

Grażyna Dolińska-Zygmunt, Radosław Grzybek

CZY REFLEKSYJNOŚĆ CHRONI NAS PRZED DEPRESJĄ?

1. Wstęp

Depresja jest prawdopodobnie najbardziej poznanym zaburzeniem psychicznym. W ostatnich dwóch dekadach została opisana w przeszło 46 000 artykułach [Myers 2000] (za: [Seligman 2004]). Ogromne zainteresowanie badaczy idzie w parze z powszechnością jej występowania. Swego czasu nazwana „katarem psychopatologii” przybrała w ostatnich latach rozmiary epidemii. W Stanach Zjednoczonych w ostatnich kilkudziesięciu latach prawdopodobieństwo zachorowania wzrosło niemalże dziesięciokrotnie. Paradoksalnie naród o wysokim poziomie zamożności oraz jakości życia z dekady na dekadę ma coraz większy odsetek osób borykających się z depresją. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że coraz częściej młode osoby skarżą się na jej symptomy [Seligman 2004; Hammen 2004]. Młodzi Amerykanie, którzy według wskaźników statystycznych mają najlepsze rokowania na przyszłość, ułatwiony start w dorosłość, coraz częściej nie potrafią cieszyć się życiem. Jeżeli dodamy do tego, że większość osób cierpiących na depresję nie leczy się, a pomocy specjalisty poszukuje tylko co trzeci chory, to sytuacja przedstawia się szczególnie niekorzystnie [Preston 2002].

Popularność tematyki zaburzeń depresyjnych wiąże się nierozzerwalnie z powagą choroby. Ostatnie dane informują, że w 60% samobójstw ważną rolę odgrywały symptomy depresyjne [Lonqvist 2000]. Interesujące dane przedstawił także Isacson (2000) (za: [Goldney 2003]), który twierdził, że traktowanie przeciwdepresyjne jest związane z redukcją samobójstw w ogólnej populacji. Potwierdzają to wyniki badań autorstwa Beautrais i in. [Beautrais i in. 1996] dowodzące, że eliminacja zaburzeń nastroju redukuje do 80% samobójstw.

Wielu badaczy zaznacza, że depresyjny epizod prawie nigdy nie występuje jednorazowo [Keller i in. 1983] (za: [Coyne i in. 1998]). W tym kontekście niezwykle istotne są działania profilaktyczne. Z każdym kolejnym bowiem epizodem wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnych nawrotów, poprzez zwiększoną dostępność depresywnego wzoru myślenia. Wówczas symptomy choroby mogą uaktywnić się nawet bez prowokacji ze strony otoczenia, tzn. stresorów [Ma,

Teasdale 2004]. Dwa lata po ustaniu symptomów ponad 50% pacjentów depresyjnych przeżywa nawrót choroby [Beervers i in. 2003]. Pacjenci po jednym silnym epizodzie w 50% narażeni są na następny, a pacjenci po trzech silnych epizodach – w 90% [Thase 1999].

Powszechność oraz powaga choroby sprawiają, że wciąż poszukuje się mechanizmów prowadzących do depresji, a nade wszystko mechanizmów psychologicznych chroniących przed depresją. W niniejszym artykule przedstawione są autorские badania, których celem była próba odpowiedzi na pytanie: w jakim stopniu refleksyjność wiąże się z zaburzeniami depresyjnymi?

2. Istota depresji

Zaburzenia nastroju, smutek, brak aktywności życiowej były znane lekarzom od najdawniejszych czasów. Już obserwacje Hipokratesa wskazywały na to, że miał on do czynienia z ludźmi, którzy borykali się z podobnymi schorzeniami. Wyodrębnił on w swojej typologii m.in. temperament melancholiczny, samą zaś melancholię odniósł do chorobowych zaburzeń nastroju (zob. [Bilikiewicz 1998]). Termin *melancholia* został z czasem wyparty przez pojęcie *depresja*.

