

## **Związki między autonomią a zaburzeniami psychicznymi**

### **Relations between autonomy and mental disorders**

Katarzyna Romanowska

Ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie,  
Wydział Psychologii, Katedra Psychologii Klinicznej  
Kierownik: dr hab. B. Tryjarska

**Summary:** The aim of this article is to present three new cognitive approaches to autonomy and its importance for pathology.

According to Ryan and Deci's self-determination theory autonomy is manifested through intrinsically motivated behaviour. As the individual develops its autonomous activity is expanded gradually by the integration of regulatory processes. Being autonomous, one can modulate and manage one's emotions and impulses, is aware of emotional states and hence is capable of behaving adequately. Pathology develops when the problems with the integration of external regulatory processes occur.

According to Toru Sato, there are two parts of the self – autonomy and relatedness. The first one focuses on control over one's environment and one's bodily functioning. For the other one "being associated" with one or more persons is a goal in itself. For correct functioning the person's autonomy and relatedness needs should be satisfied. Both self-systems are involved in the process, which should result in their integration. Sato claims that too much stress put on one of the systems weakens the other one. The person satisfies only one need and it is crucial for its mental condition. Pathological mechanisms are culturally conditioned.

Beck describes two personality dimensions – autonomy and sociotropy. Autonomy refers to the personal interest in independence, individuality and attaining personal goals. The autonomous individual takes its sense of well-being from personal achievements and control over her/his own activity and environment. The author claims that both highly autonomous and highly sociotropic individuals are vulnerable to depression.

*Słowa kluczowe:* autonomia, zaburzenia psychiczne

*Key words:* autonomy, mental disorders

### **Wstęp**

W literaturze nie ma zgodności co do rozumienia autonomii. Niektórzy ujmują ją jako zjawisko intrapsychiczne, którego rozwój jest ściśle związany z relacjami z ważnymi osobami czy szerzej rozumianym środowiskiem [1]. Można ją też rozpatrywać jako jeden z wymiarów wchodzący, obok relacyjności, w skład systemu organizacji

„Ja” [2]. W podejściach systemowych autonomia jednego członka rodziny, zwłaszcza dziecka, traktowana jest jako rezultat specyfiki relacji między małżonkami. Zgodnie z poglądami Bowena [za: 3] osoby słabo oddzielone od zbiorowego ego rodziny pierwotnej źle rozróżniają własne uczucia od myśli i zależne są od uczuć innych osób. Ludzie o zróżnicowanym „Ja” uznają własną odrębność, nie muszą polegać na ocenach, uczuciach innych. Niedojrzali rodzice przekazują swój brak zróżnicowania dzieciom, włączając je w destrukcyjny trójkąt i stosując projekcję. Podobnie w koncepcji Satir [4, 5], osobę autonomiczną, dojrzałą charakteryzuje zdolność do kierowania sobą, dokonywania wyborów na podstawie dokładnej percepcji siebie i innych oraz odpowiedzialność za własne wybory. Jest to możliwe wtedy, gdy „Ja” jednostki jest oddzielone od rodziny. Poziom autonomii jednostki odzwierciedla również niezależność systemu rodzinnego względem innych systemów [por. 6].

W tym artykule prezentowane są trzy stosunkowo nowe podejścia do zagadnienia autonomii: teoria ustalania, określania „Ja” (self-determination theory) autorstwa Ryan, Deci i Grolnick [1], koncepcja Toru Sato [2] i pomysł autonomii-socjotropii autorstwa Becka [7]. Koncepcje te mają poznawczy charakter. Zostaną tu przeanalizowane podobieństwa i różnice, jakie między nimi zachodzą. Przedstawione będą także związki między poziomem autonomii a zaburzeniami psychicznymi.

### **Założenia wybranych poznawczych koncepcji autonomii**

Pierwsze z podejść to teoria określania „Ja”. Według Ryan, Deci, Grolnick [1] autonomia jest bardzo szerokim pojęciem, w którym mieści się rozwijające się poczucie woli i wyboru. Jednostka autonomiczna jest samoinicjująca i samoregulująca, jej działania pochodzą z rdzenia poczucia „Ja”. Nie czuje się ona zmuszona do różnych zachowań, ma poczucie wolności i wolnej woli. Podstawą autonomii jest integracja wewnątrz osobowości. Jednostka nieautonomiczna zaś to taka, która podlega kontroli, jej czyny są często wymuszone, narzucone spoza „Ja”.

