

Struktura rozbieżności Ja w zaburzeniach psychicznych¹

Wacław Bąk*

Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin

THE STRUCTURE OF SELF-DISCREPANCIES IN MENTAL DISORDERS

This article describes the discrepancies in the self-system in selected types of mental disorders. Analyses rely on E. T. Higgins' self-discrepancy theory and results of clinically oriented studies inspired by this model are presented. The article is a critical review of the available empirical data in order to look for characteristic features of self-structure specific to given types of mental disorders. Some therapeutic applications of Higgins' theory are also discussed.

WPROWADZENIE

Złożony system przekonań na własny temat, określany w psychologii poznawczej jako system Ja lub po prostu „Ja”, jest jednym z ważniejszych elementów osobowości. Dotyczy to zarówno osobowości zdrowej jak i różnych form zaburzeń funkcjonowania psychicznego. W pewnych formach psychopatologii zaburzenia w obszarze Ja są na tyle ważne, że zostały włączone do kryteriów diagnostycznych jako osiowe objawy choroby. W innych przypadkach patologiczna struktura Ja nie należy do istoty zaburzenia, ale może dookreślać jego obraz (por. Seligman, Walker i Rosenhan, 2003). Związek między psychopatologią a strukturalnymi i funkcjonalnymi aspektami Ja wydaje się więc być wyraźny i ważny. Większość współczesnych poznawczych teorii Ja (w odróżnieniu np. od ujęć psychodynamicznych) nie koncentruje się jednak na patologii, ale opisuje i interpretuje zjawiska, które w założeniach mają być typowe dla osobowości zdrowej. Niezależnie od tego teorie te mogą być ciekawym źródłem inspiracji dla hipotez badawczych odnoszących się do problematyki klinicznej. Jedną z takich koncepcji jest teoria rozbieżności Ja E. Tory Higginsa (1987). Jest to model teoretyczny, który koncentruje się na rozbieżnościach w strukturze Ja i łączy je ze skłon-

nością do doświadczania określonych emocji. Silny akcent położony właśnie na relacje między poznawczą strukturą Ja i funkcjonowaniem emocjonalnym jest prawdopodobnie przyczyną dużego zainteresowania, jakim teoria rozbieżności Ja cieszy się wśród badaczy zajmujących się problematyką kliniczną.

Artykuł zawiera przegląd wybranych badań, w których opierając się na teorii Higginsa analizowano strukturę rozbieżności Ja w różnych formach zaburzeń. Celem artykułu jest krytyczna analiza wyników tych badań oraz próba odpowiedzi na pytanie czy można opisać takie właściwości struktury rozbieżności Ja, które byłyby specyficzne dla poszczególnych typów zaburzeń. Stosunkowo najwięcej badań koncentruje się na strukturze rozbieżności Ja w zaburzeniach nastroju i zaburzeniach lękowych, dlatego badaniom z tego obszaru poświęcono tu najwięcej uwagi. Wykorzystanie modelu rozbieżności Ja do interpretacji innych typów zaburzeń pokazano na przykładzie badań dotyczących psychotycznych zaburzeń urojeniowych. Zasygnalizowano także krótko pozostałe kierunki badań. Kolejny rozdział ma charakter dyskusji na temat opisanych rezultatów, a na koniec przedstawiono możliwości terapeutycznych aplikacji teorii Higginsa.

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Wacław Bąk, Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, ul. Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin.
e-mail: wabak@kul.lublin.pl

¹ Artykuł został przygotowany w ramach grantu „Dialogowe Funkcje Ja” Fundacji na rzecz Nauki Polskiej. Serdecznie dziękuję Pani dr Marioli Łagunie oraz Panu prof. Piotrowi Olesiowi za cenne uwagi, które pomogły poprawić wcześniejszą wersję tekstu.

TEORIA ROZBIEŻNOŚCI JA HIGGINSA

Zgodnie z klasycznym podejściem psychologii poznawczej Higgins (1996) traktuje Ja jako element wiedzy osobistej podmiotu – strukturę poznawczą skupioną wokół doświadczeń związanych z własną osobą, przy czym ważną cechą Ja jest jego złożony, wieloaspektowy charakter. Tak rozumiany system Ja składa się ze zbioru szczegółowych elementów, z których każdy jest opisywany na dwóch wymiarach (Higgins, 1987). Pierwszy z nich odnosi się do treści tworzących dany element struktury Ja i przyjmuje trzy wartości: Ja realne (aktualne) (*the actual self*), Ja idealne (*the ideal self*) oraz Ja powinnościowe (*the ought self*). Szczególnie ważne jest tu odróżnienie Ja idealnego (Jaki chciałbym być?) od Ja powinnościowego (Jaki powinienem być?), jako dwóch typów standardów Ja. Drugi wymiar opisu struktury Ja dotyczy perspektywy, z jakiej formułowany jest określony element Ja, a mówiąc inaczej jest to punkt widzenia, z którego osoba patrzy na siebie (*standpoint on the self*) i autor wyróżnia tu dwie możliwości. Pierwszą określa jako własny punkt widzenia (*own standpoint*), gdyż dotyczy on własnych, osobistych wyobrażeń osoby na swój temat. Drugą perspektywą jest punkt widzenia innych osób (*other standpoint*) i chodzi tu o przekonania jednostki na temat tego jak jest postrzegana i oceniana przez innych, zwłaszcza tzw. znaczących innych (*significant others*). Biorąc pod uwagę wszystkie możliwe kombinacje trzech wartości pierwszego wymiaru i dwóch wartości drugiego, system Ja każdej osoby może potencjalnie składać się z sześciu elementów. Ważną cechą modelu jest przy tym akcentowanie relacji, jakie zachodzą między poszczególnymi elementami struktury Ja. Relacje te są opisywane przez Higginsa za pomocą pojęcia rozbieżności (*discrepancy*), które odnosi się do stopnia treściowego podobieństwa określonych dwóch elementów systemu Ja.

Teoria rozbieżności Ja Higginsa (1987) należy do teorii, które akcentują tezę, że różnego rodzaju niespójności i konflikty w Ja są źródłem dyskomfortu psychicznego, a człowiek jest motywowany do tego by je zredukować (np. Freud, 1961/1923; Horney, 1994/1945; James, 1950/1890; Rogers, 1961). Bardziej bezpośrednio nawiązuje natomiast do współczesnych poznawczych teorii samoregulacji (np. Carver i Scheier, 1982; Duval i Wicklund, 1972) opisujących procesy konfrontowania postrzeganego aktualnego stanu Ja z określonym stanem pożądanym, wyznaczonym przez cele i standardy. Specyficzną cechą teorii Higginsa jest powiązanie

określonych rozbieżności Ja ze skłonnością do doświadczenia określonych typów emocji. Uogólniając bardziej szczegółowe tezy teorii (por. Bąk, 2002) można powiedzieć, że według Higginsa rozbieżność między Ja realnym i Ja idealnym wiąże się z emocjami przygnębienia, smutku lub zniechęcenia, które można ogólnie określić jako emocje depresyjne (*dejection-related emotions*). Sytuacja odwrotna, czyli zgodność stanu aktualnego z ideałami łączy się z pogodnym nastrojem, radością i zadowoleniem (*cheerfulness-related emotions*). Z kolei rozbieżność między Ja realnym i Ja powinnościowym wiąże się z emocjami lękowymi (*agitation-related emotions*), takimi jak napięcie, lęk, strach, niepokój czy poczucie winy. Natomiast zgodność stanu aktualnego z powinnościami prowadzi do poczucia wewnętrznego spokoju, zrelaksowania i wyciszenia (*quiescence-related emotions*) (Higgins, 1996; Higgins, Shah i Friedman, 1997). Teza o specyficznych powiązaniach ideałów z emocjami depresyjnymi a powinności z emocjami lękowymi i jednoczesnym braku powiązań ideałów z lękiem a powinności z depresją jest przez Higginsa bardzo mocno podkreślana i stanowi jądro jego teorii.

ROZBIEŻNOŚCI JA W ZABURZENIACH AFEKTYWNYCH I LĘKOWYCH

Teoria rozbieżności Ja odnosi się zasadniczo do funkcjonowania osób zdrowych, stała się jednak inspiracją dla wielu badań dotyczących różnego rodzaju trudności i problemów psychologicznych. Stosunkowo najwięcej badań koncentruje się na problematyce zaburzeń nastroju i lękowych, co do których najłatwiej jest formułować bazujące na teorii Higginsa hipotezy. Są to bowiem zaburzenia, w których emocje depresyjne i lękowe odgrywają kluczową rolę, a teoria Higginsa wprost odnosi się właśnie do tych dwóch typów emocji.

Jednym z ważniejszych badaczy zajmujących się wykorzystaniem teorii rozbieżności Ja do interpretacji zjawisk z tego obszaru psychopatologii jest współpracownik Higginsa Timothy J. Strauman. Celem ich wspólnych badań (Strauman i Higgins, 1988) była weryfikacja opublikowanej rok wcześniej teorii rozbieżności Ja (Higgins, 1987) i jednoczesne przetestowanie jej twierdzeń w obszarze zjawisk o charakterze klinicznym. Wcześniejsze badania (np. Strauman i Higgins, 1987) sprawdzały związek między sytuacyjnie aktywowanymi rozbieżnościami Ja i skłonnością do doświadczenia określonych stanów emocjonalnych. Tym razem (Strauman i Higgins, 1988) sprawdzano związek między chro-

nicznie dostępnymi rozbieżnościami Ja i bardziej trwałymi symptomami depresyjnymi *vs.* lękowymi. Wyniki tych badań pokazują, że chroniczna dostępność określonej rozbieżności może wiązać się z trwałą podatnością na określone problemy emocjonalne. Rozbieżność między Ja realnym i Ja idealnym formułowanym z własnej perspektywy wiąże się z podatnością na symptomy depresyjne, natomiast rozbieżność między Ja realnym i Ja powinnościowym formułowanym z perspektywy osób znaczących – ze skłonnością do problemów lękowych, a szczególnie lęków o charakterze społecznym (*social anxiety*).