Mobius w roku 1893 wprowadził dychotomiczny podział depresji na endogenną (organiczną) oraz reaktywną, będącą odpowiedzią osoby na różnego rodzaju sytuacje, które przekraczają jej możliwości radzenia sobie. Ta najprostsza nozologiczna klasyfikacja do dziś cieszy się dużą popularnością. Depresje reaktywne stanowią zdecydowaną większość wszystkich przypadków.

W depresji występują cztery grupy symptomów:

- emocjonalne,
- poznawcze,
- motywacyjne,
- somatyczne.

Najłatwiej dostrzegalnym symptomem emocjonalnym jest smutek. Uczucie smutku przepełnia życie osób depresyjnych w takim stopniu, że w skrajnych przypadkach trudno nawiązać z nimi kontakt (co istotnie wpływa na trudności w terapii). Osoby depresyjne stają się coraz bardziej samotne, gdyż oddalają się od swoich bliskich, przyjaciół, co z kolei jeszcze bardziej pogarsza ich samopoczucie. W ten sposób zamyka się koło, które w konsekwencji często prowadzi osoby z depresją do myśli, a nierzadko również do prób samobójczych.

Specyficzne nastawienie poznawcze przyczynia się do wykształcenia niskiej samooceny. Osoby depresyjne zazwyczaj twierdzą, że są niekompetentne, niczego nie potrafią. Wszystkie porażki, jakie im się zdarzają, są skłonne przypisać sobie, a wszelkie sukcesy przypisują okolicznościom zewnętrznym, innym ludziom itp. Taki sposób myślenia powoduje, że zanim jeszcze podejmą jakiegokolwiek czynności, są z góry przekonane o tym, że ich starania będą skazane na niepowodzenie.

Symptomy motywacyjne objawiają się trudnościami w podejmowaniu ostatecznej decyzji, ponieważ każda wydaje się kwestią życia i śmierci. Problemy z mobilizacją sprawiają, że osoby z depresją często nie mają na tyle motywacji, aby wstać rano z łóżka. Ta grupa symptomów również negatywnie wpływa na postęp w psychoterapii. W ostrej postaci schorzenia może dochodzić do spowolnienia psychoruchowego, co objawia się zwolnieniem tempa ruchów, pojawiają się wówczas problemy z poruszaniem się oraz z mówieniem.

Najbardziej zauważalna jest grupa symptomów somatycznych, gdyż tutaj zmienia się cały obraz fizyczny osoby. Utrata apetytu, a co za tym idzie – spadek wagi, brak zainteresowania seksem, problemy ze snem, częste skargi na różnego rodzaju pojawiające się bóle. Osoba depresyjna ma „zamrożone” ciało, nie kontaktuje się ze swoimi uczuciami, nie odpowiada na wydarzenia zachodzące w otoczeniu, ma trudności z formowaniem impulsów [Flota-Parnowska 1992]. Wszystkie radości życia zaczynają gasnąć, trudno jej odnaleźć cokolwiek, co mogłoby sprawić przyjemność.

W przebiegu choroby nie muszą występować wszystkie cztery grupy symptomów, aczkolwiek im więcej ich jest, tym bardziej prawdopodobne, że dana osoba cierpi właśnie na depresję.

3. Refleksyjność a zaburzenia depresyjne

Do podjęcia badań nad związkiem refleksyjności z zaburzeniami depresyjnymi skłoniły nas doniesienia empiryczne wskazujące, że osoby depresyjne, w przeciwieństwie do niedepresyjnych, bardziej realistycznie postrzegają rzeczywistość. Z kolei osoby zdrowe ulegają m.in. takim specyficznym złudzeniom, jak: nierealistyczny optymizm, złudzenie kontroli nad otoczeniem oraz nieuzasadnione przekonanie o własnej doskonałości. Złudzenia te są adaptacyjne, a wręcz konieczne do prawidłowego funkcjonowania i dobrego samopoczucia [Alloy, Abramson, 1979; Taylor, Brown 1988; 1994; Dolińska-Zygmunt 1994]. Przytoczona przez Taylora i Browna ([Taylor, Brown 1988], por. krytyka tego stanowiska w: [Lewicka 1989; Block, Colvin 1994]) teza o większej racjonalności osób depresyjnych pozwala sądzić, że obniżony nastrój sprzyja bardziej trafnej, analitycznej i detalicznej (inaczej refleksyjnej) rekonstrukcji obrazu świata. Podobne wyniki badań uzyskał Sincler [Lewicka 1993], który wykazał, że oceny osób będących w nastroju smutnym są bardziej uzależnione od obiektywnej wartościowości otrzymywanych informacji, niż oceny osób będących w nastroju pozytywnym. Również badania Langer i Wortmana [Wojciszke 2001] wskazują na realistyczną ocenę (a więc prawdopodobnie poprzedzoną większą dozą refleksyjności) braku własnego wpływu na sytuację obiektywnie niekontrolowaną u osób depresyjnych i równocześnie nierealistyczną u osób niedepresyjnych, które wyrażały przekonania o własnych możliwościach wpływu na tę sytuację.

