

The socio-cognitive theory of personality and its clinical applications

Wioletta Karina Ozga

Faculty of Human Sciences, Institute of Psychology, The John Paul II Catholic University of Lublin, Poland.

Email: w.k.ozga@gmail.com

Abstract

Personality is a cognitive-affective processing system, which, according to the socio-cognitive theory, creates four dimensions. They are reflected in the skills, beliefs, standards and goals of the individual, which are consistent and consistent patterns of behaviour.

Self-efficacy judgments and self-patterns determine the choice of goals and persistence in achieving them. On the other hand, the emotions preceding and accompanying the achievement of goals affect coping with stress and problems.

The review of the clinical and therapeutic applications of this theory included stress inoculation training, REBT rational emotive therapy, Beck's cognitive depression therapy, schema therapy and modelling methods. The great advantage of this theory is the possibility of verifying its theoretical assumptions and confirming their huge amount of research.

Besides, it has a practical application as many types of cognitive-behavioural therapies have been developed on its basis.

Keywords

Personality, Socio-cognitive Theory, Clinical Applications.

Article History

Received on 17th August 2021

Accepted on 30th August 2021

Published on 4th September 2021

Cite this article

Ozga, W. K. (2021). The socio-cognitive theory of personality and its clinical applications. *Humanities & Social Sciences Reviews*, 9(5), 01-07.
<https://doi.org/10.18510/hssr.2021.951>

Copyright @ Author

Publishing License

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)



Teoria społeczno-poznawcza osobowości i jej zastosowania kliniczne

Wioletta Karina Ozga

Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II, Polska.

E-mail: w.k.ozga@gmail.com

Streszczenie

Słowa kluczowe

osobowość, teoria społeczno-poznawcza, zastosowania kliniczne.

Historia artykułu

Otrzymano 17 sierpnia 2021

Przyjęta 30 sierpnia 2021

Opublikowane 4 września 2021

Cite this article

Ozga, W. K. (2021). The socio-cognitive theory of personality and its clinical applications. *Humanities & Social Sciences Reviews*, 9(5), 01-07.
<https://doi.org/10.18510/hssr.2021.951>

Copyright @ Author

Publishing License

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)



Osobowość to poznawczo-afektywny system przetwarzania informacji, który zgodnie z teorią społeczno-poznawczą tworzą cztery wymiary. Mają one swe odzwierciedlenie w umiejętnościach, przekonaniach, standardach i celach jednostki, będących trwałymi i spójnymi wzorcami zachowania. Sądy na temat własnej skuteczności i schematy Ja warunkują wybór celów i wytrwałość w ich realizacji.

Natomiast emocje poprzedzające i towarzyszące realizacji celów wpływają na radzenie sobie ze stresem i problemami.

Przeprowadzony przegląd zastosowań klinicznych i terapeutycznych tej teorii objął trening odporności na stres, terapię racjonalno-emotywną REBT, poznawczą terapię depresji Becka, terapię schematów oraz modelowanie zastępcze i modelowanie uczestniczące.

Dużym atutem tej teorii jest możliwość weryfikacji jej założeń teoretycznych i potwierdzenie ich ogromną liczbą badań. Poza tym, ma ona zastosowanie praktyczne, gdyż na jej podstawie rozwinięto wiele rodzajów terapii poznawczo-behawioralnych.

Wprowadzenie

Teoria społeczno-poznawcza ujmuje wzajemne oddziaływanie środowiska i osobowości. Zgodnie z tym podejściem osobowość to poznawczo-afektywny system przetwarzania informacji. Struktura osobowości składa się z czterech podsystemów: kompetencji i umiejętności, oczekiwań i przekonań dotyczących Ja, celów osobistych i standardów zachowania. Jak w praktyce wyglądają zastosowania teorii społeczno-poznawczej, ukazują liczne badania dotyczące wpływu przekonań, celów, standardów ewaluacyjnych na zachowania i emocje ludzi. W perspektywie społeczno-poznawczej analizuje się zjawisko uczenia się przez obserwację, samokontrolę i samoregulację opartą na przekonaniu na temat własnej skuteczności (Bandura, 2001).