W badaniach tych analizowano określone symptomy zaburzeń depresyjnych i lękowych występujące w populacji ogólnej (studenci), natomiast w kolejnym badaniu (Strauman, 1989) skoncentrowano się już wprost na grupach klinicznych. Pierwsza grupa składała się z pacjentów którzy spełniali kryteria diagnostyczne depresji (*major depression*), natomiast drugą grupę tworzyli pacjenci ze zdiagnozowaną fobią społeczną (*social phobia*). Zbadano wybrane typy chronicznie dostępnych rozbieżności Ja i zgodnie z przewidywaniem autora okazało się, że rozbieżność między Ja realnym i Ja idealnym formułowanym z własnej perspektywy przyjmuje wyraźnie największe wartości w grupie pacjentów depresyjnych (por. także, Fairbrother i Moretti, 1998). Z kolei rozbieżność między Ja realnym i Ja powinnościowym formułowanym z perspektywy osób znaczących przyjmuje wyraźnie największe wartości w grupie pacjentów lękowych.

W drugiej części tych badań dodatkowo eksperymentalnie aktywowano (*priming*) każdą z dwóch analizowanych tu rozbieżności. Zaktywowanie rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym wywołało czasowe nasilenie emocjonalnych, fizjologicznych (GSR) i behawioralnych symptomów depresji. Efekt ten wystąpił w obydwu grupach, niezależnie od typu zaburzenia i typu pierwotnie dominującej rozbieżności Ja, choć wyraźniejszy był w grupie depresyjnej. Z kolei zaktywowanie rozbieżności między Ja realnym i Ja powinnościowym wywołało czasowe nasilenie emocjonalnych, fizjologicznych i behawioralnych symptomów lękowych. Również ten efekt wystąpił w obydwu grupach, ale był wyraźniejszy w grupie cierpiącej na fobię społeczną (Strauman, 1989). Autor traktuje uzyskane przez siebie wyniki jako argument za tym, że różnice na poziomie struktur poznawczych mogą być podstawą różnicowania między podatnością na zaburzenia depresyjne i lękowe (por. także Strauman, 1992).

Z kolei Scott i O'Hara (1993) przeprowadzili badania, których celem było sprawdzenie prawidłowości wynikających z badań Straumana (1989) w odniesieniu do bardziej zróżnicowanej populacji osób z klinicznymi formami zaburzeń depresyjnych i lękowych. Z licznej grupy studentów wyłoniono osoby spełniające kryteria DSM-III-R dla kilku zaburzeń. W grupie „depresyjnej” oprócz osób z depresją (*major depression*) znalazły się osoby spełniające kryteria diagnostyczne dystymii (*dysthymia*). Natomiast do grupy „lękowej” oprócz fobii społecznej włączono osoby cierpiące na agorafobię, lęk paniczny oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Trzecia z wyodrębnionych grup skupiała osoby zdradzające symptomy zarówno zaburzeń depresyjnych jak i lękowych, a dodatkowa grupa kontrolna składała się z osób zdrowych. Autorzy przewidywali, że grupy kliniczne charakteryzują się wyższym poziomem rozbieżności Ja. Uogólniony wskaźnik rozbieżności Ja okazał się rzeczywiście istotnie wyższy w grupie osób depresyjnych oraz depresyjno-lękowych w porównaniu z osobami zdrowymi. Nie dotyczyło to już jednak osób cierpiących na zaburzenia lękowe, którym nie towarzyszą symptomy depresyjne (grupa 2). Uogólniony wskaźnik rozbieżności Ja w tej grupie nie różnił się istotnie od analogicznego wskaźnika w grupie osób zdrowych.

W dalszych analizach Scott i O'Hara (1993) sprawdzali na ile poszczególne typy rozbieżności Ja różnicują wyodrębnione grupy. Zgodnie z przewidywaniami bazującymi na teorii Higginsa, zsumowana grupa depresyjna i depresyjno-lękowa miała istotnie większe rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym w porównaniu z osobami bez zaburzeń depresyjnych (zsumowana grupa lękowa i kontrolna). Bardziej szczegółowa analiza ujawniła jednak, że rozbieżność Ja realne – Ja idealne różnicuje jedynie grupę depresyjną i kontrolną. Osoby, u których zdiagnozowano zaburzenia depresyjne bez towarzyszących im zaburzeń lękowych mają istotnie większe poczucie nierealizowania swoich ideałów niż osoby zdrowe, ale jednocześnie nie różnią się istotnie w tym aspekcie od osób lękowych i depresyjno-lękowych. Jeśli natomiast chodzi o rozbieżność między Ja realnym i Ja powinnościowym to chociaż zsumowana grupa lękowa i depresyjno-lękowa uzyskała tu wyższe wskaźniki w porównaniu z osobami bez zaburzeń lękowych (zsumowana grupa depresyjna i kontrolna) to po rozbiciu grupy na cztery wyjściowe kategorie nie zauważono żadnych istotnych różnic między grupami. Nie używano tu istotnej różnicy nawet między grupą lę-

kową i zdrową, nie mówiąc już o porównaniu osób lękowych z depresyjnymi. Można więc powiedzieć, że większe rozbieżności Ja u osób cierpiących na zaburzenia emocjonalne dotyczą przede wszystkim rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym oraz głównie zaburzeń depresyjnych. Okazało się też, że osoby depresyjne i lękowe nie różnią się istotnie jeśli chodzi o wielkość poszczególnych typów rozbieżności Ja, co jest wynikiem wyraźnie niezgodnym z teorią rozbieżności Ja Higginsa. Może to być związane z małą liczebnością wyjściowych czterech grup, niezależnie jednak od tego zupełnie zaskakująca jest ostateczna konkluzja autorów, którzy dostrzegając te nieścisłości, mimo wszystko twierdzą, że ich badania, w połączeniu z wynikami Straumana (1989), stanowią silne potwierdzenie teorii Higginsa (Scott i O'Hara, 1993, s. 286). Wydaje się, że wbrew końcowym wnioskom autorów, obraz struktury rozbieżności Ja w depresji i zaburzeniach lękowych nie jest jednak dokładnie taki, jak wynikałoby to z teorii rozbieżności Ja. Wskazują na to również wyniki kolejnych badań.

Weilage i Hope (1999) nawiązując do wyników Straumana (1989) skoncentrowali się na bardziej precyzyjnych rozróżnieniach w ramach zaburzeń depresyjnych i lękowych. Grupę „depresyjną” w ich badaniach tworzyli pacjenci spełniający kryteria dystymii, która różni się od epizodu depresji tym, że jej objawy są mniej intensywne, ale mają bardziej przewlekły charakter (por. Reus, 2000). Z kolei w grupie z zaburzeniami lękowymi uwzględniono dwa typy lęków społecznych, różniące się stopniem ich generalizacji. Osoby z uogólnionym lękiem społecznym (*generalized social phobia*) obawiają się większości sytuacji społecznych, natomiast w przypadku niezgeneralizowanego lęku społecznego (*nongeneralized social phobia*) osoba doświadcza wyraźnego lęku w wielu sytuacjach, ale można znaleźć przynajmniej jeden obszar jej funkcjonowania społecznego, który jest wolny od niepokoju (Weilage i Hope, 1999). Zgodnie z oczekiwaniami, osoby z uogólnionym lękiem społecznym oraz osoby z podwójną diagnozą zaburzeń depresyjnych i lękowych miały istotnie większe rozbieżności między Ja realnym i Ja powinnościowym (formułowanym z perspektywy osób znaczących) w porównaniu z osobami zdrowymi. Nie dotyczyło to już jednak osób z niezgeneralizowanym lękiem społecznym, a dodatkowo rozbieżność między Ja realnym i Ja powinnościowym w grupie dystymii była większa niż oczekiwano i podobna jak u pacjentów lękowych. Jeśli natomiast chodzi o rozbieżność między Ja realnym i Ja idealnym to istotnie większa niż u

osób zdrowych była ona tylko w grupie z podwójną diagnozą zaburzeń lękowych i depresyjnych. Wbrew oczekiwaniom sformułowanym na bazie teorii Higginsa, osoby cierpiące na dystymię (bez dodatkowej diagnozy zaburzeń lękowych) uzyskiwały tu podobne wyniki jak osoby zdrowe. Analizy wykazały także, że rozbieżność między Ja realnym i Ja powinnościowym jest powiązana zarówno z objawami depresyjnymi jak i lękowymi, co również jest wynikiem zasadniczo niezgodnym z teorią rozbieżności Ja. Również w tych badaniach nie uzyskano więc tak specyficznych powiązań jak wynikałoby to z przyjętego modelu teoretycznego. Okazało się także, że choć rozbieżności Ja są większe w grupach klinicznych, to dotyczy to głównie tych form psychopatologii, które wiążą się ze szczególnie dużym stopniem zaburzenia funkcjonowania psychologicznego, takich jak zgeneralizowany lęk społeczny czy współwystępowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych.

Kolejną formą zaburzeń nastroju, która stała się przedmiotem badań inspirowanych modelem rozbieżności Ja, jest zaburzenie dwubiegunowe. Bental, Kinderman i Manson (2005) zbadali strukturę rozbieżności Ja w różnych fazach choroby dwubiegunowej. Porównali ze sobą trzy grupy pacjentów: (1) aktualnie w depresji, (2) aktualnie w manii lub hipomanii, (3) aktualnie w remisji, a dodatkowo uwzględnili także grupę kontrolną złożoną z osób zdrowych. Pacjenci depresyjni uzyskali najwyższe spośród wszystkich czterech grup wskaźniki rozbieżności zarówno między Ja realnym i Ja idealnym jak również między Ja realnym i Ja powinnościowym. W grupie maniakalnej natomiast rozbieżności te były wyraźnie najmniejsze, mniejsze nawet w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych. Interpretując wyniki autorzy formułują wniosek, że poszczególne fazy zaburzenia dwubiegunowego wiążą się ze zróżnicowaną dostępnością poznawczą rozbieżności Ja. W stadium manii dostępność poznawcza rozbieżności jest bardzo mała, a zmniejszanie się jej w tym okresie może być swoim sposobem obrony przed negatywnym afektem doświadczanym w stadium depresji. Typowe dla manii przekonanie o możliwości zrealizowania wszelkich zamierzeń, braku jakichkolwiek ograniczeń, czy wręcz omnipotencji i towarzyszące temu wysokie poczucie własnej wartości skutecznie usuwa ze świadomości wszelkie negatywne przekonania na temat Ja.

