

ALEKSANDRA PILARSKA

CECHY SAMOŚWIADOMOŚCI A NASILENIE SYMPTOMÓW DEPRESJI

Niniejszy artykuł zawiera empiryczną analizę relacji pomiędzy samoświadomością a depresją. Prezentuje on wyniki badań grupy nieklinicznej ($N = 76$) oraz klinicznej pacjentów z diagnozą epizodu depresyjnego ($N = 15$). W badaniach wykorzystano Skalę Samoświadomości (Zaborowski, 1989) oraz kwestionariusz Center for Epidemiological Studies – Depression (Radloff, 1977). Celem badań była odpowiedź na dwa pytania. Pierwsze dotyczyło możliwości wyodrębnienia specyficznych konfiguracji opartych na charakterystykach samoświadomości, drugie zaś odnosiło się do możliwości powiązania otrzymanych konfiguracji ze stopniem nasilenia symptomów depresji. Analiza klasyfikacyjna dała podstawy do wyodrębnienia w grupie nieklinicznej trzech skupień różniących się istotnie zarówno poziomem wszystkich form samoświadomości, jak i nasileniem symptomów depresji. Ponadto okazało się, że profil samoświadomości skupienia o najwyższym wskaźniku depresji jest zbliżony z profilem samoświadomości pacjentów depresyjnych.

Słowa kluczowe: paradoks samoświadomości, samoświadomość, depresja.

WPROWADZENIE

Problematyka samoświadomości należy do najbardziej skomplikowanych problemów naukowych¹. Człowiek jest bowiem jedyną istotą, którą ewolucja

MGR ALEKSANDRA PILARSKA, Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań; e-mail: alpila@gmail.com

¹ Trudność w wypracowaniu spójnego podejścia do samoświadomości na gruncie psychologii znajduje swoje odzwierciedlenie w mnogości pojęć używanych na określenie zjawisk utożsamianych lub powiązanych z samoświadomością i stosowanych z pojęciem samoświadomości zamiennie (np. Carver, Scheier, 1987; Fleckhammer, 2004). Odnajdujemy wśród nich terminy takie, jak samoświadomość (*self-awareness*, *self-consciousness*), autokoncentracja (*self-focus*, *self-attention*) czy autorefleksja (*self-reflection*). Użyteczną i – jak się wydaje – wartą polecenia klasyfikację sposobów określania fenomenu samoświadomości przedstawia Zaborowski (1989), przywołując koncepcje, które utożsamiają ją bądź z autokoncentracją, bądź z procesem kodowania i przetwarzania informacji na swój temat lub też z procesem uogólniania informacji i refleksji o własnej

wyposażyla w ów złożony aparat, dzięki któremu jest on zdolny do uczynienia własnych przeżyć przedmiotem obserwacji wyższego rzędu oraz do pojęciowego odróżnienia siebie i własnego ciała od wszystkich innych obiektów. Jakkolwiek problemy samoświadomości budzą szerokie zainteresowanie zarówno teoretyków, jak i badaczy różnych dziedzin, pozostają one wciąż terenem ożywionych dyskusji i polemik. Mimo wielu lat badań empirycznych w tym obszarze, owocujących wieloma szczegółowymi wynikami, podstawowe problemy nie znalazły rozwiązania. Kwestią, która budzi najwięcej kontrowersji, pozostaje problem znaczenia samoświadomości w psychospołecznym funkcjonowaniu człowieka. W jego ramach zaś najbardziej prowokującymi, w świetle zgromadzonych danych teoretycznych i empirycznych, wydają się zagadnienia związków samoświadomości z zaburzeniami nastroju.

Samoświadomość wyraża zdolność do dokonania najprostszego rozróżnienia między sobą a społecznym i fizycznym otoczeniem oraz do stawania się przedmiotem własnej uwagi. Jedną z podstawowych funkcji samoświadomości jest więc samopoznanie. Poczucie własnej wartości, wewnętrznej treści, spójności czy ciągłości to rezultaty przebiegających na podłożu samoświadomości procesów gromadzenia, przetwarzania i integrowania treści na swój temat (Zaborowski, 2001). Rezultaty badań empirycznych, choć nielicznych, wskazują, że osoby o wysokiej samoświadomości mają bardziej wyartykułowane i złożone schematy ja oraz szybszy i bardziej trafny do nich dostęp (np. Agatstein, Buchanan, 1984 – za: Davies, 1996; Nasby, 1989). Prywatna samoświadomość okazuje się także łączyć z rozleglejszym i bardziej efektywnym przetwarzaniem informacji odnoszących się do ja (Nasby, 1985), większą spójnością i adekwatnością samowiedzy oraz silniejszym poczuciem autonomii (np. Carver, Scheier, 1981, 1985 – za: Trapnell, Campbell, 1999).

Warto podkreślić, że trafna, zróżnicowana i klarowna samowiedza stanowi podstawowy czynnik psychologicznego wzrostu i dojrzałości (Trapnell, Campbell, 1999). Wielokrotnie dowiedziono również dezadaptacyjnego wpływu bezrefleksyjności na psychologiczny dobrostan (np. Langer, 1993). Zasadne wydaje się więc oczekiwać, że samoświadomość łączy się z przystosowaniem i zdrowiem psychicznym. Tymczasem, paradoksalnie, wyniki badań wskazują, że bycie świadomym siebie nie tylko jest doświadczeniem nieprzyjemnym, ale też okazuje się wyróżnikiem wielu stanów psychopatologicznych.

osobie. W niniejszym artykule starano się zachować, tam gdzie to możliwe, oryginalne dla poszczególnych ujęć nazewnictwo.

Na grunt psychologii zagadnienie awersyjności stanu koncentracji na sobie przeniósł Wicklund (1975 – za: Zaborowski, 1994). Pod wpływem jego teorii oraz badań ją weryfikujących, z jednej strony upowszechnił się pogląd o negatywnym charakterze świadomości siebie (np. Duval, Wicklund, 1972 – za: Zaborowski, 1994; Csikszentmihalyi, Figurski, 1982), z drugiej zaś rozpoczęła się trwająca nieprzerwanie od lat siedemdziesiątych dyskusja dotycząca związków samoświadomości ze stanami emocjonalnymi i przystosowaniem psychologicznym. W dyskusji tej doniesieniom Wicklunda sprzeciwiają się m.in. Hull i Levy (1979) oraz Buss (1980 – za: Zaborowski, 1989), dowodząc, że przykre przeżycia emocjonalne nie pojawiają się zawsze w procesie autokoncentracji, a jedynie w przypadku stwierdzenia niemożliwej do zredukowania rozbieżności między standardami jednostki a jej aktualnym stanem. W jeszcze silniejszej opozycji stają Hall (1992 – za: Fleckhammer, 2004) oraz Trudeau i Reich (1995), twierdząc, że koncentracja na swych wewnętrznych przeżyciach przyczynia się do psychologicznego dobrostanu. Do podobnych wniosków skłaniają doniesienia Mullenena i Sulsa (1982 – za: Wu, Watkins, 2006), z których wynika, że wysoki poziom samoświadomości może być buforem przeciwko negatywnym skutkom stresujących wydarzeń życiowych oraz istotnie przyczynia się do satysfakcji z życia społecznego. Jednocześnie wyniki badań innych autorów (Ingram, 1990 – za: Fleckhammer, 2004; Wood i in., 1990) nad związkami koncentracji na sobie z niepokojem, depresją czy nadużywaniem substancji psychoaktywnych uzasadniają traktowanie samoświadomości jako doświadczenia nieprzyjemnego. Także u osób zdrowych, sytuacyjnie wzbudzona autokoncentracja odpowiada za wzrost nastroju dysforycznego, negatywnych myśli i trudności w procesach radzenia sobie (np. Lyubomirsky, Nolen-Hoeksema, 1995; Watkins, Baracaia, 2002 – za: Moberly, Watkins, 2006). Skrajnym wyrazem stanowiska akcentującego negatywny efekt samoświadomości jest traktowanie jej jako niespecyficznej cechy psychopatologicznej (Ingram, 1990 – za: Panayiotou, Kokkinos, 2006).

Paradoks samoświadomości, opisywany często wyrażeniem „smutniejszy, lecz mądrzejszy”, stanowi prowokującą badaczy i teoretyków psychologii zagadkę. Najbardziej popularnym i – jak może się wydawać – jedynym sposobem jego rozstrzygnięcia jest podział samoświadomości (dokładnie zaś samoświadomości prywatnej, w rozumieniu Fenigsteina) na „dobrą” i „złą”. Wśród wielu różnych modeli samoświadomości uwagę badaczy przykuwa tylko kilka, w tym m.in. model samoświadomości Burnkranta i Page’a (1984), w którym autorefleksyjność (*self-reflectiveness*) reprezentuje pozytywny biegun świadomości siebie, odpowiadając m.in. za bogactwo i zróżnicowanie autoschematów, zaś świadomość stanów wewnętrznych (*internal state awareness*) odpowiada za dezadapta-

cyjne jej przejawy, w tym nasilanie stanów depresyjnych. Inną propozycją jest model samoświadomości Andersona, Bohona i Berrigana (1999), w którym autoopresja (*Self-Oppression*) łączy się z negatywnym doświadczaniem siebie i wzrostem przykrych emocji, natomiast zrównoważona samoświadomość (*Balanced Self-Awareness*) jest pozytywnie zabarwionym koncentrowaniem uwagi na sobie, motywowanym głównie ciekawością poznawczą. Jeszcze innego podziału dokonali Martin i Debus (1999), postulując istnienie ruminowania self (*Rumination on the General Self*), związanego z nieprzystosowawczym, globalnym myśleniem i ocenianiem siebie, charakterystycznym dla depresji, podczas gdy monitorowanie specyficznych aspektów self (*Monitoring of Specific Aspects of the Self*) konstituuje adaptacyjny proces samoregulacji. Najczęściej weryfikowanym w badaniach empirycznych jest model Trapnella i Campbell (1999), który ruminacyjną samoświadomość (*rumination*), motywowaną lękiem i skojarzoną z neurotyzmem, przeciwstawiają refleksyjnej (*reflection*), sprzyjającej przystosowaniu i związanej z otwartością na doświadczenie.

Jakkolwiek zasadne mogłyby się wydawać przywołane modele, krytyczna analiza podważa ich teoretyczną podbudowę i ogranicza użyteczność w wyjaśnianiu zjawisk samoświadomości. Nie dość bowiem, że u podstaw wyróżnionych rodzajów świadomości siebie leżą różne kryteria – motywacyjne w przypadku ruminacyjnej i refleksyjnej samoświadomości, treściowe przy ruminowaniu self i monitorowaniu specyficznych aspektów self, a emocjonalne w odniesieniu do autoopresji i zrównoważonej świadomości siebie, niejasny pozostaje ich status i stabilność w czasie. Dla przykładu, refleksyjność traktowana jest jako cecha osobowości, podczas gdy świadomość stanów wewnętrznych jako stan (Wu, Watkins, 2006). Co więcej, wszystkie powyższe modele stanowią rezultat analizy statystycznej (opartej na analizie czynnikowej) danych pochodzących z badań przy użyciu tego samego narzędzia – najpowszechniej stosowanej metody pomiaru samoświadomości – Skali Samoświadomości Fenigsteina, Scheiera i Bussa (1975). Pozbawione oparcia w zewnętrznym kryterium, postulowane tu rodzaje samoświadomości mogą być równie dobrze statystycznymi artefaktami (np. Bernstein, Teng, Garbin, 1986).

Teoria treści i form samoświadomości Z. Zaborowskiego stanowi alternatywę wobec modeli wyrosłych na gruncie teorii samoświadomości Fenigsteina, Scheiera i Bussa (1975). Jej zastosowanie w prezentowanych badaniach miało na celu pokonanie ograniczeń koncepcji Fenigsteina, związanych przede wszystkim, na co wskazują przytoczone wyżej wyniki badań, z niską wewnętrzną spójnością skali prywatnej samoświadomości. Inaczej niż w przywołanych modelach, w teorii Zaborowskiego treści samoświadomości (uczucia, myśli, przekonania,

zachowania itp.) zostają oddzielone od form ich przetwarzania. Wyróżnia on cztery formy samoświadomości – obronną, zewnętrzną, osobową i refleksyjną, które pojawiają się kolejno w cyklu życia człowieka: forma osobowa związana jest z egocentrycznym, emocjonalnym, aktywizującym na ogół strukturę ja przetwarzaniem informacji o sobie; sprzyja umacnianiu i integracji struktury ja; forma obronna występuje pod wpływem przeżywanego lęku, spostrzeganego zagrożenia, straty lub niesprawiedliwości względem ja; umożliwia utrzymanie oraz ochronę ja; forma zewnętrzna przyjmuje postać zobiektywizowanego i uspołecznionego przetwarzania informacji o sobie; sprzyja przystosowaniu społecznemu oraz zgodności zachowania z posiadanymi standardami; forma refleksyjna funkcjonuje na podłożu pojęć i sądów ogólnych, odnoszących się do informacji przetwarzanych przez pozostałe formy samoświadomości; pogłębia i obiektywizuje samowiedzę, stanowiąc podstawę rozwoju tożsamości.

Każdy człowiek ma do dyspozycji wszystkie kombinacje form przetwarzania i kodowania informacji na własny temat. Jednocześnie ludzie różnią się między sobą poziomem intensywności, kompozycją i trwałością w czasie każdej z nich. Zróżnicowanie to jest pochodną różnic indywidualnych w zakresie takich zmiennych, jak temperament czy osobowość, stanowiących struktury bardziej podstawowe i pierwotne (Zaborowski, 1989). Opierając się na ustaleniach Zaborowskiego, zasadne wydaje się oczekiwać, że forma refleksyjna, uznawana za najwyższą rozwojowo, powinno sprzyjać samookreśleniu oraz efektywnej regulacji i kontroli zachowania. Z kolei samoświadomość obronna, współwystępująca z kompulsywną koncentracją na sobie, egocentryzacją pragnień i działań, nieadekwatną samooceną i nierealnymi aspiracjami, będzie towarzyszyć zmienności nastrojów, skłonności do depresji i złego samopoczucia.

Przytoczone wyżej teoretyczne i empiryczne doniesienia skłaniają do wniosku, że w dziedzinie samoświadomości, mimo niewątpliwego postępu, rysują się wciąż ważne kontrowersje, a podstawowe pytanie o wpływ samoświadomości na psychospołeczne funkcjonowanie człowieka pozostaje otwarte. Wskazane niejasności, dotyczące roli samoświadomości w nasilaniu się negatywnych stanów emocjonalnych, nie doczekały się wyczerpujących rozwiązań. Bogatego materiału badawczego nie wyjaśnia adekwatnie żadna ze współczesnych koncepcji, jednocześnie wobec każdej wysuwane są zarzuty natury teoretycznej i metodologicznej. Problematyczna pozostaje wciąż zarówno kwestia postulowanej wielowymiarowości samoświadomości, jak i charakteru jej wpływu na funkcjonowanie jednostki. Próba uzupełnienia, weryfikacji i integracji dotychczasowych ustaleń w obszarze związków samoświadomości z depresją oraz przystosowaniem była celem naukowym prezentowanego w niniejszym artykule badania.

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Przeprowadzone badania dotyczyły samoświadomościowych charakterystyk osób z populacji nieklinicznej (o zróżnicowanym nasileniu tendencji depresyjnych). Celem badań była analiza sposobu przetwarzania informacji na własny temat przez osoby z objawami depresyjnymi, a także jego znaczenia dla nasilenia stanu depresyjnego.

Przedmiotem analiz statystycznych² stała się odpowiedź na pytanie, czy istnieją różnice pomiędzy badanymi osobami w poziomie poszczególnych form samoświadomości oraz czy owym różnicom towarzyszą różne nasilenia symptomów depresji. Analizę klasyfikacyjną przeprowadzono z wykorzystaniem analizy skupień metodą *k*-średnich, zaś analizę porównawczą – z zastosowaniem testu *t* oraz w modelu jednoczynnikowej analizy wariancji.

Osoby badane

Badaniami objęto grupę liczącą 76 studentów (59 kobiet i 17 mężczyzn) różnych kierunków uniwersyteckich, w wieku od 21 do 30 lat ($M = 22,36$ lat; $SD = 1,44$ roku).

Zastosowane metody

Do pomiaru nasilenia form samoświadomości wykorzystano Skalę Samoświadomości (O-Z) opracowaną przez Z. Oleszkiewicz i Z. Zaborowskiego (Zaborowski, 1989). Skala obejmuje 80 pozycji o pięciokategorialnym systemie odpowiedzi, wśród których 25 dotyczy samoświadomości osobowej, 23 obronnej, 15 zewnętrznej i 17 refleksyjnej. Współczynniki rzetelności, obliczone na podstawie zgodności wewnętrznej (Kudera-Richardsona), osiągają dla samoświadomości zewnętrznej wartość 0,70, osobowej 0,78, refleksyjnej 0,82, zaś obronnej 0,85. Stabilność bezwzględna dla próbki 50-osobowej po trzech tygodniach wynosi – odpowiednio: dla samoświadomości zewnętrznej 0,78, osobowej 0,88, refleksyjnej 0,87, a obronnej 0,89. Trafność różnicową kwestionariusza wykazano w stosunku do skali ICS Fenigsteina, Scheiera i Bussa (1975). Samoświadomość indywidualna korelowała z prywatną na poziomie 0,18 ($p < 0,01$), samoświadomość obronna korelowała z prywatną na poziomie 0,30 ($p < 0,001$) i z publiczną na poziomie 0,28 ($p < 0,001$), a samoświadomość zewnętrzna najsilniej łączyła się z publiczną na poziomie 0,35 ($p < 0,001$) (Zaborowski, 2002).

² Obliczenia wykonano z wykorzystaniem programu SPSS for Windows.

Do pomiaru nasilenia symptomów depresji wykorzystano kwestionariusz CES – D (Center for Epidemiological Studies – Depression; Radloff, 1977). Test składa się z 20 twierdzeń, ocenianych na 4-stopniowej skali, które dotyczą samopoczucia w ciągu minionego tygodnia. Ogólny wynik testu waha się w przedziale 0-60 punktów. Zgodnie z sugestią Seligmana (opartą na wynikach badań dorosłych Amerykanów), wyniki w granicach od 0 do 9 punktów uzyskują osoby nie dotknięte depresją, wyniki od 10 do 15 punktów określają grupę cierpiących na łagodną postać depresji, zaś wyniki w przedziale od 16 do 24 punktów otrzymują osoby z umiarkowaną formą depresji. Jeśli uzyskana suma punktów przekracza 24, istnieje prawdopodobieństwo, że badany znajduje się w stanie głębokiej depresji (Seligman, 1993). Współczynnik rzetelności α Cronbacha osiąga dla skali wartość 0,94.

Procedura i organizacja badań

Badania były prowadzone w trybie zespołowym. Osoby badane zostały poinformowane o celu badania oraz właściwościach, które mierzą zastosowane metody. Wszystkie osoby badane otrzymały identyczne instrukcje i wypełniały Skalę Samoświadomości oraz CES – D. Warunkiem przeprowadzenia badania było każdorazowo uzyskanie zgody osoby badanej.

PREZENTACJA I ANALIZA WYNIKÓW

Nasilenie objawów depresyjnych u osób o różnym profilu samoświadomości w grupie nieklinicznej

W celu sprawdzenia, czy wśród osób badanych można wyodrębnić grupy różniące się pod względem nasilenia symptomów depresyjnych w zależności od profilu samoświadomości, przeprowadzono analizę skupień metodą k -średnich. Zastosowana procedura dała podstawy do wyodrębnienia trzech grup obiektów (skupień) różniących się istotnie względem wszystkich form samoświadomości (por. tab. 1)³.

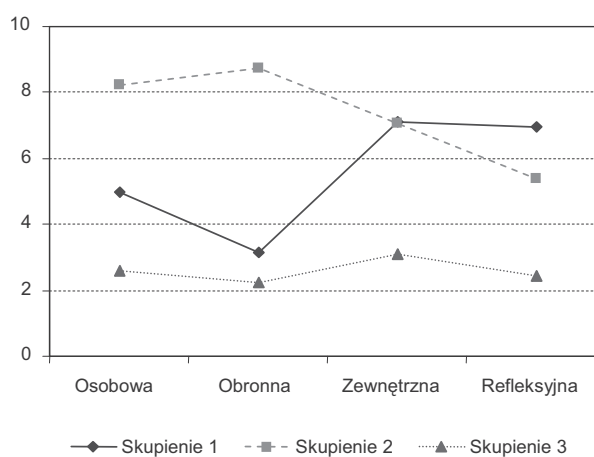
³ Analiza z wykorzystaniem testu χ^2 oraz jednoczynnikowej ANOVY wskazuje, że zarówno płeć, jak i wiek nie różnicują skupień w sposób istotny statystycznie.

Tab. 1. Porównanie nasilenia form samoświadomości i symptomów depresji w skupieniach grupy nieklinicznej

Zmienna	Skupienie 1 (<i>n</i> = 20)		Skupienie 2 (<i>n</i> = 18)		Skupienie 3 (<i>n</i> = 38)		<i>F</i> (2, 73)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Osobowa	5,00	1,69	8,22	1,40	2,61	1,64	76,55***
Obrotna	3,15	1,87	8,72	1,18	2,24	1,40	119,54***
Zewnętrzna	7,10	2,27	7,06	2,21	3,08	2,07	32,68***
Refleksyjna	6,95	1,99	5,39	2,25	2,45	1,43	42,87***
Depresja	12,80	11,08	25,11	13,10	9,16	8,72	14,22***

*** $p < 0,001$

W badanej próbie charakterystyczne były trzy różne profile samoświadomości. Ich ilustracją jest rysunek 1.



Rys. 1. Profile samoświadomości skupień w grupie nieklinicznej

Najliczniej reprezentowane w próbie jest skupienie 3, w którego skład weszło 50% badanych (38 osób). Charakteryzowane jest ono przez niskie poziomy wszystkich form samoświadomości. Odpowiednie średnie wskaźniki w ich zakresie były mniejsze niż średnia dla całej próby i jednocześnie mniejsze niż wskaźniki odnoszące się do pozostałych skupień. Charakterystyczny dla tego

profilu wydaje się niski poziom dyspozycji do koncentrowania uwagi na własnej osobie – swoich uczuciach, myślach, postawach i motywach. Towarzyszyć temu będzie względnie słabe zainteresowanie własnym wizerunkiem publicznym oraz wrażeniem, jakie wywiera się na innych ludziach.

W pozostałych dwóch skupieniach znalazła się porównywalna liczba osób – 20 w skupieniu 1 (26%) oraz 18 w skupieniu 2 (24%). Na tle całej grupy badanych, za charakterystyczny dla skupienia 1 należy uznać przeciętny poziom samoświadomości osobowej, niższy obronnej oraz wyższe poziomy samoświadomości zewnętrznej i refleksyjnej. Wysoki poziom formy refleksyjnej jest jednocześnie tym, co wyróżnia analizowane skupienie od pozostałych. Charakterystyczne dla osób tworzących skupienie jest uogólnione, abstrakcyjne przetwarzanie treści na własny temat oraz integracja informacji wewnętrznych z zewnętrznymi. Oznacza to zdolność do koordynacji zinternalizowanych norm z indywidualnymi potrzebami i postawami oraz regulowania zachowania zgodnie z akceptowanymi wartościami (swoistego rodzaju uzgadnianie form osobowej i zewnętrznej). Sprzyja to samookreśleniu oraz wzmacnia poczucie autonomii i podmiotowości. Wysoki poziom formy refleksyjnej, przy recesji formy obronnej, stwarza tu warunki dla efektywnej samoregulacji, samorealizacji i twórczego przystosowania się do środowiska.

W obrębie skupienia 2 znalazły się osoby o wysokich poziomach osobowej i obronnej formy samoświadomości (zarówno w porównaniu ze średnią dla całej próby, jak i względem pozostałych skupień) oraz przeciętnych natężeniach samoświadomości zewnętrznej i refleksyjnej. Dominacja podmiotowych (osobowej i obronnej według Zaborowskiego) form samoświadomości pozwala przypuszczać, że u osób tworzących skupienie, kodowanie i przetwarzanie informacji o sobie przyjmuje ona postać ewaluatywną, emocjonalną i egocentryczną. Jednostki takie pozostają skoncentrowane na sobie, są skłonne do silnego przeżywania emocji, wśród których dominują często poczucie zagrożenia oraz niepokoj. Tendencji do subiektywizacji i personalizacji oświadczeń towarzyszy tu skłonność do rozluźnienia relacji z innymi ludźmi i z życiem społecznym.

Wyodrębnione skupienia różnią się między sobą istotnie nasileniem symptomów depresji ($F_{(2, 73)} = 14,22, p < 0,001$). Najniższy ich poziom charakteryzuje skupienie 3, najwyższy zaś skupienie 2 (por. tab. 1).

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że podgrupa osób z profilem samoświadomości charakteryzowanym przez wyższe poziomy podmiotowych form samoświadomości (osobowej i obronnej), przeciętne zaś form zewnętrznej i refleksyjnej cechuje się wyższym nasileniem symptomów depresji.

WŁAŚCIWOŚCI SAMOŚWIADOMOŚCI
OSÓB Z GRUPY KLINICZNEJ

Niezależnie od badania omówionego wyżej przeprowadzono badanie pacjentów z psychiatryczną diagnozą depresji. Mimo że grupa ta nie była obiektem porównań, różniła się bowiem istotnie wiekiem i udziałem obu płci, przedstawienie jej wyników wydaje się istotne ze względu na ich znaczenie dla dalszych badań. W skład grupy klinicznej weszło 15 pacjentów (7 kobiet i 8 mężczyzn) w wieku od 19 do 74 lat ($M = 45,40$ roku; $SD = 14,83$). Kryterium klasyfikacji do grupy stanowiła medyczna diagnoza epizodu depresyjnego w przebiegu zaburzeń afektywnych jedno- lub dwubiegunowych oraz zaburzeń depresyjnych nawracających

Analiza form samoświadomości w grupie klinicznej ujawnia profil samoświadomości, uderzająco (mimo różnych charakterystyk grup) podobny do profilu osób z drugiego skupienia grupy nieklinicznej (por. tab. 2). W zakresie 3 z 4 uwzględnionych form samoświadomości (wyjątkiem jest istotna różnica w poziomie samoświadomości zewnętrznej) skupienia nie różnią się między sobą (por. tab. 3). Należy podkreślić, że skupienie 2 charakteryzuje najwyższy wskaźnik nasilenia symptomów depresyjnych w skali CES – D.

