowi wyrażanie trudnych emocji i uczuć, do tej pory blokowanych z powodu wczesnodziecięcych konfliktów z rodzicami. Przeżycie *katharsis* oraz „czynienie świadomym nieświadomego” ma stanowić korektywne doświadczenie emocjonalne zintegrowane ze świadomym funkcjonowaniem ego poprzez intelektualny wgląd w historię trudnych emocji.

Zjawisko *katharsis* jako proces terapeutycznej zmiany ma najdłuższą tradycję, bo już starożytni Grecy wierzyli, że wzbudzenie emocji jest jednym z najlepszych środków przynoszących ludziom ulgę i skłaniających ich do właściwego zachowania. Blokowanie, tłumienie emocji zgodnie z tymi założeniami będzie prowadziło do zaburzeń psychosomatycznych, a nawet choroby. Autorzy powołują się na szereg badań wskazujących, że „emocjonalne odreagowanie” jest jednym z czynników prowadzących do osiągnięcia zmiany w terapii (Prochaska, Norcross, 2006). Greenberg i Safran wskazują, że „wentylacja uczuć czy *katharsis* wydają się być efektywne jedynie, jeśli towarzyszy im przetwarzanie poznawcze (...) Uznają, że tworzenie nowego znaczenia, gdy emocje autentycznie przeżywa się, przynajmniej do nich i wyraża je, jest zasadniczym elementem terapeutycznej zmiany” (za: Moorey, Greer, 2007, s. 76) Systemy terapeutyczne uznające *katharsis* za istotę zmiany to: terapia psychoanalityczna, skoncentrowana na osobie, Gestalt, interpersonalna, implozyjna, rodzinna Satir i uwzględniająca różnice kulturowe. Również w psychodramie emocje (w tym złość) są rozładowywane poprzez *katharsis* i w ten sposób przyczyniają się nie tylko do odreagowania emocji, poczucia ulgi, ale również do uzyskania większego wglądu i zmiany (Roine, 1994). Bywa jednak, że uwalnianie złości może zwiększyć intensywność i ekspresję złości na zasadzie wzmacniania bodźców poprzez neurologiczne sprzężenie zwrotne. Katarktyczne uwalnianie złości może generować i wzmacniać negatywne myślenie i zachowanie. Z drugiej jednak strony w procesie terapeutycznym potrzebny jest pewien poziom pobudzenia emocjonalnego u pacjenta, aby wykształciły się nowe wzorce reagowania i nowe ścieżki neuronalne. Wtedy nowe wzorce reagowania mogą być zasymilowane i włączone w dotychczasowy system odpowiedzi emocjonalnej, a częste ich powtarzanie zwiększa prawdopodobieństwo ich uaktywnienia w sytuacjach pobudzenia emocjonalnego (Mayne, Ambrose, 1999). Badania pokazały, że „hydrauliczna teoria emocji” nie jest trafna, gdyż mówienie o myślach i uczuciach oraz ich ekspresja

po traumatycznym wydarzeniu nie jest korzystna, a wręcz powoduje psychologiczne szkody (Seery, Silver, Holman, Ence, Chu, 2008). Debriefing, który był stosowany dość powszechnie wśród osób po wydarzeniach traumatycznych, w depresji, problemach małżeńskich czy agresywnych zachowaniach okazał się nieskuteczny, a wręcz w niektórych wypadkach szkodliwy (Sijbrandij, Olff, Reitsma, Carlier, Gersons, 2006). Można przyjąć, że „zasadę ogólną stanowi: gdy afekt jest nadmierne modulowany, wymagane jest zaangażowanie emocjonalne i ekspresja, lecz gdy afekt jest zbyt mało modulowany potrzebne są techniki poznawcze i behawioralne”, pozwalające zapanować nad nim (Moorey, Greer, 2007, s. 77).

W podejściu zorientowanym na osobę Carla Rogersa ważnym elementem procesu terapeutycznego jest akceptacja, która pozwala pacjentowi na uświadomienie i zintegrowanie zniekształconych doświadczeń w kontekście jego rozwoju. Terapeuta poprzez odzwierciedlanie i trafną empatię stara się otwarcie wyrazić i nazwać uczucia pacjenta, co ma pomóc pacjentowi w uświadamianiu i integrowaniu tych uczuć. Poprzez akceptację terapeuty pacjent jest w stanie przyjąć negatywne uczucia i zintegrować je z własnym Ja bez zagrożenia dla poczucia własnej wartości (Rogers 2002). „Część pracy klienta polega na pozostawianiu z wyłaniającymi się emocjami – pomimo wzbudzanego przez nie lęku i mobilizacji reakcji służących obronie przed takimi zagrażającymi doznaniem” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 163). Stopniowe wyrażanie i akceptowanie swoich uczuć prowadzi człowieka do większego zaufania swoim odczuciom. Dzięki temu może to być wewnętrzną podstawą kierowania życiem zamiast ulegania zniekształceniom, aby dostosowywać się do systemów wartościowania wyuczonych w toku wychowania. Terapeuci zorientowani na osobę podkreślają prymat uczuć w poszerzaniu świadomości klienta w terapii. Terapeuci, którzy są autentyczni, wypowiadają się szczerze, odwołują się do własnych silnych odczuć wyzwalają również u klientów ekspresję emocji. Nie bez powodu w terapii zorientowanej na osobę uznaje się relację za główny czynnik powodujący zmianę (Gelso, Hayes, 2004, s. 217).

Terapie egzystencjalne stawiają na autentyczność reakcji. R. May podkreśla konieczność zwrócenia uwagi na uzdrawianie uczuć, dzięki czemu możliwy jest właściwy rozwój człowieka (May, 2011). W tym podejściu egzystencjalnym wypieranie emocji jest rozumiane jako „kłamanie-dla-siebie” w celu podtrzymania nieprawdziwego, wyidealizowanego obrazu siebie. Autentyczność jest rozwiązaniem, a ekspresja przeżywanych emocji prowadzi do prawdziwego obrazu siebie. „Wrogość może wywoływać lęk egzystencjalny i skłaniać nas do kłamstwa; mówimy wówczas sobie i innym, że nigdy się nie złościmy” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 127). Konsekwencją przyjęcia takiej postawy może być izolacja, gdyż wchodzenie w relacje interpersonalne, szczególnie te bliskie nieuchronnie prowadzi do pojawienia się emocji. „Odcięcie się od własnej agresji może również prowadzić do przygnębienia i pustki, ponieważ w ten sposób odcinamy jedno z naszych cieleśnych źródeł swojej życiowej siły” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 127). I choć intuicyjnie założenie to wydaje się słuszne, to badania empiryczne podważyły hipotezę, że depresja (kobieca) wynika z powodu tłumienia złości. Kobiety z depresją mają wyższy poziom złości niż kobiety niedepresyjne, a silne wyrażanie gniewu jest związane ze wzrostem symptomów depresji (Mayne, Ambrose, 1999).

M.R. Basco przytacza łatwość wpadania w złość jako jeden z objawów manii w postaci umiarkowanej. Złość pojawia się również w sytuacji kiedy depresja powraca po raz kolejny. Złość na fakt bycia chorym zmuszonym do zmagania się z kolejnym epizodem depresji (Basco, 2008, s. 56, 81). Egzystencjaliści zwrócili uwagę, że przyzwolenie do niekontrolowanego wyrażania złości i wrogości bywa próbą zaspokojenia potrzeby władzy: „Bywa, że człowiek wybiera wrogość, by zanegować własną skończoność; może wówczas być bogiem i decydować, kto będzie żył, a kto umrze” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 127) Niejednokrotnie taką właśnie motywację można znaleźć u seryjnych morderców, ale nie tylko. Dla przykładu w rozszerzonym samobójstwie zdradzona żona może zabić dziecko i siebie, aby ukarać męża. „Bliscy również niejednokrotnie pojmują samobójstwo jako przejaw agresji wymierzonej przeciwko sobie i często nie myślą się. W każdym bowiem samobójstwie jest pewna doza pragnienia zabicia kogoś przez własną śmierć, wymierzenia kary za obojętność, zdradę, urazy, konflikty” (Pilecka, 2004, s. 142).

W terapii Gestalt możemy znaleźć odbicie wcześniej wspomnianych podejść psychologicznych. Rozwojowym zadaniem osoby jest wyjście z neurotycznego, niedojrzałego świata poprzez uświadomienie i zrezygnowanie z fałszywych ról, nawyków i zintegrowanie odszczepionych części siebie. Wiąże się to z autentycznym wyrażaniem swoich potrzeb, emocji i pokonaniem lęku, że „jeśli staną się prawdziwie ludzcy, stracą miłość i aprobatę innych” (Mellibruda, 2009, s. 197) Kreatywne doświadczenie emocjonalne w Gestalcie to praca ze snem oraz dramatyczne rozładowanie napięcia w pracy grupowej. Duży nacisk kładziony jest na domykanie niedokończonych tematów, spraw z przeszłości. Podobnie jak w psychodramie polega to na wzbudzaniu intensywnych emocji, odkrywaniu i wyrażaniu niewyrażonej wcześniej potrzeby, co poszerza pole świadomości i prowadzi do zmiany. F. Perls jako terapeuta zorientowany na działanie unikał nadmiaru słów, a zachęcał aby pacjent aktywnie, poprzez działanie wyrażał swoje emocje np. złość poprzez krzyk, kopanie, uderzanie pięściami. Proces terapeutyczny ma doprowadzić do eksplozji uczuć, przywrócić równowagę emocjonalną i pozwolić na odkrywanie autentycznej osobowości i prawdziwej jaźni: „Opis eksplozyjnego wychodzenia z neurotycznego świata przypomina opis ekstatycznego doświadczenia *katharsis*. Potężne uwolnienie emocji gniewu, orgazmu, radości i smutku ma zapewnić głębokie poczucie pełni i człowieczeństwa” (Mellibruda, 2009, s. 193).

W analizie transakcyjnej, która patrzy na człowieka przez trzy stany ego (Dziecko, Dorosły, Rodzic) niewyrażanie złości jest interpretowane jako podporządkowanie się regułom wpojonym w toku wychowania tj. *nie złość się, nie okazuj uczuć*. Wyrażanie złości jest wtedy łamaniem tych reguł i wzbudza lęk, gdyż w przeszłości było jednoznaczne z wycofaniem *glasków* rodzica. Natomiast trudność w kontroli złości, niepohamowana jej ekspresja może być rozumiana jako funkcjonowanie w stanie Dziecka, który jest stanem impulsywnym, irracjonalnym, spontanicznym, szczególnie jeśli pozostałe dwa stany są słabo wyrażone (Paul-Cavaliere, 1996).

Praktyczne zastosowanie analizy transakcyjnej i terapii Gestalt do rozwiązywania problemów związanych ze złością prezentuje W.G. DeFoore. Uważa on, że przyczyną problemów ze złością jest jej tłumienie. Widzi złość jako konsekwencję niezaspokojonych potrzeb z dzieciństwa, często tłumioną ze względu na karzącą

lub odrzucającą postawę opiekunów wobec manifestacji złości dziecka. Z pierwotnej potrzeby kochania i bycia kochanym wynika wiele zranień, świat i rodzice nie są doskonali, wobec urazów powstaje złość. Jeśli powstrzymujemy złość, tłumimy strach i ból – blokuje to przepływ energii emocjonalnej. Upośledza to naszą zdolność doświadczania pozytywnych uczuć, w tym miłości. Powstrzymywaniu uczuć towarzyszy napięcie, irytacja, ból fizyczny. Wyładowywanie napięcia i ulga odczuwana w czasie zachowań agresywnych powoduje dobre samopoczucie na poziomie fizycznym, mimo że może pozostawać ból emocjonalny. Przyjemne odczucia kojarzone z dysfunkcyjnym, agresywnym zachowaniem mogą prowadzić do uzależnienia od takiego zachowania i cyklu przemocy (agresja, przeprosiny, narastanie frustracji i napięcia, agresja). Niestety bezpiecznym środowiskiem dla aktów agresji często bywa dom rodzinny, a wybuchy agresji wzbudzają poczucie siły i skuteczności.

Rozwiązanie W. DeFoore'a to bezpieczna ekspresja tłumionej złości oraz zdrowe jej wyrażanie. Autor proponuje dotarcie do pokładów niewyrażonej złości, ekspresywne jej wyrażenie, a następnie zatroszczenie się o swoje wewnętrzne Dziecko (to z przeszłości z niezaspokojonymi potrzebami i aktualne wewnętrzne Dziecko). Proces ten polega na wyobraźniowym ukojeniu wewnętrznego Dziecka, wyobraźniowym i symbolicznym zauważeniu i zaspokojeniu potrzeb, a w konsekwencji do pełnej integracji wewnętrznej. Zdrowe wyrażanie złości jest aktywnością zmierzającą do rozwiązania sytuacji lub zaspokojenia potrzeby. Dla przykładu osoba dała wywiad do gazety, później czyta treść która jest karykaturą jej wypowiedzi, narasta złość, zdrowym jej wyrażeniem będzie kontakt z redakcją i stanowcza prośba o zamieszczenie sprostowania i przeprosin. Niezdrowymi sposobami mogłoby być obgadywanie redakcji i dziennikarki, narzekanie, robienie z siebie ofiary, uzalanie się nad sobą, złośczenie się na siebie w kontekście: *żałuję, że zgodziłem się na ten wywiad jaki jestem głupi*. Zdrowa złość to „(...) czysta, surowa energia uczucia, skierowana w działanie nastawione na osiągnięcie pożądanego celu. Objawia się jako stanowczość, determinacja, entuzjazm, jasność, koncentracja, energia, napęd, konsekwencja, hart ducha, odwaga, męstwo, zaangażowanie, wytrwałość, odporność. Zdrowej złości zawsze towarzyszy humor i miłość, mądrość i inteligencja” (DeFoore, 2004, s. 269). Autor wskazuje, że złość jest ważnym czynnikiem zdrowego systemu granic i poczucia bezpieczeństwa. Jeśli nie wykorzystujemy konstruktywnie złości, to jesteśmy bardziej podatni na zranienia, które uniemożliwiają nam bliskość z ludźmi: „Cud prawdziwej bliskości z drugą osobą może stać się naszym doświadczeniem jedynie wtedy, gdy stworzymy głęboką bliskość z sobą samym, otwarcie i uczciwie uznając i wyrażając wszystkie nasze emocje” (DeFoore, 2004, s. 99). Poradzenie sobie ze złością można zilustrować następującym przykładem. Pewien menedżer postawiony został w okresie przed emeryturą w bardzo niekorzystnej sytuacji – został zwolniony z pracy, z niejasnych przyczyn, w jego odbiorze w sposób dla niego krzywdzący. Pracował dla firmy od początku, zawsze chwalony i doceniany a to niespodziewane zdarzenie stało się zupełnie niezrozumiałe (*Jak można tak zrobić? Tak człowieka potraktować; odchodzi, ale jak. Nie godzi się tak zachowywać w stosunku do mojej osoby. Nikogo tak nie można potraktować. Nie mogę tego tak zostawić*). Powstała złość na tę sytuację i niesprawiedli-

we zachowanie konkretnych osób reprezentujących korporację. Mógł zdusić złość i uznać ich wyższość – tak doradzali mu inni. Takie postępowanie mogłoby doprowadzić do frustracji, obniżenia poczucia własnej wartości, autoagresji lub agresji wobec innych, a w szczególności wobec bliskich osób. Mógł wreszcie dać upust swojej złości wobec osób odpowiedzialnych za niesprawiedliwość. Złość jednak stała się dla menedżera źródłem siły, mobilizacji. Postanowił wnieść do sądu powództwo przeciwko korporacji. Został wychowany w poczuciu troski i respektu dla sprawiedliwego odnoszenia się do innych osób, dlatego zwolnienie go z pracy odebrał jako zachowanie zasługujące na odpowiednią reakcję. Sytuacja zakończyła się osobistą satysfakcją i spektakularnym sukcesem, wzmacniając poczucie własnej wartości osoby i utwierdzając w potrzebie podejmowania konkretnych działań wobec wyzwań jakie niesie życie.