Analizowane badania dostarczają też bardziej szczegółowych informacji na temat treści rozbieżnych przekonań na temat Ja w zaburzeniach afek-

tywnych. Jak już wspomniano, rozbieżności Ja były wyraźnie największe w grupie depresyjnej. Wynik ten jest jednak konsekwencją bardziej podstawowych różnic na poziomie treści samoopisu, a dokładniej, wartościowości cech używanych przez badanych do opisu poszczególnych elementów struktury Ja. Ja realne osób depresyjnych zawierało wyraźnie więcej, w porównaniu z wszystkimi pozostałymi grupami, określeń negatywnych, nie stwierdzono natomiast istotnych różnic na poziomie treści idealnych i powinnościowych standardów Ja. W przypadku osób maniakałnych, u których rozbieżności okazały się najmniejsze, zauważono analogiczną, ale odwrotną tendencję. Choć różnice nie są tu tak wyraźne (nie osiągają poziomu statystycznej istotności) to cechy używane przez te osoby do opisu ich Ja realnego były bardziej pozytywne niż w pozostałych grupach (Bentall, Kinderman i Manson, 2005). Podobne wyniki wskazujące na zasadnicze znaczenie Ja realnego i brak różnic na poziomie ideałów uzyskano także we wcześniejszych badaniach przeprowadzonych przez Choi i Lee (1998) w Korei. Można więc powiedzieć, że tym co w strukturze Ja różnicuje osoby depresyjne od zdrowych, a także różne stadia choroby afektywnej dwubiegunowej między sobą, jest treść realnej koncepcji siebie, a dokładniej stopień, w jakim osoba widzi u siebie pozytywne *vs.* negatywne cechy. Jest to zgodne z klasycznymi poznawczymi teoriami depresji, w których wskazuje się na znaczenie negatywnych myśli na temat Ja jako jednych z ważniejszych przyczyn tego zaburzenia (np. Clark, Steer i Beck, 1994).

Badania Bentalla i in. (2005) nie ujawniły, jak wspomniano, różnic między grupami na poziomie standardów Ja. Czy można jednak na tej podstawie powiedzieć, że treść ideałów i powinności nie ma znaczenia w zaburzeniach afektywnych? Wydaje się, że taki wniosek byłby zdecydowanie przedwczesny. Z badań wynika jedynie, że grupy nie różnią się stopniem, w jakim atrybuty Ja idealnego i powinnościowego są postrzegane jako pozytywne *vs.* negatywne. Jest to zrozumiałe ponieważ standardy Ja z natury rzeczy zawierają cechy pożądane i nie ma powodów, aby myśleć, że miałyby to nie dotyczyć osób depresyjnych czy maniakałnych. Jest natomiast prawdopodobne, że jedną z cech, a być może nawet przyczyn depresji, jest stawianie sobie bardzo wysokich standardów, które zestawione dodatkowo z wyraźnie negatywnym Ja realnym skutkują bardzo dużymi rozbieżnościami Ja.

Ciekawym uzupełnieniem wyników dotyczących rozbieżności Ja w zaburzeniach afektywnych

są badania dotyczące stylów radzenia sobie u osób depresyjnych. Carnazzo (2001) wskazuje, że choć rozbieżność między Ja realnym i Ja idealnym w istotny sposób przyczynia się do powstawania depresyjnego afektu, to sama w sobie nie jest wystarczającym czynnikiem rozwoju klinicznych form zaburzeń depresyjnych. Wyniki wcześniejszych badań sugerowały, że styl radzenia sobie ze stresem modyfikuje nasilenie objawów depresyjnych u osób z wyraźnymi rozbieżnościami Ja. Carnazzo (2001) zweryfikował to przypuszczenie porównując style radzenia sobie dwóch grup. W pierwszej znalazły się osoby z wyraźnymi rozbieżnościami Ja, spełniające jednocześnie kryteria DSM-IV dla zaburzeń depresyjnych. Natomiast do drugiej grupy zakwalifikowano osoby z podobnymi rozbieżnościami Ja, ale bez klinicznych symptomów depresji. Wyniki pokazały, że grupy istotnie różniły się jeśli chodzi o stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach oraz na unikaniu. Jednocześnie nie zauważono różnic w przypadku bardziej adaptacyjnych stylów radzenia sobie takich jak styl skoncentrowany na rozwiązaniu, poszukiwanie wsparcia, planowanie rozwiązań, czy pozytywne przewartościowanie. Choć trudno formułować tu ostateczne wnioski, to prawdopodobnie nieadaptacyjne style radzenia sobie ze stresem, takie jak styl zorientowany na emocjach i / lub na unikaniu, zwiększają ryzyko rozwinięcia się klinicznych form depresji u osób z dużą rozbieżnością między Ja realnym i Ja idealnym. Z drugiej strony osoby, które mają wyraźne rozbieżności Ja, ale nie cierpią na depresję, nierozwinięcie się choroby zawdzięczają prawdopodobnie nie tyle stosowaniu stylów adaptacyjnych co raczej nie stosowaniu stylów szkodliwych.

Inny zespół badaczy (Cantor i in., 2005) wykorzystał teorię Higginsa do analizy zaburzeń emocjonalnych u osób z pourazowym uszkodzeniem mózgu (*traumatic brain injury* – TBI). Opublikowane przez nich wyniki pochodzą z badań pilotażowych i mają charakter wstępny, warto jednak je tu przywołać, ponieważ uwzględniono w nich ciekawy, nie badany wcześniej typ rozbieżności, mianowicie rozbieżność między aktualnym, „pourazowym” Ja realnym (*postinjury actual-self*) i przeszłym, „przedurazowym” Ja realnym (*preinjury actual-self*). Autorzy spodziewali się, że znaczenie tego typu rozbieżności Ja będzie podobne do znaczenia opisywanej przez Higginsa (1987) rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym. Konsekwencją nagłego fizycznego uszkodzenia mózgu (np. w wypadku samochodowym) jest zwykle istotne pogorszenie sprawności fizycznej, umysłowej i interpersonalnej oraz zmia-

ny w wyglądzie, zachowaniu i innych ważnych dla samooceny aspektach funkcjonowania. W takiej sytuacji mamy najczęściej do czynienia ze zjawiskiem idealizowania utraconego stanu sprzed wypadku („kim / jaki byłem zanim spotkał mnie wypadek”), który jest postrzegany jako wysoce atrakcyjny i pożądanym. Rozbieżność między tymi dwoma aspektami Ja realnego powinna, podobnie jak rozbieżność między Ja realnym i Ja idealnym, wiązać się z podatnością na doświadczanie emocji depresyjnych, co można traktować jako jedno z wyjaśnień częstych zaburzeń afektywnych po uszkodzeniu mózgu. Wstępne badania potwierdziły tę hipotezę. Rozbieżność między powypadkowym i przedwypadkowym Ja realnym istotnie korelowała zarówno ze skalą depresji jak i lęku Becka (BDI-II i BAD). Podobne korelacje dotyczące symptomów depresyjnych i lękowych zauważono w przypadku dwóch klasycznych „higginsowskich” rozbieżności – między Ja realnym (aktualnym) i Ja idealnym oraz między Ja realnym i Ja powinnościowym. Podobnie jednak jak w cytowanych wcześniej badaniach nie zauważono tu postulowanej w teorii Higginsa specyfiki powiązań między rozbieżnościami i emocjami. Wszystkie trzy typy rozbieżności korelowały tak z depresją jak i z lękiem, a jedyna zauważalna różnica polegała na tym, że korelacje ze skalą depresji w przypadku wszystkich rozbieżności były generalnie silniejsze i miały wyższy poziom istotności, choć korelacje ze skalą lęku również były istotne statystycznie (Cantor i in., 2005).

ROZBIEŻNOŚCI JA W ZABURZENIACH UROJENIOWYCH

Inspirowane teorią Higginsa badania kliniczne początkowo koncentrowały się przede wszystkim na zaburzeniach depresyjnych i lękowych, z czasem jednak objęto badaniami szersze spektrum problemów z obszaru psychopatologii. Grupa brytyjskich uczonych kierowanych przez Petera Kindermana skoncentrowała się na problematyce urojeń prześladowczych. Kinderman i Bentall (1996) badali rozbieżności Ja u pacjentów z urojeniami porównując ich zarówno z kliniczną grupą bez urojeń (pacjenci z depresją), jak i z kontrolną grupą osób zdrowych. Osoby zdrowe charakteryzowały się najmniejszymi rozbieżnościami w systemie Ja, natomiast w grupie depresyjnej rozbieżności te były relatywnie duże. Najciekawszy obraz wystąpił jednak w grupie pacjentów paranoidalnych. Charakteryzują się oni stosunkowo małymi rozbieżnościami między Ja realnym i standardami Ja

(tak Ja idealnym jak i Ja powinnościowym), czemu towarzyszy jednak duża rozbieżność między Ja realnym formułowanym z własnej perspektywy (osobiste wyobrażenia pacjenta na swój temat) a Ja realnym formułowanym z perspektywy osób znaczących, czyli wyobrażeniem pacjenta o tym jak jest postrzegany przez innych ludzi. Rozbieżność między tymi dwoma aspektami Ja realnego okazała się największa w grupie paranoidalnej (istotnie większa niż w grupie osób zdrowych, a grupa depresyjna uzyskała wyniki pośrednie). Osoby z urojeniami prześladowczymi mają więc poczucie, że dość dobrze realizują swoje ideały i powinności, co sprawia, że są zasadniczo zadowolone z siebie i w czym nie różnią się istotnie od osób zdrowych. Jednocześnie jednak przekonania paranoików o tym jak są postrzegani przez innych i co inni o nich myślą istotnie różnią się od tego jak sami siebie widzą. Analiza treści określeń użytych do samoopisu pokazała dokładniej sens tej rozbieżności. Okazało się, że pacjenci paranoidalni mając pozytywny obraz siebie są przekonani, że inni przypisują im złe cechy. Zauważono w tej grupie przewagę określeń pozytywnych w Ja realnym formułowanym z własnej perspektywy oraz negatywnych w Ja realnym formułowanym w perspektywy osób znaczących. W przeciwieństwie do tego pacjenci depresyjni mają bardziej negatywny obraz siebie nawet jeśli uważają, że inni oceniają ich całkiem pozytywnie. W grupie tej ilość pozytywnych i negatywnych określeń w Ja realnym formułowanym z własnej perspektywy była mniej więcej podobna, ale towarzyszyła temu przewaga określeń pozytywnych w Ja realnym formułowanym z perspektywy osób znaczących (Kinderman i Bentall, 1996).