Autorzy mówią o trzech procesach rozwojowych, w których autonomia odgrywa ważną rolę. Pierwszym z nich jest wewnętrzna motywacja (intrinsic motivation), rozumiana jako naturalna tendencja do eksploracji, manipulacji, i ciekawość, pojawiająca się we wczesnym niemowlęctwie. Tendencja ta jest motywowana wewnętrznie, ujawnia się samoistnie, gdy otoczenie społeczne na to pozwala. Czynności tak motywowane są samonagradzające i autoteliczne. Motywacji takiej towarzyszy doświadczenie działania wynikającego z wewnątrz i wewnętrzne umiejscowienie poczucia przyczynowości.

Następnym procesem jest internalizacja rozumiana jako proces zmiany zewnętrznego napędu na wewnętrzny. Jest to sposób, dzięki któremu można stać się bardziej autonomicznym zajmując się aktywnością, która pierwotnie była pobudzona zewnątrz. Dzięki efektywnej internalizacji jednostka staje się bardziej autonomiczna, nabywa wartości i uczy się zachowań, które pozwalają efektywnie działać i wchodzić w satysfakcjonujące relacje z innymi. Wewnętrzna motywacja jest prototypem autonomicznej regulacji. Internalizacja i integracja reprezentują sposoby, w jakie działania, które nie są interesujące dla podmiotu, mogą stać się bardziej autonomiczne. Na początku autonomia uwidacznia się w wewnętrznie motywowanych zachowaniach,

w miarę rozwoju działalność autonomiczna jest rozszerzana o integrację zewnętrznych procesów regulacyjnych.

Ostatni z wymienionych procesów to regulacja i integracja emocjonalna. Pierwsza oznacza zdolność modulowania lub radzenia sobie z własnymi emocjami i impulsami, druga zaś to najdojrzalsza i najbardziej autonomiczna forma emocjonalnej regulacji, zawierająca zróżnicowaną świadomość własnych stanów emocjonalnych i zdolność użycia tej wrażliwości i świadomości do wyboru adekwatnych zachowań.

Drugą z opisywanych tu teorii jest koncepcja Sato [2]. Zawiera podobne tezy do teorii ustalania „Ja”. W kilku punktach wydaje się jednak różna.

Autonomia według Sato jest jednym z dwóch systemów „Ja”, drugi – to relacyjność (relatedness). Autor definiuje autonomię jako poczucie kompetencji, kontroli, osiągnięć czy sprawstwa. Autonomiczna część „Ja” opiera się na kontroli nad środowiskiem i otoczeniem jednostki i funkcjonowaniem jej ciała. Ta stosunkowo „aspołeczna” część „Ja” traktuje innych ludzi przede wszystkim jako przeszkody lub narzędzia w osiągnięciu własnych celów. Dobre samopoczucie i poczucie własnej wartości uzależnione jest od poczucia kompetencji, osiągnięć i sprawstwa. Autor powołuje się na koncepcje, w których występują podobne aspekty „Ja” – poczucie sprawstwa (agency) Bakana, powstawanie „Ja” (self-determination) Angyal czy „niezależna konstrukcja „Ja” (self-construal) Markusa i Kitayamy [2].

Relacyjność opisywana jest jako ta część „Ja”, która jest w stanie funkcjonować wyłącznie w grupie i bez niej nie istnieje. Dla tej części celem samym w sobie jest bycie w związku z jedną lub wieloma osobami.

Do prawidłowego funkcjonowania jednostka potrzebuje zaspokojenia zarówno autonomii, jak i relacyjności. Biorą w tym udział oba opisane wyżej systemy „Ja”. Mają one różne cele i tak organizują doświadczenia, a w konsekwencji inicjują zachowania, by zaspokoić obie potrzeby. Rezultatem powinna być ich integracja, a co za tym idzie – dobre samopoczucie jednostki.

Na podstawie badań można powiedzieć, że autonomia wiąże się z różnorodnymi miarami silnie odnoszącymi się do dobrego samopoczucia człowieka, takimi jak: obniżony poziom depresji i lęku, podwyższony poziom własnej wartości czy mniejszy stopień narzekania na zdrowie.

Sato [2] podkreśla, iż dla zdrowia psychicznego jednostki i jej dobrego samopoczucia niezbędne jest zaspokojenie zarówno potrzeby autonomii, jak i relacyjności.

Oba systemy muszą być organizowane i reorganizowane przez „Ja”, w zależności od zmieniających się warunków zewnętrznych, w taki sposób, by zarówno potrzeba autonomii, jak i relacyjności była zaspokojona. Jednostka musi być elastyczna i w zależności od konkretnej sytuacji powinna uruchomić taki schemat poznawczy, który pozwoli na zrozumienie okoliczności i adekwatną reakcję.

Mówi się też o tym, że obie potrzeby są ze sobą do tego stopnia powiązane, iż zaspokojenie jednej z nich pomaga w zaspokajaniu drugiej, i odwrotnie – niezaspokojenie jednej blokuje zaspokajanie drugiej. Blatt i Shichmann [8] twierdzą, że dojrzałe poczucie „Ja”, które wywodzi się ze stabilnego poczucia autonomii, jest jednak uwarunkowane satysfakcjonującymi relacjami interpersonalnymi. Uważają też, że dojrzałe związki mogą zaistnieć dopiero wtedy, gdy jednostka rozwinię swoje „Ja”

na podstawie stabilnego poczucia autonomii.

Sato podkreśla, że zbyt ni nacisk położony na jeden z systemów organizacji „Ja” wzmaga niewydolność drugiego. Jednostka zaspokaja tylko jedną z potrzeb, co w konsekwencji zaburza jej satysfakcjonujące działanie.

Pomysł socjotropii-autonomii Becka jest podobny do poprzednio omawianej koncepcji Sato. Autonomia jest tu rozumiana jako jeden z wymiarów osobowości, drugi to socjotropia. Każdy z wymiarów jest odmiennie powiązany z indywidualną podatnością na depresję. Autonomia oznacza zaangażowanie energii jednostki w „utrzymanie i zwiększenie niezależności, ruchliwości i praw osobistych; wolność wyboru, działanie i ekspresję” [7, str. 272]. Określa ona jednostkowe zainteresowanie indywidualnością, niezależnością, dążeniem do osobistych celów, ale i brak zainteresowania innymi. Jednostka autonomiczna czerpie swoje dobre samopoczucie z osobistych osiągnięć i kontroli, którą sprawuje nad własnym działaniem i otoczeniem.

Socjotropia to stan, w którym człowiek jest „zależny społecznie”, postrzega siebie prawie wyłącznie jako osobę w relacjach z innymi ludźmi i dzięki temu osiąga i utrzymuje odpowiedni poziom poczucia własnej wartości. Osoby socjotropiczne dużą wagę przykładają do ocen innych ludzi, a ich motywacja opiera się w dużej mierze na zaspokajaniu potrzeb innych.

Trzy opisane powyżej podejścia mają punkty styczności, ale też różnią się między sobą w wielu aspektach. W teorii Ryan, Deci, Grolnick autonomia opisywana jest jako stan pożądany, efekt pozytywnego rozwoju „Ja”, w dwóch pozostałych teoriach nasilona autonomia może prowadzić do zaburzeń psychicznych. Co prawda, według Sato, będzie to zależne od środowiska, w którym funkcjonuje dana jednostka, i dotyczy jedynie kultur, w których nadrzędną wartość stanowi grupa. Beck natomiast uważa, że wysoki poziom autonomii prowadzi do dużej podatności na depresję. Badania Robinsa i Blocka [9] nie wykazały, aby wysoka autonomia była czynnikiem zwiększającym podatność na depresję. Autorzy rezultat ten tłumaczą jednak błędami w konstrukcji narzędzia do jej pomiaru.

### **Czynniki wpływające na rozwój autonomii**

We wszystkich opisywanych teoriach zakłada się, że dla rozwoju autonomii ważne jest środowisko społeczne – początkowo opiekunowie (rodzice), później rówieśnicy oraz inne ważne osoby i grupy odniesienia. Według Ryan, Deci, Grolnick [1], środowisko ma za zadanie umożliwić rozwój autonomii przez próbę poznania i nazwania dziecięcej perspektywy, opiekę mającą zachęcać do samoinicjacji, zapewniać wybór, pozwalać na niezależne rozwiązywanie problemów i w minimalnym stopniu kontrolować. Ważne jest też organizowanie środowiska w sposób zapewniający spójne pole do działania – wyjaśnianie i uzasadnianie wymaganych aktywności. Autonomię wspiera też reagowanie na spontaniczną aktywność dziecka, oferowanie mu optymalnych wyzwań, zamiast stawiania wymagań, którym dziecko nie może sprostać z powodów rozwojowych, stawianie ograniczeń, które mogą zostać zinternalizowane. Rodzice powinni być spójni i zaangażowani, tzn. przeznaczać dziecku czas, uwagę i własne zasoby, gdy podejmuje ono wyzwania, bada otoczenie i wyraża siebie.

Według opisywanej teorii wyróżnia się cztery style regulacyjne, odnoszące się do

zachowań zewnętrznie motywowanych. Wymienione one zostaną w kolejności od najmniej autonomicznych do wyrażających największą autonomię. Styl zewnętrzny odnosi się do zachowań, które są inicjowane, strukturalizowane i nagradzane przez innych ludzi. Przykładem może być dziewczynka, która chodzi na zajęcia chóru, by uniknąć gniewu rodziców. O stylu introjektowanym mówimy, gdy zachowanie jest zinternalizowane, ale nie przyjęte jako własne. Ilustracją tego stylu może być sytuacja, w której chłopiec sprząta pokój, bo wie, że tak powinni robić grzeczni chłopcy. Styl zidentyfikowany rozpoznaje się wtedy, gdy zachowanie zaczyna być postrzegane jako własne. Jest to faza przejściowa między stylem introjektowanym i zintegrowanym. Przykładowo, dziewczyna uczy się matematyki, bo wierzy, że pomoże jej to w obranym przez nią celu dostania się na architekturę. Styl zintegrowany wyraża największą autonomię. Mamy z nim do czynienia, gdy wartości i towarzyszące mu procesy regulacyjne zostały zasymilowane ze wszystkimi innymi aspektami „Ja”. Obrazować może to mężczyzna, lubiący ciężko pracować i grać w piłkę nożną, który godzi te dwa rodzaje aktywności i organizuje sobie odpowiednio czas.

Badania Ryan i Connell [za: 1] wykazały, że dzieci używające stylów zewnętrznego i introjektowanego nie potrafiły radzić sobie ze stresem, w przeciwieństwie do dzieci stosujących dwa pozostałe style. Stosowanie stylu introjektowanego wiązało się z wysokim poziomem lęku. Autonomicznym stylem regulacyjnym towarzyszyła większa empatia, bardziej dojrzałe wnioski moralne i bardziej pozytywne ustosunkowania wobec innych. Rezultaty te można odnieść wprost do zdrowego przystosowania społecznego.

Sato podkreśla, że różne kultury mogą odmiennie rozumieć patologię wynikającą z niezaspokajania potrzeb autonomii i relacyjności [2]. Proponuje cztery modele „Ja” związane ze sposobami zaspokajania potrzeb autonomii oraz relacyjności, a co za tym idzie poczucia własnej wartości jednostek w różnych kulturach.

Pierwszy z nich składa się ze zdrowego poczucia relacyjności („Ja” w relacji z innymi wspiera poczucie wartości jednostki) i zdrowego poczucia autonomii (istnieją aspekty „Ja” wspierające poczucie wartości jednostki). Model ten jest idealną formą „Ja” pod względem zdrowia psychicznego niezależnie od kultury, w której funkcjonuje jednostka.

Drugi jest formą idealizowaną przez indywidualistyczne kultury zachodnie. Jednostka o takim modelu „Ja” ma silne poczucie autonomii (istnieją aspekty „Ja” wspierające poczucie wartości jednostki) i słabe poczucie relacyjności (brak jest wsparcia dla poczucia wartości jednostki w relacjach z innymi). Model ten w społeczeństwach kolektywistycznych – np. Japonii – uważany jest za dysfunkcyjny i osoby reprezentujące ten model poddawane są terapii.

Trzeci jest normalnym modelem „Ja” członka społeczeństwa kolektywistycznego. Jednostka ma silne poczucie relacyjności (poprzez relacje z ważnymi osobami rozwija poczucie własnej wartości), a słabe autonomii. W społeczeństwach zachodnich osoba o takim modelu może być postrzegana jako zależna (np. poznawczo) od innych, niedojrzała czy też mająca niskie poczucie własnej wartości, i przez to nadająca się do psychoterapii.

Ostatni z proponowanych modeli jest hipotetycznym modelem jednostki cierpiącej na depresję. Zarówno potrzeby autonomii, jak i relacyjności nie są u niej zaspokojone.

Czynniki pozwalające na zdrowy rozwój jednostki wg Sato nie są związane bezpośrednio z rozwojem autonomii [2]. Jej spojrzenie warunkowane jest kulturą, w której funkcjonuje. Sato podkreśla, że zdrowa jednostka to taka, która reprezentuje pierwszy z opisywanych wyżej modeli – ma zaspokojone zarówno potrzeby autonomii, jak i relacyjności. Na rozwój takiej jednostki może pozytywnie wpływać środowisko, w którym zarówno autonomia, jak i relacyjność mają dużą wartość. Równomierny rozwój obu tych systemów możliwy jest w społeczeństwach, w których nie kładzie się nacisku na jedną z tych potrzeb. Kiedy wyłącznie jedna z potrzeb jest zaspokajana, w strukturze „Ja” rozwija się tylko jeden z systemów, drugi pozostaje w cieniu. W zależności od społeczeństwa (w tym wypadku zachodniego lub kolektywistycznego) jednostka rozwija jeden z modeli, który będzie przez inne społeczeństwa traktowany jako patologiczny (w indywidualistycznym społeczeństwie zachodnim trzeci z opisywanych wyżej modeli, a w kolektywistycznym drugi).

W kulturze zachodniej negatywny wpływ na rozwój zdrowego modelu – takiego, w którym zarówno poczucie autonomii, jak i relacyjności jest na odpowiednio wysokim poziomie – mają wszelkie próby kompensacji braku relacyjności za pomocą wyjątkowo wysokich wymagań wobec własnej autonomii i indywidualności. Prowadzi to do wyższych wskaźników depresji [Seligman za: 2]. Niezaspokajanie potrzeby relacyjności, objawiające się izolacją społeczną, jest uważane za jeden z czynników wstrzymujących proces zdrowienia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Większy odsetek zaburzeń schizofrenicznych w społeczeństwach indywidualistycznych niż kolektywistycznych może być przypisywany społecznej izolacji pacjentów od ich rodzin, ale i innych znaczących grup. W społeczeństwach kolektywistycznych członkowie rodziny i innych grup są dużo ściślej ze sobą związani niż na Zachodzie.

Sato twierdzi, że odpowiedzialna za rozwój zarówno zdrowych, jak i dysfunkcyjnych jednostek jest specyficzna interakcja norm kulturowych i modelu „Ja” [2], nie pisze jednak nic o tym, jak rozwijają się te modele. To, że społeczeństwa indywidualistyczne nie tolerują osób, które mają silnie rozwinięte poczucie relacyjności, ale brak jest im poczucia autonomii, może powodować u takich jednostek większą skłonność do depresji niż u autonomicznych. Społeczeństwa kolektywistyczne nie mogą funkcjonować bez poczucia relacyjności, dlatego nie są tolerancyjne wobec osób, które mają wysokie poczucie autonomii, a słabo rozwinięte poczucie relacyjności, traktując je jak zaburzone.

### **Zaburzenia autonomii – mechanizmy i geneza**

Zgodnie z poglądami Ryan, Deci, Grolnick [1] ważne dla rozwoju zdrowej psychicznie jednostki jest środowisko, w którym się ona rozwija. Może ono hamować bądź wspierać jej rozwój w różnych aspektach. Zwraca się uwagę na zaburzenia w trzech, opisanych powyżej, procesach: wewnętrznej motywacji, internalizacji i regulacji emocjonalnej. Autorzy analizują trzy typy zaburzeń autonomii.

Pierwszy z nich polega na tym, że narzędzia kontroli, którymi posługuje się jednostka, zostały introjektowane, a nie zintegrowane. Działają one jak zewnętrzne naciski, które wpływają na zachowanie i myślenie jednostki – na przykład w zaburzeniu

obsesyjno-kompulsywnym. Osoby o sztywnym charakterze często, pomimo konfliktów i napięć, potrafią intencjonalnie zachowywać się w sposób, który jest w stanie zaspokoić te niezintegrowane naciski. W przypadku depresji i zaburzeń odżywiania się (anoreksja, bulimia) nieosiągalne i nieracjonalne introjektowane standardy mają duży wpływ na doświadczenia jednostki, które właściwie sprowadzają się do przeżycia porażki i bezwartościowości. Etiologia depresji może być zróżnicowana. Internalizacja surowych wymagań wiąże się z surową samokrytyką i poczuciem winy. Jednostki takie oceniają surowiej siebie niż innych, co często prowadzi do epizodów depresyjnych. Fenomenologicznie rozwój depresji będzie się wiązał z przeżywaniem siebie jako jednostki odpowiedzialnej, ale niezdolnej do osiągnięcia ważnych, życiowych celów, co będzie skutkowało poczuciem braku motywacji i bezradnością. Z drugiej strony wymagania dotyczące odnoszenia sukcesów, osiągnięć mają charakter powinnościowy, co w tej teorii wiąże się z zewnętrznym poczuciem przyczynowości, a to z brakiem autonomii. Sprawdzono, że zgodnie z przewidywaniami teoretycznymi takie czynniki, jak utrata rodzica (a więc brak więzi), depresja rodziców (niewielkie zaangażowanie z ich strony i małe wspieranie autonomii) i kontrola ze strony rodziców mają wpływ na rozwój depresji u dzieci i dorosłych [Miller, Birnbaum, Durbin za: 1].

Opisując zaburzenia odżywiania się, takie jak anoreksja czy bulimia, mówi się o problemach z kontrolą, które przyjmują formę obsesji związanej z odżywianiem się i wyglądem własnego ciała. U pacjentek ze zdiagnozowaną anoreksją bądź bulimią można zauważyć dużą uwagę skierowaną na to, jak ludzie je postrzegają, i ogólną wysoką samoświadomość społeczną. Pacjentki z diagnozą anoreksji są, w dużej mierze, w stanie kontrolować swoje zachowania dotyczące odżywiania się, natomiast osoby z rozpoznaniem bulimii tracą tę kontrolę szczególnie w obliczu sytuacji stresogennych. Ich introjektowane systemy regulacyjne nie są wystarczająco stabilne, by poradzić sobie z konkretnymi impulsami. Impulsy te są często reakcją na nasilenie się nie akceptowanych uczuć czy też bycie kontrolowaną lub krytykowaną. Badania wskazują na dużą rolę rodziców w rozwoju tego rodzaju patologii u dzieci, szczególnie płci żeńskiej. Bruch [za: 1] wspomina o rodzicach, którzy deprywują autonomię swoich córek i ich prawo do „życia własnym życiem”. Minuchin, Rosman i Baker [za: 1] ukazują rolę, jaką odgrywają płynne granice i intruzywna kontrola w rodzinach pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. Strober i Humphrey [za: 1] piszą, że zarówno osoby z rozpoznaniem anoreksji, jak i bulimii, w porównaniu z osobami niezaburzonymi, odbierały swoich rodziców jako obwiniających, odrzucających i krytycznych.

Drugi rodzaj zaburzenia autonomii polega przede wszystkim na błędach, które następują podczas internalizowania ważnych wartości i procesów regulacyjnych. Widoczny jest tu raczej brak adekwatnych struktur regulacyjnych, dzięki którym jednostka mogłaby efektywnie istnieć w społeczeństwie. Impulsywność i osobowość antyspołeczna są przykładami takich zaburzeń. W przypadku problemów z kontrolą zachowania, nazywanych impulsywnością, jednostka działa natychmiast w odpowiedzi na pojawiające się impulsy, nie jest zdolna tolerować frustracji związanej z odroczeniem gratyfikacji, a odpowiedzialność za swoje czyny najczęściej lokuje na zewnątrz. Można powiedzieć, że również poczucie przyczynowości jest w tym wypadku zewnętrzne.

W przypadku antyspołecznych zaburzeń osobowości normy społeczne i zasady

moralne nie zostały w ogóle zintegrowane. Według opisywanej teorii zapobiec rozwojowi osobowości antyspołecznej może rodzina, która jest opiekuńcza, daje wsparcie w rozwoju autonomii jednostki. Rodziny takie zaspokajają większość potrzeb dziecka. Nie musi ono samo koncentrować się na sobie, a co za tym idzie może więcej uwagi poświęcać innym. Według teoretyków tego podejścia, jednostki, którym brakuje podstawowego wsparcia ich autonomii i zaangażowania, często zwracają się ku zewnętrznym, narcystycznie zorientowanym wartościom, aby osiągnąć choćby minimalny poziom poczucia wartości, ważności i siły. Takim osobom brakuje wewnętrznego, bezpiecznego poczucia „Ja prawdziwego” i ich motywacja opiera się na „Ja fałszywym”, które składa się głównie z zewnętrznych, nie zinternalizowanych wartości<sup>1</sup>.

Trzeci rodzaj zaburzonej autonomii odnosi się do symptomatyki zaburzeń typu borderline. Autorzy piszą tu o takich trudnościach w integracji, które są skupione na kontrolującym i niestałym środowisku. Rdzeniem zaburzeń z pogranicza jest brak spójnego, stałego poczucia „Ja”, połączony z chwiejnością emocjonalną, problemami interpersonalnymi i problemami z samooceną. Chorzy z osobowością typu borderline mają trudności z odróżnieniem wewnętrznych potrzeb od zewnętrznej rzeczywistości. Oczekują ciągłego nazywania tych potrzeb przez kogoś z zewnątrz, by zachować poczucie „Ja”, które w ogromnej mierze zależy od tego, jak ich widzą inni i w jakim stopniu są w stanie ich wesprzeć. Brakuje im również wewnętrznych struktur, które byłyby w stanie zapanować nad lękiem, co może doprowadzić do ataków paniki, szczególnie jeżeli nie ma nikogo, kto mógłby w takim momencie dodać im otuchy. Pacjenci z zaburzeniami z pogranicza przeżywają brak poczucia autonomii, czują się podporządkowani swojemu zachowaniu i bezradni, kiedy się ono pojawia. Wskazuje to na zewnętrzne poczucie przyczynowości. Dane z badań wskazują na czynniki genetyczne zwiększające ryzyko powstania zaburzeń borderline. Dużą rolę w rozwoju dobrze zorganizowanego i spójnego „Ja” odgrywa jednak również środowisko, w którym rozwija się dziecko, szczególnie we wczesnym dzieciństwie. Opiekunowie jednostek z zaburzeniami z pogranicza opisywani byli jako nieosiągalni, niekonsekwentni i zaniebujący [Gunderson za: 1]. W innym badaniu wykazano, że w rodzinach pacjentów z zaburzeniami z pogranicza oczekuje się, by wciąż byli oni pogodni; nie akceptuje się innych stanów emocjonalnych, szczególnie zaś lęku czy strachu. Nie mogąc doświadczyć uspokojenia czy pocieszenia ze strony rodziców, dzieci tak wychowywane nie mają szans na zinternalizowanie takich zdolności, jak uspokajanie siebie czy dodawanie sobie otuchy. W konsekwencji mają trudności w regulowaniu emocji i tolerowaniu stresu czy smutku. Problemy pacjentów borderline pokazują, jak brak empatii, konsekwentnego zaangażowania i wsparcia dla autonomii obniża tendencje do wewnętrznej motywacji oraz ogranicza funkcje regulacyjne „Ja” we wszystkich aspektach „Ja” autonomicznego.

---

<sup>1</sup> Za Winnicottem [10] – „Ja prawdziwe” jest produktem i ekspresją doświadczenia żywotności, witalności, zdolności cieszenia się egzystencją. Działając czy odczuwając z poziomu „Ja prawdziwego” człowiek ma poczucie rzeczywistości i kontaktu z własnymi potrzebami podstawowymi. „Ja fałszywe” powstaje, gdy jednostka próbuje zdobyć aprobatę w niesprzyjającym kontekście społecznym. Składa się ono z reguł, które nie zostały uznane za własne, czy nierozpoznawanych pragnień. Części te dotyczą szeroko rozumianej motywacji.



Sato wskazuje, że mechanizmy patologiczne są uwarunkowane kulturowo [2]. Jedyny, wspólny dla kultur indywidualistycznej i kolektywistycznej, obraz dysfunkcjonalnej jednostki to taki, w którym nie zostaje rozwinięty ani system autonomiczny, ani relacyjny. W kulturze kolektywistycznej terapia będzie nastawiona przede wszystkim na rozwój, wsparcie i odbudowanie systemu relacyjnego – terapia Naikan i terapia Morita, których celem jest to, by pacjent uświadomił sobie, że podstawą życia jest stanie się konstruktywnym członkiem społeczeństwa. W kulturze indywidualistycznej, podczas terapii w ujęciu poznawczym, nacisk będzie położony na przywrócenie i rozbudowanie systemu autonomicznego – dąży się do stanu, w którym pacjent doświadczy autonomii dotyczącej własnych procesów myślowych i odbuduje poczucie własnej wartości. Naturalnym następstwem będzie nawiązanie satysfakcjonujących relacji, a więc odbudowa systemu relacyjnego.

Według Becka, zarówno osoby bardzo autonomiczne, jak i bardzo socjotropiczne, mogą być narażone na depresję [7]. Różne są jednak przyczyny wystąpienia depresji. Osoby socjotropiczne chorują na depresję po przeżyciu jakiejś trudnej sytuacji bądź serii sytuacji związanych z ich funkcjonowaniem interpersonalnym – np. odrzucenie przez bliską osobę. Jednostki autonomiczne w sposób depresyjny reagują na stresujące zdarzenia związane z ich osiągnięciami i utratą kontroli nad otoczeniem. Takie osoby mają wobec siebie często bardzo wysokie wymagania, które podnoszą ryzyko błędu i porażki, a to prowadzi do utraty poczucia autonomii. Różne będą też symptomy depresji u osób socjotropicznych i autonomicznych. Pierwsza grupa będzie raczej lękowa, będzie zwracać uwagę na utratę relacji, a druga będzie podirytowana, straci zainteresowanie aktywnością i ludźmi [11]. Osoby bardzo autonomiczne, gdy stają się depresyjne, czują się przede wszystkim pokonane. Klinicznie objawia się to wycofaniem ze środowiska, nieszukiem pomocy, pesymistycznym postrzeganiem leczenia, samoobwinianiem, poczuciem nieudolności, całkowitą utratą zainteresowania przyjemnościami, unikaniem ludzi, utrzymującym się nastrojem depresyjnym [12]. Nie wszystkie jednak badania potwierdzają związek autonomii z wyżej wymienionymi symptomami [por. 13].

Przedstawione w artykule koncepcje osadzone są w nurcie poznawczym, jednak każda z nich w nieco inny sposób ujmuje autonomię i jej związki z szeroko pojętą patologią. Ryan, Deci, Grolnick w teorii określania „Ja” uznają autonomię za stan pożądany [1]. Patologia wiąże się tu z jej niedoborem, powstałym na skutek błędów w procesie integracji zewnętrznych procesów regulacyjnych. W dwóch pozostałych teoriach nadmiar autonomii może prowadzić do zaburzeń psychicznych.