Terapia schematów J. Younga jest podejściem integrującym elementy terapii poznawczej, behawioralnej, relacji z obiektem i terapii Gestalt. Została stworzona na potrzeby pracy z osobami z zaburzeniami osobowości, chronicznej depresji. Między innymi stosuje się ją u osób z zaburzeniami borderline. Pacjenci ci są identyfikowani jako jedni z trudniejszych do leczenia ze względu na intensywne emocje, które pojawiają się w procesie terapeutycznym. Pacjenci z zaburzeniami borderline często dorastali w niekorzystnej atmosferze wychowawczej, uczyli się, że nie mogą okazywać prawdziwych uczuć, że za okazywanie uczuć może ich spotkać kara – liczy się tylko zdanie opiekuna. W konsekwencji brak im umiejętności asertywnego, adekwatnego sposobu wyrażania emocji (Arntz, 1994). Dorosli z osobowością z pogranicza „(...) boją się z jednej strony porzucenia, a z drugiej dominacji, oscylują między skrajnościami. Kurczowym trzymaniem się drugiej osoby i wycofaniem, totalnym poddaniem i wściekłym buntem” (Herman, 2002, s.135). Według metody aktywnego stylu schematów J. Younga jednym ze schematów występujących u tych osób jest styl rozszoszczonego/impulsywnego dziecka. Ponieważ pacjent w innych stylach często tłumi swoje potrzeby ten styl jest aktywowany, kiedy nie jest on w stanie dłużej znosić frustracji. Wtedy agresywnie i impulsywnie dąży do ekspresji emocji i zaspokojenia swoich potrzeb. W tym stylu pacjent jest wzburzony, roszczeniowy, obelżywy, próbuje manipulować, jest lekkomyślny. Pojawiają się również groźby i zachowania samobójcze. Zadaniem terapeuty jest skorzystanie ze strategii ustalania granic i nauczenie pacjenta bardziej adekwatnych sposobów radzenia sobie ze złością. W stylu karzącego rodzica pacjent kieruje zinternalizowaną złością opiekunów na siebie, co przejawia się w odrazie do siebie, nienawiści, wściekłości na siebie samego. Pacjent w tym stylu sam staje się karzącym, odrzucającym rodzicem. Nierzadko ucieka się do zachowań autodestrukcyjnych, samo-okaleczenia, fantazji samobójczych. Zadaniem terapeuty jest pomoc w odrzuceniu przekazu karzącego rodzica i budowanie szacunku do samego siebie. Autor zwraca uwagę, że terapeuta, aby uniknąć negatywnych emocji wobec pacjenta, powinien na niego patrzeć jak na wrażliwe dziecko poszukujące rodzica (Young, Klosko, Weishaar, 2003).

Szeroko omawianym problemem jest wzajemne negatywne oddziaływanie pomiędzy pacjentem z zaburzeniami borderline a personelem leczącym. Personel często doświadcza poczucia złości i frustracji w związku z brakiem skuteczności sto-

sowanych metod terapeutycznych, a także zaburzonymi zachowaniami pacjenta, które mogą być interpretowane jako celowe manipulacje czy zachowania wrogie. Uczucia i postawy zrodzone z takiej interpretacji są przenoszone na pacjentów i potwierdzają ich dysfunkcjonalne założenia, umacniają brak zaufania do personelu i prowokują wymierzenie kary. W takich okolicznościach istnieje większe ryzyko pojawienia się zachowań autoagresywnych, impulsywnych czy prób samobójczych (Swenson, Sanderson, Dulit, Linehan, 2001). Zarówno w terapii proponowanej przez J. Younga, jak i w dialektycznej terapii behawioralnej M. Linehan nowatorskie jest podejście do pacjenta, jako do szczerze potrzebującego pomocy. Takie podejście wyzwala u terapeuty prawdziwe współczucie i przekierowuje uwagę na znaczenie relacji terapeutycznej, nie generuje negatywnych emocji (Pieters, Vermote, 2002).

W terapii systemowej V. Satir koncentrowała uwagę na komunikowanie uczuć w rodzinie (Satir, 2000). Zachęcała „(...) klienta do wyrażania raczej pierwotnego uczucia doznanej krzywdy, a nie uczuć wtórnych tj. złość lub zazdrość. Uczucia wtórne jak złość mogą być dla rodziny dysfunkcyjne, podczas gdy ekspresja poczucia krzywdy niemal zawsze pomaga im w tworzeniu takich reguł dotyczących relacji, jakie zapewniają więcej wsparcia i troski” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 421).

Terapie uwzględniające różnice związane z płcią i kulturą zakładają, że zdrowa ekspresja gniewu, czy złości jest zasadniczym aspektem terapii. Celem terapeuty jest ułatwienie ekspresji uczuć, przepracowanie ich i konstruktywne wykorzystanie. „Tłumiona złość z powodu dyskryminacji i alienacji kulturowej często ujawnia się wtedy, gdy pacjenci uświadamiają sobie negatywny wpływ kultury dominującej, którą kiedyś tak wysoko cenili – na ich system przekonań i relacje interpersonalne. Ważne jest, aby klienci wywodzący się z mniejszości wyrażali tę złość i uświadamiali sobie, że jest reakcją normalną i usprawiedliwioną” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 484).

Terapia implozywna polega na koncentrowaniu pracy na sytuacji trudnej, wywołującej silne emocje, prowokowaniu wyobrażeń intensyfikujących emocje oraz trwaniu i pełnym przeżywaniu intensywnych emocji do czasu samoistnego ich wygaśnięcia (Stampfl, Levis, 1967). Podejście to wyrosło z psychologii behawioralnej i psychoanalitycznej. Zakłada, że u źródeł psychopatologii leży unikanie (w tym też unikanie złości), więc zaburzenia najlepiej leczyć poprzez ekspozycję na cierpienie emocjonalne. Złość, jako nieakceptowane uczucie, może wywoływać lęk i reakcję unikania, rozwiązaniem terapeuty implozyjnego będzie wyobrażanie skrajnych sytuacji prowokujących złość i wytrwanie w nich, aż do momentu habituacji – redukcji lęku. To podejście dobrze sprawdza się w zaburzeniach lękowych i PTSD.

W modelu poznawczo-behawioralnym terapeuta postrzega złość jako połączony zestaw wzorców reakcji poznawczej, emocjonalnej, fizjologicznej i behawioralnej. Według takiej perspektywy wzorce te mogą być przekształcane w procesie uczenia się i warunkowania. Badania wykazały skuteczność technik behawioralnych i poznawczo-behawioralnych w leczeniu zaburzeń związanych ze złością u dorosłych. Istnieje wiele technik, które są do tego wykorzystywane: progresywna relaksacja mięśniowa, trening radzenia sobie ze złością, systematyczna desensytyzacja, trening asertywności, trening rozwiązywania problemów, restrukturyzacja

poznawcza, trening autoinstrukcji (Prochaska, Norcross, 2006). Treningi umiejętności faktycznie mogą być pomocne przy problemach związanych ze złością jeśli rozważymy hipotezę, według której tłumienie emocji w dzieciństwie doprowadza do niewykształcenia umiejętności konstruktywnej ekspresji i kontroli złości (Fau-teux, 2010). Interesująca i bardzo konkretna wydaje się być opracowana przez Alberta Ellisa w 1955 r. racjonalno-emotywna terapia behawioralna złości (REBT). Terapia ta zakłada szukanie realistycznych rozwiązań problemów, które powodują złość i równie realistycznego wcielania ich w życie (Ellis, 1997).

D.D. Burns jako reprezentant modelu poznawczo-behawioralnego wskazuje, że można spotkać dwie koncepcje radzenia sobie z gniewem. Pierwsza, to kierowanie go do wewnątrz, tłumienie, co prowadzi do wielu niekorzystnych procesów fizjologicznych i w efekcie do choroby. Druga, to wyrzucanie emocji na zewnątrz, co prowadzi do problemów interpersonalnych. Oczywiście wtedy, jeśli gniew jest wentylowany impulsywnie, poprzez zachowania agresywne czy autodestrukcyjne. Autor, rozważając obie powyższe mało satysfakcjonujące opcje, proponuje trzecią – „przestań tworzyć swoją złość”. Nawiązuje w ten sposób do koncepcji poznawczej wskazując, że to interpretacja – nadanie znaczenia sytuacji wywołuje złość. Kluczowe w tym podejściu jest odnalezienie błędów poznawczych, leżących u podłoża dysfunkcyjnych interpretacji. Autor proponuje na początek uczynić bilans zysków i strat gniewnych zachowań, aby zyskać motywację do zmiany. Następnie w chwili gniewu proponuje zapis „rozzłoszczonych” myśli i zestawianie ich z racjonalnymi „chłodnymi” myślami. W przypadku agresywnych fantazji, które według autora wzmacniają i przedłużają złość, proponuje wyobrażenia przemocy zastąpić wyobrażeniami śmiesznymi w celu zmiany zabarwienia emocjonalnego, np. zamiast wyobrażać sobie jak rozbijamy komuś nos pięścią, wyobrażamy sobie tę osobę nago, w dziecięcej pieluszcze przechadzającą się ulicami miasta. Inną techniką jest po prostu odwracanie uwagi od agresywnych wyobrażeń, np. poprzez rozmowę, obejrzenie gazety. Proponuje „precyzyjną empatię” polegającą na trudzie zrozumienia zachowania osoby, która nas zirytowała. Jeśli odrzucimy błędy poznawcze i wyjdziemy poza sztywne schematy myślenia, koncentrując się na faktach i na realnych motywach zachowań innych osób poprzez empatię, to może się okazać, że znacznie trudniej jest nadać sytuacji takie znaczenie, które będzie wywoływało w nas złość. Dla przykładu wyobraźmy sobie, że samochód zajeżdża nam drogę, możemy wściec się, jeśli założymy, że ten kierowca – „osioł” (etykietytowanie), zupełnie się z nami nie liczył i zrobił to złośliwie (generalizowanie, jasnowidzenie) lub przyjąć to neutralnie jeśli przyjmiemy, że nie wiemy dlaczego ten kierowca się tak zachował, być może nas nie zauważył, jest zmęczony lub zdenerwowany i dla własnego bezpieczeństwa zachowamy większy odstęp od tego samochodu. Istotną uwagą jest też wskazanie na źródło złości, którym często bywa niskie poczucie własnej wartości, praca nad tym obszarem może wtedy być bardzo wnosząca w problem odczuwania i kontroli złości (Burns, 1999). Badania pokazują, że osoby o wyższym i stabilnym poczuciu własnej wartości i jasnym obrazie siebie mają niższy poziom złości i wrogości, rzadziej odczuwają złość (Bond, Ruaro, Wingrove, 2006).

A.T. Beck i współpracownicy zwrócili uwagę, że pacjenci z niską tolerancją frustracji postrzegają siebie jako słabych i bezbronnych. Każda przeszkoda na ich drodze do celu powoduje bezsilność. Inni, którzy nie spełnili oczekiwań czy powinności stają się odpowiedzialni (błąd atrybucji) za porażkę, ból i cierpienie. Dramatyzmu dodają sztywne mechanizmy poznawcze takie jak myślenie dychotomiczne i generalizowanie. Ktoś wtedy stwierdza: *nigdy mi się nic nie udaje, on zawsze robi mi na złość*. W konsekwencji pojawia się złość i wściekłość, wzrost ogólnego napięcia. Ukaramie „winowajcy” bywa wtedy kompensacją zranionego poczucia własnej wartości. Pacjent przestaje być bezradny i słaby kiedy może wyrządzić krzywdę innym. Powstaje poczucie władzy i mocy likwidujące poczucie bezsilności (*jestem bezradny – naprawdę mam siłę*). A. Beck zaproponował czteroetapową kontrolę złości, która polega na nauce rozpoznawania sygnałów zwiastujących złość tj.: objawy fizjologiczne (napięcie ciała, uczucie gorąca), obserwację tonu głosu (zmiana na wolny i cichy sposób mówienia, jeśli ton staje się podniesiony). Jeśli złość się nasila wskazane jest milczenie do czasu zmniejszenia napięcia lub wyjście z pomieszczenia. Osoba ma pozostawać poza sytuacją konfliktową do wygaśnięcia uczucia złości. Można wspomóc się przy tym techniką odwracania uwagi na poziomie poznawczym lub wyładowaniem fizycznym nagromadzonego napięcia poprzez aktywność fizyczną. Złość często pojawia się w sytuacji poczucia bezradności i nieadekwatności. Można spróbować prześledzić i zapoznać pacjenta z modelem jego reakcji np. *jestem bezradny – łatwo mnie zranić/kontrolować – on mnie wykorzystał – muszę się bronić – złość i agresja*. Niezbędna jest praca nad wzmocnieniem poczucia własnej wartości tak, aby nie było konieczne tworzenie swojego pozytywnego wizerunku przez wyrażanie złości (*pokazałem mu, że musi się ze mną liczyć*). Pomocny bywa również trening asertywności i trening rozwiązywania problemów wyrównujący deficyty w zakresie umiejętności społecznych czy trening odraczania gratyfikacji (Beck, Wright, Newman, Liese, 2007). Wyżej wymienione treningi warto również byłoby włączać w profilaktykę uzależnień, gdyż badania młodzieży szkół średnich wykazały, że poziom złości jest dobrym predykatorem ryzyka nadużywania środków psychoaktywnych (Nichols, Mahadeo, Bryant, Botvin, 2008).