Celem pracy jest przybliżenie założeń teorii społeczno-poznawczej osobowości. Kluczowe wydaje się być wyjaśnienie i omówienie czterech głównych wymiarów osobowościowych, gdyż są one stałe w dłuższej perspektywie czasowej i dlatego przyczyniają się do trwałych i spójnych wzorców zachowania. Kolejnym celem pracy jest przedstawienie zastosowań klinicznych i terapeutycznych w tym podejściu. Przegląd objął trening odporności na stres, terapię racjonalno-emotywną REBT, poznawczą terapię depresji Becka oraz modelowanie zastępcze i modelowanie uczestniczące (Bandura, 1969; Beck, 1987; Ellis i Dryden, 2007; Meichenbaum, 2007).

Kompetencje i umiejętności

Zdolność jednostki do rozwiązywania zadań i radzenia sobie z życiowymi problemami jest definiowana jako poznawcze kompetencje i umiejętności (Mischel i Shoda, 1998). Teoria społeczno-poznawcza uwzględnia zależność umiejętności od kontekstu. Różne konteksty wymagają różnych wyzwań i różnych kompetencji. Osoba kompetentna w jednym dziedzinie nie musi być kompetentna w innej. Bandura wykazał, że kompetencje nabywa się poprzez interakcje społeczne i obserwację, co ma szerokie implikacje kliniczne w radzeniu sobie z problemami i lękiem (Bandura, 1986).

Przekonania dotyczące Ja i schematy Ja

Każdy z nas ma pewne określone przekonania dotyczące siebie. Te myśli na temat siebie wpływają na doznawane emocje, a także kształtują naszą motywację. Według poznawczej teorii emocji Lazarus (1993), zdarzenia tylko wtedy wywołują u nas emocje, jeśli są ważne dla naszego poczucia siebie. Aby zrozumieć otaczający świat korzystamy z wielu różnych schematów poznawczych. Schematy są strukturami wiedzy, które kierują i organizują przetwarzanie informacji. Wiele spośród nich dotyczy nas samych i nimi właśnie zajęła się badaczka Hezel Markus (1977). Stwierdziła, że ludzie formułują generalizacje poznawcze dotyczące siebie, tak jak czynią to w odniesieniu do innych rzeczy. Innymi słowy tworzą schematy Ja. Powstają one w wyniku interakcji ze światem. W sytuacjach nowych to właśnie te elementy samowiedzy kierują przetwarzaniem dopływających informacji. Różni ludzie o odmiennych doświadczeniach interpersonalnych, społecznych i kulturowych tworzą różne schematy Ja. Wyjaśniają one niepowtarzalne sposoby myślenia różnych osób o otaczającym je świecie oraz odmienne zachowanie w tej samej sytuacji.

Markus przyjęła założenie, że mamy tendencje do tworzenia schematów dotyczących osobistych cech, które uznajemy za ważne w naszym życiu w sensie społecznym. W swych eksperymentach dotyczących atrybutu niezależności badała czas

reakcji potrzebny na udzielenie odpowiedzi. Badani mieli za zadanie dokonanie oceny, czy wymieniony przymiotnik oznaczający niezależność ich opisuje. Uczestnicy o schemacie związanym z niezależnością szybciej dokonywali oceny przymiotników oznaczających niezależność a osoby związane z zależnością szybciej identyfikowały przymiotniki oznaczające zależność. Wyniki badań zarówno Markus jak innych badaczy tego obszaru sugerują, że mamy skłonność do zwracania uwagi, pamiętania i oceniania jako prawdziwe takich informacji, które są zgodne z naszymi schematami dotyczącymi siebie. Schematy te zatem tworzą samopotwierdzające się tendencje.

Różne bodźce sytuacyjne sprawiają, że odmienne schematy Ja wkraczają w pamięć roboczą i w ten sposób stają się częścią roboczego obrazu siebie. Obraz siebie jest zatem systemem dynamicznym. Informacje na temat siebie obecne w świadomości, kierujące zachowaniem, ciągle się zmieniają pod wpływem interakcji z otoczeniem. Konkretna osoba posiada wiele schematów Ja dotyczących różnych aspektów Ja. [Cantor i Kihlstrom \(1987\)](#) rozwinęli koncepcje dotyczącą tego, że ludzie posiadają zbiór poglądów na temat siebie, które mogą być bardzo zróżnicowane. Nazwali je „Rodziną Ja”.