Tak zarysowany obraz rozbieżności Ja u osób z urojeniami prześladowczymi dobrze pasuje do sformułowanej przez Bentalla, Kindermana i Kaney (1994) koncepcji, według której objawy paranoi są efektem działania specyficznego mechanizmu chroniącego samoocenę. Chociaż paranoicy mają wysoką jawną samoocenę (*explicit self-esteem*), to ich słabiej uświadamiana, ale bardziej prawdziwa samoocena (*implicit self-esteem*) (por. Kernis, 2003) jest w rzeczywistości bardzo niepewna i chwiejna. Aby utrzymać wysoką samoocenę odrzucają wszelkie negatywne informacje na swój temat przypisując im zewnętrzne atrybucje. Tak więc utrzymanie dużej zgodności między Ja realnym i Ja idealnym oraz między Ja realnym i Ja powinnościowym odbywa się kosztem powiększania rozbieżności między obrazem siebie widzianym własnymi oczami i wyobrażeniami o tym jak Ja jest postrzegane

przez innych. Rozumowanie to zostało potwierdzone w dalszych badaniach, które miały formę eksperymentów badających pewne dynamiczne aspekty rozbieżności Ja. Kinderman i Bentall (2000) badali związek między rozbieżnościami Ja i atrybucjami przyczyn. Badania te tym razem nie dotyczyły osób z zaburzeniami, ale populacji ogólnej (studenci), niemniej jednak uzyskane wyniki zdają się potwierdzać opisany wyżej mechanizm, który w podobny sposób, choć pewnie w mniejszym nasileniu niż u osób zaburzonych, może funkcjonować powszechnie. W przeprowadzonych eksperymentach zewnętrzne atrybucje negatywnych wydarzeń wiązały się z redukcją rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym, przy czym atrybucje zewnętrzne osobowe prowadziły też do wzrostu rozbieżności między własnym obrazem siebie i obrazem siebie przypisywanym innym. Podobny wzrost zauważono również w przypadku stosowania atrybucji wewnętrznych, jednak dodatkowo pojawiał się tu także wzrost rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym.

W kolejnych badaniach, które ponownie przeprowadzono na grupie osób z urojeniami, Kinderman, Prince, Waller i Peters (2003) zastosowali procedurę eksperymentalną polegającą na aktywowaniu treści zagrażających dla Ja. Taka manipulacja eksperymentalna w grupie z urojeniami przesładowczymi doprowadziła do istotnego zmniejszenia rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym oraz jednoczesnego wzrostu rozbieżności między Ja aktualnym formułowanym z własnej perspektywy i Ja aktualnym formułowanym z perspektywy osób znaczących. Efekt ten jest zgodny z opisany wyżej mechanizmem ochrony samooceny kosztem nasilenia nastawienia paranoidalnego (Bentall, Kinderman i Kaney, 1994).

Opisane badania pokazują ciekawy mechanizm dynamicznych powiązań między poszczególnymi elementami systemu Ja pacjentów urojeniowych, który może rzucać pewne światło na funkcjonowanie Ja w ogóle. Ogólną zasadą organizującą przekonania na swój temat jest dążenie do ich wewnętrznej spójności, prawdopodobnie jednak znaczenie tej spójności jest różne w przypadku różnych aspektów struktury Ja. Wydaje się, że szczególnie ważna jest spójność między Ja realnym i Ja idealnym oraz między Ja realnym i Ja powinnościowym. Utrzymywanie zgodności między tymi elementami struktury Ja bywa osiągane nawet za cenę powiększenia rozbieżności w innych jej obszarach. Ochrona pozytywnego myślenia o sobie jest tak bardzo ważna, że może być realizowana za cenę tworzenia urojeniowej wizji rzeczywistości.

INNE KIERUNKI BADAŃ

Inną grupą zaburzeń, w których można spodziewać się istnienia szczególnie wyraźnych nieprawidłowości w strukturze Ja są zaburzenia osobowości. Przegląd badań pokazuje jednak, że wiedza na temat rozbieżności Ja u osób z zaburzoną osobowością jest póki co niewielka. Stosunkowo najbardziej spójne dane dotyczą przy tym osobowości typu borderline. Davis (2003) porównywała rozbieżności Ja w trzech grupach kobiet: (1) ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości typu borderline, (2) z depresją, oraz (3) z innymi niż borderline zaburzeniami osobowości. Pacjentki z osobowością pograniczną charakteryzowały się większą (w porównaniu z innymi zaburzeniami osobowości) dostępnością poznawczą standardów Ja formułowanych z perspektywy innych osób oraz większymi rozbieżnościami z tymi standardami. Oznacza to prawdopodobnie, że procesy samoregulacji w badanej grupie opierają się na standardach, które w przekonaniu osoby zostały jej narzucone przez innych, a jednocześnie standardy te pozostają w dużej mierze nierealizowane. Samoregulacja może tu mieć charakter swoistego negocjowania standardu. Osoba jest silnie skoncentrowana na tym czego oczekują od niej inni, ale tego nie realizuje, co można hipotetycznie interpretować jako swoisty rodzaj negatywnizmu i buntu przeciw światu. Możliwe, że wiąże się to z typową dla borderline drażliwością, przejawiającą się łatwym i często nieadekwatnym reagowaniem złością (por. Millon, Davis, Millon, Escovar i Meagher, 2005). Osobowość borderline w badanej grupie wiązała się także z dewaluowaniem swojego Ja idealnego, a dokładniej z tendencją do postrzegania własnych cech jako najgorszych z możliwych (Davis, 2003). Wynik ten znowu wydaje się spójny z obrazem klinicznym tego zaburzenia, w którym podkreśla się często skrajnie niską samoocenę oraz, wpisane w kryteria diagnostyczne DSM-IV, zaburzenia tożsamości i utrzymujące się poczucie pustki (por. Millon i in., 2005, s. 556, 596). W innych badaniach, prowadzonych na bardziej zróżnicowanej próbie reprezentowanej zarówno przez kobiety jak i mężczyzn, Parker, Boldero i Bell (2006) uzyskali wyniki potwierdzające wyraźny związek rozbieżności Ja z osobowością borderline. Im większe rozbieżności tym wyraźniejsze symptomy zaburzenia osobowości. Dotyczy to, podobnie jak w innych typach zaburzeń, zarówno rozbieżności Ja realne – Ja idealne jak i Ja realne – Ja powinnościowe, przy czym w przypadku tej pierwszej rozbieżności okazało się, że na jej związek z symptomami

zaburzenia wpływa dodatkowo tzw. złożoność Ja (*self-complexity*) – zmienna opisywana w koncepcji Linville (1987). U osób z niskim poziomem złożoności Ja zauważono silniejszy związek rozbieżności Ja realne – Ja idealne z symptomami borderline.

Można też znaleźć pewne wstępne informacje dotyczące rozbieżności Ja u osób z osobowością antyspołeczną, jednak badań na ten temat jest mało, a wyniki są dość niespójne. W przeprowadzonych na długo przed opublikowaniem teorii rozbieżności Ja badaniach Berga (1974) porównywano koncepcję siebie osób cierpiących na zaburzenia nerwicowe z koncepcją siebie socjopatycznych przestępców. Okazało się, że grupy te nie różnią się w aspekcie Ja idealnego, natomiast różnią się na poziomie Ja realnego oraz na poziomie rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym. Przestępcy mieli bardziej pozytywną koncepcję siebie i jednocześnie istotnie mniejsze rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym. Wyniki te dobrze pasują do dość powszechnych wyobrażeń o osobach psychopatycznych, które są zadowolone z siebie, bez skrupułów realizują to, na co mają ochotę i nie mają poczucia, że nie dorastają do jakichś standardów. Bardziej współczesne badania Brewina i Vallance (1997) sugerują jednak, że tendencja do zachowań agresywnych niekoniecznie musi wiązać się z poprawiającym nastrój niedostrzeganiem niespójności między własnym zachowaniem i normami (autorzy zauważyli związek między przejawianiem zachowań agresywnych w dzieciństwie a rozbieżnością między Ja realnym i Ja powinnościowym). Badania te nie dają jednak dobrej podstawy do formułowania wniosków dotyczących funkcjonowania osobowości antyspołecznej, ponieważ nie kontrolowano w nich tego, czy tendencje agresywne wiążą się z zaburzoną osobowością, czy też mają inne podłoże.

Wiedza na temat struktury rozbieżności Ja u osób z zaburzeniami osobowości jest więc póki co dość szczątkowa, a wydaje się, że jest to obszar szczególnie bogaty w wiele ciekawych pytań badawczych. Można dla przykładu postawić pytanie na ile charakterystyczne dla osobowości narcystycznej wyolbrzymione poczucie własnej wartości i przekonanie o własnej wyjątkowości (por. Millon i in., 2005) ma odzwierciedlenie w małych rozbieżnościach między Ja realnym i standardami Ja („Jestem doskonały, właśnie taki jakim chcę i powinienem być”)? Wydaje się, że właśnie tego należałoby się tu spodziewać, choć z drugiej strony często podkreśla się, że wysoka samoocena osób narcystycznych jest kompensacją głębiej ukrytej i mniej świadomej, ale bardziej prawdziwej niskiej samooceny (por. np. Pospiszyl,

1995). Pojawia się tu pytanie czy tego typu subtelne zjawiska można wykryć badając strukturę rozbieżności Ja? W przypadku osobowości paranoidalnej można natomiast postawić pytanie czy temu zaburzeniu osobowości towarzyszy taka sama struktura Ja jak opisano to w badaniach Kindermana i wsp. (Kinderman i Bentall, 1996, 2000; Kinderman i in., 2003) dotyczących psychotycznych zaburzeń urojeńowych. Z kolei analizując obraz kliniczny osobowości zależnej można postawić hipotezę, że osoby te w swoim życiu kierują się głównie oczekiwaniami, jakie w ich przekonaniu mają wobec nich inni ludzie, co może znaczyć, że w ich systemie Ja szczególnie silnie rozwinięte są standardy Ja formułowane z perspektywy osób znaczących (por. Higgins, 1987). Czy idąc tym tropem można spodziewać się, że w przypadku osobowości schizoidalnej jest odwrotnie – że dominującą rolę pełnią tu standardy Ja formułowane z własnej perspektywy? Wielość ciekawych potencjalnych pytań badawczych pokazuje, że jest to obszar, który zasługuje na zdecydowanie większe zainteresowanie badaczy.