Wnioski płynące z przytoczonych badań są zaprzeczeniem wielu teorii psychologicznych, w których zakładano, że realistyczny kontakt z rzeczywistością jest podstawowym warunkiem zdrowia psychicznego [Jahoda 1958; Jourard, Landsman 1980]. Jednakże w obliczu współczesnej wiedzy stało się jasne, że poznanie ludzkie jest ułomne i że realistyczne odzwierciedlenie rzeczywistości jest wręcz niemożliwe. Umysł człowieka nie jest bowiem biernym odbiorcą informacji, lecz odbiorcą aktywnym, wysoce selektywnym i tendencyjnym. Poznawanie świata opiera się na przetwarzaniu informacji kierowanym przez hipotezy (oczekiwania), które ukierunkowują uwagę, wpływają na interpretację docierających bodźców, determinują rodzaj wniosków. Takiej aktywnej pracy umysłu nieuchronnie towarzyszą zniekształcenia poznawcze, co sprawia, że myślenie często dalekie jest od racjonalności [Lewicka 1993; 2001; Tyszka 1999]. Na przykład badania nad atrybucją przyczynowości ujawniły, że ludzie mają skłonność do przypisywania sukcesów sobie, a niepowodzeń okolicznościom zewnętrznym. Tendencyjność ta służy prawdopodobnie podtrzymaniu pozytywnego obrazu samego siebie. Co więcej, ma charakter nieświadomy. Liczne eksperymenty dowodzą, że ludzie mają ograniczoną wiedzę o rzeczywistych przyczynach swoich zachowań i zachodzących w ich umyśle procesach, wyznaczających oceny, sądy, decyzje [Wojciszke 1980]. Świadomość popełnianych błędów poznawczych ma zatem charakter ograniczony. Można przypuszczać, że jest ona tym mniejsza, im niższym poziomem refleksyjności charakteryzuje się dana osoba. Z kolei wysoki poziom refleksyjności nie tylko związany jest z większą samoświadomością przesłanek, w oparciu na których formułowane są sądy interpretacyjne, ale także prawdopodobnie z wyższym poziomem realistycznego poznania rzeczywistości. To przypuszczenie pozwala na wysunięcie hipotezy, że zaburzenia depresyjne wiążą się z wyższym poziomem refleksyjności. To znaczy, że osoby o obniżonym nastroju poświęcają więcej czasu na zadumę, teoretyzowanie, analizowanie. Może to zmniejszać ryzyko ulegania złudzeniom, ale przyczyniać się z kolei do utrzymywania symptomów depresyjnych.

Pojęcie refleksyjności nie jest w psychologii dokładnie sprecyzowane, aczkolwiek jest często używane [Doliński 2003]. W ujęciu Langer [Langer 1989, s. 139] (za: [Maruszewski 1993]) refleksyjność i bezrefleksyjność rozumiane są jako podstawowe stany organizmu jako całości (sposoby istnienia). Refleksyjność charakteryzuje się aktywnym przetwarzaniem informacji, świadomym uznawaniem pewnych danych za istotne, a pewnych za nieistotne. To manifestowany stan gotowości i żywej świadomości [Langer 1989] (za: [Maruszewski 1993]). Bezrefleksyjność natomiast to stan zredukowanej uwagi, przetwarzanie informacji w sposób mniej świadomy, kierowanie się zastanymi kategoriami i rozróżnieniami [Langer 1989] (za: [Maruszewski 1993]).