W podejściu opartym na uważności „samym sednem procesu zdrowienia i uzdrawiającego gestem wobec samych siebie jest łagodna, życzliwa akceptacja wszystkiego, co znajdujemy pośród naszych trudności” (Williams, Teasdale, Segal, Kabat-Zinn, 2009, s. 209)

Jedną z odmian terapii opartych na uważności jest ACT – Terapia Akceptacji i Zaangażowania. Istotą tej terapii jest rozpoznawanie przyczyn złości oraz rozpoznawanie i akceptowanie gniewnych uczuć i myśli bez oddziaływania na nie. „Istotą terapii ACT jest pozwolenie sobie na odczuwanie tego, co boli, a jednocześnie takie działanie, które jest skuteczne i według własnej oceny ważne” (Eifert, McKay, Forsyth, 2008, s.18). Autorzy negują, by ekspresja uczucia złości przynosiła ulgę, czy też następowało *katharsis*, uważają oni, że ekspresja złości prowadzi do eskalowania tego uczucia i konfliktów interpersonalnych, gdzie cyklicznie powtarza się złość, upust złości, poczucie winy, przeprosiny, złość itd. Według nich dawanie upustowi złości nawet na rzeczach martwych, takich jak: materac czy

poduszka prowadzi do utrzymania wrogiej postawy i utrzymywania negatywnych emocji dłużej.

Złość może być również reakcją terapeuty na pracę z trudnym klientem. „Dla terapeuty pracującego z trudnym klientem poczucie bezradności jest czymś nieuniknionym; dotyczy to również uczucia złości, bezbronności, a czasem nawet nienawiści” (Kottler 2003, s. 143) Złość może być sygnałem, że coś dzieje się w relacji terapeutycznej; może być oznaką frustracji i bezradności terapeuty (reakcja na opór pacjenta); sygnałem do ustalenia i przestrzegania granic w relacji terapeutycznej; oznaką mechanizmu przeniesienia; reakcją na zamaskowaną złość klienta lub rezultatem moralnego sprzeciwu (Potter-Efron, Potter-Efron, 1994, s. 264-267).

Przedstawione powyżej zagadnienie doświadczania złości w wybranych podejściach psychoterapeutycznych wskazuje na wieloaspektowość tego zjawiska. Wymienione podejścia pozwalają lepiej zrozumieć człowieka reagującego złością i proponują różne techniki radzenia sobie z tym problemem. Terapeuta może pomóc osobie doświadczającej złości poprzez ograniczanie wyzwalań reakcji złości, co jest procesem dłuższym i bardziej żmudnym lub w lepszej regulacji ekspresji złości, co można osiągnąć w krótszej perspektywie czasowej terapii. W pierwszym podejściu wypracowywana jest nowa reakcja na bodźce wywołujące złość, jakkolwiek silne bodźce mogą nadal uruchamiać wcześniejsze, niekonstruktywne wzorce reagowania. Druga forma pomocy uczy klienta regulowania ekspresji złości na wszystkich płaszczyznach: fizjologicznej, poznawczej, behawioralnej i społecznej. Taki sposób działania wpływa nie tylko na zewnętrzne oznaki złości, ale również na kształtowanie wewnętrznego mechanizmu regulacji złości. Poprzez kontrolowanie myśli, pobudzenia, zachowania powstającego ze złości można kontrolować ogólny proces narastania złości. Jeżeli nie można zapobiec reakcji to przynajmniej można zmniejszyć jej intensywność i czas trwania. Relaksacja może być najprostszą formą pomocy w leczeniu zaburzeń związanych ze złością. Niezależnie jednak od podejść wielkie znaczenie przypisuje się relacji terapeutycznej podtrzymującej zaangażowanie pacjenta w leczenie, dającej poczucie satysfakcji z kontaktu i poszerzenia świadomości (Mayne, Ambrose, 1999).

BIBLIOGRAFIA

- Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive – behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32(4), 419-430.
- Basco, M.R. (2008). *Zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Podręcznik pacjenta. Jak opanować wahania nastroju?* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, A.T. Wright, F.D. Newman, C.F. Liese, B. S. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bond, A.J., Ruaro, L., Wingrove, J. (2006). Reducing anger induced by ego threat: Use of vulnerability expression and influence of trait characteristics. *Personality and Individual Difference*, 40, 1087-1097.
- Brondolo, E., DiGiuseppe, R., Tafrate, R.C. (1997). Exposure – Based Treatment for Anger Problems: Focus on the Feeling. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 75-98.

- Burns, D.D. (1999). *Radość życia. Terapia zaburzeń nastroju*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Currie, M. (2004). Doing Anger Differently: A Group Percussion Therapy for Angry Adolescent Boys. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(3), 275-291.
- DeFoore, W.G. (2004). *Złość. Opanuj ją, uzdrawiaj nią, powstrzymaj ją, zanim cię zadrepczy na śmierć*. Warszawa: Dom Wydawniczy Bellona.
- Eifert, G.H., McKay, M., Forsyth, J.P. (2008). *O złości inaczej. Jak żyć pełnią życia i w zgodzie z własnymi uczuciami. ACT – Terapia Akceptacji i Zaangażowania*. Gdańsk: Wydawnictwo Anwero.
- Elliot, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., Greenberg, L.S. (2009). *Psychoterapia skoncentrowana na emocjach. Wprowadzenie do praktyki i szkolenia psychoterapeutów*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Ellis, A. (1997). *Jak opanować złość zanim ona opanuje ciebie*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Fauteux, K. (2010). De – Escalating Angry and Violent Clients. *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 195-213.
- Freud, Z., Breuer, J. (2008). *Studia nad histerią*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Gasiul, H. (2007). *Teorie emocji i motywacji*. Warszawa: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Gelso, Ch., J., Hayes, J.A. (2004). *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Herman, J.L. (2002). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kaplan, F.F. (1996). Positive images of anger In an anger management workshop. *The Arts in Psychotherapy*, 23(1), 69-75.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne* (2000). Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kottler, J.A. (2003). *Opór w psychoterapii. Jak pracować z trudnym klientem?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR* (2008). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Lambley, P. (1995). *Psychologia raka. Jak zapobiegać, jak przeżyć*. Warszawa: Wydawnictwo Książka i Wiedza.
- Larsen, E. (2000). *Od gniewu do przebaczenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lazarus, A.A., Lazarus, C.N. (2003). *Terapia w pigułce*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Leifer, R. (1999). Buddhist Conceptualization and Treatment of Anger. *Journal Clinical Psychology*, 55(3), 339-351.
- Linn, M. SJ, Linn, D. SJ (2010). *Uzdrawianie ludzkich zranień poprzez pięć etapów przebaczenia*. Kraków: Wydawnictwo M.

- Maximin, A., Stevic-Rust, L., White Kenyon, L. (2002). *Choroby serca. Powrót do zdrowia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- May, R. (2011). *Miłość i wola*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Mayne, T.J., Ambrose T.K. (1999) Research Review on Anger In Psychotherapy. *Psychotherapy in Practice*, 55(3), 353-363.
- Meares, R. (2000). *Intimacy and Alienation: Memory, Trauma and Personal Being*. London: Routledge.
- Mellibruda, J. (2009). *Teoria i praktyka terapii gestalt*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Moorey, S., Greer, S. (2007). *Terapia poznawczo-behawioralna osób z chorobą nowotworową*. Gdynia: Alliance Press.
- Nichols, T.R., Mahadeo, M., Bryant, K., Botvin, G. J.(2008). Examining Anger as a Predictor of Drug Use Among Multiethnic Middle School Students. *Journal of School Health*, 78(9), 480-486.
- Norcross J. C., Kobayashi M. (1999). Treating Anger in Psychotherapy: Introduction and Cases. *Journal Clinical Psychology*, 55(3), 275-282.
- Paul-Cavalier, F.J.(1996). *Wizualizacja. Od obrazu do działania*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Pieters, G., Vermote, R. (2002). In-patient treatment of borderline personality disorder: convergences and divergences between a psychoanalytical and cognitive – behavioral approach. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 81-84.
- Pilecka, B. (2004). *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Potter-Efron, R.T., Potter-Efron, P.S. (1994). *Złość, alkoholizm i inne uzależnienia*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza trans teoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Reber, A.S. (2000). *Słownik psychologiczny*.
- Rogers, C. (2002). *Sposób bycia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Roine, E. (1994). *Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*. Opole: Wydawnictwo Kontakt.
- Seery, M.D., Silver, R.C., Holman, E.A., Ence, W.A., & Chu, T.Q. (2008). Expressing thoughts and feelings following a collective trauma: Immediate responses to 9/11 predict negative outcomes in a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 657-667.
- Selye, H. (1963). *Stres życia*. Warszawa: PZWL.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlie, r I.V.E., Gersons B.P.R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. *British Journal of Psychiatry*, 189, 150-155.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., Creighton, J.L. (2006). *Triumf życia*. Łódź: Wydawnictwo JK.
- Skłodowski, H. (1996). Wpływ funkcji organizmu na stany emocjonalne człowieka. W: *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec*

- zagrożenia i wyzwania cywilizacyjnych współczesnego świata* (s. 147-172), Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Stampfl, T.G., Levis, D.J. (1967). Essentials of implosive therapy: a learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72(6), 496-503.
- Swenson, C.R., Sanderson, C., Dulit, R.A., Linehan, M.M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), 307-324.
- Sybilski, Z. (red.) (2007). *Dezaktywizacja i aktywizacja emocji w psychoterapii*. Inowrocław: Wydawnictwo Druk – Intro S.A.
- Wiener, J. (1998). Under the Volcano: varieties of anger and their transformation. *Journal of Analytical Psychology*, 43, 493-508.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., Kabat-Zinn J. (2009). *Świadomą drogą przez depresję. Wolność od chronicznego cierpienia*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

ELŻBIETA ARANOWSKA¹
JOLANTA RYTEL²
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

STRUKTURA CZYNNIKOWA KWESTIONARIUSZA AGRESJI BUSSAI PERRY'EGO (BPQA) W POPULACJI POLSKIEJ³

Factorial structure of the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPQA) in Polish population

Abstract

Aggression can be evaluated in a variety of ways. Among the self-reported measures, the Buss-Durkee Hostility Inventory (Buss, Durkee, 1957) has been one of the most popular questionnaire. On the basis of this previous work, Buss and Perry proposed a psychometrically improved and updated measure of aggression: The Aggression Questionnaire (Buss, Perry, 1992). The Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPQA) has quickly become the gold-standard for the measurement of aggression. The original version of the BPAQ contains 29 items and is designed to assess four dispositional components of aggression: Physical Aggression, Verbal Aggression, Anger, and Hostility. However, the BPAQ scale has been extensively validated, the validation focused, mainly, on samples of college students. In this study, exploratory and confirmatory models were evaluated among a sample of 3990 Polish participants (aged from 10 to 79 years). A 5-factor structure resulted in the exploratory analysis and 5-factor structure showed acceptable fits in confirmatory analyses. Implications and limitations of these solutions are discussed.

Key words: Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPQA), aggression

¹ Adres do korespondencji: aranela@onet.pl

² Adres do korespondencji: j.rytel@uksw.edu.pl

³ Autorki gorąco dziękują dr. Jackowi Morawskiemu (Instytut AMITY), w szczególności za udostępnienie danych z baz wyników testu Bussa-Perry'ego stanowiących podstawę niniejszego opracowania. Część podanych niżej wyników została przedstawiona w pracy Aranowska, E., Rytel, J. (2011). Psychometrical properties of The Buss-Perry Aggression Questionnaire. W: J. F. Terelak, Z. Majchrzyk (red.), *Psychology of aggression: Selected issues* (s. 217-243). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.

1. KWESTIONARIUSZ AGRESJI ARNOLDA H. BUSSA I MARKA PERRY'EGO

Kwestionariusz Agresji (*Aggression Questionnaire*) Arnolda H. Bussa i Marka Perry'ego (1992) od ponad dwudziestu lat stanowi powszechnie wykorzystywane w badaniach nad agresywnością narzędzie diagnostyczne, odznaczające się klarownym modelem teoretycznym i doskonałymi własnościami psychometrycznymi (por. Eckhardt, Norlander, Deffenbacher, 2004). Powstał on na podstawie wcześniejszego kwestionariusza stworzonego przez Arnolda H. Bussa i Ann Durkee (1957), obejmującego siedem skonstruowanych *a priori* przez autorów skal, na które składały się: Atak (*Assault*), Agresja Pośrednia (*Indirect Aggression*), Drażliwość (*Irritability*), Negatywizm (*Negativism*), Uraza (*Resentment*), Podejrzliwość (*Suspicion*) i Agresja Werbalna (*Verbal Aggression*). Polska wersja tego kwestionariusza, zatytułowana „Nastroje i Humory”, zaadoptowana przez Choynowskiego, ukazała się w 1971 roku.

Jak wskazują Buss i Durkee (1957), źródła popularności ich narzędzia upatrywać należy właśnie w tym, że umożliwia ono diagnozowanie nie tylko ogólnej agresywności, ale także jej przejawów. Jednakże w kwestionariuszu wykorzystano binarny format odpowiedzi (prawda vs fałsz), konstrukcji jego skal nie poprzedzono analizą czynnikową, a niektóre z pozycji kwestionariusza – ze względu na swoją treść pasujące do więcej niż jednej skali – przyporządkowano do poszczególnych skal w sposób arbitralny. Zachowując podstawową zaletę narzędzia, jaką jest możliwość diagnozowania komponentów agresji, autorzy przystąpili do konstrukcji nowej wersji, spełniającej nowoczesne standardy psychometryczne.

Nowa wersja kwestionariusza (Buss, Perry, 1992) została opracowana na podstawie wstępnej puli 52 pozycji, zawierającej zarówno pozycje poprzedniego kwestionariusza, jak i pozycje nowe, ocenianych na pięciopunktowej skali (od 1 – „zupełnie do mnie nie pasuje” do 5 – „całkowicie do mnie pasuje”) przez 1253 studentów (641 kobiet i 612 mężczyzn). Większość badanych osób miała od 18 do 20 lat. Cała badana próba składała się z trzech prób, których liczebność wynosiła odpowiednio: 406, 448 i 399 osób. Macierz korelacji odpowiedzi otrzymanych z przebadania pierwszej z nich poddano eksploracyjnej analizie czynnikowej (EFA) przeprowadzonej metodą osi głównych (PAF – *Principal Axis Factoring*) z rotacją ukośną Oblimin, ponieważ oczekiwano skorelowania pomiędzy poszczególnymi składnikami agresji. Autorzy stworzyli pozycje dla sześciu zaplanowanych *a priori* składników agresji (agresji fizycznej, agresji słownej, gniewu, agresji pośredniej, urazy i podejrzliwości), jednakże wyodrębnione zostały cztery czynniki, określone jako Agresja Fizyczna (*Physical Aggression*) i Agresja Słowna (*Verbal Aggression*) reprezentujące składniki behawioralne konstruktów agresja, Gniew (*Anger*) stanowiący komponent afektywny oraz Wrogość (*Hostility*) będąca poznawczym składnikiem agresji. Rezultaty eksploracyjnych analiz czynnikowych przeprowadzonych na wynikach dwóch pozostałych próby potwierdziły stabilność otrzymanej struktury. Do ostatecznej wersji kwestionariusza – uwzględniając macierze ładunków czynnikowych wszystkich trzech przeprowadzonych analiz – konsekwentnie włączono tylko te pozycje, których ładunki czynnikowe dla czynnika macierzystego wynosiły

co najmniej 0,35, zaś dla pozostałych czynników były od tej wartości mniejsze we wszystkich trzech analizowanych macierzach. Okazało się, że pozycji spełniających to kryterium jest 29: dziewięć dla skali Agresji Fizycznej, pięć dla skali Agresji Słownej, siedem dla skali Gniewu i osiem dla skali Wrogości.

