

Natalia Czyżowska¹, Roksana Epa¹, Dominika Dudek², Marcin Siwek²,
Józef Krzysztof Gierowski³

¹Studenckie Koło Naukowe, Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

²Zakład Zaburzeń Afektywnych, Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

³Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Rozwój moralny i emocje moralne w kontekście zaburzeń psychicznych

*Moral development and moral emotions in the context
of mental disorders*

Abstract

The aim of this article is presentation of the relationship between moral development, moral emotions and mental disorders. Psychological conceptions of moral reasoning development, moral emotions and their links with other constructs such as theory of mind or empathy are described. The authors present also the results of previous studies among patients with mental disorders, drawing attention to the need for more detailed research in this area.

Psychiatria 2013; 10, 3–4: 116–123

key words: moral development, moral emotions, mental disorders

Wstęp

Zajmowanie się problematyką moralności w kontekście zaburzeń psychicznych wydaje się kwestią niezwykle delikatną, szczególnie w kulturze zachodniej, w której moralność w dużej mierze utożsamiana jest z rozsądkiem i zdrowiem [1]. Skupianie uwagi na pewnych specyficznych zmianach w zakresie zachowań moralnych w różnych zaburzeniach psychicznych niesie ze sobą ryzyko uaktywniania stygmatyzujących i krzywdzących przekonań, w których pacjenci psychiatryczni jawią się jako osoby z zasady bardziej skłonne do postępowania w niemoralny sposób. Niewykluczone, że właśnie dlatego tak niewiele jest publikacji, w których zagadnienia związane ze zmianami w zakresie moralności w przebiegu chorób psychicznych byłyby szerzej omawiane. We współczesnych badaniach pojawiają się próby przyjrzenia się bliżej temu problemowi jednak odwołują się one często do wielu różnych konstruktów, co sprawia, że wiedza dotycząca kwestii moralności

w zaburzeniach psychicznych jest nieusystematyzowana i wybiórcza.

Wydaje się, że wpływ zaburzeń psychicznych na zachowania moralne jest szczególnie interesujący w przypadku pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD). Sposób funkcjonowania tych osób, również w zakresie zachowań moralnych, zmienia się w bardzo radykalny sposób w zależności od fazy choroby. Osoby depresyjne przejawiają obawy dotyczące tego czy nie są one przyczyną cierpienia innych osób, którym towarzyszy również silnie, niejednokrotnie zupełnie nieuzasadnione poczucie winy. Zmiana fazy wiąże się jednak z drastyczną zmianą w zakresie zachowań moralnych i te same osoby w fazie manii podejmują działania, które łamią obowiązujące normy moralne, takie jak: kradzieże, zachowania agresywne czy przypadkowe kontakty seksualne [2].

Psychologiczne koncepcje rozwoju moralnego

W okresie kilku ostatnich dziesięcioleci można zaobserwować znaczące zmiany, jakie zaszły w obrębie badań nad problematyką rozwoju moralnego. Znacznie poszerzył się zakres badanych zjawisk, co jest niewątpliwie związane z coraz większą różnorodnością teoretycznych podejść obecnych także w psychologii moralności. Tematyka moralności stała się bowiem przedmiotem zainteresowania nie tylko psychologii rozwojowej, ale także

Adres do korespondencji:

mgr Natalia Czyżowska
Katedra Psychiatrii CMUJ
ul. M. Kopernika 21a
31–501 Kraków
tel.: 12 424 87 00
faks: 12 424 87 39
e-mail: natalia.czyzowska@uj.edu.pl

psychologii społecznej, poznawczej czy neuronauki. Warto zwrócić uwagę, że coraz więcej badań związanych z moralnością ma charakter interdyscyplinarny, gdzie oprócz aspektów psychologicznych uwzględnia się również perspektywę innych nauk takich jak antropologia, socjologia, nauki polityczne czy biologia [3].

Nurtem badawczym, który przez wiele lat dominował w psychologicznym dyskursie nad moralnością, jest podejście poznawczo-rozwojowe, którego najbardziej znanym przedstawicielem był Lawrence Kohlberg, twórca nierelatywistycznej koncepcji rozwoju moralnego. Zgodnie z tym podejściem rozwój moralny ma charakter stadialny i jest ściśle powiązany z rozwojem logicznego myślenia. Wydaje się, że koncepcja ta do dziś pozostaje najbardziej wpływową w obrębie psychologii moralności. Podejście poznawczo-rozwojowe zapoczątkowane zostało przez szwajcarskiego uczonego Jeana Piageta, jednak jego idee dotyczące rozwoju moralnego stały się szerzej znane w momencie, kiedy zainteresował się nimi Kohlberg. Piaget zakładał, że każda osoba przechodzi przez kolejne stadia rozwoju myślenia logicznego, rozpoczynając od stadium inteligencji praktycznej, w którym dziecko koncentruje się na relacjach przestrzennych przedmiotów obecnych w jego otoczeniu, przez okres operacji konkretnych, w którym jednostka przyswaja sobie pojęcia logiczne, ale wciąż nie posiada jeszcze umiejętności myślenia abstrakcyjnego, aż do stadium operacji formalnych. W tym okresie jednostka jest zdolna do dostrzegania różnorodności możliwych rozwiązań danego problemu, stawiania rozmaitych hipotez i myślenia dedukcyjnego [4]. Zważywszy na to, że rozumowanie moralne jest procesem poznawczym, wydaje się rzeczą naturalną, że w ujęciu Kohlberga rozwój moralny pozostaje w ścisłym związku z rozwojem myślenia logicznego. Na możliwość osiągnięcia przez jednostkę kolejnych stadiów rozwoju moralnego znaczący wpływ będzie miał więc jej rozwój poznawczy [5]. Osiągnięcie odpowiednio wysokiego stadium rozwoju myślenia logicznego jest warunkiem koniecznym do uzyskania wyższego stadium w zakresie rozwoju rozumowania moralnego. Istnieje możliwość, że jednostka, która prezentuje wysoki poziom rozwoju poznawczego, nie znajdzie się na równie wysokim poziomie pod względem rozwoju moralnego, jednak odwrotna sytuacja nie może się zdarzyć [6].