Sternberg (2000) (za: [Doliński 2003]) uważa, że bezrefleksyjność zbliża się znaczeniem do stylu poznawczego ze względu na swój aspekt wartościujący. Refleksyjność uważana jest za lepszą od bezrefleksyjności [Langer 1989; Doliński

2003]. Langer [Langer 1989] stoi na stanowisku, że jeżeli okoliczności ciągle się zmieniają i może istnieć lepsza reakcja od tej jedynej, na której bezrefleksyjnie polegamy, to prawie zawsze bycie refleksyjnym jest bardziej korzystne.

Refleksyjność zawsze postrzegana była za cnotę, wiązała się z mądrością oraz możliwością przewidywania określonych wydarzeń. Powszechnie gloryfikowana i podziwiana, może po części przyczyniać się do utrzymania symptomów depresyjnych, a przynajmniej współwystępować z nimi. Jest to stanowisko opozycyjne względem psychologii poznawczej, w której uważa się, że to właśnie osoby depresyjne wykazują się poważnymi brakami w dziedzinie refleksyjności i racjonalności, ponieważ ulegają liczным złudzeniom i błędom poznawczym.

Refleksyjność jest tworzeniem kategorii, bezrefleksyjność to usidlenie przez kategorie. Można byłoby więc przypuszczać, że błędy logiczne występujące u osób depresyjnych, opisywane przez nurt poznawczy (zob. [Beck 1967]), są spowodowane bezrefleksyjnością, czyli np. generalizowaniem pewnych pojedynczych przykrych sytuacji. Teza wywodząca się z badań [Taylor, Brown 1988; 1994; Alloy, Abramson 1979] wskazuje zaś, że to osoby zdrowe charakteryzują się raczej bezrefleksyjnością, gdyż ulegają złudzeniom podczas przetwarzania informacji. Kwestia więc pozostaje nierozstrzygnięta.

W prezentowanych poniżej badaniach dokonano analizy porównawczej poziomu refleksyjności osób depresyjnych i osób nieujawniających takich zaburzeń.

4. Metoda badań

Osoby badane

W badaniach uczestniczyło 64 osób, w wieku od 20 do 80 lat, w tym 32 osoby ze zdiagnozowaną depresją oraz 32 osoby zdrowe. Grupę osób z depresją stanowiły pacjentki szpitala psychiatrycznego oraz centrum psychoprofilaktyki i psychoedukacji. Osoby zdrowe zostały dobrane do badań za pomocą próby kwotowej, tzn. tak, aby odpowiadały wiekiem i płcią grupie osób depresyjnych [Brzeziński 1996].

Narzędzie pomiaru

W celu pomiaru nasilenia poziomu refleksyjności zastosowano kwestionariusz skali temperamentów L.L. Thurstone'a. Skala ta odnosi się do siedmiu cech (czynników). Składa się ze 140 pytań, po 20 na każdy czynnik [Choynowski 1980]. Na potrzeby niniejszej pracy wyodrębniono jeden czynnik – refleksyjność. Wysokie wyniki w tym czynniku świadczą o tym, że osoba badana lubi rozmyślać i woli mieć bardziej do czynienia z zagadnieniami teoretycznymi niż praktycznymi. Charakterystyczne dla osób z wysokimi wynikami tego czynnika jest również szczególne zwracanie uwagi na samych siebie [Choynowski 1980].

Wyniki

Średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe oraz empiryczną wartość testu *t*-studenta dla wyników podskali „refleksyjność” ze skali temperamentów L.L. Thur-

stone'a osób depresyjnych oraz niedepresyjnych bez uwzględnienia przedziałów wiekowych przedstawia tab. 1.

Średnia arytmetyczna dla wyników osób depresyjnych wynosi 11,75, a odchylenie standardowe – 2,75. Z kolei dla wyników osób zdrowych średnia arytmetyczna wynosi 10,37, a odchylenie standardowe – 2,8.