Na wynikach otrzymanych przez osoby wchodzące w skład drugiej z badanych prób przeprowadzona została konfirmacyjna analiza czynnikowa (CFA). Autorzy sformułowali trzy modele wyjaśniające otrzymane w analizie eksploracyjnej czteroczynnikowe rozwiązanie. Zgodnie z założeniami pierwszego modelu wszystkie pozycje testu tworzą jeden ogólny wymiar agresywności. Drugi model zakładał istnienie czterech skorelowanych ze sobą wymiarów agresywności, natomiast trzeci – czterech wymiarów skorelowanych ze sobą na tyle silnie, że tworzą one jeden wymiar ogólnej agresywności wyższego rzędu. Rezultaty analizy wykazały najgorsze dopasowanie pierwszego z modeli (wskaźnik dobroci dopasowania wyznaczony jako wartość testu chi-kwadrat dzielona przez liczbę stopni swobody był równy 2,27 i przekroczył wartość równą 2, co oznacza słabe dopasowanie), natomiast dwa pozostałe modele adekwatnie odzwierciedlały zgromadzone dane (wartości wskaźników dobroci dopasowania wynosiły dla nich odpowiednio 1,94 i 1,95). Autorzy wybrali model czterech komponentów agresji powiązanych czynnikiem ogólnej agresywności wyższego rzędu.

Analizę trafności narzędzia uzupełniono, wyznaczając jego korelacje z wynikami różnych skal osobowości i uzyskując między innymi pozytywne zależności pomiędzy wynikami wszystkich skal kwestionariusza a miarami impulsywności (od 0,28 do 0,46), asertywności (od 0,18 do 0,49) i rywalizacji (od 0,30 do 0,46), a także ocenami rówieśniczymi, które najsilniej wiązały się z wynikami otrzymanymi w skali Agresji Fizycznej.

Rzetelność poszczególnych skal (Agresja Fizyczna – 0,85, Agresja Słowna – 0,72, Gniew – 0,83, Wrogość – 0,77) i całego kwestionariusza (0,89) została oceniona za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej α -Cronbacha. Natomiast jego stabilność oszacowano na próbie 372 osób, badanych dwukrotnie w odstępie dziewięciu tygodni, uzyskując zadowalające wartości współczynników korelacji, tak dla poszczególnych skal (Agresja Fizyczna – 0,80, Agresja Słowna – 0,76, Gniew – 0,72, Wrogość – 0,72), jak i dla całego narzędzia (0,80).

Ujawniono także różnice w poziomie agresywności ze względu na płeć. Dla ogólnego poziomu agresywności otrzymano efekt płci umiarkowanej wielkości (0,57). Mężczyźni charakteryzowali się większą niż kobiety agresją fizyczną oraz słowną, a także większą wrogością. Największy efekt płci uzyskano dla różnic w poziomie agresji fizycznej (0,89), dla agresji słownej był on umiarkowany (0,44), a dla wrogości – najmniejszy (0,19). Natomiast różnice wyników uzyskanych przez kobiety i mężczyzn w skali gniewu okazały się nieistotne statystycznie.

Warto zauważyć, że powstała kolejna wersja Kwestionariusza (Buss, Warren, 2000) obejmująca 34 pozycje. Nie zyskała jednak podobnej popularności co jej poprzedniczka. Kwestionariusz Agresji składający się z 29 pozycji nadal pozostaje najpowszechniej wykorzystywaną wersją Kwestionariusza.

2. BADANIA NAD STRUKTURĄ CZYNNIKOWĄ KWESTIONARIUSZA AGRESJI

Rezultaty prowadzonych w różnych krajach i kulturach badań nad własnościami psychometrycznymi Kwestionariusza Agresji generalnie potwierdzają czteroczynnikową strukturę kwestionariusza. Strukturę taką otrzymano w badaniach prowadzonych nad włoską adaptacją narzędzia, przeprowadzoną na próbach uczniów szkół średnich i studentów (Fossati, Maffei, Acquarini, Di Ceglie, 2003), a także w badaniach nad grecką (Tsorbatzoudis, 2006; Tsorbatzoudis, Travlos, Rodafinos, 2012) i arabską (Abd-El-Fattah, 2007) wersją kwestionariusza, którymi objęto uczniów szkół średnich. Wyniki części przeprowadzonych badań ujawniają jednakże pewne rozbieżności co do pozycji włączonych do poszczególnych skal i ich ładunków czynnikowych. Konfirmacyjna analiza czynnikowa przeprowadzona przez Harris (1995) na wynikach otrzymanych przez studentów kanadyjskich ujawniła, że lepsze dopasowanie modelu można uzyskać, usuwając ze skali Wrogości dwie pozycje, bardziej związane z podejrzliwością aniżeli wrogością. Dokonując walidacji narzędzia na próbie studentów holenderskich, Meesters, Muris, Bosma, Schouten i Beuving (1996) także uzyskali lepsze dopasowanie modelu po usunięciu dwóch wskazanych przez Harris (1995) pozycji i dodatkowo jeszcze jednej – ze skali Agresji Słownej. W badaniach nad hiszpańską wersją kwestionariusza (Santesteban, Alvarado, Recio, 2007) przeprowadzonych na próbach młodzieży w wieku 9-11 oraz 14-17 lat także zidentyfikowano trzy pozycje o niskich ładunkach czynnikowych, w tym jedną, już wskazywaną, zarówno w przypadku kanadyjskiej, jak i holenderskiej adaptacji narzędzia. Japońska (Nakano, 2001), podobnie jak węgierska (Gerevich, Bácskai, Pál, 2007), wersja narzędzia charakteryzowała się lepszymi własnościami psychometrycznymi po usunięciu dwóch – jedynych w kwestionariuszu – odwróconych pozycji. Natomiast w badaniach nad wersją turecką, przeprowadzonych na próbie dorosłych mężczyzn uzależnionych od substancji psychoaktywnych, usunięto jedną z odwróconych pozycji (Evren, Çınar, Güleç, Çelik, Evren, 2011).

W badaniach nad zgodnością struktury czynnikowej kwestionariusza (Vigil-Colet, Lorenzo-Sewa, Codorniu-Raga, Morales, 2005), w których wykorzystywano macierze ładunków czynnikowych pochodzące z oryginalnych badań Busa i Perry'ego oraz z badań nad adaptacją narzędzia prowadzonych w Japonii i Hiszpanii, uzyskano duże podobieństwo wszystkich porównywanych macierzy ładunków i otrzymano wzorce korelacji pomiędzy czynnikami podobne do uzyskanego dla próby konstrukcyjnej. Jednakże dla zachowania spójności struktury w zróżnicowanych językowo i kulturowo populacjach rekomendowano zredukowanie pozycji kwestionariusza do dwudziestu.

Bryant i Smith (2001) wskazując, że cztery powszechnie wyodrębniane w badaniach walidacyjnych czynniki wyjaśniają stosunkowo niewielką część wariacji wspólnej pozycji, opracowali skróconą formę Kwestionariusza Agresji, składającą się z dwunastu pozycji ocenianych na 6-punktowej skali. W badaniach nad chińską adaptacją kwestionariusza (Maxwell, 2007), obejmujących próbę 1219 studentów i absolwentów mieszkających w Hongkongu, w których wykorzystano obie wersje

– pełną i skróconą – bardziej adekwatne dopasowanie modelu czteroczynnikowego do danych otrzymano dla skróconej wersji kwestionariusza. Podobne rezultaty uzyskano również w badaniach nad strukturą czynnikową greckiej wersji kwestionariusza, którymi objęto trzy próby: osób dorosłych o średniej wieku około 50 lat, rekrutów w wieku 19-24 lata oraz osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w wieku 24-55 lat (Vitoratou, Ntzoufras, Smyrnis, Stefanis, 2009).

Nie powiodła się próba zreplikowania czteroczynnikowego modelu w populacji przestępców (Williams, Boyd, Cascardi, Poythress, 1996). Rezultaty confirmacyjnej analizy czynnikowej wykazały lepsze dopasowanie dla modelu dwóch czynników, z których pierwszy obejmował agresję fizyczną i gniew, drugi zaś składał się z agresji słownej i wrogości. Dla malajskiej wersji kwestionariusza, walidowanej na próbie więźniarek, uzyskano strukturę czteroczynnikową, jednakże niezgodny z oryginalnym rozkładem pozycji dla utworzonych czynników uniemożliwił identyfikację trzech z nich, poza czynnikiem agresji słownej (Mazlan, Ahmad, 2012). Badania nad adaptacją niemiecką (von Collani, Werner, 2005) również pozwoliły na wyodrębnienie czterech czynników, jednakże dla dwóch z nich trudno było uzyskać jednoznaczną interpretację, a przyporządkowanie pozycji do skal tylko częściowo odpowiadało oryginalnemu. W badaniach nad turecką wersją narzędzia, przeprowadzonych na próbie adolescentów, po usunięciu siedmiu pozycji kwestionariusza, otrzymano rozwiązanie trójczynnikowe, na które składały się gniew, wrogość oraz agresja psychiczna (Önen, 2009). Natomiast w badaniach prowadzonych nad hiszpańską adaptacją kwestionariusza (Garcia-León, Reyes, Vila, Pérez, Robles, Ramos, 2002) otrzymano dwie – powiązane z urazą i podejrzliwością – podskale dla skali Gniewu. W przypadku argentyńskiej wersji narzędzia (Reyna, Lello, Sanchez, Brussino, 2011), walidowanej na próbie adolescentów, za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej nie udało się zreplikować czteroczynnikowego rozwiązania. Modelem lepiej dopasowanym okazał się model dwuczynnikowy: pierwszy czynnik utworzyły pozycje skal Agresji Fizycznej, Agresji Słownej i Gniewu, drugi zaś – pozycje skal Wrogości, Agresji Słownej i Gniewu. Rezultaty przeprowadzonej przez autorów confirmacyjnej analizy czynnikowej wykazały zadowalające dopasowanie trzech uwzględnionych w analizie modeli: rozwiązania dwuczynnikowego (dla 27 pozycji – dwie usunięto ze względu na niskie ładunki czynnikowe), oryginalnego rozwiązania czteroczynnikowego oraz skróconej wersji Kwestionariusza Agresji.

Dzięki uprzejmości Instytutu AMITY, który udostępnił autorkom wyniki badań przeprowadzonych Kwestionariuszem Agresji na próbie 4116 osób w wieku od 9 do 90 lat podjęto wysiłek oszacowania struktury agresywności w populacji polskiej. Uzyskane dane stanowią jedną z największych baz wyników zgromadzonych za pomocą Kwestionariusza Agresji, pomimo niedookreślenia jej reprezentatywności dla populacji generalnej. Można sądzić, że jest ona reprezentatywna dla interwautów, którzy przystępują do autodiagnozy.

3. METODA

Po wyeliminowaniu osób, których wyniki nasuwały przypuszczenie schematycznego bądź losowego odpowiadania (być może na skutek niecałkowitego rozumie-

nia treści pozycji) próbę walidacyjną stanowiły 3990 osoby w wieku od 10 do 79 lat, ze średnią wieku 26 lat (średnia wieku równa 26,03; odchylenie standardowe równe 11,66). Próbę tę można traktować jako próbę reprezentatywną dla populacji polskich kobiet, analizując udział w niej frakcji wiekowych kobiet, podobnie dla mężczyzn – uwzględniając frakcje wiekowe mężczyzn. Równocześnie, co ważne, badani reprezentują wszystkie regiony Polski. Generalnie w całej grupie badanych występuje przewaga osób młodych i kobiet. Grupę kobiet stanowi około 2,5 tys. osób, $n_K = 2495$ (średnia wieku kobiet równa 27,82; odchylenie standardowe równe 11,74), zaś liczba mężczyzn to $n_M = 1495$ (średnia wieku mężczyzn równa 23,05; odchylenie standardowe równe 10,91).

W celu oszacowania struktury agresywności w populacji polskiej na zgromadzonych danych przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową (EFA) metodą osi głównych (PAF) z rotacją Oblimin. Następnie – opierając się na uzyskanym rozwiązaniu oraz dokonując analizy treściowej pozycji – skonstruowano model powiązań między zmiennymi latentnymi reprezentującymi konstrukty agresywności, który zweryfikowano za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA). Na podstawie obu otrzymanych rozwiązań podjęto próbę stworzenia i zweryfikowania modelu semi-przyczynowo-skutkowego relacji pomiędzy zidentyfikowanymi wymiarami agresywności. Wykorzystano w tym celu metodę analizy układu równań strukturalnych (*Structural Equation Modeling – SEM*).

Struktura czynnikowa Kwestionariusza Agresji: wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej

Wzorem twórców testu do badania trafności zastosowano eksploracyjną analizę czynnikową (PAF) z rotacją Oblimin (por. np. Aranowska, 1996) ze względu na silne związki podskal z wynikiem ogólnym testu (por. ostatnia kolumna tabeli 1). Przy takich relacjach sensownym rozwiązaniem czynnikowym jest rozwiązanie ukośne, zgodne z konkluzjami teoretycznymi Bussa i Perry'ego (1992).

Tabela 1. Wartości współczynników korelacji r-Pearsona pomiędzy skalami Kwestionariusza Agresji (AQ) dla osób w wieku 10-79 lat (n = 3990)

Nazwa skali	AG. FIZ.	AG. SŁ.	GNIEW	WROG.	AQ
A. FIZYCZNA	(,76)	,491	,515	,428	,820
A. SŁOWNA		(,62)	,545	,446	,728
GNIEW			(,60)	,527	,808
WROGOŚĆ				(,76)	,773
WYNIK OG.					(,87)

Wszystkie korelacje istotne przy $p < ,001$ (jednostronnie)

Na przekątnej (w nawiasach) podana została ocena rzetelności skal – wartości współczynników zgodności wewnętrznej α -Cronbacha.