Sato porusza szczególnie ciekawy wątek kulturowego podłoża patologii [2]. Według niego autonomia w dużym nasileniu może prowadzić do zaburzeń psychicznych jedynie w kulturach, w których nadrzędną wartość stanowi grupa. Zachodnie społeczeństwa, kładące nacisk na indywidualizm jednostki, postrzegają autonomię, nawet nasiloną, jako prawidłową.

Beck uważa, że nadmiar autonomii nie jest stanem pożądanym [7]. Osoby zbyt autonomiczne w dużo większym stopniu podatne są na depresję. Będą one jednak chorować w inny sposób niż osoby nazbyt socjotropiczne.



## Les relations de l'autonomie et des troubles mentaux

### Résumé

Cet article vise à présenter trois conceptions peu connues de l'autonomie et leur importance pour la pathologie.

Selon Ryan et Deci l'autonomie se manifeste au début par le comportement motivé de l'intérieur. Au cours du développement individuel l'autonomie s'élargit par l'intégration de processus régulateurs extérieurs. La personne autonome est capable de contrôler ses émotions et ses impulsions, elle est consciente de ses états émotionnels et grâce à cela elle sait se comporter d'une manière adéquate. La pathologie se lie avec les difficultés d'intégration des processus régulateurs extérieurs.

Sato parle de deux parties de «Moi» – autonome et relative. La première base sur le contrôle du milieu et de l'entourage de l'individu et sur le fonctionnement du corps. Pour la deuxième «être lié» avec une ou plus personnes devient le but en soi. L'individu qui fonctionne comme il faut satisfait ses besoins d'autonomie et de relations. Les deux parties de «Moi» y prennent part et il en résulte leur intégration. Sato pense que la forte pression exercée sur l'une de ces deux parties de «Moi» augmente le mauvais fonctionnement de la deuxième partie. L'individu satisfait seulement un de ses besoins et par conséquent cela trouble son fonctionnement. Les mécanismes pathologiques sont conditionnés par la culture.

Beck décrit deux dimensions de la personnalité – autonomie et sociotropie. L'autonomie définit l'intérêt individuel de l'individualité, d'indépendance, de réalisation de fins individuels. L'individu autonome puise son sentiment de bien-être à ses réalisations personnelles et à son contrôle de l'entourage et de son corps. L'auteur croit que l'autonomie trop forte ainsi que la sociotropie trop forte peuvent causer les troubles psychiques.

### Piśmiennictwo

1. Ryan RM, Deci EL, Grolnick WS. *Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology*. W: Cicchetti D, Cohen DJ, red. *Developmental psychopathology*, vol. 1. New York: Wiley; 1995, s. 618–655.
2. Sato T. *Autonomy and relatedness in psychopathology and treatment: A cross-cultural formulation*. Gen. Soc. Gen. Psychol. Monogr. 2001; 127, 1: 89–127.
3. Nichols MP. *Family therapy. Concepts and methods*. New York: Gardner Press; 1990.
4. Satir V. *Rodzina. Tu powstaje człowiek* – Gdańsk: GWP; 2000.
5. Satir V. *Terapia rodziny. Teoria i praktyka* – Gdańsk: GWP; 2000.
6. Fajkowska-Stanik M. *Transseksualizm i rodzina. Przekaz pokoleniowy wzorów relacyjnych w rodzinach transseksualnych kobiet*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej; 2001.
7. Beck AT. *Cognitive therapy of depression: New perspectives*. W: Clayton PJ, Barrett JE, red. *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press; 1983.
8. Blatt SJ, Shichmann S. *Two primary configurations of psychopathology*. Psychoanal. Contemp. Thought 1983; 6: 187–254.
9. Robins CJ, Block P. *Personal vulnerability, life events, and depressive symptoms: A Test of a Specific Interactional Model*. J. Pers. Soc. Psychol. 1988; 54, 5: 847–852.
10. Winnicott DW. *Ego distortion in terms of true and false self*. W: Richards V, red. *The person who is me. Contemporary perspective on the true and false self*. London: Karnac Books; 1996.
11. Jolly JB, Dyck MJ, Kramer TA, Wherry JN. *The relations between sociotropy and autonomy, positive and negative affect and two proposed depression subtypes*. Brit. J. Clin. Psychol. 1996; 35: 91–101.
12. Robins CJ, Luten AG. *Sociotropy and autonomy: Differential patterns of clinical presentation*

*in unipolar depression*. J. Abn. Psychol. 1991; 100, 1: 74–77.

13. Robins CJ, Block P, Peselow ED. *Relations of sociotropic and autonomous personality characteristics to specific symptoms in depressed patients*. J. Abn. Psychol. 1989; 98, 1: 86–88.

Otrzymano: 28.08.2002

Zrecenzowano: 3.01.2003

Przyjęto do druku: 10.04.2003

Adres: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej  
03-815 Warszawa, ul. Chodakowska 19/31