Tab. 2. Średnie i odchylenia standardowe
form samoświadomości w grupie klinicznej

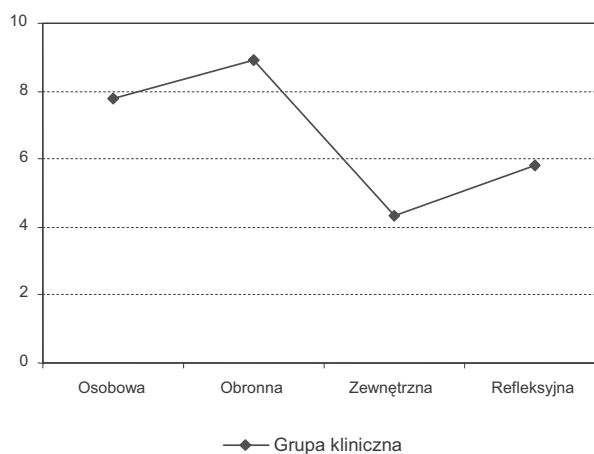
Zmienna	Grupa kliniczna ($n = 15$)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Osobowa	7,80	1,57
Obronna	8,93	1,22
Zewnętrzna	4,33	3,11
Refleksyjna	5,80	2,60

Tabela 3. Porównania wielokrotne form samoświadomości między skupieniami grupy nieklinicznej (skupienia 1-3) a grupą kliniczną (skupienie 4)

Zmienna	Test	Grupa kliniczna	Grupa niekliniczna	MD	SE
Osobowa	Test Tukeya	4	1	2,80***	0,54
			2	-0,42	0,58
	HSD		3	5,19***	0,49
Obronna	Test Tukeya	4	1	5,78***	0,50
			2	0,21	0,51
	HSD		3	6,70***	0,44
Zewnętrzna	Test Tukeya	4	1	-2,77**	0,80
			2	-2,72**	0,82
	HSD		3	1,25	0,71
Refleksyjna	Test Dunnetta	4	1	-1,15	0,80
			2	0,41	0,85
	T3		3	3,35***	0,71

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$

Specyficzny dla pacjentów depresyjnych profil samoświadomości prezentuje rysunek 2.



Rys. 2. Profil samoświadomości grupy klinicznej

DYSKUSJA

Przeprowadzona analiza skłania do wniosku o istnieniu związku między formami samoświadomości a nasileniem symptomów depresyjnych. W zakresie wyróżnionych form samoświadomości charakterystyczne dla osób depresyjnych (pochodzących zarówno z populacji nieklinicznej, jak i klinicznej) są wyższe nasilenia samoświadomości, z wyraźną dominacją jej form podmiotowych.

Charakter „depresyjnego profilu samoświadomości” koresponduje ze spostrzeżeniami innych badaczy i pozostaje zrozumiałe w kontekście tego, co wiemy o specyfice zaburzeń depresyjnych. Podwyższenie podmiotowych form samoświadomości może prowadzić do zniekształceń przetwarzania informacji o własnej osobie. Forma osobowa wiąże się bowiem z tendencją do egocentryzacji i subiektywizmu percepcji, co w połączeniu z formą obronną może skłaniać do specyficznej lękowej selekcji i interpretacji informacji na swój temat. Niższy poziom form przedmiotowych może utrudniać konfrontację dokonywanych atrybucji z rzeczywistością (forma zewnętrzna) i obiektywną, rzeczową refleksją nad sobą (forma refleksyjna). Warto zauważyć, że opisane związki mogą mieć dwukierunkowy charakter. Z jednej strony, samoświadomość poprzez polaryzację i eksponowanie określonych treści i form określa je i modyfikuje, z drugiej – sama jest produktem zmian (również chorobowych) zachodzących w obrębie myślenia i emocji (Zaborowski, 1989). Negatywne myśli i emocje znamienne dla depresji, przetwarzane w sposób indywidualny i obronny, nasilają i podtrzymują symptomy, które, w sposób oczywisty, mają swoje konsekwencje w sferze samoświadomości.

Najbardziej czytelnych porównań otrzymanych rezultatów można dokonywać z badaniami prowadzonymi w zakresie teorii treści i form Zaborowskiego. Okazuje się, że stwierdzone związki pomiędzy samoświadomością a depresją korespondują z wynikami badań Oleszkiewicz (1989), współautorki Skali Samoświadomości. Wzięło w nich udział 12 pacjentów depresyjnych, których charakteryzowały, podobnie jak w niniejszym badaniu, najwyższe średnie wskaźniki w zakresie podmiotowych form samoświadomości (odpowiednio 8,5 dla formy osobowej oraz 8,7 dla obronnej) oraz niższe w obrębie form przedmiotowych (2,7 dla formy zewnętrznej oraz 3,5 dla refleksyjnej) (za: Zaborowski, 1989). Na uwagę zasługuje fakt, że w niniejszym badaniu, przy wciąż wyraźnej dominacji form podmiotowych, osoby depresyjne osiągnęły wyższy poziom form przedmiotowych.

Obserwacje wskazujące, że osoby o wyższych poziomach samoświadomości, z wyraźną dominacją tych jej form, które łączą się z egocentryczną i emocjo-

nalną koncentracją na sobie, cechuje najwyższe natężenie depresji, wydają się zgodne z zakorzenionym nawet w wiedzy potocznej łąčeniem samoświadomości ze stanami rozbicia wewnętrznego i przygnębienia. Przemawiają także na rzecz awersyjnego charakteru samoświadomości i zasadności twierdzeń Wicklunda. Do podobnych wniosków skłaniają wyniki wielu innych badań, uzasadniające traktowanie wysokiego poziomu koncentracji na sobie jako czynnika zwiększającego podatność na depresję oraz wpływającego na zaostrzenie się i utrzymywanie symptomów depresji (por. przegląd badań w: Pyszczynski, Holt, Greenberg, 1987; Ingram, Wisnicki, 1999; Moberly, Watkins, 2006). Należy podkreślić, że to właśnie formy osobowa oraz obronna łączą się z wysoką (czasem kompulsywną) autokoncentracją. Wykazują one także najsilniejszą zbieżność z prywatną samoświadomością. Otrzymane rezultaty pozostają więc zgodne z wynikami tych badań, w których powstawanie i utrzymywanie się objawów depresji wiązało się z wysokim nasileniem prywatnej samoświadomości (Fenigstein, Scheier, Buss, 1975; por. przegląd badań w: Anderson, Bohon, Berrigan, 1996; Fejfar, Hoyle, 2000; Ruipérez, Belloch, 2003).

Stosunkowo wysoki poziom formy refleksyjnej u osób pogrążonych w depresji wydaje się szczególnie zastanawiający. Zwykło się bowiem traktować tę formę jako najwyższą rozwojowo, ułatwiającą generowanie progresji, sprzyjającą efektywnej samoregulacji, utrzymaniu konstruktywnej tożsamości i twórczemu przystosowaniu się do świata (Zaborowski, 2002). Podstawowe dla zrozumienia roli samoświadomości refleksyjnej u osób depresyjnych wydaje się obniżenie formy zewnętrznej. Nie należy bowiem zapominać, że samoświadomość refleksyjna nadbudowuje się niejako nad indywidualną i zewnętrzną, operując treściami wewnętrznymi i zewnętrznymi przez nie dostarczanymi (Zaborowski, 1989). Recesja formy zewnętrznej, przy dominacji systemu podmiotowego samoświadomości, zdaje się pozbawiać formę refleksyjną jej adaptacyjnych funkcji. Właściwy samoświadomości refleksyjnej obiektywizm może wówczas ustępować miejsca „pesymistycznemu realizmowi”, postawa krytyczna przyjmować postać samodeprecjacji oraz braku wiary w siebie i innych, a operowanie pojęciami i sądami ogólnymi – torować drogę nadmiernej generalizacji.

To, iż sam poziom refleksyjnej samoświadomości nie ma – jak się okazuje – znaczenia dla obniżenia się symptomów depresji (przeciwnie, towarzyszy ich wyższym nasileniom), stawia pod znakiem zapytania jej – postulowaną w wielu pracach (np. Trapnell, Campbell, 1999; Zaborowski, 1989, 2002) – adaptacyjną rolę oraz sugeruje kontekstowy i względny charakter jej funkcji. Być może, na co wskazują rezultaty niniejszego badania, większe znaczenie dla przystosowa-

nia jednostki ma – z jednej strony – recesja formy obronnej, z drugiej zaś dynamiczna równowaga wszystkich form świadomości siebie.

Kwestią mającą bezpośredni związek z prowadzonymi analizami jest pytanie o osobowość (samoświadomość) depresyjną i jej związek z zachorowaniem. Przeprowadzone badania nie dały podstaw do rozstrzygnięcia, w jakim stopniu badany efekt (podwyższenie form podmiotowych) jest skutkiem, a w jakim czynnikiem ryzyka choroby. Otrzymane wyniki wskazują jednak, że osoby znajdujące się w skupieniu 2 charakteryzuje wysokie nasilenie objawów depresji i inna niż u osób bez objawów depresji struktura samoświadomości. Tym, co jest tu szczególnie interesujące, jest rola, jaką w genezie i utrzymywaniu się tych objawów odgrywa samoświadomość (czy właściwości samoświadomości konstytuują osobowość depresyjną). Podobieństwo cech samoświadomości osób z grupy nieklinicznej, które przejawiają symptomy depresyjne, z charakterystykami pacjentów z depresją może stanowić ostrożną przesłankę ku takiemu rozumowaniu. Samoświadomość jednostki wykazuje tendencję do stabilizacji, ramifikacji i uwzorcowania treści. Na drodze utrwalania określone formy przetwarzania treści zostają powiązane ze strukturami osobowościowymi, konstytuując określony styl świadomości siebie i pozostawiając jednostkę „ściśniętą obręczami swojej samoświadomości” (Zaborowski, 2000, s. 80). Być może więc konsekwencje form podmiotowych samoświadomości (w dużej mierze należące do spektrum objawów depresji), utrwalone w postaci cech, znajdują odzwierciedlenie w całej osobowości, którą konsekwentnie należałoby uznać za osobowość depresyjną. Ma to znaczenie tym większe, że – jak piszą Millon i Davis – „osobowość depresyjna jest dyspozycją do ujawnienia zespołu depresyjnego [a] między wzorcem osobowości a odpowiadającymi mu objawami opisanymi na Osi I istnieją logiczne powiązania” (2005, s. 629).

Pytanie o osobowość (samoświadomość) depresyjną musi na razie pozostać otwarte. Rezultaty niniejszych badań w części dotyczącej zestawiania wyników grupy klinicznej i nieklinicznej, jakkolwiek znaczące, obarczone są bowiem ograniczeniami wynikającymi z charakterystyk badanych grup (różne rozkłady wieku oraz płci osób badanych w grupach nieklinicznej i klinicznej). Kolejnym ograniczeniem jest niewielka liczebność grupy klinicznej, a także to, że tworzyły ją osoby z diagnozą epizodu depresyjnego w przebiegu zarówno zaburzeń nawracających, jak i choroby jedno- oraz dwubiegunowej. Dociekanie istnienia „osobowości depresyjnej” (jako czynnika ryzyka depresji) i możliwości jej opisanie w terminach specyficznej konstelacji cech samoświadomości wymaga bez wątpienia dalszych naukowych poszukiwań, zakładających precyzyjną kontrolę zdrowia psychicznego grupy nieklinicznej i odpowiednio dobranej parami grupy

klinicznej. Interesujących danych mogłyby dostarczyć badania na większej próbie, umożliwiające jednocześnie porównywanie wyników pacjentów z różnymi rozpoznaniemami.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, E. M., Bohon, L. M., Berrigan, L. P. (1996). Factor structure of the private self-consciousness scale. *Journal of Personality Assessment*, 66, 1, 144-152.
- Bernstein, I. H., Teng, G., Garbin, C. P. (1986). A confirmatory factoring of the Self-Consciousness Scale. *Multivariate Behavioral Research*, 21, 459-475.
- Burnkrant, R. E., Page, T. J. (1984). A modification of the Fenigstein, Scheier, and Buss Self-Consciousness Scales. *Journal of Personality Assessment*, 48, 6, 629-637.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (1987). The blind men and the elephant: Selective examination of the public-private literature gives rise to faulty perception. *Journal of Personality*, 55, 3, 525-541.
- Csikszentmihalyi, M., Figurski, T. J. (1982). Self-awareness and aversive experience in everyday life. *Journal of Personality*, 50, 15-28.
- Davies, M. F. (1996). Self-consciousness and the complexity of private and public aspects of identity. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 24, 2, 113-118.
- Fejfar, M. C., Hoyle, R. H. (2000). Effect of private self-awareness on negative affect and self-referent attribution: A quantitative review. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 2, 132-142.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., Buss, A. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Fleckhammer, L. (2004). *Insight into the self-absorption paradox: The development of a multi-faceted model of self-conscious ruminative and reflective thought*. Australia: Swinburne University of Technology; <http://adt.lib.swin.edu.au/uploads/approved/adt-VSWT20050913.152247/public/02whole.pdf> (16.05.2006).
- Fromson, P. M. (2006). Self-discrepancies and negative affect: The moderating roles of private and public self-consciousness. *Social Behavior and Personality*, 34, 4, 333-350.
- Hammen, C. (2004). *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hull, J. G., Levy, A. S. (1979). The organizational functions of the self: An alternative to the Duval and Wicklund Model of Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 5, 756-768.
- Ingram, R. E., Wisnicki, K. (1999). Situational specificity of self-focused attention in dysphoric states. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 6, 625-636.
- Langer, E. J. (1993). Problemy uświadamiania. Konsekwencje refleksyjności i bezrefleksyjności. W: T. Maruszewski (red.), *Poznanie. Afekt. Zachowanie* (s. 137-179). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lyubomirsky, S., Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem-solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1, 176-190.

- Martin, A. J., Debus, R. L. (1999). Alternative factor structure for the revised self-consciousness scale. *Journal of Personality Assessment*, 72, 2, 266-281.
- Millon, T., Davis, R. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Moberly, N. J., Watkins, E. R. (2006). Processing mode influence the relationship between trait rumination and emotional vulnerability. *Behavior Therapy*, 37, 281-291.
- Nasby, W. (1985). Private self-consciousness, articulation of the self-schema, and recognition memory of trait adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 3, 704-709.
- Nasby, W. (1989). Private and public self-consciousness and articulation of the self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 1, 117-123.
- Panayiotou, G., Kokkinos, C. M. (2006). Self-consciousness and psychological distress: A study using the Greek SCS. *Personality and Individual Differences*, 41, 63-93.
- Pyszczynski, T., Holt, K., Greenberg, J. (1987). Depression, self-focused attention, and expectancies for positive and negative future life events for self and others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 5, 994-1001.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ruipérez, M. A., Belloch, A. (2003). Dimensions of the self-consciousness scale and their relationship with psychopathological indicators. *Personality and Individual Differences*, 35, 829-841.
- Seligman, M. (1993). *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań: Media Rodzina.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Sęk, H. (2005). Psychologia zaburzeń afektywnych. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 2, s. 100-119). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Trapnell, P. D., Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 2, 284-304.
- Trudeau, K. J., Reich, R. (1995). Correlates of psychological mindedness. *Personality and Individual Differences*, 19, 5, 699-704.
- Wood, J. V., Saltzberg, J. A., Neale, J. M., Stone, A. A., Rachimel, T. B. (1990). Self-focused attention, coping responses, and distressed mood in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 6, 1027-1036.
- Wu, J. K.-F., Watkins, D. (2006). Testing competing factor models underlying the private self-consciousness scale with Hong Kong Chinese adolescents. *Social Behavior and Personality*, 34, 10, 1245-1258.
- Zaborowski, Z. (1989). *Psychospołeczne problemy samoświadomości*. Warszawa: PWN.
- Zaborowski, Z. (1994). *Współczesne problemy psychologii społecznej i psychologii osobowości*. Warszawa: Profi.
- Zaborowski, Z. (2000). *Teoria treści i form samoświadomości*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Zaborowski, Z. (2001). *Problemy psychologii życia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Zaborowski, Z. (2002). *Człowiek, jego świat i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

CHARACTERISTICS OF SELF-CONSCIOUSNESS
AND INTENSITY OF DEPRESSIVE SYMPTOMS

S u m m a r y

The issue of this article is to examine the relation between forms of self-consciousness and depression. It presents studies of a normal sample of 76 students and clinical sample of 15 patients with depression. Self-consciousness Scale (Zaborowski, 1989) has been used to assess forms of self-consciousness and Center for Epidemiological Studies – Depression (Radloff, 1977) has been used to measure depression. There are two main goals of the research: 1) distinction of typological groups of healthy controls in context of self-consciousness variables; 2) description of changes in intensity of depressive symptoms in relation to the types of self-consciousness structure differentiated. The cluster analysis has shown 3 types of self-consciousness structures which differ with respect to the all forms of self-consciousness as well as to the level of depressive symptoms. It has also turned out that the most depressive self-consciousness structure differentiated was similar to the one of patients suffering from depression.

Key words: paradox of self-consciousness, self-consciousness, depression.