Rozwiązań poszukiwano przy założeniu wysokiej skośności czynników, czyli przy wartości parametru delta równej +0,4. Przy niższych wartościach tego parametru, zarówno standaryzowane wartości współrzędnych pozycji na odtworzonych wymiarach (w macierzy modelowej, ang. *Pattern*), jak i korelacje pytań z wymiarami (w macierzy strukturalnej, ang. *Structure*) były małymi i przeciętnymi liczbami różniącymi się znacznie w obydwu macierzach, tzn. nie odtwarzającymi tego samego porządku siły związku pozycji z czynnikami (tego samego wzorca struktury podobieństwa), a zatem nie dającymi możliwości zaakceptowania uzyskanego rozwiązania.

W tabeli 2 przedstawiono współrzędne pozycji na czynnikach ukośnych, natomiast w tabeli 3 – wartości korelacji między wygenerowanymi czynnikami. Interpretując uzyskane rozwiązanie, wzięto pod uwagę wartości współrzędnych nie mniejsze niż wartość bezwzględna wynosząca 0,30 (pamiętając, że w rozwiązaniach ukośnych współrzędne bywają nieco niższe od wartości korelacji), jednak dla celów poglądowych w tabeli 2 pokazano współrzędne wyższe, bądź równe 0,20.

Tabela 2. Macierz współrzędnych pozycji w przestrzeni czynników ukośnych (n = 3990)

Pozycja	CZYNNIK					
	1 GNIEW	2 AGR. FIZ.	3	4 AGR. SI.	5 WROG. 1	6 WROG. 2
P.1	,530					
P.2		-,446		,252		
P.3						-,743
P.4				,514		
P.5	,307	-,340				
P.6	,545					
P.7	,408					
P.8	,217	-,553		-,204		
P.9	-,430					
P.10						-,703
P.11	,273	-,253			,240	-,313
P.12	,439					
P.13		-,831				
P.14	,209	-,255		,436		
P.15					-,367	
P.16		,463				
P.17					-,740	
P.18	,510				-,238	
P.19	,255				-,453	

P.20				-,654
P.21			,225	-,308
P.22	-,200	-,748	,231	
P.23	,373			-,384
P.24				-,736
P.25		-,744	-,219	
P.26			-,335	-,399
P.27	,542		-,396	
P.28	,545			-,269
P.29		-,569	-,324	

Pierwszą konkluzją wydaje się być odmiennosc kolejności odtworzonych wymiarów agresywności wobec wielu rozwiązań przytoczonych wyżej. Najsilniejszym wymiarem jest Gniew ($\lambda = 5,5$), drugim – Agresja Fizyczna ($\lambda = 5,3$), następnie Wrogość typu 1 ($\lambda = 5,0$), Wrogość typu 2 ($\lambda = 3,8$) oraz rozłożona na bardzo słabe dwa wymiary Agresja Słowna ($\lambda = 1,1$). Czynniki Gniew silnie nasycony jest sześcioma (pozycje: 1, 9, 12, 18, 23 i 28) z siedmiu pozycji stanowiących – według autorów testu – tę skalę, natomiast jedna pozycja (19) wysyca czynnik Wrogość typu 1 (por. wagi czynnika pierwszego w tabeli 2). Agresja Fizyczna silnie nasycona jest ośmioma z dziewięciu pozycji (pozycje: 2, 5, 8, 13, 16, 22, 25 i 29), jedna pozycja (11) skorelowana jest ze słabszym wymiarem Wrogości 2. Wrogość typu 1 – zinterpretowana jako uraza i zazdrość – silnie nasycona jest pięcioma pozycjami (15, 17, 20, 24 i 26) z ośmiu. Natomiast Wrogość typu 2 – zinterpretowana jako podejrzliwość wobec życzliwości okazywanej przez innych – silnie koreluje z dwoma pozycjami (3 i 10) z ośmiu. Pozostała, siódma pozycja Skali Wrogości przeciętnie koreluje z pierwszym czynnikiem, czyli Gniewem. Czynniki czwarty koreluje wysoko zaledwie z dwoma (4 i 14) pozycjami z pięciu skali Agresji Słownej. Natomiast czynnik trzeci – w zasadzie nieinterpretowalny: $\lambda < 1$ – nasycony byłby jedną pozycją (27) ze skali Agresji Słownej, gdyby nie fakt, iż pozycja ta z większą współrzędną reprezentuje czynnik Gniewu.

Wszystkie wymiary razem wyjaśniają 40,1 % zmienności pozycji i jest to wynik porównywalny z rezultatami analiz czynnikowych dla innych populacji, np. w badaniach niemieckich (von Collani, Werner, 2005) uzyskano podobny procent wyjaśnionej zmienności (44,5%), a gniew odtworzył się jako pierwszy, najsilniejszy wymiar.

Tabela 3. Macierz korelacji czynników ukośnych (n = 3990)

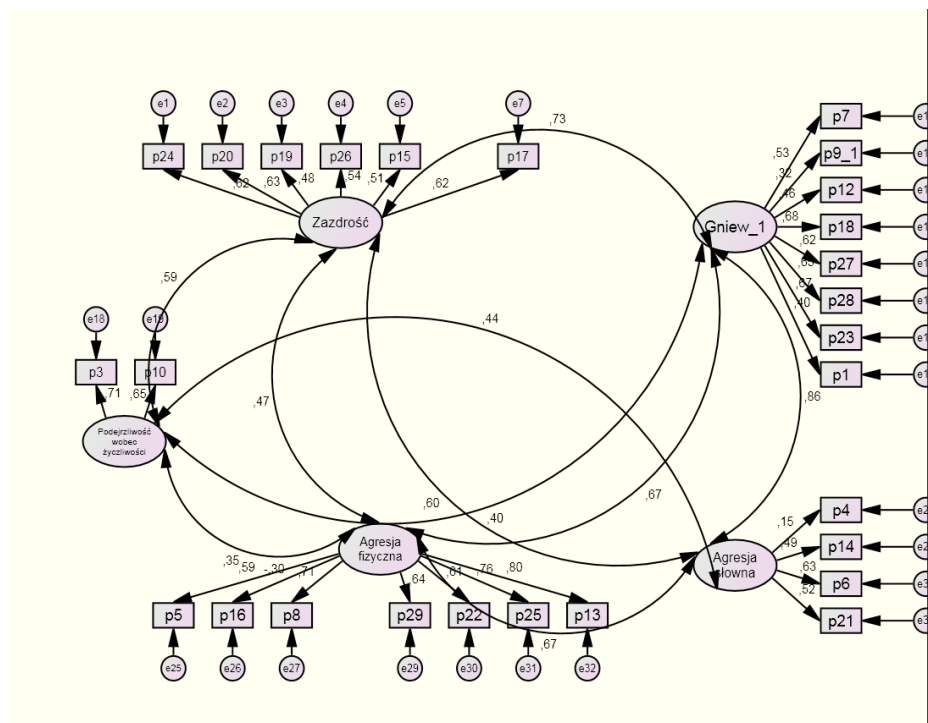
CZYNNIK	1	2	3	4	5	6
1	1,000	-,631	-,127		-,601	-,456
2		1,000	,154		,448	,462
3			1,000	,111	,231	,313
4				1,000		-,169
5					1,000	,673
6						1,000

W tabeli zamieszczone zostały wartości współczynników korelacji $\geq ,10$.

Obserwując wartości współczynników korelacji zamieszczone w tabeli 3 widać, że stosunkowo silne związki tworzą czynniki: Gniew (czynnik 1), Agresja Fizyczna (2), Wrogość typu 1 (6) i Wrogość typu 2 (5) o wartościach korelacji rzędu 0,60 i powyżej. Agresja Słowna (4) w zasadzie nie jest powiązana z pozostałymi czynnikami. Ze względu na słabość rozwiązania nie interpretuje się merytorycznie tego czynnika. Należy sądzić, że Agresja Słowna nie odtworzyła się w zadowalający sposób. Ważną implikacją z tych badań wydaje się ujawnienie bogatszej, bardziej szczegółowej niż oryginalna struktury czynnikowej kwestionariusza dla populacji polskiej. Dla konstruktów wrogość odtworzyły się dwa typy: aspekt wrogości interpretowany jako uraza i zazdrość oraz aspekt określony jako podejrzliwość wobec życzliwości innych osób. W przypadku agresji słownej trudno powiedzieć o pożądanej identyfikacji konstruktów.

Struktura czynnikowa Kwestionariusza Agresji: wyniki confirmacyjnej analizy czynnikowej

Dalsze analizy przeprowadzono dla modelu wynikającego z rozwiązania otrzymanego z zastosowania eksploracyjnej analizy czynnikowej (przedstawionego wyżej). Rozwiązanie to odbiega od rozwiązania w postaci czteroczynnikowej struktury agresywności przedstawionego przez autorów. Na rysunku 1 zilustrowano graficznie układ relacji dla wprowadzonych zmiennych latentnych i odpowiadających im zmiennych obserwowalnych oraz przypisano pojedynczym ścieżkom wartości odpowiednich miar związku otrzymanych po zastosowaniu confirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA). Spośród wielu miar dopasowania modelu wybrano pięć z nich: wartość statystyki χ^2 oraz χ^2/df – ilorazu statystyki χ^2 i liczby stopni swobody, pierwiastka średniokwadratowego błędu aproksymacji (*Root Mean Square Error of Approximation* – *RMSEA*), wskaźnika względnego dopasowania (*Comparative Fit Index* – *CFI*) i znormalizowanego wskaźnika dopasowania (*Normed Fit Index* – *NFI*). Miary służące do oceny dopasowania modelu do danych przyjęły akceptowalne wartości. I tak choć wartość: $\chi^2(314) = 4668,4$; $p < 0,0005$ i $\chi^2/df = 14,87$ są zdecydowanie za wysokie, by przyjąć dopasowanie modelu za wystarczające, to zadawalająca jest wartość $RMSEA = 0,059$ (mniejsza od 0,07), natomiast $CFI = 0,858$ oraz $NFI = 0,849$ są na granicy akceptowalności.



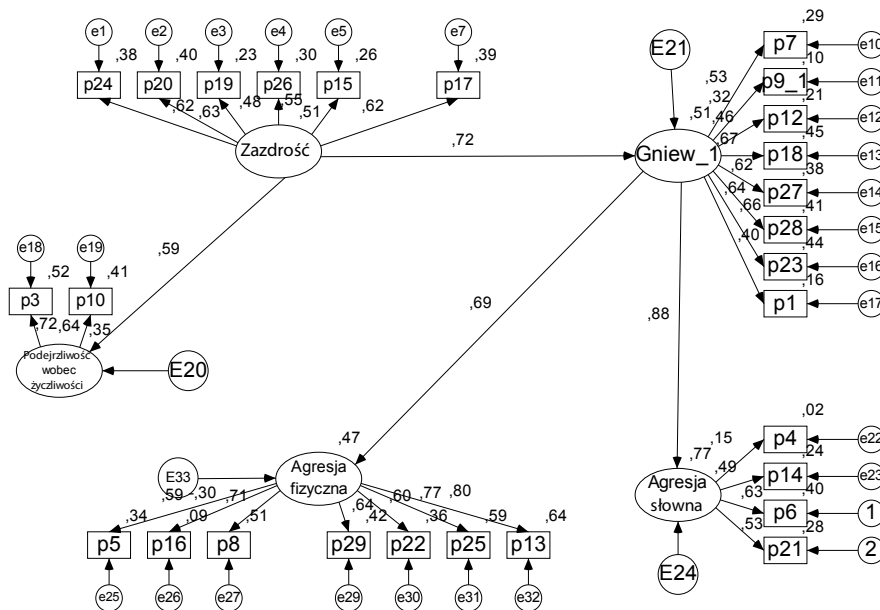
Rys.1. Konfirmacyjna analiza czynnikowa (CFA) – Macierz powiązań czynników zidentyfikowanych na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej (EFA) przy uwzględnieniu 27 pozycji (bez pozycji 2 i 11 wyeliminowanych ze względu na ich niezadowalające związki z analizowanymi konstruktami). Konstruktor uraza i zazdrość oznaczony został na rysunku jako zazdrość.

Struktura czynnikowa Kwestionariusza Agresji: wyniki analizy układu równań strukturalnych

Kolejnym modelem, poddanym weryfikacji poprzez wykorzystanie metody służącej do rozwiązywania układu równań strukturalnych (*Structural Equation Modeling – SEM*) utworzonych na podstawie analizy treściowej przedstawionych wyżej obydwu rozwiązań (zarówno EFA, jak i CFA), jest model zilustrowany na rysunku 2. Eksploracyjna analiza czynnikowa (EFA) służyła głównie do sprawdzenia, czy pozycje w skalach są ze sobą powiązane oraz jakie tworzą wymiary, gdyż „podstawowym celem EFA jest ujawnianie ukrytych źródeł kowariancji (korelacji) między pozycjami testowymi” (Konarski, 2009, s. 187). Celem konfirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA) było zweryfikowanie trafności przewidzianych *a priori* związków pomiędzy zidentyfikowanymi w poprzedniej analizie ukrytymi wymiarami agresywności. Wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej (EFA) – pokazujące współwystępowanie obserwowalnych reakcji na pozycje (współwystępowanie zachowań badanych) – służą do celów czysto opisowych, ujawniając, że dane są

od siebie zależne. Jednakże nie pokazują merytorycznych reguł tej zależności, czyli nie opisują danych na poziomie treści. W tzw. modelu pomiarowym (CFA) z cechą latentną wiążą się pozycje o treści wysycającej (na podstawie teorii) pojęcie, które jest jej (cechy) znaczeniem.

Hipotetyczny graf, ilustrujący sieć powiązań zmiennych latentnych, reprezentuje kierunkowy teoretyczny model semi-przyczynowo-skutkowy, nie zawierający wszystkich możliwych relacji uwzględnionych w tzw. modelu pomiarowym (CFA), a tylko te, które są konieczne dla uzyskania modelu optymalnie dopasowanego do danych (patrz rys. 2).



Rys. 2. Model agresywności z szacunkami parametrów po zastosowaniu procedury SEM przy uwzględnieniu 27 pozycji (bez pozycji 2 i 11 wyeliminowanych ze względu na ich niezadowalające związki z analizowanymi konstruktami). Konstruktor uraza i zazdrość oznaczony został na rysunku jako zazdrość.