Choć rozwój poznawczy jednostki ma duże znaczenie dla jej rozwoju moralnego, zdaniem Kohlberga nie jest on jedynym czynnikiem odgrywającym istotne znaczenie w tym procesie. W ujęciu tego amerykańskiego psychologa zasadniczą rolę w rozwoju rozumowania moralnego odgrywa perspektywa społeczno-moralna. Pojęcie to, wprowadzone przez Kohlberga, jest rozumiane jako specyficzny punkt widzenia, z którego dana

osoba spostrzega społeczne fakty i określa społeczno-moralne wartości. Kolejne etapy rozwoju rozumowania moralnego wiążą się ze zmianami w obrębie perspektywy społeczno-moralnej. Warto dodać, że Kohlberg w wyraźny sposób odróżnia od siebie treść i strukturę myślenia moralnego. Struktura jest tutaj rozumiana jako pewne ogólne schematy myślenia jednostki. W tym kontekście rozwój moralny polega na reorganizacji sposobu i schematów myślenia moralnego. W swojej koncepcji Lawrence Kohlberg na podstawie badania empirycznego wyróżnia trzy poziomy rozwoju rozumowania moralnego, a każdemu z nich odpowiada inny poziom perspektywy społeczno-moralnej. Pierwszy poziom rozwoju rozumowania moralnego to poziom przedkonwencjonalny, z którym wiąże się indywidualna perspektywa jednostki. Drugiemu z kolei poziomowi myślenia moralnego, nazywanemu konwencjonalnym, odpowiada perspektywa członka danej społeczności, a trzeci poziom — postkonwencjonalny — jest związany z prospołecznym punktem widzenia. Na każdy z wymienionych wyżej poziomów przypadają dwa stadia rozwoju rozumowania moralnego. Stadium pierwsze wiąże się z egocentryczną perspektywą jednostki, której działania prowadzą się w dużej mierze do niepodejmowania zachowań, za które osoba mogłaby zostać ukarana. Istniejące zasady są więc respektowane, o ile pozwalają uniknąć sankcji. Jednostki znajdujące się w drugim stadium skupiają się przede wszystkim na zaspokajaniu własnych potrzeb, są skłonne stosować się do zasad, których przestrzeganie może im przynieść jakieś korzyści, i rozumieją, że pozostałe osoby mają prawo postępować w ten sam sposób. Trzecie stadium, które znajduje się na poziomie moralności konwencjonalnej, wiąże się z przeświadczeniem, że słuszne jest to, co pozwala na wywiązywanie się z pełnionej roli społecznej. Jednostka koncentruje się więc na byciu „dobrą matką”, „dobrą żoną”, „dobrą przyjaciółką” etc. Stadium czwarte wiąże się z chęcią wspierania zarówno poszczególnych członków własnej grupy, jak i społeczeństwa postrzeganego jako pewna całość. Osoby znajdujące się w tym stadium rozumieją, że stosowanie się do obowiązujących zasad sprzyja sprawnemu funkcjonowaniu systemu społecznego. W stadium piątym, odpowiadającym poziomowi postkonwencjonalnemu, istnieje świadomość tego, że zasady w większości mają charakter relatywny i są powiązane z konkretną grupą społeczną jednak jednostki znajdujące się w tym stadium zdają sobie również sprawę z tego, że pewne wartości, takie jak na przykład życie czy wolność, są niezbywalne i powinny być szanowane w każdym społeczeństwie. Przestrzeganie zasad jest na tym etapie rozwoju rozumowania moralnego uważane za słuszne, gdyż stanowi element społecznej umowy.

Szóste stadium łączy się z głęboko zakorzenionym przekonaniem, że istnieją pewne uniwersalne reguły etyczne, takie jak poszanowanie życia i godności drugiego człowieka, do których przestrzegania i obrony jednostka jest zobowiązana bez względu na okoliczności. Zgodnie z założeniami teorii Kohlberga rozwój myślenia moralnego przebiega zawsze zgodnie z opisaną przez niego sekwencją, ma on charakter uniwersalny niezależnie od kultury, w której wyrasta dana osoba [5, 7].

Pomimo niewątpliwego wkładu Kohlberga w dyskusję dotyczącą psychologii moralności, jego koncepcja spotkała się z krytyką między innymi ze strony jego uczniów i współpracowników. James Rest twierdzi, że stworzony przez Kohlberga model moralności skoncentrowany przede wszystkim wokół myślenia moralnego, jest niepełny, a samo rozumowanie moralne powinno być raczej traktowane jako jeden z komponentów moralności, a nie jako jej kluczowy element. Rest postuluje także, aby traktować moralność podobnie jak ekonomię i wyróżniać jej dwa rodzaje — mikromoralność, która koncentruje się na dbaniu o relacje z różnymi osobami i słusznym postępowaniu w codziennym życiu, stąd bywa nazywana również „codzienną moralnością”, i makromoralność, która skupia się na zasadach i prawach obowiązujących w społeczeństwie i zapewniających jego harmonijne funkcjonowanie [8]. Rest jest także twórcą Czterekomponentowego Modelu, który stanowi próbę uzupełnienia luk istniejących między rozumowaniem moralnym a zachowaniem moralnym. W jego modelu rozumowanie moralne zostało więc uwzględnione jako jeden z psychologicznych procesów związanych z moralnością [9]. Do dzisiaj brak jednak empirycznych dowodów potwierdzających adekwatność tego modelu.