Przewidywano, że osoby depresyjne będą miały wyższą średnią arytmetyczną w teście badającym refleksyjność niż osoby zdrowe. Testowano hipotezę zerową, że osoby depresyjne i zdrowe uzyskają identyczne średnie arytmetyczne wobec hipotezy alternatywnej, że wyniki osób depresyjnych będą istotnie wyższe. Obserwowany poziom istotności $p = 0,02$ sugeruje odrzucenie hipotezy zerowej na korzyść hipotezy alternatywnej.

Tabela 1. Analiza istotności średnich oraz empiryczna wartości testu t -studenta dla badanych osób depresyjnych i zdrowych

Zmienna	Osoby depresyjne		Osoby zdrowe		Wartość t -studenta
	średnia	SD	średnia	SD	
Refleksyjność	11,75	2,75	10,37	2,8*	-1,95

p = obserwowany poziom istotności w teście t -studenta dla pomiarów niezależnych – analiza jednostronna,

* $p = 0,02$.

Źródło: opracowanie własne.

Średnią arytmetyczną oraz odchylenie standardowe dla wyników podskali „refleksyjność” ze skali temperamentów L.L. Thurstone'a osób depresyjnych oraz niedepresyjnych z uwzględnieniem przedziałów wiekowych przedstawia tab. 2.

Tabela 2. Wyniki poziomu refleksyjności w poszczególnych przedziałach wiekowych

Przedział wiekowy w latach	Osoby zdrowe			Osoby depresyjne		
	n	średnia arytmetyczna	odchylenie standardowe	n	średnia arytmetyczna	odchylenie standardowe
20-34	9	9,77*	1,98	9	11,88	3,10
35-49	12	11,41	2,93	12	12,58	2,46
50-64	7	9,57	3,69	6	10,33	3,44
65-80	4	10,00	2,16	5	11,20	1,64

* $p < 0,05$.

Źródło: opracowanie własne.

Najwyższe nasilenie refleksyjności wśród osób depresyjnych odnotowano w przedziale wiekowym 35-49 lat (średnia arytmetyczna wynosi 12,58). Wśród

osób zdrowych najwyższą średnią arytmetyczną, tj. 11,41, uzyskano również w przedziale wiekowym 35-49 lat.

Z kolei najniższą średnią arytmetyczną poziomu refleksyjności wśród osób depresyjnych, tj. 10,33, zanotowano w przedziale wiekowym 50-64 lata. Wśród osób zdrowych również ten przedział wiekowy odznaczył się najniższą średnią arytmetyczną, tj. 9,57.

Analiza statystyczna wskazuje na wyższe nasilenie refleksyjności wśród osób depresyjnych we wszystkich przedziałach wiekowych i potwierdza założenia badawcze. Jednakże istotność statystyczną osiągnęły jedynie wyniki osób z przedziału wiekowego 20-34 lata.

Niewątpliwą wadą przedstawionych wyników badań jest stosunkowo niewielka liczba osób badanych. Ponadto w badaniach uczestniczyły wyłącznie kobiety. W związku z tym należy ostrożnie podchodzić do prób uogólnienia uzyskanych danych. Należy jednak zaznaczyć, że próba osób depresyjnych była kliniczna, co zwiększa zaufanie do zaprezentowanych wyników.

5. Konkluzje

Analiza wyników badań wykazała, że osoby depresyjne charakteryzują się wyższym poziomem refleksyjności. Wyższy poziom refleksyjności prawdopodobnie „zabezpiecza” osoby depresyjne przed uleganiem takim złudzeniom, jak: nierealistyczny optymizm, złudne poczucie kontroli, zawyżone przekonanie o swojej wartości, jednakże nie chroni ich przed innymi negatywnymi złudzeniami i błędami interpretacyjnymi, zwłaszcza odnoszącymi się do własnej osoby. Refleksyjność nie zabezpiecza więc nas przed złudzeniami i błędami w postrzeganiu otaczającego świata oraz nas samych, a wręcz może przyczyniać się do utrzymywania symptomów depresyjnych.