Podobnie jak wyżej, trzy istotne miary służące do oceny dopasowania modelu do danych: RMSEA, CFI i NFI przyjęły łącznie akceptowalne wartości. Wartości statystyki $\chi^2(320) = 4752,8$; $p < 0,0005$ i $\chi^2/df = 14,85$ są oczywiście zbyt wysokie. RMSEA przyjęła zadowalającą wartość równą 0,059, natomiast wartości wskaźników CFI = 0,855 i NFI = 0,846 są nieco zbyt niskie, ale akceptowalne. Porównując charakterystyki formalne obydwu modeli, czyli wartości miar dopasowania, widać, że – zgodnie z zasadami zachowania się tych miar – wartość statystyki χ^2 mode-

lu kierunkowego wzrosła, ale nieznacznie. Natomiast wartości pozostałych współczynników praktycznie nie uległy zmianie. Oznacza to, że ścieżki, które uległy redukcji (por. rys. 1 i 2) nie przyczyniły się do otrzymania modelu gorzej dopasowanego do danych, a zatem nie wyjaśniały istotnej części zmienności i kowariancji wprowadzonych do modelu zmiennych. Z formalnego punktu widzenia każda dwukierunkowa ścieżka (powiązanie) cech latentnych (przedstawiona na rys. 1) reprezentuje złożenie dwóch jednokierunkowych relacji (o charakterze funkcjonalnym, a niekoniecznie przyczynowym) zachodzących między parą konkretnych konstruktorów, np.: symetryczny związek urazu i zazdrości z gniewem przyjmuje wartość równą 0,73 (por. rys. 1), natomiast związek niesymetryczny wyrażający kierunkową relację urazu i zazdrości z gniewem (por. rys. 2) jest niemal tej samej wielkości i wynosi 0,72. Oznacza to, że kierunkowy związek gniewu z urazą i zazdrością najprawdopodobniej jest bardzo mały i w porównaniu z relacją w przeciwnym kierunku – nieznaczający.

Uznając, że model jest wystarczająco dopasowany do danych widać, że uraza i zazdrość, początkowy komponent poznawczy agresywności w modelu, wywołuje efekt bezpośredni na podejrzliwość będącą również składnikiem poznawczym oraz na gniew stanowiący komponent afektywny agresywności. Równocześnie uraza i zazdrość wywołuje efekt pośredni (poprzez gniew) na agresję fizyczną i agresję słowną, które stanowią behawioralne składniki agresywności. Wyniki te częściowo są zgodne z sugestią Tucholskiej (1998), która tylko na podstawie analizy wartości całkowitych współczynników korelacji dla par skal (gniew i agresja fizyczna – $r = 0,57$ oraz gniew i agresja słowna – $r = 0,48$) przypuszcza, że gniew jest „katalizatorem” zachowań agresywnych. Niezgodne są one o tyle, że jeden z dwu ważnych aspektów wrogości (których – na bazie wyników przedstawionych wyżej – nie da się złożyć w jedno pojęcie w populacji polskiej), uraza i zazdrość wydaje się stanowić pierwotną przesłankę agresywności.

4. DYSKUSJA

W populacji polskiej uzyskano nieco inną strukturę czynnikową Kwestionariusza Agresji. Dla osób badanych (w wieku 10-79 lat) skala Gniewu, Wrogości i Agresji Słownej nie odtworzyły się w zadawalający sposób, a czynnikiem dominującym okazał się konstrukt Gniewu (por. wyniki EFA). Podobny rezultat otrzymano dla niemieckiej adaptacji kwestionariusza (von Collani, Werner, 2005). Mimo że znaczną część badanej próby stanowiły osoby w wieku niższym niż 30 lat. W większości z przytaczanych wyżej badań nie wspomina się o kontroli wieku, może właśnie dlatego nie znaleziono podobnego efektu w innych populacjach.

Struktura czynnikowa agresywności w populacji polskiej okazała się bardziej złożona. Sugeruje to potrzebę powrotu do przynajmniej dwu z wcześniejszych wskaźników wrogości: urazu (czy zazdrości) i podejrzliwości. Warto pamiętać, że pierwotnym zamiarem autorów było zoperacjonalizowanie sześciu komponentów agresywności. Do celów diagnostycznych bardziej przydatne wydaje się narzędzie umożliwiający różnicowanie wielu różnych składowych złożonego konstruktów, jakim jest agresywność. Przykładem takiego narzędzia może być opracowany przez

Choynowskiego (2008) 13-skalowy kwestionariusz walidowany na populacji meksykańskiej.

Rozważając najważniejsze wyniki analiz, czyli wyniki metody SEM zilustrowane na rysunku 2, powstaje pytanie o to, na ile kolejność i kierunki relacji w modelu wspiera jakaś teoria substancywna agresywności (opisująca i wyjaśniająca rzeczywistość istniejące mechanizmy i powiązania faktycznych zachowań). Wtedy zaproponowany model można byłoby traktować jako model przyczynowo-skutkowy zachowań agresywnych. W obecnej postaci można traktować go jako empiryczny model deskryptywny. Schemat: Poznanie → Afekt → Zachowanie jest jednym z możliwych stanowisk w kwestii oceny poznawczej przy podejmowania działań (por. np. Doliński, 2001) i stanowił założenie przyjęte przy konstrukcji weryfikowanego modelu. Po potwierdzeniu go, sprawdzone zostały konkurencyjne modele relacyjne, z których żaden nie uzyskał poziomu akceptowalności. Czy znaczy to, że weryfikowany model mający charakter modelu eksploracyjnego może przyczynić się do bardziej precyzyjnej konceptualizacji pojęcia agresywności?

Jako model eksploracyjny, najprawdopodobniej aktualnie nie ma on charakteru uniwersalnego. Składa się na to dodatkowo fakt, że jak wynika z analiz danych z badań innych populacji (częściowo przywołanych wyżej) – nawet jeśli stosowało się w nich analizy modeli SEM – wprowadzano cztery główne konstrukty agresywności zaproponowane przez Bussa i Perry'ego (1992), a nie pięć, tak jak wyżej. Równocześnie w innych ujęciach agresywności istnieją bardziej szczegółowe rozważania nad samym pojęciem, np. koncepcja Choynowskiego (2008), bazująca na znacznie większej liczbie dymensji (13). Zagadnienie to dodatkowo wiąże się z liczbą pozycji omawianego kwestionariusza. Jak widać na rysunku 2, nie wszystkie wartości miar ustalających stopień wyjaśnienia pozycji przez konstrukt są dostatecznie wysokie. Powstaje pytanie o możliwość modyfikacji Kwestionariusza Agresji przy jego adaptacji (np. zastąpienie niektórych pytań innymi, zwiększenie liczby pytań, zmniejszenie etc.). Czy taki sam model teoretyczny będzie właściwy dla nowych wyników (z nowych badań)?

Ostatnie pytanie porusza ważny problem stabilności wprowadzonej do modelu struktury, np.: wyższy poziom agresji fizycznej mężczyzn stanowi rezultat dobrze potwierdzony w badaniach różnych populacji (por. Rytel, 2011). Także i dla danych z badań, dla których skonstruowano model agresywności, największy efekt płci wystąpił dla skali Agresji Fizycznej, natomiast słaby – dla skali Agresji Słownej. Agresja Słowna mężczyzn była większa niż kobiet. Choć uzyskany dla skali Wrogości (jeszcze bez podziału na dwie dymensje) efekt płci był niewielki, większą wrogością odznaczały się kobiety (Aranowska, Rytel, 2011). Efekt zwiększonej wrogości polskich kobiet w porównaniu z wrogością mężczyzn wymaga oczywiście dalszych badań. Być może analizy szczegółowych składowych tego konstruktu (przynajmniej dwu, zazdrości i podejrliwości) rzuca nowe światło na tą różnicę. W populacji węgierskiej (Gerevich, Bácskai, Pál, 2007) efekt ten nie wystąpił (brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy średnimi kobiet i mężczyzn w skali Wrogości), jednak podobna – choć nieistotna statystycznie – tendencja ujawniała się w populacji niemieckiej (von Collani, Werner, 2005). Istotna statystycznie – choć zupełnie nieważna z praktycznego punktu widzenia (por. Thompson, 2002)

– okazała się różnica pomiędzy przeciętnymi wartościami kobiet i mężczyzn w skali Gniewu. Podobny rezultat otrzymano w badaniach prowadzonych w Niemczech (von Collani, Werner, 2005), w których także przeciętny poziom Gniewu dla kobiet był wyższy niż dla mężczyzn.

To, czy powyższe konkluzje oznaczają niestabilność struktury czynnikowej agresywności, czy zaledwie zróżnicowaną w trakcie rozwoju osobniczego ważność jej wymiarów, wymaga dalszych badań. Zwłaszcza w świetle dodatkowo zaobserwowanych zależności komponentów agresywności z wiekiem, objęcie analizą porównawczą w zakresie struktury czynnikowej agresywności różnych grup wiekowych wydaje się szczególnie ważne. Wartości współczynników korelacji między skalami Kwestionariusza Agresji i wiekiem dla wszystkich badanych osób z populacji polskiej, choć istotnie statystycznie, są ujemne i stosunkowo słabe, przyjmując wartości mniejsze od $|0,29|$. Podobnie wygląda nasilenie związków skal Kwestionariusza Agresji z wiekiem w grupie kobiet i mężczyzn. Wartości współczynników korelacji otrzymanych w obu grupach nie przekraczają $|0,25|$ (Aranowska, Rytel, 2011). Widać zatem, że bezzasadne jest traktowanie wieku jako zmiennej wchodzącej w relacje z wymiarami agresywności w sposób liniowy. W konsekwencji pojawiają się dwa ważne pytania. Po pierwsze, jaki jest charakter tego związku (jeśli związek taki w ogóle występuje), po drugie, gdyby – co wydaje się konieczne – proponowane analizy prowadzić dla różnych przedziałów wiekowych, to jakie powinny być te przedziały. Aktualnie jedynymi przesłankami wydają się być przesłanki teoretyczne wynikające z ogólnej teorii rozwoju, co znalazło odzwierciedlenie w porównaniach poziomu agresywności kobiet i mężczyzn w różnym wieku przeprowadzonych przez Rytel (2011).

Z punktu widzenia rezultatów zaprezentowanych analiz pojawia wyjątkowej wagi problem związany z walidacją narzędzia. Czy przeprowadzanie walidacji Kwestionariusza Agresji na reprezentatywnej dla całej populacji próbie jest zasadne? Przyjmując, że struktura i natężenie agresywności przekształca się dynamicznie na przestrzeni życia jednostki, a płeć stanowi moderator natężenia przynajmniej jednego z jej komponentów, odpowiedź jest negatywna. W konsekwencji niezbędna staje się identyfikacja innych potencjalnych moderatorów poziomu agresji oraz prowadzenie badań na grupach zróżnicowanych ze względu na wiek i płeć. Tym samym wyznaczenie np. norm dla całej populacji, bez uwzględnienia płci i wieku, jest niepoprawne metodologicznie.

Badania nad charakterystyką psychometryczną kwestionariusza prowadzone są niemal od momentu jego powstania. Chociaż własności psychometryczne Kwestionariusza Agresji były i nadal są przedmiotem zainteresowania badaczy, walidacja dotyczy stosunkowo wąsko określonych populacji i opiera się przede wszystkim na próbach studentów. Do wyjątków należą na przykład badania prowadzone na próbach, w których wiek osób badanych przekracza 55 lat. Brak rezultatów analiz w grupach o różnej płci, nadto zróżnicowanych wiekowo uniemożliwia dokonywanie porównań struktury kwestionariusza.

Tym, co dodatkowo ogranicza możliwość prowadzenia takich porównań jest nieadekwatność metodologiczna stosowana przy analizie danych, głównie dotycząca generowania wymiarów struktury agresywności. Mimo iż twórcy koncepcji zakła-

dali związki między komponentami konstruktów, część badaczy wykorzystuje metody prowadzące do wymiarów ortogonalnych, a nawet ucieka się do stosowania metod nie prowadzących do ujawniania dymensji traktowanych w nauce jako czynniki, ale zaledwie – jako ich wcześniejszą formę przejściową, czyli główne składowe (por. np. Fabrigar i inni, 1999).

Załącznik

KWESTIONARIUSZ AGRESJI BUSS-PERRY (Wersja Amity)

Kwestionariusz może być używany do celów badawczych z powołaniem się na źródło i wersję bez uzyskiwania zgody. Użycie w innym celu wymaga pisemnej zgody Instytutu Amity.

Niektórzy z moich kolegów uważają, że jestem „w gorącej wodzie kąpany”.	A
Gdybym musiał użyć przemocy, żeby chronić moje prawa – zrobię to.	PA
Kiedy ludzie są dla mnie szczególnie mili – zastanawiam się, czego ode mnie chcą.	H
Mówię otwarcie moim przyjaciółom, jeżeli nie zgadzam się z nimi.	VA
Czasem bywam tak rozdrażniony, że niszczyć jakieś rzeczy.	PA
Kiedy inni nie zgadzają się ze mną, nie mogę się powstrzymać, aby się nie posprzeczać. .	VA
Nie wiem, dlaczego czasem jestem tak bardzo zawzięty.	H
Bywają chwile, że nie potrafię zapanować nad chęcią, żeby kogoś nie uderzyć.	PA
Jestem osobą bardzo zrównoważoną.	A
Jestem podejrzliwy wobec obcych, którzy zachowują się bardzo przyjaźnie.	H
Wzbudzam lęk u ludzi, których znam.	PA
Łatwo się wściekam, ale równie szybko się uspokajam.	A
Kiedy ktoś mnie prowokuje, mogę go uderzyć.	PA
Kiedy ludzie mnie złoścą, mówię im, co o nich myślę.	VA
Czasami pękam z zazdrości.	H
Nie jestem w stanie wyobrazić sobie, żeby kogokolwiek uderzyć.	PA
Czasami czuję, że wszystko jest przeciwko mnie.	H
Mam trudności, żeby zapanować nad swoją złością.	A
Kiedy jestem zawiedziony, denerwuję się.	A
Czasem czuję, że ludzie śmieją się ze mnie za moimi plecami.	H
Często nie zgadzam się z innymi ludźmi.	VA
Jeżeli ktoś mnie uderzy, oddaję mu.	PA
Czasem czuję się jak beczka prochu – gotowa żeby wybuchnąć.	A
Wydaje mi się, że inni ludzie mają na ogół więcej szczęścia ode mnie.	H
Są ludzie, którzy drażnią mnie do tego stopnia, że dochodzi do rękoczynów.	PA
Wiem, że „przyjaciele” obmawiają mnie za moimi plecami.	H
Moi znajomi mówią, że jestem trochę kłótlivy.	VA
Czasami unoszę się gniewem bez wyraźnego powodu.	A
Wdaję się w bójki trochę częściej, niż przeciętna osoba.	PA

BIBLIOGRAFIA

- Abd-El-Fattah, S.M. (2007). Is the Aggression Questionnaire bias free? A Rasch analysis. *International Education Journal*, 2007, 8(2), 237-248.
- Aranowska, E. (1996). *Metodologiczne problemy zastosowań modeli statystycznych w psychologii. Teoria i praktyka*. Warszawa: Studio 1.
- Aranowska, E., Rytel, J. (2011). Psychometrical properties of The Buss-Perry Aggression Questionnaire. W: J.F. Terelak, Z. Majchrzyk (red.), *Psychology of aggression: Selected issues* (s. 217-243). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Bryant, F.B., Smith, B.D. (2001). Refining the architecture of aggression: A measurement model of the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 35, 138-167.
- Buss, A.H., Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Buss, A.H., Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63,(3), 452-459.
- Buss, A.H., Warren, W.L. (2000). *Aggression Questionnaire: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Choynowski, M. (2008). *Agresywność. Pomiar i analiza psychometryczna*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- von Collani, G., Werner, R. (2005). Self-related and motivational constructs as determinants of aggression. An analysis and validation of a German version of the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38, 1631-1643.
- Doliński, D. (2001). Emocje, poznanie i zachowanie. W: J. Strelau (red). *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 2*, (s. 369-394) Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Eckhardt, C., Norlander, B., i Deffenbacher, J. (2004). The assessment of anger and hostility: a critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 17-43.
- Evren, C., Çinar, Ö., Güleç, H., Çelik, S., Evren, B. (2011). The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Buss-Perry's Aggression Questionnaire in Male Substance Dependent Inpatients. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24, 283-295.
- Fabrigar, L.R., Wegener, D.T., MacCallum, R.C., Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299.
- Fossati, A., Maffei, C., Acquarini, E., Di Ceglie, A. (2003). Multigroup confirmatory component and factor analyses of the Italian version of the Aggression Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 54-65.
- García-León, A., Reyes, G.A., Vila, J., Pérez H.R., Robles, H., Ramos, M.M. (2002). The Aggression Questionnaire: A validation study in student samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 5, 45-53.
- Gerevich, J., Bácskai, E., Pál, C. (2007). The generalizability of the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 124-136.