Ograniczenia teorii Kohlberga dostrzegła również jego wieloletnia współpracowniczka Carol Gilligan. Zwróciła ona uwagę, że założenie dotyczące uniwersalności stadiów rozwoju rozumowania moralnego jest raczej wątpliwe, zważywszy na fakt, że pierwotnie w badaniach Kohlberga brali udział jedynie chłopcy i mężczyźni [10]. Gilligan podkreślała również, że to, iż kobiety biorące udział w badaniach charakteryzują się myśleniem moralnym na niższych poziomach rozwoju niż mężczyźni wynika raczej z tego, że teoria Kohlberga i stosowane przez niego narzędzia faworyzują męski sposób myślenia o moralności. Zdaniem Gilligan kobiety spostrzegają kwestie związane z moralnością inaczej niż mężczyźni, gdyż w swoich rozważaniach koncentrują się przede wszystkim na trosce i poczuciu odpowiedzialności za innych i za ich dobro, a kwestie te w ramach koncepcji Kohlberga umiejscawiane są w obrębie niższych poziomów rozwojowych. Gilligan uważa, że promowane są natomiast męskie wartości, takie jak sprawiedliwość,

racjonalność czy bezstronność, które przypisuje się wyższym stadiom rozwoju rozumowania moralnego. Dlatego jej zdaniem obok orientacji sprawiedliwościowej należy wyróżniać drugą orientację moralną skoncentrowaną na trosce i odpowiedzialności. Każda z tych orientacji wiąże się ze specyficznym sposobem spostrzegania sytuacji społecznych. Etyka sprawiedliwości koncentruje się bowiem bardziej na prawach i zasadach, a problemy moralne ujmuje w kategoriach abstrakcyjnych natomiast etyka troski i odpowiedzialności skupia się na opiece i potrzebach innych oraz konsekwencjach jakie niosą ze sobą podejmowane decyzje dla wszystkich osób zaangażowanych w konkretną sytuację [11].

W ujęciu Gilligan rozwój rozumowania moralnego polega na zmianach w sposobie pojmowania odpowiedzialności. Model rozwoju orientacji moralnej ma charakter strukturalny i wyróżnia się w nim poziomy myślenia moralnego, które różnią się od siebie pod względem złożoności i stopnia zintegrowania. Rozwój myślenia moralnego skoncentrowanego na trosce przebiega poprzez następowanie po sobie trzech punktów widzenia. Każda kolejna perspektywa różni się od poprzedniej tym, że w bardziej kompleksowy sposób pojmuje relacje między jednostką a innymi osobami. Proces rozwoju opiera się więc na przechodzeniu od perspektywy egoistycznej, przez konwencjonalne pojmowanie dobroci, aż do rozumienia troski za siebie i za innych jako najlepszego sposobu rozstrzygnięcia konfliktów interpersonalnych [12]. Choć Gilligan zakładała, że etyka troski będzie charakteryzowała kobiety, wyniki badań empirycznych dowodzą jednak, że większość kobiet i mężczyzn posługuje się zarówno głosem sprawiedliwości, jak i głosem troski [13]. Zdaniem Hoffmana [14] zarówno troska, jak i sprawiedliwość to wysoko cenione przez ludzi zasady i kierowanie się każdą z nich jest uzasadnione. Troska i sprawiedliwość mogą się więc pojawiać w odmiennym stopniu w różnych dylematach, co może prowadzić do tego, że w niektórych przypadkach będą one wchodziły ze sobą w konflikt, a jego rozwiązanie będzie wymagało od osoby wybrania jednej z tych zasad. Preferencje dotyczące posługiwania się określonym głosem moralnym są związane raczej z takimi czynnikami, jak na przykład rodzaj dylematu, przed którym staje osoba. W przypadku dylematów realnych osoby częściej odwołują się do etyki troski, a dylematy hipotetyczne chętniej są rozważane w odniesieniu do orientacji sprawiedliwościowej [15]. Wyniki badań wskazują również, że orientacja moralna nie jest czymś stałym, ale może się zmieniać pod wpływem różnorodnych czynników sytuacyjnych [16].

Rozwój moralny w kontekście zaburzeń psychicznych

Do tej pory nie prowadzono właściwie badań dotyczących rozwoju rozumowania moralnego u osób cier-

piących na zaburzenia psychiczne, a problematyka ta wydaje się niezwykle interesująca w kontekście zmian zachowania, które można obserwować pacjentów. Prawdopodobnie jedyne badania, w których odnoszono się do kwestii wydawania sądów moralnych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, to studia włoskich badaczy dotyczące neuropsychologicznego funkcjonowania pacjentów z ChAD, których wyniki wykazały istnienie pewnych deficytów w zakresie osobowych dylematów moralnych¹ u osób z tym zaburzeniem [17].