Autorzy artykułu pragną zwrócić szczególną uwagę na kwestię zniekształceń poznawczych w zaburzeniach depresyjnych, co istotnie wiąże się z refleksyjnością. Najbardziej uznane i powszechnie stosowane metody terapeutyczne, wywodzące się z modelu poznawczego, skupiają się na eliminacji poznawczych zniekształceń i błędów. Uzyskane wyniki badań zachęcają zaś do wypracowania nowatorskich metod terapeutycznych, zmierzających do zmniejszenia refleksyjności wśród osób depresyjnych, a zarazem próby wyuczenia ulegania pozytywnym złudzeniom, takim jak: nierealistyczny optymizm, złudne poczucie kontroli czy zawyżone przekonanie o swojej wartości.

Taylor i Brown [Taylor, Brown 1988] są zdania, że pozytywne złudzenia nie tylko skłaniają do podejmowania konstruktywnych działań, ale też – w przypadku niepowodzenia, negatywnych doświadczeń – sprzyjają psychologicznemu „odradzaniu się”. Nie oznacza to jednak, że wszelkie nieracjonalności w myśleniu na własny temat są świadectwem zdrowia psychicznego. Złudzenia pozytywne nie są deformacjami poznawczymi zupełnie oderwanymi od rzeczywistości (jak np.

urojenia wielkościowe, prześladowcze), są jedynie czymś, co „podkolorowuje” sądy na własny temat, czyni je tylko nieco bardziej optymistycznymi i pozytywnymi niżby należało (por. [Kofta 2001]). Warto zaznaczyć, że skłonność do złudzeń pozytywnych nasila się m.in. wtedy, kiedy przechodzimy od „myśli” do „czynu”, a więc gdy angażujemy się w aktywność ukierunkowaną na osiągnięcie celu [Gollwitzer 1996]. Tendencja ta wydaje się ważna w kontekście zaburzeń depresyjnych, dla których charakterystyczny jest brak celów, poczucie bezsensu, załamanie woli działania. Stany te blokują możliwość pozytywnych deformacji poznawczych odnoszących się do własnej osoby, nasilają krytycyzm i zwątpienie co do możliwości zmiany własnego położenia życiowego. Z kolei stymulowanie osób depresyjnych do podejmowania działań ukierunkowanych na cele chociażby krótkoterminowe może równocześnie stymulować pojawienie się pozytywnych złudzeń podnoszących poczucie własnej wartości i zaradności życiowej.

Literatura

- Alloy L.B., Abramson L.Y., *Judgment of Contingency in Depressed and Nondepressed Students: Sadder but Wiser?*, „Journal of Experimental Psychology: General” 1979, nr 108, s. 441-485.
- Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T., Ferguson D.M., Deavol D.J., Nightingale S.K., *Prevalence and Comorbidity of Mental Disorders in Persons Making Serious Suicide Attempts: A Case – Control Study*. „American Journal of Psychiatry” 1996, nr 153, s. 1009-1014.
- Beck A.T., *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Harper & Row, New York 1967.
- Beevers C.G., Keitner G.I., Ryan C.E., Miller I.W., *Cognitive Predictors of Symptom Return Following Depression Treatment*, „Journal of Abnormal Psychology” 2003, August 1, vol. 112.
- Bilikiewicz A., *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
- Chojnowski M., *Testy psychologiczne w poradnictwie wychowawczo-zawodowym*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1980.
- Colvin C.R., Block J., *Do Positive Illusions Foster Mental Health? An Examination of the Taylor and Brown Formulation*, „Psychological Bulletin” 1994, nr 116, s. 3-20.
- Coyne J.C., Gallo S.M., Klinkman M.S., Calarco M.M., *Effects of Recent and Past Major Depression and Distress on Self-Concept and Coping*, „Journal of Abnormal Psychology” 1998, February 1, vol. 107.
- Dolińska-Zygmunt G., *Problematyka realizmu życiowego w rozważaniach psychologicznych*, „Prace Psychologiczne” 1994, nr 39, s. 115-123.
- Doliński D., *Huśtawka emocji i bezrefleksyjność umysłu*, [w:] Z. Piskorz, T. Zalaśkiewicz (red.), *Psychologia umysłu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Flota-Parnowska I., *Dynamika stanów depresyjnych w ujęciu A. Lowena*, [w:] J. Santorski (red.), *Depresja, esencja i ciało*, Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & CO, Warszawa 1992.
- Goldney R.D., *Depression and Suicidal Behavior: The Real Estate Analogy*, „The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention” 2003, January 1, vol. 24.
- Gollwitzer P.M., *The Volitional Benefits of Planning*, [w:] P.M. Gollwitzer, J.A. Bargh (red.), *The Psychology of Action. Linking Cognition and Motivation to Behavior*, Guilford, New York 1996, s. 287-312.