Motywy oparte na Ja

Schematy Ja są także związane z procesami motywacyjnymi. Badacze wyodrębnili dwa główne motywy związane z obrazem siebie: motyw wzmacniania obrazu siebie i motyw samopotwierdzania. Ludzie często tworzą i utrzymują pozytywny obraz siebie. [Dunning i in. \(2004\)](#) przeprowadzili badania wskazujące na to, że wzmacniamy swój obraz przez preferowanie pozytywnej informacji zwrotnej, przecenianie swoich pozytywnych atrybutów i selektywne porównywanie się z osobami, którym się gorzej wiedzie (porównywanie w dół). Inny aspekt motywacji związanej z obrazem siebie badał Swann. Według niego ludzie pragną doświadczać siebie jako stałych i przewidywalnych. W tym co mówią i jak się zachowują podtrzymują stałe, przewidywalne poczucie siebie ([Swann, 1991](#)). Ludzie szukają samopotwierdzenia zarówno dla posiadanych pozytywnych jak i negatywnych schematów. Osoba o negatywnym schemacie siebie będzie aktywnie szukała społecznej informacji zwrotnej, która potwierdza ten negatywny schemat Ja. Ma to zastosowanie szczególnie w sytuacji depresji. Badania przeprowadzone przez [Swanna i in. \(1987\)](#) udowodniły, że osoby o pozytywnym obrazie siebie angażują się w związki małżeńskie z osobami, które mają o nich wysokie mniemanie, a osoby oceniające się nisko wiązały się z osobami, które miały o nich niskie mniemanie. Czasami potrzeba wzmacniania swojego obrazu jest w konflikcie z potrzebą stałości. Dowody nie są jednoznaczne, sugerują jednak, że w wypadku pozytywnego obrazu siebie ludzie preferują pozytywną informację zwrotną a negatywnej informacji zwrotnej oczekują osoby o negatywnym schemacie Ja. W tym obszarze istnieją różnice indywidualne. W niektórych relacjach ludzie są bardziej ukierunkowani na wzmacnianie obrazu siebie a w innych na samopotwierdzanie. Wydarzenia życiowe niezgodne z obrazem siebie mogą doprowadzić do choroby somatycznej, nawet jeśli będą to wydarzenia pozytywne ([Brown, 1998](#)).

Cele związane z uczeniem się i wykonaniem

Cele są umysłowymi reprezentacjami tego co chcemy osiągnąć w wyniku działania. Mają centralne znaczenie dla ludzkiej motywacji. Osoby wykonujące to samo zadanie mogą mieć różne cele, przez to każdy z nich stosuje odmienne wzorce emocji, myśli i zachowania. W tym kontekście cele są przyczyną różnych stylów osobowości.

[Cantor i Kihlstrom \(1987\)](#) wyodrębniła dwa rodzaje celów bezpośrednio wpływających na style osobowości. Są to cele związane z uczeniem się i cele związane z wykonaniem. Pierwszy z nich polega na próbie poszerzenia swojej wiedzy i osobistego doskonalenia w zakresie wykonywanego zadania, drugi natomiast na próbie wywarcia dobrego wrażenia na osobach dokonujących oceny. [Elliot wraz z Dweck \(1988\)](#) przeprowadziła eksperyment dotyczący wpływu tych dwóch rodzajów celów na poziom wykonania zadania oraz myśli i uczucia towarzyszące uczestnikom w momencie jego wykonywania. Wyniki wskazały na to, że osoby u których wystąpiło połączenie celów związanych z wykonaniem i słabego przekonania o własnej zdolności, osiągnęły słabe wyniki oraz towarzyszyły im negatywne myśli i emocje.

Dzięki eksperymentom Dweck badającym wzorzec myślenia, będący przyczyną emocji i działań określanymi mianem lęku przed egzaminacyjnym wiemy, że można zaradzić temu problemowi próbując zmienić wzorce myślenia. Dweck zajęła się także badaniami dotyczącymi kwestii, dlaczego jedni ludzie wytyczają sobie cele związane z uczeniem się a inni z wykonaniem. Przyczyną tych różnych wyborów jest posiadanie przez ludzi różnych ukrytych teorii na temat cech człowieka. Są to subiektywne przekonania wpływające na nasze myślenie, a dotyczą tego, jak bardzo cechy charakteryzujące osobowość mogą się zmienić. Ludzie postrzegają jakąś swoją cechę jako stałą lub zmienną. Eksperymenty wykazały, że osoby uznające określoną cechę jako niezmienną wytyczają sobie cele związane z wykonaniem (osądzaniem), natomiast osoby przekonane o plastyczności tej cechy wytyczają cele związane z uczeniem się (rozwojem).

Standardy ewaluacyjne

Wiele ciekawych informacji na temat standardów ewaluacyjnych, którymi posługują się ludzie dostarczyły badania [Higgins \(1999\)](#). Wyłonił on dwa rodzaje standardów. Standardy idealne reprezentują coś, co ludzie chcieliby osiągnąć, gdyby to było tylko możliwe. Natomiast standardy powinnościowe reprezentują to co ludzie czują, że powinni osiągnąć. Wyniki jego badań wykazują, że różne osoby mogą oceniać ten sam rodzaj zachowania stosując odmienne standardy, a w związku z tym odczuwać różne rodzaje emocji. Według niego ludzie doświadczają negatywnych emocji kiedy wykrywają rozbieżność między Ja realnym a standardem osobistym. Rozbieżność Ja jest mechanizmem poznawczym związanym z procesem oceniania bezpośrednio wpływającym na doznawane emocje. Rozbieżność między Ja realnym a Ja idealnym wyzwala uczucie przygnębienia, natomiast rozbieżność między Ja realnym a Ja powinnościowym wyzwala uczucie poruszenia.

Podobnie osoby oceniające swe działania przez pryzmat standardów idealnych przyjmują postawę wspierającą swe działania a osoby skoncentrowane na standardach powinnościowych preferują podejście zapobiegające. Dane te, sugerują że rozbieżności Ja są podstawą różnic indywidualnych w zakresie doświadczenia emocjonalnego. Wysoki poziom rozbieżności Ja zaobserwowano u pacjentów cierpiących na fobie społeczną oraz depresję, jednak u każdej z tych grup rozbieżność była związana z innym standardem. Występowanie dużej rozbieżności Ja obniża skuteczne funkcjonowanie układu odpornościowego. Negatywny wpływ na zdrowie mają także standardy perfekcjonistyczne jak dowodzą badania Hewitta ludzie z takimi standardami podatni są na problemy psychiczne: depresje, lęk, zaburzenia odżywiania (Flett., 2005).

Higgins jest także autorem podejścia „ogólnych zasad” wyjaśniających stałość i zmienność zachowania oraz wpływy osobiste i sytuacyjne. Jego zdaniem kluczowe znaczenie ma wiedza jako trwały aspekt osobowości. Różne sytuacje aktywizują różne aspekty wiedzy w ten sposób prowadzą do odmiennych wzorców emocjonalnych i sytuacyjnych.

Zastosowania kliniczne teorii społeczno-poznawczej

Chociaż nie ma jednej terapii społeczno-poznawczej i stosowane jest wiele podejść, każde z nich ma wspólne założenia dotyczące kluczowego znaczenia procesów poznawczych takich jak: przekonania, oczekiwania, wspomnienia, atrybucje na powstawanie problematycznych zachowań i uczuć. Podejścia te są dopasowane do konkretnych problemów. W duchu teorii społeczno-poznawczej zaburzenia psychiczne powstają ze zniekształconych, nie trafnych procesów poznawczych dotyczących Ja, innych oraz świata.

Trening odporności na stres

Meichenbaum opracował trening odporności na stres oparty na poznawczym ujęciu stresu (Meichenbaum, 2007). Według niego osoby w stresie oddają się bezpłodnym rozmyśleniom, utrudniającym im radzenie sobie w tej sytuacji. Te negatywne myśli powodują zachowania, które samopotwierdzają przyjęte błędne myślenie. Zdarzenia są wtedy postrzegane w sposób spójny z negatywnym nastawieniem.

Trening obejmuje trzy bloki tematyczne: zapoznanie klientów z poznawczą naturą stresu, podanie instrukcji dotyczących technik radzenia sobie w stresie i technik zmiany błędnych procesów poznawczych, na końcu zastosowanie tych technik w rzeczywistych sytuacjach. W pierwszym bloku uczy się uczestników uświadomienia sobie negatywnych myśli automatycznych wywołujących stres oraz ich skutków. Druga część treningu obejmuje aktywną naukę technik relaksacyjnych oraz przeformułowania problemów w taki sposób, aby wydawały się łatwiejsze do pokonania. Ponadto klient poznaje sposoby generowania planów alternatywnych, oceny za i przeciw, stosowania stwierdzeń wspierających radzenia sobie. W ostatniej fazie klient uczy się stosowania technik wyobraźniowych oraz praktycznie ćwiczy pożądane zachowania przez odgrywanie ról i modelowanie z udziałem terapeuty. Trening odporności na stres jest techniką aktywną i krótkoterminową. Stosuje się go by przygotować pacjentów do operacji, u sportowców, ofiar gwałtu, w środowisku pracy.

Terapia racjonalno-emotywna

Ellis opracowując terapię REBT oparł się na dwóch założeniach (Ellis i Dryden, 2007). Pierwsza z nich mówi, że trwałe systemy przekonań są bezpośrednimi czynnikami, które determinują doświadczenia emocjonalne i zachowanie. Druga głosi, że przekonania, które powodują problemy psychiczne są wysoce irracjonalne. Techniki terapeutyczne Ellisa koncentrują się na uczeniu klientów rozróżniania ich niekonstruktywnych myśli obejmujących: błędne rozumowanie, dysfunkcjonalne oczekiwania, negatywne przekonania o sobie, nieprzystosowania atrybucje, uogólnianie, myślenie czarno-białe. Terapeuci zajmują się uczeniem klientów wykrywania i zastępowania błędów myślowych racjonalnymi przekonaniami. Techniki poznawcze stosowane w REBT to: dysputa wewnętrzna, dysputy logiczne, funkcjonalne, racjonalne stwierdzenia motywujące, wskazywanie wzorców, prozelityzm, bilans zysków i strat, przeformułowanie. Metody ematywne to obrazowanie i odgrywanie ról w celu wzmocnienia racjonalnych twierdzeń i zapobieżenia nawrotom, uczenie samoakceptacji oraz humor. Natomiast odwracanie na żywo przez konfrontację klienta ze źródłem lęku w świecie rzeczywistym lub w wyobraźni, trening umiejętności, paradoksalna praca domowa, praktyki umacniające i kary są technikami behawioralnymi stosowanymi w terapii REBT.

Poznawcza terapia depresji Beck'a

Beck (1987) problemy psychiczne spowodowane są automatycznymi myślami, dysfunkcjonalnymi przekonaniami, założeniami i negatywnymi samookreśleniami. Zaproponował on model depresji zawierający trzy negatywne poglądy dotyczące siebie, świata i przyszłości: „jestem niepotrzebny, bezwartościowy i do niczego się nie nadaję”, „świat za dużo ode mnie wymaga, a życie to ciągła porażka”, „życie zawsze będzie dla mnie znaczyło cierpienie i niedostatek, tak jak to jest teraz”. Osoba w depresji ma negatywne schematy i błędnie przetwarza informacje z otoczenia, mając tendencje do katastroficznego myślenia i negatywnego uogólniania.

Badania nad przyczynami depresji wykazują, że osoby cierpiące na tę chorobę są bardziej skoncentrowane na sobie i mają łatwiejszy dostęp do negatywnych konstruktywów odnoszących się do Ja. Błędne procesy poznawcze, które powodują, że dana osoba może łatwiej zachorować na depresję są utajone i ujawniają się dopiero w warunkach stresu. Zadaniem terapeuty jest spowodowanie zmiany w tych procesach poznawczych i uświadomienie warunków w jakich stają się one aktywne. Obejmuje to uczenie się monitorowania negatywnych, automatycznych myśli, rozpoznanie jak te myśli prowadzą do problematycznych uczuć i zachowań oraz zastąpienie tych tendencyjnych procesów poznawczych bardziej zbliżonymi do rzeczywistości. Stosuje się także zadania behawioralne prowadzące do sukcesu i przyjemności, aby pomóc pacjentowi

przetestować niektóre nieprzystosowawcze przekonania i założenia. Terapia poznawcza Becka stosowana jest także do leczenia zaburzeń osobowości, lęku, uzależnień, problemów małżeńskich. Badania ewaluatywne sugerują, że zmiana terapeutyczna następuje po zmianie poznawczej.

Terapia Schematów

Young opracował kompleksową listę osiemnastu wczesnych nieadaptacyjnych schematów (Young i in., 2003). Są to według niego wzorce emocjonalne i poznawcze powtarzalne przez całe życie a wywodzące się z wczesnego dzieciństwa. Pogrupował je w pięć obszarów: rozłączenie i odrzucenie, osłabiona autonomia i brak dokonań, uszkodzone granice, nakierowanie na innych, nadmierna czujność i zahamowanie. Wyodrębnił także dziewięć trybów czyli stanów emocjonalnych powiązanych ze schematami. Do zmiany nieadaptacyjnych schematów i radzenia sobie z nimi dochodzi poprzez kontrolę i wyłapywanie myśli i nieadaptacyjnych zachowań oraz wzmacnianie zdrowych trybów. Terapia składa się z kilku etapów. Faza pierwsza, obejmuje identyfikację schematów, dominujących trybów oraz psychoedukację. Kolejna skupiona jest na wprowadzaniu zmian na poziomie poznawczym. Faza trzecia, dotyczy funkcjonowania emocjonalnego i polega na trenowaniu technik wyobrażeniowych uruchamiających schemat. Ostatni etap zamiana na poziomie modyfikacji własnych reakcji prowadzi do zaspakajania swoich potrzeb w sposób adaptacyjny. Terapia schematów wykorzystuje techniki poznawcze, behawioralne ale też doświadczeniowe, skoncentrowane na emocjach oraz relacji terapeutycznej.

Modelowanie

Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą nieprzystosowawcze zachowanie jest wynikiem dysfunkcyjnego uczenia się przez bezpośrednie doświadczenia, obserwacji nieadekwatnych modeli i wzmacnianie zastępcze. Obserwacja reakcji emocjonalnej modelu na konkretne zdarzenie powoduje powstanie warunkowej reakcji emocjonalnej u obserwatora, która ulega generalizacji poza kontekst, w którym została wyuczona (Bandura, 1969). Dlatego właśnie uczenie się przez obserwację i warunkowanie zastępcze wyjaśnia wiele przejawów ludzkiego lęku i fobii. Ludzie kojarząc ból z określonymi sytuacjami tworzą dysfunkcyjne oczekiwania, które mają kluczowe znaczenie dla pojmowania siebie. Nie potrafiąc sobie poradzić z wymaganiami sytuacji tworzą dysfunkcyjne sposoby oceniania siebie. Spostrzegana wtedy własna nieskuteczność odgrywa główną rolę w powstawaniu lęku i depresji.

Zagrażające zdarzenie nie jest przyczyną lęku, lecz postrzegana własna nieskuteczność w radzeniu sobie z nim. Osoba odczuwająca lęk koncentruje się na swoim braku umiejętności poradzenia sobie, a nie na tym jakie działania podjąć w tej sytuacji. Szczególnym przypadkiem jest brak umiejętności radzenia sobie z samym lękiem, wtedy osoba odczuwa „strach przed strachem” co prowadzi do pojawiania się paniki w trudnych sytuacjach.

Depresja jest reakcją na poczucie niezdolności uzyskania pożądaných i satysfakcjonujących rezultatów. Osoby podatne na depresję narzucają sobie nadmiernie ambitne cele, a gdy ich nie osiągają, obwiniają siebie o brak kompetencji. Badania Bandury ukazują, że słabe poczucie własnej skuteczności prowadzi do depresji i problemów w zachowaniu, które z kolei przyczyniają się do pogłębienia spostrzeganej własnej nieskuteczności, w rezultacie powstaje błędne koło samoutrudniania. Badacz odkrył także, że rozbieżności między standardami i wykonaniem mogą prowadzić do zwiększenia wysiłku, apatii lub depresji, zależy to od przekonań osoby na temat celu (Bandura, 1992). Jeśli ludzie wierzą że są w stanie osiągnąć cel to zwiększa się ich motywacja. Natomiast przekonanie o nierealistyczności celu prowadzi do porzucenia zadania i apatii, czasami do frustracji i złości. Depresja pojawia się wówczas, gdy osoba ma poczucie nieskuteczności w odniesieniu do celu, który uważa za ważny i sensowny. Dane empiryczne wskazują, że gdy ludzie mają obniżony nastój stosują bardziej perfekcjonistyczne standardy i czują się usatysfakcjonowani wyłącznie wybitnymi osiągnięciami.

Wyniki badań Alberta Bandura (1997) dotyczące tego tematu, ukazują jak wielkie znaczenie mają silne, pozytywne przekonania na temat własnej skuteczności dla zdrowia. Wpływają one zarówno na prawdopodobieństwo zachorowania na różne choroby jak i tempo dochodzenia do zdrowia. Przekonanie dotyczące własnej skuteczności oddziałuje na zdrowie na dwa sposoby. Po pierwsze przez zachowania związane ze zdrowiem, takie jak palenie papierosów, picie alkoholu, używanie prezerwatyw. Po drugie przez bezpośredni ich wpływ na stan fizjologiczny organizmu. Spostrzegana własna skuteczność w zakresie kontroli czynników stresujących hamuje skutki stresu i poprawia funkcjonowanie systemu immunologicznego (podwyższa poziom limfocytów T). Miller i in. (1996) potwierdzili w swych badaniach wnioski Bandury w tej kwestii.

W teorii społeczno-poznawczej uważa się doświadczenia panowania nad sytuacją za główny czynnik zmiany osobowej. Z tego też powodu proces terapeutyczny powinien obejmować nabywanie poznawczych i behawioralnych kompetencji przez modelowanie i kierowane panowanie nad sytuacją. Pierwsza z tych technik – modelowanie zastępcze – polega na obserwowaniu modelu wykonującego zadania problematyczne dla obserwatora, po których doświadcza pozytywnych konsekwencji swego działania. Natomiast w kierowanym panowaniu nad sytuacją zwanym inaczej modelowaniem uczestniczącym osoba nie tylko obserwuje modela lecz także z pomocą terapeuty wykonuje zadania. Procedura polega na tym, że złożone wzorce zachowania, które klient chce opanować są dzielone na umiejętności składowe o wzrastającym poziomie trudności. Wyniki badań prowadzonych nad problemem fobii potwierdziły użyteczność kierowanego uczestniczenia oraz tezy, iż oddziaływanie terapeutyczne polepsza wykonanie, ponieważ zwiększają poczucie własnej skuteczności (Bandura i in., 1982). Pozytywne rezultaty terapii są trwałe i podlegają generalizacji na inne aspekty funkcjonowania osoby. Zdobycie przez klienta poczucia panowania nad sytuacją trudną i problematyczną przekłada się na poczucie własnej skuteczności w innych dziedzinach.

Podsumowanie

Pod tym względem jakości i ilości obserwacji na których się opiera, teoria poznawczo- społeczna nie ma sobie równych. Jest ona oparta na systematycznie zbieranych obiektywnych danych naukowych. Przedstawiciele ujęcia poznawczo- społecznego posługują się różnymi metodami badawczymi: kwestionariuszami samoopisu, relacjami rodziców i rówieśników dotyczącymi osobowości badanego, bezpośrednią obserwacją zachowania w naturalnych warunkach, pomiarami procesów poznawczych w laboratorium. Sprawdzając wpływ procesów poznawczych na funkcjonowanie osobowości stosują kontrolowane eksperymenty laboratoryjne. Natomiast analiza wyników klinicznych pozwala im badać zmiany w zachowaniu. Można podać tu wiele wyników badań nad rolą odwracania uwagi w odraczaniu gratyfikacji, wpływem przekonań na temat własnej skuteczności na zachowanie, modelowaniem uczestniczącym. Niewątpliwie jest to teoria sprawdzalna. Teoria społeczno- poznawcza powstała na podstawie najobszerniejszych i najlepiej usystematyzowanych zbiorów dowodów naukowych.

Teoria społeczno-poznawcza nie ukazuje kategorii opisujących całą osobę w wyczerpujący sposób. Zawarte w niej idee nie zawsze wiążą się ze sobą w sposób spójny i logiczny. Ocenie podlegają tylko cztery struktury osobowościowe, mianowicie kompetencje, przekonania i oczekiwania, cele osobiste i standardy zachowania. Inne założenia teoretyczne tej koncepcji są nieskatygoryzowane, odnoszą się w dużym stopniu do dynamiki osobowości, jak również relacji osoba wpływ sytuacji. Chociaż teoretycy społeczno-poznawczy swym zainteresowaniem objęli wiele wymiarów osobowości między innymi motywację, obraz siebie, samokontrolę i zmiany w zachowaniu, nabywanie umiejętności społecznych i kompetencji behawioralnych jednak pod pewnymi względami teoria pozbawiona jest szerokiego zakresu obowiązywania. Mianowicie, pomija wpływ biologicznych czynników dojrzewania, uczuć seksualnych w okresie dorastania na doświadczanie świata przez osobę.

Teoria poznawczo-społeczna ma wiele praktycznych zastosowań, zarówno w kontekście klinicznym, jak też w rozwiązywaniu problemów społecznych. Pod tym względem żadna inna teoria nie przewyższa jej osiągnięć. Do sukcesu połączenia teorii z praktyką przyczyniła się sytuacja podejmowania hipotez badawczych w warunkach klinicznych. Główni przedstawiciele kierunku to autorzy publikacji mających ogromne znaczenie dla profesjonalnego szkolenia psychologów. Twórcy terapii poznawczo-behawioralnych w dużej części oparli techniki terapeutyczne na teoretycznych koncepcjach Bandury i Mischela.

Jak większość teorii jednak i to podejście posiada mocne i słabe strony. Dużym atutem jest ogromna liczba badań, na których oparta jest teoria, jak również możliwość weryfikacji jej założeń teoretycznych. Ma ona duże zastosowanie praktyczne, a na jej podstawie rozwinięto wiele terapii poznawczo-behawioralnych. Największe jednak znaczenie dla jej rozwoju ma otwartość teoretyków tej teorii na zmiany. Systematycznie włączają najnowsze badania naukowe, modyfikując swoją teorię. Do słabych stron można zaliczyć pominięcie w teorii niektórych ważnych aspektów doświadczenia człowieka oraz brak spójnego całościowego ujęcia osobowości. Wciąż zbyt mało jest także badań dotyczących terapii społeczno-poznawczych. O jej wartości może stanowić fakt, że jest obecnie najchętniej stosowanym podejściem przez klinicystów.

Bibliografia

1. Bandura A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. Holt, Rinehart & Winston.
2. Bandura A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A social Cognitive Theory*. NJ Prentice Hall.
3. Bandura A. (1992). Self-Efficacy Mechanism in Psychobiologic Functioning In R. Schwarzer (eds.) *Self-Efficacy. Thoughts Control of Action* (335-394). Hemisphere.
4. Bandura A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. Freeman.
5. Bandura A., Reese L., Adams N.E. (1982). Microanalysis Action and Fear Arousal as a Function Differential Level of Perceived Self-Efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 5-21. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.1.5>
6. Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentive perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
7. Beck A. T. (1987). Cognitive Model of Depression. *Journal of Cognitive therapy*, 1, 2-27.
8. Brown J. D. (1998). *The Self*. McGraw-Hill.
9. Cantor N., Kihlstrom J. F. (1987). *Personality and Social Intelligence*. NJ Prentice Hall.
10. Dunning D., Heath C., Suls J. M. (2004). Flawed Self-Assessment: Implication for Health, Education, and Workplace. *Psychological Science in the Public Interests*, 5, 69-106. <https://doi.org/10.1111/j.1529-1006.2004.00018.x>
11. Dweck C. S. (1999). *Self-Theories Their Role in Motivation, Personality, and Development*. Psychology Press.
12. Elliott E.S. Dweck C. S. (1988). Goals: An Approach to Motivation and Achievement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 5-12. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.1.5>
13. Ellis A., Dryden W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer. <https://doi.org/10.1891/9780826122179>
14. Flett G.L, Besser A., Hewitt P.L. (2005). Perfectionism, Ego Defense Styles and Depression A Comparison of Self-Reports Versus Informant Ratings. *Journal of Personality*, 73, 1355-1396. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00352.x>



15. Higgins E.T. (1999). Persons and Situations *Unique Explanatory Principles or Variability in General Principles?* In D. Cervone & Y. Shoda (eds). *The Coherence of Personality Social-Cognitive Bases of Consistency, Variability and Organization* (61-93). Guilford Press.
16. Lazarus R. S. (1993). From Psychological stress to the Emotion. A History of changing outlooks. *Annual Review of psychology*, 44, 1-21. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
17. Markus H. R. (1977). Self-Schemata and Processing Information about the Self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.2.63>
18. Meichenbaum D. (2007). *Stress inoculation training: A preventative and treatment approach*. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp. 497-516). The Guilford Press.
19. Miller S. M. Shoda Y., Hurley K. (1996). Applying Social- Cognitive Theory to Health Protective Behavior. Breast Self-Examination in Cancer Screening. *Psychological Bulletin*, 119, 70-94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.1.70>
20. Mischel W., Shoda Y. (1998). Reconciling Processing dynamics and Personality dispositions. *Annual Review of Psychology*, 49, 229-258. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.229>
21. Swann W. B. (1991). *To Be adored or To Be Known? Interplay of Self-Enhancement and Self- Verification*. In E.T. Higgins & R.M. Sorrentino (Eds). *Handbook of Motivation and Cognition* (408-450). Guilford Press.
22. Swann W. B., Griffin J.J., Predmore S.C., Gaines B. (1987).The Cognitive-Affective Crossfire: When Self-Consistency Confronts Self Enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 881-889. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.881>
23. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.