Wiadomo, że zarówno myślenie moralne skoncentrowane na sprawiedliwości, jak i myślenie moralne skoncentrowane na trosce, pozostaje w ścisłym związku z poziomem rozwoju poznawczego jednostki [18, 19]. Wyniki badań pokazują, że u osób cierpiących na schizofrenię jak również u pacjentów zaburzeniami nastroju widoczne są deficyty poznawcze [20]. Wyniki badań pozwalają przypuszczać, że w przypadku pacjentów ze schizofrenią i ChAD, różnego rodzaju dysfunkcje w obrębie funkcjonowania poznawczego mogą utrzymywać się pomiędzy fazami, gdyż osoby w remisji wypadają gorzej w zadaniach wymagających koncentracji, podzielności uwagi, planowania czy elastyczności myślenia niż osoby zdrowe [20, 21].

Choć brakuje danych odnoszących się do rozwoju rozumowania moralnego u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, warto zwrócić uwagę na wyniki badań dotyczących teorii umysłu. Pojęcie teorii umysłu (ToM, *Theory of Mind*) jest używane do opisu umiejętności polegającej na wyjaśnianiu obserwowanych zachowań innych osób poprzez odwoływanie się do ich stanów mentalnych [22] — to zjawisko wielowymiarowe i trudno traktować je jako jednorodny koncept. Niektórzy badacze wyróżniają więc dwa podtypy teorii umysłu: społeczno-poznawczy (SC-ToM, *social-cognitive ToM*) oraz społeczno-spostrzeżeniowy (SP-ToM, *social-perceptual ToM*). Społeczno-poznawcza teoria umysłu umożliwia wyciąganie wniosków dotyczących stanów umysłu innych osób na podstawie obserwacji ich zachowania, natomiast społeczno-spostrzeżeniowy podtyp ToM odpowiada za dostrzeganie stanów mentalnych na podstawie bezpośrednio zaobserwowanych danych. W przeciwieństwie do SC-ToM, społeczno-spostrzeżeniowa teoria umysłu wydaje się niezależna od innych zdolności poznawczych jednostki, ale pozostaje w ścisłym związku z jej umiejętnością rozpoznawania emocji i dlatego SP-ToM uważa się czasem za „emocjonalny”, a SC-ToM za „poznawczy”

Określenie „osobowe dylematy moralne” odnosi się do sytuacji, w których naruszenie normy moralnej ma charakter osobisty, gdy podejmowane przez jednostkę działania mogą w bezpośredni sposób przyczynić się do wyrządzenia krzywdy innej osobie.

podtyp teorii umysłu [23, 24]. Problematyka ToM w kontekście rozumowania moralnego jest godna uwagi z dwóch powodów. Po pierwsze, niektórzy uważają, że ToM jest warunkiem wstępnym wykształcenia się u jednostki prawdziwej, dojrzałej empatii [25], która pozostaje w ścisłym związku z rozumowaniem moralnym. Po drugie, dane z badań rozwojowych pokazują, że formułowanie dojrzałych sądów moralnych w dużej mierze zależy od umiejętności reprezentowania stanów mentalnych innych osób i rozumienia ich intencji. Oczywiście należy pamiętać, że w procesie rozumowania moralnego istotna jest nie tylko teoria umysłu, ale również zdolność jednostki do integracji informacji dotyczących przekonań i intencji z informacjami dotyczącymi konsekwencji podejmowanych działań [26]. Nie ulega jednak wątpliwości, że bez wykształconej teorii umysłu jednostka nie miałaby wystarczającej liczby informacji potrzebnych do wydawania dojrzałych sądów moralnych.

Wyniki badań prowadzone wśród pacjentów cierpiących na zaburzenia ze spektrum schizofrenii wykazały, że przejawiają oni deficyty teorii umysłu. Chociaż zaburzenia ToM są u nich bardziej widoczne w aktywnej fazie choroby, to jednak pewne braki w zakresie teorii umysłu istnieją również w okresie remisji. Co więcej, u zdrowych krewnych osób cierpiących na schizofrenię też obserwuje się pewne upośledzenie w obrębie ToM [24]. Zaburzenia ToM odnotowano również u pacjentów z depresją jednobiegunową [27]. W polskich badaniach pacjentów ze schizofrenią i pacjentów z ChAD porównywano z grupą osób zdrowych. W obu grupach zaobserwowano deficyty ToM, były one jednak większe u pacjentów ze schizofrenią niż u osób z ChAD [28]. Sprawdzano również czy istnieje związek między występowaniem objawów psychotycznych w przebiegu ChAD a zaburzeniami ToM. W badaniach wykazano, że wyniki uzyskiwane w zadaniach sprawdzających funkcjonowanie ToM były bardzo podobne zarówno wśród pacjentów, którzy mieli w przeszłości objawy psychotyczne, jak i wśród tych, którzy ich nigdy nie mieli. Obie grupy radziły sobie z tymi zadaniami gorzej niż osoby zdrowe. W obu grupach pacjentów odnotowano także osłabienie koncentracji uwagi i funkcji wykonawczych. Badacze przypuszczają, że zaburzenia ToM u pacjentów z ChAD mogą odzwierciedlać ich ogólne trudności w funkcjonowaniu poznawczym [29]. Pacjenci z ChAD będący w eutymii również wykazywali pewne braki w obrębie ToM, jedna dotyczyły one jedynie „poznawczego” komponentu teorii umysłu. W przypadku „emocjonalnego” podtypu ToM pacjenci nie różnili się w sposób istotny od osób zdrowych. Zaważono, że niższe wyniki w zadaniach sprawdzających zarówno „poznawczy”, jak i „emocjonalny” aspekt ToM

korelowały z liczbą przebytych epizodów maniakalnych i hipomaniakalnych. Korelacja ta może oznaczać wzrost deficytów wraz z postępowaniem choroby [30].

Emocje moralne

Moralność człowieka można rozpatrywać także od strony odczuwanych przez niego emocji. Obok badań dotyczących rozwoju moralnego istnieje nurt koncentrujący się na zgłębianiu problematyki tak zwanych emocji moralnych, do których zalicza się: poczucie winy, wstyd oraz empatię [31]. Poczucie winy, pojawia się w odpowiedzi na naruszenie pewnych moralnych standardów. Powstaje w kontekście społecznym — w sytuacji wymiany pomiędzy członkami interakcji, kiedy jeden z nich nabiera przekonania, że wyrządził krzywdę drugiemu [32]. Istnieje aktualnie kilka poglądów dotyczących tego, na jakiej podstawie — i czy w ogóle — należy odróżniać wstyd od poczucia winy. Jeden z nich głosi, że, w przeciwieństwie do poczucia winy, wstyd nie jest reakcją na zaistniałą sytuację oraz na konkretny przejaw niewłaściwego zachowania i jego negatywną ocenę, ale wiąże się z poczuciem jednostki, że całe jej ja jest moralnie nieodpowiednie [32, 33]. Wstyd jest przez niektórych badaczy uważany za swoisty regulator zachowania, który pomaga hamować nieakceptowalne w społeczeństwie tendencje i minimalizować skłonność do kierowania się niewłaściwymi moralnie pobudkami. Odczuwanie go po dokonaniu czegoś uznawanego za niewłaściwe, uważa się za fakt tak bezsporny, że jednostka nieprzejawiająca wstydu odbierana bywa jako ktoś zły i pozbawiony moralnej troski. Podkreślając dychotomię poczucia winy oraz wstydu, wskazuje się również na to, że pierwsza z wymienionych emocji powstaje na podstawie wewnętrznego systemu norm posiadanego przez jednostkę i oceny własnego czynu na podstawie owego systemu (autonomia), natomiast drugie jest odpowiedzią na reakcję otoczenia i ocenę zewnętrznych obserwatorów działania jednostki (heteronomia) [34]. Niektórzy badacze zauważają z kolei, że nie sposób dokonać wyraźnego podziału pomiędzy emocją wstydu i poczuciem winy — chociażby dlatego, że często pojawiają się one symultanicznie, w odpowiedzi na to samo, niemoralne zachowanie i obie wzbudzają tendencję do samokrytycyzmu. Same odczuwające je jednostki, często używają wskazujących na nie określeń zamiennie [35].

Inną bardzo istotną w kontekście moralnego funkcjonowania człowieka emocją jest empatia. Prawdopodobnie jej najbardziej rozpowszechnioną definicją jest ta zaprezentowana przez Hoffmana [14], który rozumie empatię jako rodzaj afektywnej odpowiedzi, adekwatnej bardziej w kontekście aktualnej sytuacji drugiej osoby niż sytuacji samej odczuwającej ją jednostki. Choć empatię

wymienia się obok winy i wstydu jako jedną z emocji moralnych, to warto podkreślić, że podobnie jak teoria umysłu, jest ona zjawiskiem wielowymiarowym które obejmuje zarówno komponenty afektywne (np. odczuwanie współczucia i poczucia winy), jak i poznawcze (np. rozpoznawanie emocji, pośrednie kojarzenie, przyjmowanie ról). Koncepcja, że istnieją związki między empatią a sądzeniem moralnym pojawiła się ponad 200 lat temu w pracach Davida Hume'a [36]. Hume wychodzi z założenia, że skoro ludzie aprobują działania przynoszące im korzyści, a negują te, które wyrządzają im szkodę, to odczuwanie empatii będzie prowadziło do tego, że w ten sam sposób będą oni oceniali działania, które skutkują komfortem lub cierpieniem innych osób. Zdaniem Hume'a empatia jest ostatecznym kryterium, które potwierdza trafność sądu moralnego. Również współcześnie zwraca się uwagę na powiązania między empatią a myśleniem moralnym. Zdaniem Hoffmana empatia uaktywnia zasady moralne (takie jak opisywane wcześniej zasady troski i sprawiedliwości) i bezpośrednio lub za pośrednictwem tych zasad wywiera wpływ na rozumowanie moralne [14]. Niektórzy uważają za oczywiste to, że im wyższa umiejętność odczuwania empatii u danej osoby, tym wyższy poziom jej rozumowania moralnego [37]. Co niezwykle istotne, emocje moralne mają także konsekwencje behawioralne [38]. Na przykład Frank [39] opisuje je jako swoiste narzędzia wzmagające zaangażowanie jednostki w relacje społeczne (commitment devices). I tak, osoba przeżywająca poczucie winy często jest skoncentrowana na próbie naprawienia wyrządzonej szkody i poświęca na swoje działania wiele czasu i energii, w dłuższej perspektywie czasu pozwala jednak jej to na zachowanie nagradzającej i przynoszącej korzyści relacji z drugą osobą.

Także Haidt [32] zwraca uwagę, że emocje moralne motywują do podejmowania działań nakierowanych ku innym. Podkreśla on, że choć samo zachowanie nie zawsze dochodzi do skutku, to odczuwane emocje wprowadzają jednostkę w pewien stan gotowości, nastawiając ją na konkretny typ działania (na przykład na działania prospołeczne w przypadku poczucia winy i empatii czy związane z rewanzem w przypadku złości).

Emocje moralne a zaburzenia psychiczne

Analizując problem emocji moralnych w kontekście zaburzeń psychicznych, wielu badaczy zaobserwowało, że wstyd jest dodatnio skorelowany z depresyjnością [31, 33, 40]. Co istotne, zależność tego typu może mieć charakter dwustronny — depresyjne schematy przypisywania odpowiedzialności za cierpienie innych własnej osobie, mogą skłaniać jednostkę do odczuwania wstydu,

ale może być również odwrotnie — widzenie w sobie osoby moralnie nieodpowiedniej, które często towarzyszy wstydom [32, 33], podtrzymuje stan obniżonego nastroju — na przykład dlatego, że sprzyja pojawianiu się ruminacji [33].

Podobne wyniki prezentują Highfield i wsp. [41], którzy wskazują na wzmożoną tendencję do odczuwania wstydu u osób posiadających diagnozę choroby afektywnej — zarówno jednobiegunowej, jak i dwubiegunowej — choć wśród pacjentów z pierwszej grupy zaobserwowana tendencja była większa, co może sugerować, że poczucie wstydu towarzyszy raczej depresyjności niż stanowi manii. Badania te pozwoliły na uchwycenie jeszcze jednej interesującej zależności — okazało się, że osoby posiadające diagnozę ChAD, szczególnie te, które znajdują się w fazie manii, są mniej skłonne niż grupa osób depresyjnych i grupa kontrolna do doświadczania poczucia winy. Wynik taki nie dziwi, jeśli przyjrzeć się specyfice epizodów maniакаlnych, które często wiążą się z podejmowaniem zachowań skutkujących wejściem w konflikt z prawem, brakiem namysłu nad własnym postępowaniem i z impulsywnością [42, 43]. Pojawienie się pewnej refleksji nad skutkami własnych działań, wydaje się natomiast dość mocno powiązane z momentem wejścia w depresję.

Analizując skłonność do przeżywania poczucia winy, warto przywołać badania, które pozwalają na przyjrzenie się temu, jak owa skłonność kształtuje się u pacjentów cierpiących na depresję. Według O'Connor i wsp. [42], osoby depresyjne przejawiają tendencję do nieprawidłowego interpretowania przyczyn cudzego cierpienia: nieświadomie, w sposób automatyczny dokonują błędnych atrybucji, winą za złe samopoczucie innych osób, obarczając siebie. Na podstawie owego wniosku, badacze postulują, że depresja — choć opisywana zazwyczaj jako „choroba ja”, może być równie trafnie przedstawiana jako „zaburzenie troski o innych”, dla którego charakterystyczna jest właśnie nieracjonalna i silnie nasycona pierwiastkiem negatywnych emocji ocena własnego udziału w cudzej krzywdzie.

Z drugiej strony, można się spotkać z licznymi doniesieniami wskazującymi na rzecz zupełnie przeciwną, a mianowicie na brak związku pomiędzy nastrojem depresyjnym a częstością doświadczania poczucia winy [31, 33, 40]. Warto jednak zauważyć, że taka rozbieżność danych może wynikać z odmiennego sposobu definiowania tego, czym jest owo poczucie winy i na jakiej podstawie należy odróżnić je od uczucia wstydu — a w tej kwestii, na polu nauki, nie wypracowano do tej pory spójnego stanowiska.

Wyniki badań wskazują, że istnieje wiele zaburzeń, które wiążą się z deficytami w zakresie empatii. Zaburzeniem

psychicznym, które niewątpliwie wiąże się z pewnym upośledzeniem empatii jest psychopatia. Robert Hare [43] w stworzonym przez siebie narzędziu do diagnozowania psychopatii (PCL-R, *Psychopathy Checklist-Revised*) wśród 20 wskaźników psychopatii wyróżnia właśnie: brak poczucia winy i wyrzutów sumienia oraz brak wrażliwości i empatii. Wyniki badań, w których badano psychopatów, wykazały, że występują u nich deficyty w zakresie empatii, a, co więcej, deficyty te skutkują brakiem normalnych sądów moralnych [44]. Pewne braki w empatii obserwuje się również w innych zaburzeniach takich jak autyzm czy zespół Aspergera oraz u osób, które doznały uszkodzeń mózgu w wyniku udaru lub innego rodzaju urazów [42].

Badania przeprowadzone wśród pacjentów ze schizofrenią, ChAD i depresją jednobiegunową wykazały, że największe deficyty w zakresie empatii obecne są u pacjentów ze schizofrenią. Pacjenci z ChAD również wykazują pewne braki w empatii, nie są one jednak tak znaczne jak u osób ze schizofrenią. Poziom empatii pacjentów depresyjnych był natomiast zbliżony do wyników uzyskanych przez osoby zdrowe. Warto zwrócić uwagę, że w badaniach tych brano pod uwagę trzy komponenty empatii: rozpoznawanie emocji, przyjmowanie emocjonalnej perspektywy oraz reakcję afektywną. U pacjentów ze schizofrenią i u pacjentów z ChAD zaobserwowano deficyty we wszystkich badanych obszarach, natomiast u pacjentów depresyjnych wykazano braki właściwie jedynie w zakresie reakcji afektywnych. Co więcej, jedynie w przypadku depresji miało znaczenie nasilenie objawów oraz czas trwania choroby. Oba te czynniki powiększały deficyty w zakresie reakcji afektywnej u osób z depresją, natomiast nie odgrywały znaczącej roli u pacjentów ze schizofrenią i ChAD, którzy bez względu na nasilenie objawów i czas trwania choroby przejawiali deficyty w obrębie wszystkich trzech komponentów empatii. Co ciekawe, wyniki badań wskazują również, że pacjenci z ChAD mają szczególną skłonność do opisywania siebie jako mniej empatycznych i w mniejszym stopniu przyjmujących perspektywę innych osób [45]. Wyniki polskich badań dotyczących empatii u pacjentów ze schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegunową również wykazały, że pacjenci ci przejawiają pewne zaburzenia w tym zakresie. Zarówno u pacjentów z ChAD, jak i u tych ze schizofrenią odnotowano deficyty w ramach poznawczego aspektu empatii, osoby cierpiące na schizofrenię miały jednak większą trudność z rozpoznawaniem emocji negatywnych niż osoby z ChAD. Pacjenci cierpiący na ChAD po epizodzie manii wykazali największą nadaktywność w zakresie afektywnego aspektu empatii [28].

Wyniki badań Shamay-Tsoory i wsp. [46], również wykazały, że funkcjonowanie empatii u pacjentów z ChAD

ulega pewnym zmianom. Za pomocą skali The Interpersonal Reactive [47] przebadali oni 19 osób posiadających diagnozę ChAD (10 mężczyzn i 9 kobiet), będących w okresie remisji, oraz 20 zdrowych osób (11 mężczyzn i 9 kobiet). Wspomniane narzędzie umożliwia analizę funkcjonowania badanych jednostek w takich obszarach empatii, jak: zdolność przyjmowania perspektywy innej osoby, tendencja do wyobraźniowego stawiania się w różnych sytuacjach, skłonność do odczuwania empatycznej troski oraz tendencja do odczuwania negatywnych emocji w odpowiedzi na cierpienie innych. W badaniu wykazano, że osoby posiadające diagnozę choroby afektywnej dwubiegunowej uzyskują istotnie niższe wyniki niż osoby zdrowe na podskali mierzącej poznawcze aspekty empatii (przyjmowanie perspektywy), istotnych różnic nie odnotowano w zakresie odczuwania empatycznej troski oraz w zakresie skłonności do wyobraźniowego stawiania się w rozmaitych sytuacjach, natomiast jeśli chodzi o emocjonalny aspekt empatii (odczuwanie negatywnych emocji w odpowiedzi na zaobserwowane cierpienie innych) — pacjenci z ChAD uzyskiwali istotnie wyższe wyniki niż grupa kontrolna [46].

Podsumowanie

Z przedstawionych danych wyłania się niekompletny i nie do końca spójny obraz funkcjonowania moralnego osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Z jednej strony, dane dotyczące deficytów empatii i teorii umysłu, a także upośledzenia funkcji poznawczych towarzyszących zaburzeniom ze spectrum schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej, pozwalają przypuszczać, że pacjenci ci będą przejawiali pewne trudności również

w zakresie rozumowania moralnego, co może powodować, że będą oni prezentowali niższe stadia rozwoju myślenia moralnego niż osoby zdrowe. W kontekście choroby afektywnej dwubiegunowej istotne wydaje się również pytanie, czy te potencjalne trudności będą takie same w przypadku pacjentów maniakalnych i depresyjnych? Badacze porównują osoby z ChAD ze zdrowymi, brakuje jednak badań, w których porównywano by osoby z ChAD znajdujące się w różnych fazach choroby, co wydaje się szczególnie interesujące, zważywszy na różnice widoczne w zachowaniu i sposobie postrzegania świata przez pacjentów depresyjnych i maniakalnych. Choć w obu podgrupach pacjentów odnotowuje się pewne zaburzenia w zakresie empatii i ToM, to warto zwrócić uwagę, że nie są one do końca takie same.

Z drugiej strony dane dotyczące emocji moralnych sugerują, że pacjenci cierpiący na depresję mogą przejawiać szczególną wrażliwość moralną. Pojawia się więc pytanie czy doświadczane przez nich emocje będą faktycznie sprzyjały procesowi rozumowania moralnego i osiągnięciu przez nich wyższych stadiów rozwoju moralnego czy dyskomfort związany z ich przeżywaniem będzie raczej zaniżał możliwości tych osób do wydawania dojrzałych sądów moralnych?

Obecny stan wiedzy nie pozwala na sformułowanie jednoznacznych wniosków dotyczących rozwoju moralnego osób z zaburzeniami psychicznymi, co świadczy o potrzebie przeprowadzenia bardziej szczegółowych badań w tym zakresie. Badania te mogłyby się przyczynić się do poznania sposobu spostrzegania przez pacjentów kwestii związanych z moralnością oraz pomóc w lepszym zrozumieniu podejmowanych przez nich decyzji i działań.

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest analiza problemu rozwoju moralnego i emocji moralnych w kontekście zaburzeń psychicznych. Przedstawiono w nim psychologiczne koncepcje rozwoju rozumowania moralnego i emocji moralnych oraz ich związku z takimi zjawiskami jak teoria umysłu czy empatia. Autorzy prezentują wyniki dotychczasowych badań z udziałem osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, zwracając uwagę na potrzebę bardziej szczegółowych badań w tym zakresie.