- Hammen C., *Depresja*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- Jahoda M., *Current Concepts of Positive Mental Health*, Basic Books, New York 1958.
- Jourard S.M., Landsman T., *Healthy Personality: An Approach from the Viewpoint of Humanistic Psychology* (4th ed.), Macmillan, New York 1980.
- Kofta M., *Wprowadzenie. Czy złudzenia pomagają, czy też przeszkadzają nam radzić sobie z wyzwaniami?*, [w:] M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2001.
- Langer E., *Problemy uświadamiania. Konsekwencje refleksyjności i bezrefleksyjności*, [w:] T. Maruszewski (red.), *Poznanie, afekt, zachowanie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1989.
- Lewicka M., *Toward a Pragmatic Perspective on Cognition. Does Evaluative Meaning Influence Rationality of Lay Inferences?*, „Polish Psychological Bulletin” 1989, nr 20, s. 267-285.
- Lewicka M., *Aktor czy obserwator. Psychologiczne mechanizmy odchylenia od racjonalności w myśleniu potocznym*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne Pracownia Wyawnicza, Warszawa – Olsztyn 1993.
- Lewicka M., *Czy jesteśmy racjonalni?*, [w:] M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2001.
- Longqvist J.K., *Psychiatric Aspects of Suicidal Behavior*, [w:] K. Hawton, K. van Heeringen (red.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Wiley, Chichester 2000.
- Ma S.H., Teasdale J.D., *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 2004, February 1, vol. 72.
- Preston J., *Pokonać depresję*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Seligman M.E.P., *Psychologia pozytywna*, [w:] J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Taylor S.E., Brown J., *Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1988, nr 46, s. 621-635.
- Taylor S.E., Brown J.D., *Positive Illusions and Well-Being Revisited: Separating Fact from Fiction*, „Psychological Bulletin” 1994, nr 116, s. 21-27.
- Thase M.E., *The Long-Term Nature of Depression*, „Journal of Clinical Psychiatry” 1990, nr 60, s. 3-35.
- Tysza K., *Psychologiczne pułapki oceniania i podejmowania decyzji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
- Wojciszke B., *Dane i pseudodane w procesie spostrzegania ludzi*, [w:] M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2001.
- Wojciszke B., *Ewolucja wyjaśniania poznawczego we współczesnej psychologii społecznej*, „Przegląd Psychologiczny” 1980, nr 23, s. 281-308.

DO REFLECTIVENESS PROTECT US AGAINST DEPRESSION?

Summary

The article contains the author's research concerning differences in the level of reflectiveness between healthy persons and the ones with diagnosed depression.

The choice of variables was determined by an attempt at verifying empirical reports indicating that depressive persons in comparison with non-depressive ones perceive reality more realistically, i.e. are resistant to certain specific positive illusions, probably connected with higher reflectiveness. The results confirm the hypothesis regarding a higher degree of reflectiveness in depressive persons. However, higher reflectiveness and the resistance to positive illusions connected with it do not influence the mood and mental well-being favourably. What is more, it does not protect depressive

persons against negative illusions and cognitive mistakes described at length by cognitive psychology.

The results obtained lay a new outlook on psychotherapy of depression. Concentrating on a directed activity (even a short-term one) and reducing reflectiveness may result in the appearance of positive illusions indispensable for correct and effective functioning and eventually in the reduction of depressive symptoms.

Grażyna Dolińska-Zygmunt – prof. nadzwyczajny mianowany w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Zdrowia Uniwersytetu Wrocławskiego.

Radosław Grzybek – mgr, doktorant w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego.