

Agnieszka Samochowiec¹, Bartosz Wojciechowski¹, Jerzy Samochowiec²

¹Uniwersytet Szczeciński, MSKP, Szczecin

²Katedra i Klinika Psychiatrii Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin

Rola myślenia magicznego w obronie przed lękiem

The role of magical thinking in defense against anxiety

Abstract

Authors undertake the theme of protection against anxiety and magical thinking as a defense mechanism. The differences in functions of magical thinking in children, healthy adults and individuals suffering from mental disorders are discussed. The described mode of thinking is a natural consequence of ones development which changes specific attitude towards life in process of maturation of a man. If it keeps its primitive form, magical thinking becomes a symptom of pathology.

key words: anxiety, magical thinking, defense mechanisms

Wstęp

Lęk towarzyszy człowiekowi od chwili, gdy zaczął on stanowić o sobie samym jako podmiocie. Ta podmiotowość człowieka jest niezbędnym warunkiem do odczuwania lęku. Początków tego zjawiska można poszukiwać w metaforycznym uzyskaniu przez człowieka samoświadomości wraz z wolnością i ograniczeniami z niej wynikającymi.

W przypowieści biblijnej czytamy o tym, jak pierwsi rodzice, mimo zakazu, zrywają owoc z Drzewa Poznania Dobra i Zła. Wskutek tego samodzielnego aktu woli Adam i Ewa spostrzegają swoją nagość i przeżywają pierwsze emocje wyższe: wstyd z powodu nagości i lęk przed gniewem bożym. Te uczucia, charakterystyczne tylko dla ludzi, wymagają postrzegania siebie samego jako istoty odrębnej od otaczającego świata oraz ujmowania siebie w perspektywie czasowej. Antycypacja przyszłości może wywoływać postawę pragmatyczną, ale jej następstwem jest również poczucie zagrożenia przed nieznanym, co może się objawiać lękiem [1].

W świecie mitologicznym i w wierzeniach starożytnych to właśnie lęk uznaje się za przyczynę powstania

zastępu bóstw, które miały chronić ludzi przed niezrozumiałymi żywiołami, nieprzewidywalnymi zjawiskami natury i przed Nieznanym. W średniowieczu pojęcie lęku wiązano z cierpieniem i ochroną przed piekłem. Kolejne epoki również stworzyły własne sposoby widzenia lęku. Wtedy też zaczęto spostrzegać lęk w wymiarze indywidualnym i stał się on przedmiotem badań naukowców.

Lęk

Zygmunt Freud przedstawił lęk jako efekt wewnętrznego konfliktu pomiędzy elementami osobowości. Psychoanaliza określa naturę człowieka jako dążenie do zaspokojenia popędów, czyli osiągnięcia przyjemności. Zderzenie natury człowieka z kulturą, czyli wymaganiami społecznymi otoczenia, prowadzi do konfliktu. Wraz z internalizacją norm i zakazów społecznych konflikt między otoczeniem a sferą popędową jest uwewnętrzniany. Efektem jest wszechobecny lęk niustannie towarzyszący człowiekowi. Zygmunt Freud wyróżnił trzy rodzaje lęków. **Lęk obiektywny** jest reakcją ego na rzeczywiste zagrożenie płynące z otoczenia. **Lęk moralny** powstaje w wyniku różnicy celów przyjemnościowego id oraz moralizującego superego, prowadząc do nieokreślonego wstydu i poczucia winy. **Lęk neurotyczny** wiąże się z realizacją obsady obiektu przez popęd id oraz przeciwstawnym dążeniem ego ukierunkowanym na powstrzymanie tej

Adres do korespondencji: dr hab. Jerzy Samochowiec
Katedra i Klinika Psychiatrii Pomorskiej Akademii Medycznej
ul. Broniewskiego 26, 71-460 Szczecin
tel. (091) 454 15 07,
e-mail: samoj@sci.pam.szczecin.pl

realizacji. Manifestacje lęku mogą przybierać formy: nieokreślonego lęku, fobii i reakcji paniki [2].

Przedstawiciele neopsychoanalizy — Karen Horney czy Erich Fromm — dokonali rewizji poglądów Freuda także w rozumieniu pojęcia lęku. Karen Horney uzupełniła koncepcję lęku o wymiar fizjologiczny, a Erich Fromm nadał mu wymiar egzystencjalny [1, 3].

Twórcy koncepcji behawioralnych uznawali lęk za wyuczone zachowanie, warunkową reakcję pośredniczącą między sytuacją zagrożenia a pożądanym zachowaniem. Teoria behawioralna zakłada, że lęk jest uwarunkowaną odpowiedzią na specyficzne bodźce środowiskowe [3].

W teoriach poznawczych lęk jest skutkiem nieadekwatnych oczekiwań w stosunku do rzeczywistości i dysfunkcyjnych przekonań o sobie i otoczeniu [3].

Istnieją również koncepcje biologiczne wyjaśniające mechanizm powstawania lęku. Pobudzenie autonomicznego układu nerwowego wywołuje zmiany i objawy sercowo-naczyniowe, mięśniowe, gastryczne i oddechowe rozpoznawane jako fizjologiczny wymiar lęku. Zaburzenia neurotransmisji wyróżnionych przekazywaczy, takich jak: noradrenalina (NA), serotonina (5-HT) oraz kwas γ -aminomasłowy (GABA), uznaje się jako odpowiedzialne za występowanie lęku. U niektórych osób z rozpoznanymi zaburzeniami lękowymi w badaniu obrazowym mózgowia stwierdza się funkcjonalne zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego. W badaniach neuroanatomicznych wykazano, iż strukturami mózgowia hipotetycznie odpowiedzialnymi za powstawanie zaburzeń lękowych są: miejsce sinawe (NA) i jądra szwu (5-HT) [4]. Istotną rolę przypisuje się czynnikom genetycznym, które mogą predestynować do występowania zaburzeń lękowych (polimorfizmy promotorów genów: transportera serotoniny, monoaminooksydazy A i genu dla katechol-O-6-metylotransferazy) [5–7].

W związku z wieloma definicjami lęku autorzy niniejszej pracy decydują się przyjąć ogólną definicję lęku jako nieprzyjemnego, przykrego stanu emocjonalnego, któremu towarzyszą objawy psychologiczne, fizjologiczne i behawioralne. Rozlane i nieprzyjemne uczucie wewnętrznego napięcia, któremu towarzyszą objawy wegetatywne autonomicznego układu nerwowego, takie jak: bóle głowy, zaburzenia oddychania, tachykardia, ucisk zastoiskowy, zaburzenia gastryczne, niepokój manipulacyjny, pobudzenie itp. [8].

Warto zróżnicować strach i lęk jako odmienne zjawiska. Strach jest również wewnętrznym sygnałem ostrzegawczym, ale przed znanym i ściśle określonym czynnikiem. Lęk jest wewnętrznym sygnałem ostrze-

gawczym, informującym o konieczności podjęcia decyzji i działania w kierunku zmiany.

Psychiatria, posługując się Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases, tenth revision*), rozpoznaje lęk jako stan psychopatologiczny sygnalizujący zagrożenia. W objawach klinicznych pojawiają się zaburzenia psychiczne i somatyczne, rozpoznawane jako zespoły lękowe. Etiopatogeneza zespołów lękowych wiąże się z interakcją czynników biologicznych i psychologicznych. Lęk występujący w zespołach objawów, według ICD-10, przyjmuje różne postaci zaburzeń. Kryteria diagnostyczne opierają się na istniejących w określonym czasie następujących objawach, takich jak: stałe uczucie zdenerwowania, drżenie, napięcie mięśniowe, pocenie się, zawroty głowy, przyspieszone bicie serca, uczucie niepokoju w nadbrzuszu. Niektóre z objawów konwertują, a przemieszczone przyjmują postać obsesji (natrętnych myśli) lub kompulsji (natrętnych czynności). Niekiedy przejawiają się w koncentracji na sygnałach płynących z własnego ciała, które, wyolbrzymione, są odczuwane jako zagrażające zdrowiu i postrzegane jako chorobowe. Inną postacią jest konwersja, czyli niewspółmierne reagowanie na czynniki zewnętrzne, czemu towarzyszy zawieszenie kontroli poznawczej nad zachowaniem i samokontroli emocji.

Wśród zaburzeń lękowych rozpoznaje się: specyficzne zespoły lękowe (w tym: zespół lęku uogólnionego, napady paniki, fobie społeczne i specyficzne, agorafobie, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, konwersyjne, hipochondryczne oraz zespół stresu pourazowego); zespoły lękowe w przebiegu chorób somatycznych; zespoły lękowe w przebiegu uzależnień; lęk jako objaw w chorobach psychicznych; lęk jako cechę w zaburzeniach osobowości.