- Harris, J.A. (1995). Confirmatory analysis of the Aggression Questionnaire. *Behavioral Research and Therapy*, 8, 991-993.
- Konarski, R. (2009). *Modele równań strukturalnych. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maxwell, J.P. (2007). Development and preliminary validation of a Chinese version of the Buss-Perry Aggression Questionnaire in a population of Hong Kong Chinese. *Journal of Personality Assessment*, 88, 284-294.
- Mazlan, N.H., Ahmad, A. (2012). The Malay-translated version of the Aggression Questionnaire (AQ): The validity and the identification of types of aggression among female prisoners. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 13(2).
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E., Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the aggression questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 839-843.
- Nakano, K. (2001). Psychometric evaluation on the Japanese adaptation of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 853-858.
- Önen, E. (2009). Investigation the psychometric properties of Aggression Questionnaire for Turkish adolescents. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 4(32), 75-84.
- Reyna, C., Lello, M.G., Sanchez, A., Brussino, S., (2011). The Buss-Perry Aggression Questionnaire: Construct validity and gender invariance among Argentinean adolescents. *International Journal of Psychological Research*, 4(2), 30-37.
- Rytel, J. (2011). Różnice w poziomie agresywności polskich kobiet i mężczyzn w różnym wieku. *Studia Psychologica*, 11(1), 65-80.
- Santisteban, C., Alvarado, J. M., Recio, P. (2007). Evaluation of a Spanish version of the Buss and Perry aggression questionnaire: Some personal and situational factors related to the aggression scores of young subjects. *Personality and Individual Differences*, 42, 1453-1465.
- Thompson, B. (2002). "Statistical," "practical," and "clinical": How many kinds of significance do counselors need to consider? *Journal of Counseling and Development*, 80, 64-71.
- Tsorbatzoudis, H. (2006). Psychometric evaluation of the Greek version of the Aggression Questionnaire (GAQ). *Perceptual and Motor Skills*, 102, 703-718.
- Tsorbatzoudis, H., Travlos, A. K., Rodafinos, A. (2012). Gender and age differences in self-reported aggression of high school students. *Journal of Interpersonal Violence*. DOI: 10.1177/0886260512468323.
- Tucholska, S. (1998). Pomiar agresji: Kwestionariusz Agresji A. Bussa i M. Perry'ego. *Studia z psychologii w KUL*. T. 9, 369-378.
- Vigil-Colet, A., Lorenzo-Sewa, U., Codorniu-Raga, M.J., Morales, F. (2005). Factor structure of the Buss-Perry Aggression Questionnaire in different samples and languages. *Aggressive Behavior*, 31, 601-608.
- Vitoratou, S., Ntzoufras, I., Smyrnis, N., Stefanis, N.C. (2009). Factorial composition of the Aggression Questionnaire: A multi-sample study in Greek adults. *Psychiatry Research*, 168, 32-39.
- Williams, T.Y., Boyd, J.C., Cascardi, M.A., Poythress, N. (1996). Factor structure nad convergent validity of Aggression Questionnaire in an offender population. *Psychological Assessment*, 8, 398-403.

ALEKSANDRA BORKOWSKA
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

**SPRAWOZDANIE Z III KONFERENCJI NAUKOWEJ
PSYCHOLOGIA – KONSUMPCJA – JAKOŚĆ ŻYCIA
POMIĘDZY DOBROBYTEM A DOBROSTANEM**

W dniach 10-11 września 2012 roku w Gdańsku odbyła się III konferencja naukowa *Psychologia – konsumpcja – jakość życia. Pomiedzy dobrobytem a dobrostanem*. Konferencja została zorganizowana przez Uniwersytet Gdański oraz Uniwersytet Śląski w Katowicach, a czynni uczestnicy konferencji reprezentowali łącznie 13 ośrodków akademickich: 11 z Polski i 2 ze Stanów Zjednoczonych. Przedstawione w siedmiu sesjach tematycznych rozważania teoretyczne oraz wyniki licznych badań empirycznych inspirowały uczestników do intensywnego dyskusowania dylematów współczesnej cywilizacji w odniesieniu do natury człowieka i jego potrzeb.

W sesji pierwszej – *Konsumpcja, transfer wartości, zmiany społeczne* – zaprezentowano trzy referaty. Sesję rozpoczęła prof. KUL, dr hab. Ewa Rzechowska, prezentując referat *Miejsce dojrzałego człowieka w kulturze konsumpcyjnej. Konstruowanie aktywności życiowej i poczucie jakości życia 50-latków w kontekście zmian na rynku pracy*. Podczas wystąpienia, nawiązując do wyników badań empirycznych, wykazano, że zróżnicowany status zawodowy średniego pokolenia w niełatwych latach kryzysu wpływa na jego stabilność sytuacji życiowej (zagrożenie utratą pracy, bezrobocie, odejście na wcześniejszą emeryturę) i znajduje swój obraz w wybranych wskaźnikach poczucia jakości życia.

Czy istotnie współczesna kultura zachodnia została zdominowana przez paradygmat ekonomii, a człowiek (jego ciało, umysł, działanie) już podlega regułom merkantylnym? Na takie pytanie szukała odpowiedzi dr Teresa Sikora (Uniwersytet Śląski) w referacie *Ale towar! – Człowiek XXI wieku jako przedmiot komodyfikacji*, przedstawiając psychologiczną genezę zjawiska komodyfikacji (utowarowiania), jej przejawy oraz towarzyszące komodyfikacji zmiany psychospołeczne.

Mgr Iwona Malinowska (SGGW) w referacie *Motywy oraz ekonomiczno-społeczne uwarunkowania konsumpcji towarów i usług kulturalnych* opisała rynek towarów i usług kultury z punktu widzenia teorii popytu. Podczas wystąpienia przedstawiono interesujące związki czynników ekonomicznych (cena, dochód) i społecznych (zawód, wielkość rodziny, wiek) z decyzjami konsumentów w zakresie uczestniczenia w kulturze.

Po zakończeniu sesji pierwszej uczestnicy konferencji wysłuchali wykładu plebarnego wygłoszonego przez prof. Jamesa Burroughsa (University of Virginia) *Between health and well-being: reflections on a transforming world*. Dokąd zmierza świat oparty na maksymach obfitości, natychmiastowości i postępu? Czy współczesny człowiek konsumując coraz więcej i szybciej rzeczywiście wierzy, że tą drogą osiągnie lepsze jutro? Prof. Burroughs podczas wykładu zmierzył się z powyższymi pytaniami przybliżając słuchaczom fenomen działania ‘materialnej pułapki’. Zdaniem prelegenta, konsumpcja niewątpliwie może budować wygodniejszy świat, warto jednak docenić związane z nią długofalowe koszty dla poszczególnych państw, kontynentów i planety.

Sesję drugą – *Wartości, dobrostan, jakość życia* – rozpoczął referat autorstwa dr Małgorzaty Niesiołódzkiej (UG) oraz prof. UG Anny Marii Zawadzkiej: *Czy płacenie podatków sprawia, że jesteśmy bardziej zadowoleni z życia i szczęśliwi? Moralność obywatelska, moralność podatkowa i dobrostan*. W wystąpieniu opisano ciekawe związki między moralnością obywatelską i podatkową a poczuciem satysfakcji z życia, podkreślając jednocześnie moderacyjny wpływ poziomu inkluzyjności – związki między moralnością obywatelską, podatkową i dobrostanem były istotne wśród osób spostrzegających siebie nie jako obywateli świata, lecz jako członków zdefiniowanej grupy narodowej czy społeczności lokalnej.

Mgr Magdalena Poraj-Werder (UW) analizowała zależności występujące między *Motywami konsumpcji a strukturą wartości młodych dorosłych*, przedstawiając wyniki badań zrealizowanych wśród studentów warszawskich i łódzkich uczelni. Autorka sprawdzała czy motywy konsumpcji młodych dorosłych (według modelu *Censydiam* takimi motywami będą: witalność, status, wyróżnianie się, kontrola, wyciszenie się, przynależność, dzielenie się, zabawa) są determinowane przez wartości jako nadrzędną strukturę organizującą zachowanie.

Autor trzeciego referatu w sesji mgr Łukasz Jach (UŚ) w referacie *Antymaterialistyczny przekaz muzyczny a aspiracje życiowe* poszukiwał odpowiedzi na pytanie, czy refleksyjne obcowanie z teściami zawartymi w muzyce reggae, podkreślającymi wartość osobistej wolności, relacji międzyludzkich i duchowego rozwoju, ma związek ze specyfiką profilu celów życiowych jednostek. Autor przedstawił wyniki dwóch badań własnych zrealizowanych wśród studentów oraz uczestników forów internetowych poświęconych muzyce reggae.

Sesję trzecią konferencji – *Psychologia pieniądza* – rozpoczęto od przedstawienia referatu *Pieniądze i nieśmiertelność: wpływ aktywacji pieniądza na lęk egzystencjalny* autorstwa prof. SWPS dr. hab. Tomasza Zaleśkiewicza, dr Agaty Gąsiorowskiej, prof. dr hab. Aleksandry Łuszczynskiej (SWPS), dr Pelin Kesebir (University of Colorado) i prof. Toma Pyszczyńskiego (University of Colorado). Z szeregu badań psychologicznych wiadomo, że pieniądze są zasobem społecznym wpływającym regulacyjnie na interakcje między ludźmi; badania autorów referatu dowiodły znaczącej siły regulacyjnej pieniędzy również na poziomie intraindywidualnym. Podczas wystąpienia zaprezentowano wyniki badań eksperymentalnych, w których wykazano, że pieniądze mogą być buforem chroniącym człowieka przed odczuwaniem lęku przed śmiercią (nie pełnią jednak takiej roli w odniesieniu do lęku przed stomatologiem).

Czy można zwiększyć poziom oszczędności zmieniając to, jak o nich myślimy? – odpowiedzi na takie pytanie szukała realizując swoje badania mgr Joanna Rudzińska-Wojciechowska (UW). Prelegentka przedstawiła interesujące zależności między niskim vs wysokim poziomem kodowania (założenia Teorii Poziomów Kodowania Liberman i Trope'a) a poziomem i skutecznością oszczędzania. Jednostki, którym indukowano wysoki poziom kodowania (dostrzeganie pierwszoplanowych, centralnych cech sytuacji) decydowały się na odłożenie większej ilości pieniędzy i oszczędzały skuteczniej niż jednostki o niskim poziomie kodowania (dostrzeganie peryferyjnych cech zdarzenia).

Dr Anna M. Hełka oraz dr Agata Gąsiorowska w referacie *Wpływ aktywacji idei pieniądza i postaw wobec postaw pieniędzy na zachowanie w grze 'dyktator'* przedstawiły próby zweryfikowania tezy o dążeniu do samowystarczalności i zmniejszaniu się skłonności do zachowań charytatywnych u jednostek na skutek aktywacji idei pieniądza. Autorki przeprowadzając badania z wykorzystaniem komputerowej wersji ekonomicznej gry 'dyktator' potwierdziły, że aktywacja idei pieniądza powodowała obniżenie wysokości transferów pieniężnych u osób o symbolicznej postawie wobec pieniędzy oraz silniejsze negatywne emocje i niższą satysfakcję z podjętej decyzji niż osoby, które realizowały analogiczne transfery w grupie kontrolnej (bez aktywacji idei pieniądza).

Sesję trzecią konferencji zakończył referat *Lęk przed śmiercią i oszczędzanie: czy trwoga egzystencjalna może powstrzymać nas przed konsumpcją?* autorstwa dr Agaty Gąsiorowskiej (SWPS) i prof. SWPS dr. hab. Tomasza Zaleśkiewicza. Podczas wystąpienia przedstawiono wyniki kilku eksperymentów ukierunkowanych na analizowanie zależności pomiędzy oszczędzaniem a trwogą egzystencjalną. Wyniki badań autorów pokazały, że oszczędzanie może być lepszą strategią redukcji trwogi egzystencjalnej niż konsumpcja.

W czwartej sesji konferencji – *Standardy życia związane z konsumpcją i zadowolenie z życia* – zaprezentowano cztery referaty. Autorka pierwszego z nich, mgr Marta Petelewicz (Uniwersytet Łódzki), dyskutowała wyniki badań zrealizowanych wśród łódzkich szóstoklasistów dotyczących zależności między *sytuacją ekonomiczną a dobrostanem psychicznym dzieci w okresie wczesnej adolescencji*. Prelegentka wykazała, że konsumpcjonizm i orientacja materialistyczna, określając status społeczno-ekonomiczny rodzin i zasoby pozostające w bezpośredniej dyspozycji dzieci, nie pozostają bez wpływu na ich samoocenę i satysfakcję z życia.

Czy szczęśliwy konsument to dobry konsument? O relacji zadowolenia z życia z wzorcami konsumpcji opowiadała prof. UW dr hab. Dominika Maison, odnosząc się do wyników badań sondażowych zrealizowanych na ogólnopolskich próbach reprezentatywnych. W badaniach analizowano związki zadowolenia z życia z wybranymi zachowaniami konsumentckimi: używanie różnych kategorii produktów (kosmetyki, produkty spożywcze, finansowe), preferowanie marek w danej kategorii, dbanie o zdrowie i urodę, zainteresowania, sposoby spędzania wolnego czasu. Potwierdzono, że osoby zadowolone z życia są nieco innymi konsumentami niż osoby niezadowolone, niezależnie od poziomu posiadanych dochodów.