Spośród innych grup zaburzeń badanych w modelu rozbieżności Ja szczególnie miejsce zajmują zaburzenia odżywiania. Przeprowadzono tu stosunkowo dużo badań, jednak ich wyniki również nie pozwalają na sformułowanie jednoznacznych, spójnych wniosków. Z badań, których autorami są Strauman, Vookles, Berenstein, Chaiken i Higgins (1991), wyłania się ciekawy obraz specyficznych relacji między rozbieżnością Ja realne – Ja idealne i symptomami bulimii oraz między rozbieżnością Ja realne – Ja powinnościowe a symptomami anoreksji. Innym badaczom jednak nie udało się potwierdzić tych wyników (Beatty-Leask, 1995; Hoste, 2005). Nie ma też zgody co do tego czy istotne są tu niespójności w ogólnych przekonaniach na swój temat (Sawdon, Cooper i Seabrook, 2007; Strauman i in., 1991) czy raczej rozbieżności w samoopisach aspektowych, dotyczących ciała i wyglądu zewnętrznego (Forston i Stanton, 1992; Yuen, 1996).

Badano także rozbieżności Ja m.in. u osób cierpiących na dysmorficzne zaburzenia ciała (*BDD – body dysmorphic disorder*) (Veale, Kinderman, Riley i Lambrou, 2003) oraz u ofiar przemocy (Krause, 2004). Z kolei odrębny ciekawy nurt badań dotyczy problematyki zdrowia somatycznego, gdzie badano m.in. związek rozbieżności Ja z odpornością organizmu (Strauman, Lemieux i Coe, 1993; Strauman, Woods, Schneider, Kwapil i Coe, 2004), z przewlekłymi bólami kręgosłupa (Waters, Keefe i Strauman, 2004), czy z adaptowaniem się do po-

garszającego się stanu zdrowia w okresie starości (Heidrich i Powwattana, 2004).

CZY ZABURZENIA RÓŻNIĄ SIĘ STRUKTURĄ ROZBIEŻNOŚCI JA?

Wyniki przedstawionych badań pokazują, że jest wyraźny związek między rozbieżnościami w systemie Ja a różnymi formami zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym. Rozbieżności Ja u osób zaburzonych są większe niż u osób zdrowych, choć zdarzają się też ciekawe wyjątki, kiedy obserwujemy sytuację odwrotną (np. faza manii w chorobie dwubiegunowej). Zwykle też rozbieżności są większe u osób głębiej zaburzonych lub cierpiących na wiele zaburzeń jednocześnie niż u osób z mniejszym stopniem psychopatologii. Struktura rozbieżności Ja okazuje się więc być istotnym elementem obrazu wielu form psychopatologii, nawet jeśli zaburzenia w obszarze Ja nie są traktowane jako definicyjne cechy danego zaburzenia. Zaproponowana przez Higginsa (1987) teoria rozbieżności Ja oraz jej centralna teza o istnieniu specyficznych związków między określonymi typami rozbieżności Ja i określonymi grupami emocji stała się inspiracją dla wielu klinicznie zorientowanych badań. Odwołując się to tej tezy w większości badań poszukiwano takich właściwości struktury rozbieżności Ja, które byłyby charakterystyczne i specyficzne dla danego typu zaburzenia. Przedstawiony wyżej przegląd uzyskanych wyników pokazuje jednak, że poszukiwania te raczej nie przynoszą zadowalających efektów. Związki między zaburzeniami i rozbieżnościami są wyraźne, ale jednak dość niespecyficzne.

Dotyczy to nawet tak bezpośrednio związanych z teorią Higginsa problemów jak zaburzenia depresyjne czy lękowe. Teoria wyraźnie mówi, że emocje depresyjne są specyficznie związane z rozbieżnością między Ja realnym i Ja idealnym, a emocje lękowe – z rozbieżnością między Ja realnym i Ja powinnościowym. W większości badań stawiano hipotezy, które były prostą generalizacją tych zależności na obszar zaburzeń depresyjnych i lękowych. Co prawda w badaniach prowadzonych przez Straumana (1989; Strauman i Higgins, 1988) uzyskano zasadniczo potwierdzenie takich przewidywań, ale wnioski płynące z wielu innych badań są już zdecydowanie mniej jednoznaczne i generalnie niezgodne z tezami Higginsa. Zarówno w zaburzeniach depresyjnych jak i lękowych obserwuje się ogólnie podwyższone miary obydwu typów rozbieżności Ja – tak między Ja realnym i Ja idealnym,

jak i między Ja realnym i Ja powinnościowym. Jeśli chcielibyśmy doszukiwać się tu jakiejś specyfiki, to można co najwyżej powiedzieć, że spośród tych dwóch grup zaburzeń, zaburzenia depresyjne wydają się być generalnie nieco silniej związane ze strukturą Ja niż zaburzenia lękowe (choć i w tym drugim przypadku zależności są istotne). Z drugiej strony, spośród dwóch rozbieżności opisywanych w teorii Higginsa, nieco silniej z objawami zaburzeń zdaje się być związana rozbieżność między Ja realnym i Ja idealnym w porównaniu z rozbieżnością między Ja realnym i Ja powinnościowym (choć i w tym drugim przypadku zależności są istotne). Taki obraz zależności jest spójny z wieloma badaniami prowadzonymi w grupach osób zdrowych, w których w bardzo podobny sposób nie uzyskano potwierdzenia najważniejszych tez teorii Higginsa (np. Bąk, 2005; Bruch, Rivet i Laurenti, 2000; Key, Mannella, Thomas i Gilroy, 2000; Młynarczyk, 2006; Szymanski i Cash, 1995; Tangney, Niedenthal, Covert i Barlow, 1998).

Warto także zwrócić uwagę na pewien dodatkowy, a często pomijany w interpretacjach aspekt wspomnianych badań Straumana (1989; Strauman i Higgins, 1988), w których hipotezy odwołujące się do teorii Higginsa zostały potwierdzone. Jak zaznaczono to wcześniej, specyficzny dla depresji związek z rozbieżnością między Ja realnym i Ja idealnym dotyczył takiego Ja idealnego, które jest sformułowane z własnej perspektywy podmiotu². Z drugiej strony specyficzny dla zaburzeń lękowych związek z rozbieżnością między Ja realnym i Ja powinnościowym, dotyczył takiego Ja powinnościowego, które jest sformułowane z perspektywy osób znaczących (*significant others*). Można tu postawić pytanie, czy tym co przesądza o potencjalnej specyfice zaburzeń w aspekcie ich związku ze strukturą Ja jest odróżnienie Ja idealnego od Ja powinnościowego, czy może odróżnienie dwóch perspektyw z jakich każdy z tych standardów może być sformułowany? Nie znamy oczywiście jasnej odpowiedzi na to pytanie, można jednak postawić hipotezę, że jeśli standard jest traktowany jako bardziej „własny” (niezależnie od tego czy idealny czy powinnościowy) to jego nierealizowanie jest źródłem frustracji, przygnębienia i smutku, co w pewnych sytuacjach może prowadzić do zaburzeń depresyjnych (bardziej niż lękowych). Z drugiej strony jeśli osoba ma

² Por. opisane wcześniej odróżnienie dwóch perspektyw, z jakich może być sformułowany każdy z elementów struktury Ja – perspektywa własna vs. perspektywa „znaczących innych” (Higgins, 1987; por. także Bąk, 2002).

poczucie, że pierwotnym źródłem jej uwewnętrznionych standardów (niezależnie od tego czy idealnych czy powinnościowych) jest inna, ważna dla niej osoba, to ich nierealizowanie jest postrzegane w kategoriach niespełnienia zewnętrznych wymagań, co może być źródłem swoistego lęku przed karą, który w pewnych sytuacjach może przerodzić się w zaburzenia lękowe (bardziej niż depresyjne). Jest to więc alternatywna propozycja, w której specyficzne dla różnych zaburzeń właściwości struktury Ja miałyby wiązać się nie z odróżnieniem ideałów od powinności, ale z odróżnieniem dwóch perspektyw, z których owe standardy Ja mogą być formułowane. Na znaczenie perspektywy patrzenia na Ja wskazują też wyniki dotyczące zaburzeń urojeniowych oraz osobowości borderline, co dodatkowo dowodzi, że ten aspekt struktury Ja rzeczywiście jest istotny w obrazie wielu zaburzeń.

Nie wyczerpuje to przy tym wszystkich hipotetycznych możliwości innego spojrzenia na analizowany tu problem. Kolejną propozycję można sformułować odwołując się do jeszcze innego dychotomicznego podziału w obszarze Ja, mianowicie podziału na pożądane i niepożądane jego aspekty. Na znaczenie tzw. Ja niepożądanego (*undesired self*) wskazuje m.in. Ogilvie (1987), który twierdzi, że ten aspekt Ja był zdecydowanie niedoceniany w dotychczasowych badaniach i analizach teoretycznych. Przywołuje jednocześnie dane empiryczne, z których wynika, że Ja niepożądane pełni w procesach samoregulacji równie ważną, jeśli nie ważniejszą, rolę jak Ja idealne (por. także Carver, Lawrence i Scheier, 1999). Dodatkowo nie można sprowadzić Ja niepożądanego do prostej odwrotności Ja idealnego. W cybernetycznym modelu samoregulacji Carvera i Scheiera (1998) standardy pożądane (pozytywne) i niepożądane (negatywne) są elementem dwóch powiązanych ze sobą, ale jednak odmiennych systemów samoregulacji. Standardy pozytywne (np. Ja idealne) pełnią rolę kryterium oceny Ja realnego w systemie dążenia (*approach loop*), w którym samoregulacja polega na osiągnięciu stanu pożądanego, czyli minimalizowaniu rozbieżności z Ja pożądanym. Z kolei standardy negatywne (np. Ja niepożądane) pełnią rolę kryterium oceny Ja realnego w systemie unikania (*avoidance loop*), w którym samoregulacja polega na zabezpieczeniu się przez aktualizacją stanu niepożądanego, czyli maksymalizowaniu rozbieżności z Ja niepożądanym.

Różnica między modelem Carvera i Scheiera a koncepcją Higginsa jest w zasadzie niewielka. Można znaleźć wyraźne analogie między syste-

mem dążenia i unikania a opisywanym w teorii ukierunkowań regulacyjnych Higginsa (*Regulatory Focus Theory*)³ odróżnieniem promocyjnego i prewencyjnego stylu samoregulacji (Higgins, 1997; Higgins i Spiegel, 2004; por. także Bąk, 2008a). Z pewnym uproszczeniem można powiedzieć, że zasadnicza różnica między nimi polega na tym, że model Carvera i Scheiera bazuje na dychotomii: standardy pozytywne (pożądane) *vs.* negatywne (niepożądane), natomiast model Higginsa na dychotomii – standardy idealne *vs.* powinnościowe. Jednak i ta różnica staje się mniejsza, kiedy dokładniej przyjrzymy się temu jak Higgins rozumie Ja powinnościowe. Podkreśla on, że Ja idealne i Ja powinnościowe są dwoma typami standardów pozytywnych. Jednocześnie jednak twierdzi, że Ja powinnościowe tworzy się przez wyczulenie na obecność lub brak stanów negatywnych (Higgins, 1989; Manian, Papadakis, Strauman i Essex, 2006), a istotą bazującego na Ja powinnościowym prewencyjnego stylu samoregulacji jest unikanie i zabezpieczenie się przed stanem niepożądanym (Higgins i Spiegel, 2004). Dychotomia pożądane *vs.* niepożądane standardy Ja jest więc obecna w obydwu modelach, przy czym w modelu Carvera i Scheiera jest wyrażona bezpośrednio i wyraźnie, natomiast w koncepcji Higginsa jest niejako ukryta za definicją Ja powinnościowego. Taki stan rzeczy może mieć istotne konsekwencje dla badań prowadzonych na gruncie teorii rozbieżności Ja. Instrukcja, w której w celu oszacowania rozbieżności Ja realne – Ja powinnościowe prosi się badanego o wypisanie cech, które powinien posiadać, nie daje gwarancji, że badany rzeczywiście skoncentruje się na tym aspekcie standardów Ja, które są elementem prewencyjno-unikowych strategii samoregulacji. Bardziej trafne mogłoby tu być postawienie wprost pytania o cechy Ja niepożądanego („Jaki nie chciałbyś być?”, „Jaki nie powinienesz być?”). Możliwe, że taka modyfikacja instrukcji w badaniach dotyczących struktury Ja w zaburzeniach psychicznych zwiększyłaby trafność różnicową poszczególnych typów rozbieżności Ja, co w efekcie mogłoby dać bardziej jednoznaczny obraz specyficznych dla różnych zaburzeń właściwości Ja.

Kolejnym postulatem, jaki można tu postawić jest rozszerzenie obszaru badań i skoncentrowanie się nie tylko i nie tyle na strukturze Ja, co raczej na szerszej rozumianych procesach samoregulacji. Podstawą teoretyczną takich badań mogłaby być wspo-

³ Jest to model samoregulacji będący bezpośrednią kontynuacją teorii rozbieżności Ja Higginsa.

mniana przed chwilą teoria ukierunkowań regulacyjnych Higginsa (Higgins, 1997; Higgins i Spiegel, 2004; por. także Bąk, 2008a). Jest ona rozwinięciem teorii rozbieżności Ja, ale jednocześnie nie jest już tak silnie obciążona najsłabszym aspektem tego wcześniejszego modelu. Higgins nie koncentruje się już tu bowiem tak mocno na podważanej w wielu badaniach specyfice powiązań emocji depresyjnych z Ja idealnym, a emocji lękowych z Ja powinnościowym. Opisuje natomiast promocyjne i prewencyjne ukierunkowanie regulacyjne jako dwa odrębne style samoregulacji. Takie przesunięcie akcentu ze struktury Ja na procesy samoregulacji pojawia się już w nowszych badaniach dotyczących zaburzeń. Przywoływany tu wielokrotnie Strauman, wychodząc od badań dotyczących struktury rozbieżności Ja w depresji i zaburzeniach lękowych, rozwinął w ostatnich latach koncepcję depresji rozumianej właśnie jako zaburzenie samoregulacji (Strauman, 2002). Twierdzi on, że depresja (przynajmniej w niektórych przypadkach) jest efektem skumulowanych niepowodzeń w promocyjnych strategiach samoregulacji, czyli powtarzających się i utrzymujących doświadczeń niemożności osiągnięcia pozytywnych celów i realizacji pożądaných standardów Ja.

Postulat przesunięcia akcentu ze struktury Ja na procesy samoregulacji nie oznacza rezygnacji z badania struktury Ja, gdyż jest ona ściśle związana z samoregulacją, choćby w tym sensie, że określa różnice między jej różnymi stylami. Ważne jest natomiast, aby strukturę Ja analizować w szerszym kontekście procesów realizacji celów. Bardzo ważne wydaje się także analizowanie struktury systemu Ja całościowo jako złożonej konstelacji wielu rozbieżności. W opisywanych wcześniej badaniach analizowano zwykle raczej pojedyncze, wyizolowane z szerszego kontekstu rozbieżności Ja, co mogło być jedną z przyczyn, dla których trudno było uzyskać postulowany, specyficzny dla danego typu zaburzenia, obraz struktury Ja. Na potrzebę podejścia holistycznego wskazują też wyniki badań Higginsa, Tykocinskiego i Vookles (1990), które pokazują że regulacyjne znaczenie rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym jest modyfikowane przez miejsce, jakie w strukturze Ja zajmuje tzw. Ja możnościowe (*can self*). Do podobnych wniosków skłaniają wyniki badań własnych (Bąk, 2005; 2008b; Bąk i Oleś, 2008). Po pierwsze, zgodnie z rozumowaniem przedstawionym wcześniej, okazało się, że odróżnienie standardów pożądaných i niepożądaných jest prawdopodobnie bardziej podstawowe i ważniejsze niż odróżnienie ideałów od powinności. Po drugie, w złożonej

strukturze rozbieżności Ja wyłonił się obraz trzech podstawowych wymiarów. Pierwsze dwa wiążą się właśnie ze standardami pożądanymi (pozytywnymi) i niepożądanymi (negatywnymi). Trzeci wymiar wiąże się natomiast z rolą, jaką w strukturze Ja pełnią przekonania o osobistych możliwościach, a dokładniej przekonania o możliwości (realności) zaktualizowania swoich idealnych i powinnościowych standardów Ja. Choć konieczne są tu dalsze badania, to wyniki wstępnie sugerują, że stopień w jakim osoba jest przekonana, że może zrealizować określony standard istotnie wpływa na sposób w jaki doświadcza rozbieżności między Ja realnym i tym standardem.

Wracając do pytania, czy można opisać takie właściwości struktury Ja, które byłyby specyficzne dla poszczególnych typów zaburzeń, należałoby odpowiedzieć negatywnie, jeśli mielibyśmy tej specyfiki szukać zgodnie z kluczem, jaki proponuje teoria rozbieżności Ja Higginsa. Nie znaczy to, że paradygmat rozbieżności Ja jako taki należałoby odrzucić. Przedstawione wyniki pokazują, że pozwala on badać niezwykle ważny aspekt funkcjonowania psychicznego, zarówno u osób zdrowych jak i cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Jednocześnie wydaje się, że badając rozbieżności Ja warto skoncentrować się na innych kryteriach wyróżniania tychże. Przedstawione wyżej rozważania zawierają propozycje takich kryteriów.

Niezależnie jednak od tego, czy poszczególne typy zaburzeń wiążą się z odmiennym układem rozbieżności Ja uzyskane do tej pory dane empiryczne wyraźnie pokazują, że obniżenie spójności między elementami Ja oraz związane z tym prawdopodobnie trudności w przebiegu procesów samoregulacji są istotnym elementem psychopatologii. Nawet taka, dość ogólna wiedza ma istotne znaczenie chociażby dla problematyki leczenia zaburzeń, co znajduje odzwierciedlenie w tym, że równoległe z opisanymi wcześniej badaniami prowadzi się prace skoncentrowane na aspektach terapeutycznych. Są to zarówno badania dotyczące skuteczności psychoterapii jak i nowe propozycje oddziaływań terapeutycznych, bazujące na modelu rozbieżności Ja. Tej właśnie kwestii będzie dotyczył ostatnia część artykułu.

APLIKACJE TERAPEUTYCZNE

Problematyka zaburzeń zwykle ściśle wiąże się z problemem sposobów oraz skuteczności ich leczenia. Dotyczy to również analizowanego tu obszaru, przy czym większość prac koncentruje się na

terapii zaburzeń nastroju. Elliott i Watson (2005) zaprezentowali wstępne wyniki badań nad związkiem między zmianami wielkości rozbieżności Ja i zmianami w nasileniu objawów lękowych i depresyjnych w trakcie psychoterapii indywidualnej, prowadzonej przez terapeutów reprezentujących różne orientacje teoretyczne. Zauważono wyraźny związek między zmniejszaniem się nasilenia objawów depresyjnych i redukowaniem rozbieżności Ja realne – Ja idealne oraz Ja realne – Ja powinnościowe. Interpretując wyniki autorzy formułują hipotezę, że proces zmniejszania się objawów depresji w trakcie psychoterapii jest w istocie procesem zmniejszania się rozbieżności Ja. Kontynuując tę myśl można powiedzieć, że zmiany na poziomie symptomów klinicznych są odzwierciedleniem zmian na poziomie struktur poznawczych, a dokładniej na poziomie przekonań na temat własnej osoby⁴.

Wydaje się jednak, że nawet jeśli istnieje wyraźny związek między symptomatologią depresji i strukturą Ja, to sprowadzenie wszystkich form terapii do zmian w strukturach poznawczych byłoby zbyt dużym uproszczeniem. Wskazują na to częściowo wyniki nieco wcześniejszych badań Straumana i in. (2001). Badano w nich efekty kilku form leczenia depresji, wśród których uwzględniono farmakoterapię (leki antydepresyjne), grupową i indywidualną terapię behawioralno-poznawczą (CBT) oraz psychoterapię interpersonalną IPT⁵. Pacjenci byli poddawani leczeniu przez okres od 12 (grupowa CBT) do 16 tygodni (psychoterapia indywidualna i farmakoterapia) i w każdej grupie dwukrotnie, przed rozpoczęciem leczenia i po jego zakończeniu, badano nasilenie objawów depresyjnych oraz strukturę rozbieżności Ja. Wszystkie formy leczenia okazały się równie skuteczne jeśli chodzi o łagodzenie klinicznych symptomów depresji, ale tylko oddziaływania psychoterapeutyczne (zarówno CBT jak i IPT) wiązały się z istotnym zmniejszeniem rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym. Nie zauważono zmian w strukturze Ja u pacjentów, którzy korzystali jedynie z farmakoterapii, niezależnie od tego, że grupa ta uzyskała równie istotną poprawę stanu psychicznego. Wyniki te sugerują, że zmianom w obrazie klinicznym depresji nie muszą towarzyszyć zmiany w struktu-

rze przekonań na temat siebie, choć prawdopodobnie związek między tymi dwoma procesami istnieje i jest bardziej wyraźny w toku oddziaływań psychoterapeutycznych w porównaniu z farmakoterapią. Rzykując pewne uproszczenia można pokusić się o hipotezę, że farmakoterapia, poprzez chemiczne oddziaływanie na dynamikę i przebieg procesów mózgowych, pozwala niwelować objawy depresji, natomiast psychoterapia w większym stopniu ma szansę wpływać na przyczyny patologicznego stanu psychicznego, np. na strukturę Ja.

Analizując te badania warto zwrócić dodatkowo uwagę na osoby, które wyjściowo charakteryzowały się szczególnie dużymi rozbieżnościami między Ja realnym i Ja idealnym. Osoby te nie reagowały tak wyraźnie i tak szybko jak inni na oddziaływania terapeutyczne, nawet jeśli nie różniły się wyjściowym nasileniem objawów depresji i ilością dotychczasowych epizodów choroby. Ten swoisty „opór na leczenie” u osób z dużą rozbieżnością między Ja realnym i Ja idealnym wystąpił we wszystkich formach psychoterapii a także w przypadku farmakoterapii. Tak więc duża rozbieżność między Ja realnym i Ja idealnym jest nie tylko czynnikiem zwiększającym ryzyko pojawienia się klinicznych form depresji, ale pozwala też do pewnego stopnia prognozować skuteczność terapii. Pacjenci, w przypadku których problemy z samoregulacją stanowią kluczową cechę zaburzeń depresyjnych, wymagają prawdopodobnie bardziej specyficznych i jakościowo odmiennych oddziaływań terapeutycznych. Oddziaływania te powinny być, jak się wydaje, wyraźniej ukierunkowane wprost na problemy związane z rozbieżnymi przekonaniami na swój temat i zaburzeniami samoregulacji (Strauman i in., 2001). Jeśli chroniczne niepowodzenia w samoregulacji są czynnikiem odpowiedzialnym za powstawanie i utrzymywanie się symptomów depresji (Strauman, 1992; 2002), to skuteczne oddziaływania terapeutyczne powinny koncentrować się na zmniejszaniu rozbieżności w strukturze Ja oraz zwiększaniu efektywności samoregulacji.

Pomysły na tego rodzaju oddziaływania pojawiły się już kilka lat po opublikowaniu teorii rozbieżności Ja. Stojąc na jej gruncie Moretti, Higgins i Feldman (1990) opisali model funkcjonowania systemu Ja w depresji i na jego podstawie sformułowali propozycje interwencji terapeutycznych, skoncentrowanych właśnie na zmniejszaniu wielkości lub negatywnego wpływu rozbieżności Ja. Poprawa stanu psychicznego pacjenta może być efektem oddziaływania terapeutycznego albo na Ja realne, albo na Ja idealne, albo bezpośrednio na rozbieżność mię-

⁴ Zjawisko to, co ciekawe, występuje nie tylko w trakcie nastawionej wprost na zmianę przekonań psychoterapii poznawczej, ale również w psychoterapii prowadzonej w innych podejściach, w tym w podejściu psychodynamicznym, humanistyczno-egzystencjalnym, gestalt, integracyjnym czy systemowym.

⁵ Przedstawicielami tego podejścia są m.in. Klerman i Weisman (por. Prochaska i Norcross, 2006, s. 249).

dzy nimi. Oddziaływania terapeutyczne mogą polegać na zmniejszaniu lub zwiększaniu dostępności poznawczej określonych przekonań na temat Ja, włączaniu nowych elementów w obszar Ja, zmianie postrzeganej ważności lub konsekwencji posiadania określonych cech, czy zmianie stopnia, w jakim określone cechy są postrzegane jako atrakcyjne. Interwencje skoncentrowane na samej rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym mogą polegać na modyfikowaniu relatywnej dostępności poznawczej tej rozbieżności lub zmianie stopnia automatyczności jej aktywowania (Moretti, Higgins i Feldman, 1990). Pamiętając o wynikach, które pokazują, że z depresją wiąże się także rozbieżność między Ja realnym i Ja powinnościowym, podobne interwencje mogą być skoncentrowane na osłabianiu negatywnego wpływu również tej rozbieżności.

Tak sformułowane ogólne postulaty (Moretti, Higgins i Feldman, 1990) zostały ostatnio rozwinięte i skonkretyzowane poprzez opracowanie tzw. *Self-System Therapy* (SST) (Strauman i in., 2006; Vieth i in., 2003). Jest to nowa forma krótkoterminowej (ok. 20–25 sesji) ustrukturyzowanej terapii depresji, przeznaczona dla osób, u których symptomy depresyjne wiążą się szczególnie wyraźnie z rozbieżnościami Ja i problemami w efektywnej samoregulacji (chroniczne niepowodzenia w tzw. strategiach promocyjnych⁶). Proces terapeutyczny w SST jest podzielony na 3 fazy. W pierwszej, określonej jako faza orientacji (*orientation phase*) pacjent zdobywa informacje o depresji, jej związku z samoregulacją oraz sposobach jej leczenia. Faza druga (*exploration phase*) skoncentrowana jest na eksploracji krytycznych dla rozwijania się depresji aspektów struktury własnego Ja. Pacjent dokonuje tu refleksji nad przekonaniami, jakie ma na swój temat, standardami które sobie stawia oraz przyczynami niepowodzeń w samoregulacji. W ostatniej fazie (*transformation phase*) pacjent uczy się bardziej efektywnych i konstruktywnych sposobów samoregulacji. Szczegóły tego podejścia zostały opisane przez Vieth i in. (2003).

Moretti, Higgins i Feldman (1990) podkreślają również, że w terapii odwołującej się do teorii rozbieżności Ja i dynamiki procesów samoregulacji ważne jest podejście holistyczne i uwzględnianie kontekstu systemu Ja jako całości. Skoncentrowanie się na wyizolowanych elementach systemu Ja (np. tylko na modyfikacji treści Ja realnego) może

być mało efektywne, a czasem może wręcz nasilać problemy emocjonalne. Rozwijając tę myśl w nawiązaniu do wcześniejszych rozważań, prawdopodobnie nie wystarczy nawet uwzględnienie kontekstu Ja idealnego i Ja powinnościowego, a należy wziąć pod uwagę także Ja niepożądane oraz tzw. Ja możliwościowe (*can self*), czyli przekonania o tym, jakie stany Ja są możliwe do realizacji (Bał i Oleś, 2008). Trwałe przekonanie o chronicznym nierealizowaniu swoich dużych możliwości może być źródłem poważniejszych problemów psychologicznych niż przekonanie o efektywnym wypełnieniu swych ograniczonych możliwości. Pozytywne przekonanie o posiadaniu dużych zdolności i szerokiego potencjału niekoniecznie musi być więc źródłem pozytywnych uczuć, a może nawet być źródłem negatywnych emocji w sytuacji, kiedy człowiek wie, że tych możliwości nie realizuje (np. „Wiem, że mam duży talent muzyczny i widzę jak go marnuję”).

Uwzględnienie relacji, jaka łączy określony element samowiedzy z całością struktury Ja, umożliwia zrozumienie jego prawdziwego psychologicznego znaczenia. Kluczowym pytaniem w interwencji terapeutycznej nie jest pytanie czy dane przekonanie pacjenta na swój temat jest samo w sobie pozytywne czy negatywne, ale raczej czy dane przekonanie jest elementem wzorca, który jako całość ma negatywne psychologiczne znaczenie. Bez uwzględnienia kontekstu systemu Ja jako całości powstaje ryzyko, że wzmocnienie pozytywnego przekonania o sobie doprowadzi jedynie do wytworzenia bardziej negatywnego systemu przekonań, który nasili cierpienie pacjenta. Przyjmując także, że pacjent może posiadać wiele skonfliktowanych standardów Ja interwencja zmierzająca do zmiany Ja aktualnego w celu zredukowania jego rozbieżności z jednym standardem (np. Ja idealnym) może doprowadzić do zwiększenia rozbieżności z innym standardem Ja (np. Ja powinnościowym). W konsekwencji może to doprowadzić jedynie do zmiany symptomów – na przykład depresyjnych na lękowe. Podejście holistyczne (rozwijane m.in. w ramach wspomnianej wyżej terapii SST – Vieth i in., 2003), może być użyteczne zarówno na etapie wyjaśniania istoty poszczególnych zaburzeń i miejsca jakie w nich zajmują rozbieżności Ja, jak i w tworzeniu strategii terapeutycznych.

LITERATURA

- Bał, W. (2002). E. Tory Higginsa teoria rozbieżności ja. *Przegląd Psychologiczny*, 45, 39–55.
- Bał, W. (2005). Emocjonalne korelaty rozbieżności JA – badania inspirowane teorią E.T. Higginsa. *Psychologia. Edukacja i Społeczeństwo*, 2, 27–39.

⁶ Promocyjny styl samoregulacji jest, obok stylu prewencyjnego, jednym z dwóch tzw. ukierunkowań regulacyjnych opisywanych w teorii samoregulacji Higginsa (1997, por. także Bał, 2008a).

- Bąk, W. (2008a). Teoria ukierunkowań regulacyjnych E. Tory Higginsa. *Roczniki Psychologiczne*, 11, 7–38.
- Bąk, W. (2008b). *Three dimensions of self-regulation*. Referat wygłoszony na XXIX International Congress of Psychology, 20–25 July 2008, Berlin, Germany.
- Bąk, W., Oleś, P. (2008). Koncepcja trzech planów organizacji systemu Ja. W: M. Plopa, M. Błażek (red.), *Współczesny człowiek w świetle dylematów i wyzwań: perspektywa psychologiczna* (s. 45–55). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Beatty-Leask, M.E. (1995). Self-concept difficulties in bulimic women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55, 8-B, 3578.
- Bentall, R.P., Kinderman, P., Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331–341.
- Bentall, R.P., Kinderman, P., Manson, K. (2005). Self-discrepancies in bipolar disorder: Comparison of manic, depressed, remitted and normal participants. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 457–473.
- Berg, N.L. (1974). Self-concept of neurotic and sociopathic criminal offenders. *Psychological Reports*, 34, 622.
- Brewin, C.R., Vallance, H. (1997). Self-discrepancies in young adults and childhood violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 600–606.
- Bruch, M.A., Rivet, K.M., Laurenti, H.J. (2000). Type of self-discrepancy and relationships to components of the tripartite model of emotional distress. *Personality and Individual Differences*, 29, 37–44.
- Cantor, J.B., Ashman, T.A., Schwartz, M.E., Gordon, W.A., Hibbard, M.R., Brown, M., Spielman, L., Charatz, H.J., Cheng, Z. (2005). The role of self-discrepancy theory in understanding post-traumatic brain injury affective disorders. A pilot study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, 527–543.
- Carnazzo, J.D. (2001). Coping styles in a depressed population with discrepancies between actual self-concept and ideal self-guides. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61, 8-B, 4394.
- Carver, C.S., Lawrence, J.W., Scheier, M.F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 783–792.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111–135.
- Carver, C.S., Scheier M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Choi, J-W., Lee, Y-H. (1998). The effects of actual self, ideal self and self-discrepancy on depression. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 17, 69–87.
- Clark, D.A., Steer, R.A., Beck, A.T. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 645–654.
- Davis, N.B. (2003). Self-regulation and borderline personality disorder: Integrating developmental, interpersonal, and cognitive perspectives. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63, 11-B, 5510.
- Duval, T.S., Wicklund, R.A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press.
- Elliott, K.L., Watson, N. (2005). *The relation of self-discrepancy to anxiety and depression as psychotherapy change measures: Research in progress*. Referat wygłoszony na “The meeting of the Society for Psychotherapy Research”, Montreal.
- Fairbrother, N., Moretti, M. (1998). Sociotropy, autonomy, and self-discrepancy: Status in depressed, remitted depressed, and control participants. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 279–297.
- Forston, M.T., Stanton, A.L. (1992). Self-discrepancy theory as a framework for understanding bulimic symptomatology and associated distress. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 11, 103–118.
- Freud, S. (1961/1923). The ego and the id. W: J. Strachey (red.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (t. 19, s. 1–66). London: Hogarth Press.
- Heidrich, S.M., Powwattana, A. (2004). Self-discrepancy and mental health in older women with chronic illnesses. *Journal of Adult Development*, 11, 251–259.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319–340.
- Higgins, E.T. (1989). Continuities and discontinuities in self-regulatory and self-evaluative processes: A developmental theory relating self and affect. *Journal of Personality*, 57, 407–444.
- Higgins, E.T. (1996). The “self digest”: Self-knowledge serving self-regulatory functions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1062–1083.
- Higgins, E.T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280–1300.
- Higgins, E.T., Shah, J., Friedman, R. (1997). Emotional responses to goal attainment: Strength of regulatory focus as moderator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 515–525.
- Higgins, E.T., Spiegel, S. (2004). Promotion and prevention strategies for self-regulation. A motivated cognition perspective. W: R.F. Baumeister, K.D. Vohs (red.), *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications* (s. 171–187). New York / London: Guilford Press.
- Higgins, E.T., Tykocinski, O., Vookles, J. (1990). Patterns of self-beliefs: The psychological significance of relations among the actual, ideal, ought, can, and future selves. W: J.M. Olson, M.P. Zanna (red.), *Self-inference processes: The Ontario symposium* (t. 6, s. 153–190). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Horney, K. (1994/1945). *Nasze wewnętrzne konflikty. Konstruktywna teoria nerwic* (przekł. A. Gomola). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Hoste, R.D.R. (2005). Assessing the self-discrepancies and affective experiences of nonclinical disordered eaters. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65, 12-B, 6654.
- James, W. (1950/1890). *The principles of psychology* (t. 1). New York: Dover Publication.
- Kernis, M.H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14, 1–26.
- Key, D.E., Mannella, M., Thomas, A.M., Gilroy, F.D. (2000). An evaluation of Higgins’ self-discrepancy theory and an instrument to test its postulates. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15, 303–320.
- Kinderman, P., Bentall, R.P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: Evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 106–113.

- Kinderman, P., Bentall, R.P. (2000). Self-discrepancies and causal attributions: Studies of hypothesized relationships. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 255–273.
- Kinderman, P., Prince, S., Waller, G., Peters, E. (2003). Self-discrepancies, attentional bias and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 1–12.
- Krause, E.D. (2004). Role of feminine personality style, stereotyping, and self-discrepancy in women's recovery from childhood abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64, 9-B, 4620.
- Linville, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663–676.
- Manian, N., Papadakis, A.A., Strauman, T.J., Essex, M.J. (2006). The development of children's ideal and ought self-guides: Parenting, temperament, and individual differences in guide strength. *Journal of Personality*, 74, 1619–1645.
- Millon, T., Davis, R., Millon, C., Escovar, L., Meagher, S. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Młynarczyk, M. (2006). Ja idealne vs. Ja powinnościowe. Analiza emocjonalnych konsekwencji rozbieżności w systemie „Ja” na podstawie teorii autoregulacji E.T. Higginsa. W: P. Francuz, W. Otrębski (red.), *Studia z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim* (t. 13, s. 189–206). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Moretti, M.M., Higgins, E.T., Feldman, L.A. (1990). The self-system in depression: Conceptualization and treatment. W: C.D. McCann, N.S. Endler (red.), *Depression: New directions in theory, research, and practice* (s. 127–156). Toronto: Wall & Emerson, Inc.
- Ogilvie, D.M. (1987). The undesired self: A neglected variable in personality research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 379–385.
- Parker, A.G., Boldero, J.M., Bell, R.C. (2006). Borderline personality disorder features: The role of self-discrepancies and self-complexity. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 309–321.
- Pospiszyl, K. (1995). *Narcyzm. Drogi i bezdroża miłości własnej*. Warszawa: WSiP.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna* (przekł. D. Golec, A. Tanalska-Dulęba, M. Zakrzewski). Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Reus, V.I. (2000). Mood disorders. W: H.H. Goldman (red.), *Review of general psychiatry* (s. 263–283). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sawdon, A.M., Cooper, M., Seabrook, R. (2007). The relationship between self-discrepancies, eating disorders and depressive symptoms in women. *European Eating Disorders Review*, 15, 207–212.
- Scott, L., O'Hara, M.W. (1993). Self-discrepancies in clinically anxious and depressed university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 282–287.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Strauman, T.J. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: Cognitive structures that underlie emotional disorders? *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 14–22.
- Strauman, T.J. (1992). Self-guides, autobiographical memory, and anxiety and dysphoria: Toward a cognitive model of vulnerability to emotional distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 87–95.
- Strauman, T.J. (2002). Self-regulation in depression. *Self and Identity*, 1, 151–157.
- Strauman, T.J., Higgins, E.T. (1987). Automatic activation of self-discrepancies and emotional syndromes: when cognitive structures influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1004–1014.
- Strauman, T.J., Higgins, E.T. (1988). Self-discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress. *Journal of Personality*, 56, 685–707.
- Strauman, T.J., Kolden, G.G., Stromquist, V., Davis, N., Kwapil, L., Heerey, E., Schneider, K. (2001). The effects of treatments for depression on perceived failure in self-regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 693–712.
- Strauman, T.J., Lemieux, A.M., Coe, C.L. (1993). Self-discrepancy and natural killer cell activity: Immunological consequences of negative self-evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1042–1052.
- Strauman, T.J., Vieth, A.Z., Merrill, K.A., Kolden, G.G., Woods, T.E., Klein, M.H., Papadakis, A.A., Schneider, K.L., Kwapil, L. (2006). Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: A randomized comparison with cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 367–376.
- Strauman, T.J., Vookles, J., Berenstein, V., Chaiken, S., Higgins, E.T. (1991). Self-discrepancies and vulnerability to body dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 946–956.
- Strauman, T.J., Woods, T.E., Schneider, K.L., Kwapil, L., Coe, C.L. (2004). Self-regulatory cognition and immune reactivity: idiographic success and failure feedback effects on the natural killer cell. *Brain, Behavior & Immunity*, 18, 544–554.
- Szymanski, M.L., Cash, T.F. (1995). Body-image disturbances and self-discrepancy theory: Expansion of the body-image ideals questionnaire. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 134–146.
- Tangney, J.P., Niedenthal, P.M., Covert, M.V., Barlow, D.H. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 256–268.
- Veale, D., Kinderman, P., Riley, S., Lambrou, C. (2003). Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 157–169.
- Vieth, A.Z., Strauman, T.J., Kolden, G.G., Woods, T.E., Michels, J.L., Klein, M.H. (2003). Self-system therapy (SST): A theory-based psychotherapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 245–268.
- Waters, S.J., Keefe, F.J., Strauman, T.J. (2004). Self-discrepancy in chronic low back pain: relation to pain, depression, and psychological distress. *Journal of Pain & Symptom Management*, 27, 251–259.
- Weilage, M., Hope, D.A. (1999). Self-discrepancy in social phobia and dysthymia. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 637–650.
- Yuen, S.A. (1996). Self-concept dimensions associated with eating disturbance. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56, 10-B, 5788.