W koncepcjach psychodynamicznych lęk stanowi sygnał ostrzegawczy dla ego, którego zadaniem jest podjęcie czynności mających na celu poradzenie sobie z nim. Spektrum metod podejmowanych przez ego jest rozległe, a zależy od konstytucjonalnych oraz nabytych cech konstrukcji osobowościowej. Metody te opracował i skategoryzował Zygmunta Freud i kontynuatorzy koncepcji psychodynamicznych. Do najczęściej stosowanych zalicza się: wyparcie, zaprzeczanie, reakcję upozorowaną, projekcję, przemieszczenie, fantazjowanie, sublimację, izolację, intelektualizację, racjonalizację, odczynianie, regresję czy identyfikację z agresorem. Wymienione mechanizmy obronne można podzielić, ze względu na dokonujący się proces obrony, na dwie kategorie. Pierwsza z nich dotyczy **zastępczego zaspokajania potrzeb**. Obrona polega na poszukiwaniu alternatywnego źródła realizacji

potrzeby. Zaspokojenie dotyczy odmiennej potrzeby, a jednak na tyle podobnej do sfrustrowanej, aby była możliwa ich zamiana. Druga z nich polega **na pozornym likwidowaniu źródeł konfliktu wewnętrznego**. Konflikt wewnętrzny istnieje nadal, ale nie jest odbierany przez ego. Istnieją jeszcze uniwersalne sposoby radzenia sobie z konfliktem wewnętrznym, takie jak: odurzanie się (np. picie alkoholu, zażywanie narkotyków) lub odreagowywanie (np. płacz, śmiech, „wygadanie się”, wzmożona aktywność fizyczna). Wyracają jednak poza obręb psyche, wobec czego nie można ich uznać za mechanizmy obronne osobowości, a raczej za sposoby radzenia sobie z napięciem stresowym.

Myślenie magiczne

Niezależnie od teorii, w jakich rozpatrywane jest myślenie, niezależnie od formy i rodzaju, przyjmuje się, że myślenie człowieka dorosłego składa się z dwóch głównych faz: wytwarzania pomysłów i ich weryfikacji. Wytwarzanie pomysłów przebiega zarówno zgodnie z zasadami logiki, jak i w sprzeczności ze zdolnością rozumowania. Można przyjąć, iż u podstaw myślenia magicznego leży zdolność wytwarzania nowych pomysłów. Fałszywość myślenia magicznego jest wynikiem błędnego procesu weryfikacji tych pomysłów [9].

Myślenie magiczne jest charakterystyczne dla procesów archaicznych i prymitywnego poglądu na świat. Występuje u ludów pierwotnych, osób niewykształconych, jest typowe jako stadium rozwoju w okresie wczesnodziecięcym, ale w pewnych formach pojawia się również u osób dorosłych.

Przyczyny myślenia magicznego

Dla magicznej postawy wobec rzeczywistości znamienne jest przekonanie, że procesy psychiczne posiadają moc sprawczą, dzięki której można oddziaływać na realne przedmioty i zdarzenia. W myśleniu magicznym tkwi założenie, według którego myślą lub jej zewnętrznym przejawem można wywołać skutki fizyczno-chemiczne, na przykład: gestem przywrócić do życia, a słowem zabić.

Psychologiczne źródła myślenia magicznego oraz odbywanie rytuałów magicznych można wyjaśnić różnorodnymi procesami.

Pierwszym źródłem myślenia magicznego jest nieodróżnianie wyobrażeń i marzeń od rzeczywistości i realności, charakterystyczne dla dzieci. Przykładem może być rozmowa dziecka z wyimaginowanym przyjacielem. Drugim źródłem jest skojarzenie czasowo-przestrzenne pomiędzy symbolami (na przykład znakami słownymi) a przedmiotami i zdarzeniami, wskazujące na

przyczynowość procesu myślenia. Na przykład: kobieta, wychodząc z domu, zauważyła, że czarny kot przebiegł jej drogę; w ciągu dnia nie pamiętała o tym zdarzeniu; wieczorem, gdy z błahego powodu pokłóciła się z mężem o drobiazg, przypomniała sobie czarnego kota i uznała go za przyczynę konfliktu z mężem. Kolejnym źródłem myślenia magicznego jest lęk lub strach, na przykład w obliczu zagrożenia, cierpienia, a odwoływanie się do zabiegów i czynności magicznych ma zapewnić bezpieczeństwo i ratunek. W sytuacjach trudnych i ekstremalnych wiedza i doświadczenie człowieka ulegają zawieszeniu, przy jednoczesnym pojawieniu się sprzecznych ze sobą sądów, czyli ambisentencji pozornej [10]. Przykładem może być myślenie osoby nieuleczalnie chorej. Mimo rzetelnej informacji na temat własnej choroby i wskazań do metod leczenia, osoba ta poszukuje alternatywnych i niekonwencjonalnych form wyleczenia, przez: kontakty z bioenergoterapeutami, zażywanie preparatów homeopatycznych, reiki, rebitring, hipnozę, metody Silvy, inne. Metody te oddziałują na wyobraźnię, wzmagają nadzieję i zapewniają pozorne bezpieczeństwo. Osoba inteligentna i wykształcona często zaprzecza wierze w podobne praktyki, uznając je za zabobonne i szarlatania, jednak w obliczu choroby jest skłonna poddać się im, wychodząc z założenia: „nie zaszkodzi, a nuż pomoże”.

Myślenie magiczne u dzieci

Myślenie magiczne u dzieci jest zjawiskiem powszechnym, naturalnym, będącym etapem rozwoju myślenia. W teorii Jeana Piageta pojawia się w okresie myślenia przedoperacyjnego (intuicyjnego), przypadającego na 3.–7. rok życia [11]. Według koncepcji Jana Mazurkiewicza myślenie magiczne jest związane z okresem prelogicznym oraz powstaniem dynamizmu poznawczo-uczuciowego. Myślenie to nie uwzględnia praw przyrody ani logiki, porządku czasu i przestrzeni. Dziecko nadaje przedmiotom cechy ludzi i zwierząt (animizm), zwierzęta wyposaża w przymioty typowe dla człowieka (antropomorfizm) oraz poszukuje przyczynowych wyjaśnień wszystkich procesów w otaczającym świecie (artyficyjalizm) [12]. Tego rodzaju partycypacje i inne formy dziecięcego myślenia magicznego znane są nie tylko z badań nad kształtowaniem się myślenia i mowy dziecka, ale również człowiek dorosły odnajduje je we własnych wspomnieniach z dzieciństwa. Cechy myślenia magicznego dzieci można porównać z elementami baśniowymi, w których niezwykła zależność między wydarzeniami oraz swoista nierealność związane ze światem magii są bliskie procesom skojarzeń dziecka

przechodzącego przez stadia rozwoju myślenia [13]. Świat baśniowy jest szczególnie wykreowany w następujących książkach dla dzieci: „Alicja w Krainie Czarów” Lewisa Carrolla, „Czarnoksiężnik ze Szmaragdowego grodu” Franka Bauma, „Mały Książę” Antoine de Saint-Exupéry’ego.

**Myślenie magiczne
jako normatywny mechanizm obronny**

Myślenie magiczne u dorosłego człowieka może być uwarunkowane przetrwaniem pewnych cech dziecięcego myślenia magicznego oraz rolą autorytetu ludzi znaczących w tym okresie. W dzieciństwie „magiczne” prawdy są przyswajane w sposób bezkrytyczny i jako niewątpliwie słuszne, głęboko zinternalizowane, trwają w silnych związkach emocjonalnych z osobami, od których zostały przyjęte. Inną przyczyną pojawienia się myślenia magicznego jest lęk, a zwłaszcza długotrwałe frustracje i poczucie zagrożenia w codziennych sytuacjach. Mimo doznawanego lęku lub strachu możliwa jest zdolność prawidłowej oceny rzeczywistości i sprawności działania. Wyraźnie destrukcyjny wpływ na zachowanie wywierają trudne sytuacje, którym towarzyszy przeświadczenie o własnej bezsilności i bezradności, połączone z utratą sprawstwa. Powstaje wtedy skłonność do wykorzystywania dostępnych sposobów, dających nikłą szansę na zmianę sytuacji, a najbardziej niedorzeczne praktyki wydają się godne uwagi. Myślenie magiczne pełni w tym wypadku funkcję mechanizmu redukującego lęk lub zwiększającego poczucie siły i możliwości wpływania na otaczającą rzeczywistość.

**Myślenie magiczne
jako patologiczny mechanizm obronny**

Psychoanaliza stała się punktem wyjścia do wyjaśnienia schizofrenii przez Jana Mazurkiewicza w teorii dyssolucji. Przyjął on, że myślenie magiczne chorych psychicznie polega na błędnym i sprzecznym z rzeczywistością przekonaniu, że są oni wciągnięci w określony system wzajemnego oddziaływania na ludzi, przedmioty, zdarzenia, przy czym system ten opiera się na urojonych związkach i zależnościach [9].

Według Marka Jarosza myślenie magiczne pojawia się jako patologiczny mechanizm obronny osobowości, w schizofrenii jest traktowany jako rodzaj patologicznego przetwarzania informacji, którego celem jest redukcja lęku i ta tak zwana patologiczna racjonalizacja pozwala na porządkowanie różnych wydarzeń, ujawnienie relacji i związków, które dają się „objąć” rozumem, a poczucie zagrożenia wówczas maleje. Tego rodzaju myślenie można podzielić na fazy: 1) olśnie-

nie — gdy dotychczas „niepojęte” zaczyna się układać w zrozumiałą całość i choć chory dalej „wyczuwa” zagrożenie, to potrafi je nazwać i dookreślić; 2) uporządkowanie — gdy zostają uformowane i utrwalone urojenia, o tym co grozi, na co trzeba uważać i jak się poruszać w otaczającym świecie. Przekształcony obraz sytuacji chorego daje się zaakceptować i uznać za zgodny z jego oczekiwaniami [14].

W niektórych przypadkach myślenie magiczne jest patologiczną kompensacją wypartych ze świadomości kompleksów (np. poczucia słabości, małej wartości i zagrożenia) i następuje reakcja upozorowana, wyrażona przeciwstawnym dążeniem (np. posiadanie władzy, prestiżu, znaczenia). Człowiek ucieka od tych sytuacji, w których czuje się bezwartościowy, ma poczucie niższości lub doświadcza frustracji. Zamyka się w sobie, buduje własny świat złudzeń, który daje mu poczucie bezpieczeństwa i więcej satysfakcji niż świat realny. Te zjawiska kompensacyjne mogą mieć charakter psychotyczny, a objawy psychopatologiczne zastępują konfliktową rzeczywistość [15].

Myślenie magiczne u osób chorych na schizofrenię opiera się nie tylko na nierozróżnianiu znaku (słowa, symbolu) od tego, co on reprezentuje; w psychice tych osób zaciera się granica między światem otaczającym a doznaniem. Treść marzeń sennych, omamy hipnagogiczne oraz prawidłowe spostrzeżenia tworzą wzajemnie przenikające się związki. Pojawia się projekcja własnych pragnień i obaw, przekonań wynikających z treści myślenia magicznego, na świat zewnętrzny. „Nic nie jest niemożliwe”; czyjaś myśl, według mniemania chorego może zmienić istniejące przedmioty i ich właściwości. Pojawiają się fałszywe sądy urojeniowe, które wyrażają myślenie magiczne, na przykład chory jest przekonany, że wykonując określone gesty, zmienia stan psychiczny innych ludzi, również spojrzeniem może wpływać na innych, zaszkodzić im, zmienić bieg zdarzeń, spowodować nieszczęście albo przywrócić zdrowie. Chory czuje się niekiedy owdzięki wpływem tkwiącej w nim istoty, ma poczucie, że oddziałuje na niego siła zewnętrzna, że jego myśli zostają wykradane lub narzucane [16]. Myślenie magiczne jako patologiczny mechanizm obronny zapewniający poczucie bezpieczeństwa jest rozpoznawany jako objaw w zaburzeniach psychicznych (np.: kompulsyjno-obsesyjnych), chorobach afektywnych (częściej w depresji), zaburzeniach osobowości (np. jako jedna z cech osobowości schizotypowej) [17].

Podsumowanie

Myślenie magiczne jako obrona przed lękiem może zarówno przybierać formę wspierającą zdrowie psy-

chiczne, jak i stanowiąc objaw chorobowy. U ludzi zdrowych do pewnego momentu myślenie magiczne skutecznie obniża poziom lęku, nie zaburzając w istotny sposób percepcji rzeczywistości. U dzieci stanowi naturalny element w procesie rozwoju myślenia, a wraz z dojrzewaniem funkcji poznawczych zakres używania myślenia magicznego przyjmuje postać peryferyjną [11]. Przejście z myślenia przedoperacyjnego w kierunku myślenia konkretno-wyobrażeniowego, a następnie abstrakcyjnego, stopniowo eliminuje obecność tworzenia beztreściowych związków między niepowiązanymi ze sobą zjawiskami, zdarzeniami, sytuacjami [3]. Na tym etapie myślenie magiczne przestaje pełnić funkcję wyjaśniającą, którą zastępuje myślenie hipotetyczno-dedukcyjne. Od tego momentu myślenie magiczne może być wykorzysty-

wane jako mechanizm obronny osobowości, w radzeniu sobie w sytuacjach lękowych.

Jako objaw chorobowy myślenie magiczne przejawia się w dysfunkcyjnym myśleniu schizofreników, stanowi fundament rytuałów w zespołach obsesyjno-kompulsyjnych, obniża napięcie popędowe w przypadku zaburzonej struktury osobowości.

U osób zdrowych i cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych myślenie magiczne pełni tę samą rolę: stanowi obronę przed lękiem. Różne są natomiast jego konsekwencje. Dla zdrowego człowieka ma ono znaczenie wspomagające i dynamizujące rozwój osobowości. W zaburzeniach psychicznych myślenie magiczne pogłębia i utrwała patologiczne mechanizmy funkcjonowania, prowadząc do rozpadu struktury osobowości.

Streszczenie

Niniejsza praca jest przeglądem koncepcji rozumienia lęku oraz myślenia magicznego rozumianego jako swoisty mechanizm obronny. Przedmiotem dyskusji są różnice funkcji myślenia magicznego w kontekście przeżywanego stanu lękowego. Opisujemy rodzaj myślenia wynikający z naturalnej konsekwencji rozwojowej, który w procesie dojrzewania człowieka przekształca się w specyficzną postawę wobec życia. Jeżeli utrzymuje się w pierwotnej formie, myślenie magiczne staje się objawem świadczącym o patologii.

słowa kluczowe: lęk, myślenie magiczne, mechanizmy obronne

PIŚMIENICTWO

1. Fromm E. Ucieczka od wolności. Czytelnik, Warszawa 1970.
2. Freud S. Ego i id. W: Freud S. Poza zasadą przyjemności. PWN, Warszawa 1994.
3. Zeigarnik B.W. Podstawy patopsychologii klinicznej. PWN, Warszawa 1978.
4. Sena L.M., Bueno C., Pobbe R.L., Andrade T.G., Zangrossi H. Jr., Viana M.B. The dorsal raphe nucleus exerts opposed control on generalized anxiety and panic-related defensive responses in rats. *Behav. Brain Res.* 2003; 142: 125–133.
5. Hamilton S.P., Slager S.L., Heiman G.A. i wsp. Evidence for a susceptibility locus for panic disorder near the catechol-O-methyltransferase gene on chromosome 22. *Biol. Psychiatry.* 2002; 51: 591–601.
6. Deckert J., Catalano M., Sygailo Y.V. i wsp. Excess of high activity monoamine oxidase A gene promoter alleles in female patients with panic disorder. *Hum. Mol. Genet.* 1999; 8: 621–624.
7. Sand P., Lesch K.P., Catalano M. i wsp. Polymorphic MAO-A and 5-HT-transporter genes: analysis of interactions in panic disorder. *World J. Biol. Psychiatry* 2000; 1: 147–150.
8. Kępiński A. Lęk. Sagittarius, Warszawa 1992.
9. Gierdziewicz A. Myślenie magiczne chorych psychicznie. *Psychiatria Polska* 1970; IV (3): 281–286.
10. Jarosz M. Ambisencja pozorna. *Psychiatria Polska* 1973; VII (1): 23–28.
11. Piaget J. Psychologia i epistemologia. PWN, Warszawa 1977.
12. Grzywa A. Omamy i urojenia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.
13. Jahoda G. Psychologia przesądu. PIW, Warszawa 1971.
14. Jarosz M. Patologiczne mechanizmy obronne osobowości; próba podziału interpretacji. *Psychiatria Polska* 1986, XX (6): 454–460.
15. Chlewiński Z., Grzywa A. Urojeniowa wizja świata. PWN, Warszawa 1993.
16. Jarosz M. Myślenie magiczne u ludzi zdrowych i w schizofrenii. *Psychiatria Polska* 1996; XXX (3): 471–484.
17. Jarosz M. Niektóre właściwości myślenia w schizofrenii. Badania nad schizofrenią: Lublin 1998; 1: 267–274.