Trzeci w sesji referat dotyczył problematyki *dobrostanu psychicznego polskich emigrantów konsumpcyjnych w Kanadzie i Holandii*. Dr Aleksandra Borkowska

(UKSW), prezentując wyniki badań zrealizowanych w Polsce, Kanadzie i Holandii, odpowiadała na pytania: kim jest emigrant konsumpcyjny, czego szuka poza rodzinnym krajem i jak sobie radzi. Badania wykazały, że Polacy, którzy wyjechali do Kanady i Holandii cieszą się wyższym poziomem psychicznego dobrostanu niż Polacy żyjący w kraju. W porównaniu jednak do Kanadyjczyków i Holendrów dobrostan w grupie polskich emigrantów był niższy. Liczne pytania uczestników konferencji po zakończeniu prezentacji potwierdziły, że w czasach nasilonych ruchów ludnościowych, rozpędzonej globalizacji i powszechnego kosmopolityzmu realizowanie badań międzykulturowych jest nie tylko ciekawe, ale przede wszystkim ważne i bardzo potrzebne.

Dr Zofia Pupin (Uniwersytet Opolski) w wystąpieniu *Kieszonkowe – tylko pieniądze czy aż pieniądze?* przedstawiła wyniki badań dotyczących związków między otrzymywaniem przez młodzież kieszonkowego, jego wysokością i regularnością wypłacania a hierarchią wartości, postawami wobec rodziny i grupy rówieśniczej. Okazuje się, że stwarzanie młodemu ludziom (13, 16 i 19 lat) okazji do zarządzania nawet niewielkimi sumami pieniędzy służy ich osobistemu rozwojowi, jest pozytywnym czynnikiem w procesie socjalizacji i enkulturacji.

Po sesji czwartej uczestnicy konferencji wzięli udział w sesji plakatowej zamykającej pierwszy dzień konferencji. Podczas sesji plakatowej kontynuowano dyskusowanie zagadnień zaprezentowanych przez prelegentów w referatach oraz analizowano treści pięciu plakatów poświęconych problematyce dobrostanu człowieka.

Mgr Joanna Kłoskowska (UJ) przygotowała dwa plakaty. Pierwszy z nich dotyczył *struktury i wartości psychometrycznych Kwestionariusza Badania Postaw i Opinii* do pomiaru satysfakcji z pracy. Drugi plakat poświęcono wynikom internetowego badania dot. *korelatów i uwarunkowań poziomu satysfakcji z pracy* polskich pracowników w różnych branżach i sektorach gospodarki.

Mgr Tatiana Popadiak-Kuligowska, mgr Joanna Opoczyńska oraz mgr Agnieszka Antecka (SWPS) na plakacie *Na szczęście i na zdrowie – czyli mapa dobrego stanu Polaków* zaprezentowały wyniki pomiaru poczucia dobrostanu Polaków na tle mieszkańców Francji, Niemiec, Włoch, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, USA i Japonii.

Plakat autorstwa prof. UG dr hab. Anny M. Zawadzkiej i mgr Anny Szabowskiej-Walaszczyk przedstawiał ciekawe analizy zmiennej *Samonaprawy jako determinanty szczęścia*. Dr Tomasz Strózik reprezentujący Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu na swoim plakacie przedstawił wyniki badań dotyczących *Systemu wartości i oceny jakości życia młodzieży akademickiej miasta Poznania*.

Drugi dzień konferencji otworzył prof. Ralph Piedmont z Loyola University (Maryland, USA), który wygłosił wykład plenarny *The relevance of spirituals transcendence in a consumer economy: the dollar and sense of it*. Prof. Piedmont zaprezentował różne aspekty współlistnienia duchowości i konsumpcji, pokazując, że duchowość jako motywacyjny wymiar osobowości człowieka znajduje swój wyraz w niemal każdym ludzkim przedsięwzięciu, nawet tym jakże charakterystycznym dla świata biznesu: konkretnym, materialnym, realizowanym ‘tu i teraz’. Podczas wykładu słuchacze poznali model duchowości i religijności autorstwa prof. Piedmonta *ASPIRES* oraz wnioski z badań empirycznych uprawniające do

uznawania modelu *ASPIRES* za uniwersalny czynnik regulujący zachowanie człowieka. Uczestnicy z dużym zainteresowaniem poznawali prezentowane zależności między duchowością a materializmem, wzorcami wydawania pieniędzy, percepcją bieżącej sytuacji ekonomicznej oraz postawami wobec osiągnięcia i utrzymywania finansowego statusu.

Po wykładzie plenarnym rozpoczęto piątą sesję konferencji – *Konsumpcja, duchowość, materializm*, którą rozpoczął referat prof. UŚ dr hab. Małgorzata Górnik-Durose *W poszukiwaniu istoty materializmu: 'duchowość' a merkantylizm psychiczny*. Podczas wystąpienia podjęto próbę zredefiniowania pojęcia materializmu w paradygmacie teorii autodeterminacji oraz rozwinięcia jej poprzez odniesienie rdzenia materializmu do kategorii wartości, celów i motywacji zewnętrznej. Autorka referatu zaproponowała nowe, czterowymiarowe ujęcie materializmu, które określane mianem merkantylizmu psychicznego uwzględniało: wartości, sposoby autoprezentacji, przekonania będące standardami w podejmowaniu decyzji oraz wizję świata społecznego. Po zaprezentowaniu badań własnych ukierunkowanych na zidentyfikowanie psychologicznych właściwości i mechanizmów konstytuujących materialistyczną orientację życiową, prelegentka opisała zależności między merkantylizmem psychicznym a religijnością, wrażliwością etyczną, poszukiwaniem harmonii ze światem i poszukiwaniem sensu życia.

Autorzy kolejnego referatu reprezentujący Uniwersytet Gdański: dr Magdalena Żejmotel-Piotrowska, dr Jarosław Piotrowski, dr Joanna Różycka oraz dr Katarzyna Skrzypińska analizowali *Duchowe wyznaczniki ziemskich przyjemności: wpływ aktywizacji treści transcendentnych i lęku przed śmiercią na nabywanie dóbr*. Podczas wystąpienia zaprezentowano wyniki trzech interesujących badań wskazujących na odmienne efekty aktywizacji treści religijnych i duchowych na chęć nabywania dóbr luksusowych. Na podstawie badań stwierdzono, że zarówno religijność, jak i transcendencja chronią przed odczuwaniem lęku przed śmiercią, ale to transcendencja wolna od treści religijnych wpływa na wyrzekanie się przez jednostkę dóbr doczesnych (spadek konsumpcji) i jest przeciwstawna materializmowi (hamuje nabywanie dóbr powodowane lękiem egzystencjalnym).

Trzeci w sesji referat *Popyt na nieśmiertelność* autorstwa dr. Tomasza Barana (UW) poświęcony był wynikom badania eksperymentalnego, którego celem było przeanalizowanie wpływu lęku przed śmiercią na zachowania konsumenckie ukierunkowane na zapewnienie jednostce symbolicznej nieśmiertelności. Autor próbował wyjaśnić dlaczego konsumenci pragną wysokiej samooceny i na czym polega rola pragnienia nieśmiertelności w decyzjach zakupowych.

Która dziedzina: sprawności czy moralności wpływa w większym stopniu na wzrost konsumpcji i materializmu funkcjonalnego? Na takie pytanie poszukiwała odpowiedzi prof. UG dr hab. Anna Maria Zawadzka, autorka ostatniego w sesji piątej referatu *O źródłach wzrostu konsumpcji: czyli preferencje konsumenckie w sytuacji zagrożenia w dziedzinie moralności i sprawności*. Podczas wystąpienia prof. Zawadzka opisała przebieg i wyniki trzech interesujących badań eksperymentalnych, pozwalających wnioskować, że dziedzina sprawności może mieć większe znaczenie dla wzrostu konsumpcjonizmu (konsumpcja doznaniowa i dokonywanie

zakupów), podczas gdy dziedzina moralności może być kluczowa dla wzrostu materializmu funkcjonalnego jednostek.

W szóstej sesji konferencji – *Dobrostan w środowisku pracy* – zaprezentowano trzy referaty. Autorzy pierwszego z nich, reprezentujący Uniwersytet Śląski, dr Małgorzata Chrupała-Pniak i dr Damian Grabowski badali *Inwestycyjne aspekty zaangażowania w pracę w kontekście kontraktu psychologicznego*. Podczas wystąpienia zaprezentowano teoretyczne założenia dotyczące pracy jako formy konsumpcji oraz współczesne poglądy na angażowanie się w pracę i przywiązanie organizacyjne rozwijane w nurcie psychologii i zarządzania. Opisano dynamiczny i niespecyficzny charakter kontraktu psychologicznego, sformułowano ponadto ciekawe implikacje dla praktyki zarządzania i motywowania pracowników.

Kolejny referat w sesji *I-deals jako metoda kształtująca satysfakcjonujące relacje człowiek – organizacja* wygłoszony przez prof. UEP dr hab. Elżbietę Kowalczyk przybliżył słuchaczom specyfikę idiosynkratycznych umów w sprawie pracy bazujących na elastyczności zatrudniania pracowników. Podczas prezentacji odniesiono się do wyników badań empirycznych, na podstawie których opisano zakres, korzyści oraz koszty związane z zastosowaniem *i-deals*, zdaniem autorki, nowatorskiego i skutecznego narzędzia w kształtowaniu relacji człowiek – organizacja.

Sesję szóstą zakończył referat *Rola płci, rodzaju motywacji potencjalnego pracownika oraz wizerunków firm w ocenie ich atrakcyjności* autorstwa dr Małgorzaty Styśko-Kunkowskiej i Małgorzaty Kozłowskiej z Uniwersytetu Warszawskiego. W referacie zaprezentowano wyniki badań eksplorujących znaczenie rodzaju motywacji i odpowiadającego jej wizerunku pracodawcy w ocenie atrakcyjności wybranych firm, formułowanej przez osoby wkraczające na rynek pracy. Z badań wynioskowano, że wizerunek firmy częściej był predykatorem oceny atrakcyjności w grupie kobiet, a motywacja jednostki wpływała na ocenę atrakcyjności firm w grupie mężczyzn.

W sesji siódmej kontynuowano dyskusję dotyczącą *Dobrostanu w środowisku pracy (część II)*. Dr Diana Malinowska i prof. UJ dr hab. Aleksandra Tokarz analizowały *Poziom zadowolenia z życia u pracoholików jako kryterium wyróżnienia funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej postaci pracoholizmu*. Dr Malinowska na podstawie badań przeprowadzonych wśród menedżerów uzasadniała wyróżnianie w psychologii funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej postaci pracoholizmu. Wyodrębnione w badaniach dwie grupy pracoholików różniły się między sobą w zakresie zmiennych dotyczących wartości (podobieństwo do uniwersalnej hierarchii wartości, nasilone kryzysy w wartościowaniu) i celów (autonomiczne vs instrumentalne), nie zaobserwowano jednak istotnych różnic pod względem orientacji motywacyjnych.

Partner w domu, partner w biurze? Jakość życia par pracujących razem i osobno badali reprezentujący Uniwersytet Gdański: dr Karol Karasiewicz, dr Aleksandra Lewandowska-Walter, dr Dorota Godlewska-Werner i dr Andrzej Piotrowski. Podczas wystąpienia przedstawiono wyniki badań ukierunkowanych na zbadanie różnic w zakresie jakości życia rodzinnego i zawodowego u par pracujących razem i osobno w zależności od pozycji zależności wobec siebie. Zaobserwowano występowanie zależności między oceną współpracy z partnerem a stopniem zadowole-

nia z życia. Przedstawiono ponadto ciekawe różnice wśród badanych par w zakresie oceny aspektów życia rodzinnego i zawodowego oraz w obszarze: równowaga praca – życie.

Sesję siódmą zakończyło wystąpienie dr Joanny Chudzian (SGGW), która analizowała *Wpływ reklamy na przebieg procesu podejmowania decyzji zakupowych konsumentów* w odniesieniu do nowoczesnych i tradycyjnych produktów mleczarskich. Autorka referatu wykazała znaczenie oddziaływania na poszczególne etapy procesu decyzyjnego w zwiększaniu skuteczności reklam na rynku produktów mlecznych.

Po zakończeniu sesji siódmej rozpoczęto dyskusję na temat poruszanych podczas konferencji licznych i jakże aktualnych problemów współczesnego świata: konsumpcji, znaczenia pieniądza w życiu człowieka, oszczędzania, wartości, duchowości, egzystencjalnych lęków, aktywności zawodowej i zmian społecznych. Podjęto próbę podsumowania wyjątkowego dwudniowego spotkania przedstawicieli licznych ośrodków akademickich, którego celem było wnikliwa refleksja nad kondycją i jakością życia człowieka na początku XXI wieku. Niewątpliwie III konferencja naukowa *Psychologia – konsumpcja – jakość życia. Pomiędzy dobrobytem a dobrostanem* była wydarzeniem o dużym znaczeniu i wysokiej randze, które przebiegło w atmosferze sprzyjającej wymianie naukowych doświadczeń.

Konferencję zakończono złożeniem podziękowań komitetom: honorowemu, naukowemu i organizacyjnemu konferencji, prelegentom z Polski i Stanów Zjednoczonych, doktorantom, studentom oraz wszystkim osobom i instytucjom zaangażowanym w przygotowanie i sprawny przebieg tego wartościowego i owocnego wydarzenia.

LISTA RECENZENTÓW ROCZNIKA 2012:

Dr Anna Batory
Dr Dariusz Buksik
Dr Michał Chruszczewski
Dr Jan Ciecuch
Dr Krzysztof Fronczyk
Dr hab. Zbigniew Gaś
Dr hab. Alicja Głębocka
Dr hab. Paweł Izdebski
Dr hab. Ewa Jackowska
Dr hab. Iwona Janicka
Dr hab. Romuald Jaworski
Dr Dariusz Krok
Prof. dr hab. Maria Lis-Turlejska
Dr hab. Maria Ledzińska
Prof. dr hab. Maria Lewicka
Dr hab. Hanna Liberska
Dr hab. Zdzisław Majchrzyk
Dr Katarzyna Martowska
Prof. dr hab. Jolanta Miluska
Dr Marek Nieznański
Prof. dr hab. Władysław Paluchowski
Dr hab. Andrzej Pankalla
Dr Joanna Piekarska
Dr hab. Barbara Pilecka
Prof. dr hab. Władysława Pilecka
Prof. dr hab. Mieczysław Plopa
Dr Joanna Radoszewska
Dr hab. Maria Ryś
Prof. dr hab. Ryszard Stachowski
Dr hab. Elżbieta Stojanowska
Dr hab. Maria Straś-Romanowska
Dr Włodzimierz Strus
Dr Sławomir Ślaski
Dr hab. Jacek Śliwak
Prof. dr hab. Janusz Trempała
Dr hab. Barbara Tryjarska
Dr Monika Włodarczyk-Dudka