Psychiatria 2013; 10, 3–4: 116–123

słowa kluczowe: rozwój moralny, emocje moralne, zaburzenia psychiczne

Piśmiennictwo

1. Byrne P. Psychiatric sigma. Br. J. Psychiatry 2001; 178: 281–284.
2. Siwek M., Jaeschke R., Dudek D., Czyżowska N. Moral Development, Normativity and Mental Disorders. W: Stelmach J., Brożek B., Hohol M. (red.). The Many Faces of Normativity. Copernicus Center Press, Kraków 2012: 309–333.
3. Killen M., Smetana J. Handbook of Moral Development. Lawrence Erlbaum Associates, London 2006: 1–6.
4. Piaget J. Rozwój ocen moralnych dziecka. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1967.
5. Kohlberg L. Essays in Moral Development, vol. II: The Psychology of Moral Development. Harper and Row, Nowy Jork 1984.
6. Walker L.J. Cognitive and Perspective-Taking Prerequisites for Moral Development. Child. Dev. 1980; 51, 131–140.
7. Kohlberg L. Essays in Moral Development, vol. I: The Philosophy of Moral Development. Harper and Row, Nowy Jork 1981.

8. Rest J.R., Narvaez D., Bebeau M., Thoma S.J. Postconventional moral thinking: A neo-Kohlbergian approach, Lawrence Erlbaum Associates, Nowy Jork 1999.
9. Rest J.R. Morality. W: Flavell J.H., Markman E.M. (red.). Handbook of Child Psychology, vol. III: Cognitive Development, 4th edition, John Wiley, Nowy Jork 1983: 556–629.
10. Colby A., Kohlberg L., Gibbs J., Liberman M. A Longitudinal Study Of Moral Judgment. Monogr. Soc. Res. Child. Dev. 1983; 48: 1–2.
11. Gilligan C. Women's Place in Man's Life Cycle. Harvard Educational Review 1979; 49: 431–436.
12. Gilligan C. In a Different Voice. Psychological Theory and Woman's Development Harvard University Press, Cambridge 1982.
13. Lapsley D.K. Moral Psychology. CO: Westview Press, Boulder 1996.
14. Hoffman M. Empatia i rozwój moralny. GWP, Gdańsk 2006.
15. Walker L.J. A Longitudinal Study of Moral Reasoning. Child. Dev. 1989; 60: 157–166.
16. Wark G.R., Krebs D.L. Gender and Dilemma Differences in Real-life Moral Judgment. Dev. Psychol. 1996; 32: 220–230.
17. Signorelli M., Geraci A., Aguglia E. Theory of mind, moral judgments and neuropsychological functioning in patients with bipolar disorders. Eur. Psychiatry 2011; 26: 249.
18. Mirski A., Niemczyński A. Stadia inteligencji operacyjnej i stadia społeczno-moralne w rozwoju człowieka dorosłego. Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej 1995; 3: 43–63.
19. Czyżowska D. Sprawiedliwość i troska. O sposobach rozwiązania dylematów moralnych przez kobiety i mężczyzn. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
20. Trivedi J.K. Cognitive deficits in psychiatric disorder: Current status. Indian J. Psychiatry. 2006; 48 (1): 10–20.
21. Suwalska A., Borkowska A., Rybakowski J. Cognitive deficits in bipolar affective disorder. Psychiatr. Pol. 2001; 35 (4): 657–668.
22. Premack D., Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind?. Behav. Brain Sci. 1978; 1 (4): 515–526.
23. Sabbagh M.A. Understanding the orbitofrontal contribution to theory of mind reasoning: implications for autism. Brain Cogn. 2004; 55: 209–219.
24. Bora E. Theory of mind in schizophrenia spectrum disorders. Turkish Journal of Psychiatry 2009; 20: 269–281.
25. O'Connor L.E., Berry J.W., Weiss J., Gilbert P. Guilt, fear submission, and empathy in depression. J. Affect. Disord. 2002; 71: 19–27.
26. Zelazo P.D., Helwig C.C., Lau A. Intention, Act and Outcome in Behavioral Prediction and Moral Judgment. Child Dev. 1996; 67 (5): 2478–2492.
27. Inouea Y., Yamadab K., Kanbac S. Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. J. Affect. Disord. 2006; 95 (1–3): 125–127.
28. Wiener D., Andrzejewska M., Bodnar A., Rybakowski J. Zaburzenia teorii umysłu oraz empatii w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej. Neuropsychiatr. Neuropsychol. 2011; 6: 85–92.
29. Laheraa G., Montesa M.J., Benitoa A. i wsp. Theory of mind deficit in bipolar disorder. Is it related to a previous history of psychotic symptoms?. Psychiatry Res. 2008; 161 (3): 309–317.
30. Montag C., Ehrlich A., Neuhaus K. i wsp. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. J. Affect. Disord. 2010; 123: 264–269.
31. Stuewig, J., McCloskey, L.A. The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency. Child Maltreatment. 2005; 10: 324–336.
32. Haidt J. The moral emotions. W: Davidson R.J., Scherer, K.R., Goldsmith, H.H. (red.). Handbook of affective sciences. Oxford University Press, Oxford 2003: 852–870.
33. Orth U., Berking M., Burkhardt S. Self-Conscious Emotions and Depression: Rumination Explains Why Shame But Not Guilt is Maladaptive. Pers. Soc. Psychol. B. 2006; 32 (12): 1608–1611.
34. Ally M. The moral appropriateness of shame. *Koers-Bulletin for Christian Scholarship*. 2005; 70 (2): 290–309.
35. Gausel N., Leach C.W. Concern for self-image and social image in the management of moral failure: Rethinking shame. Eur. J. Soc. Psychol. 2011; 41: 468–478.
36. Hume D. Badania dotyczące zasad moralności. PWN, Warszawa 1751/1975.
37. Janikowski W. Amoralizm i psychopatia. Analiza i Egzystencja. 2008; 8: 35–47.
38. Nelissen R.M.A., Zeelenberg M. Moral emotions as determinants of third-party punishment: Anger, guilt, and the functions of altruistic sanctions. Judgment and Decision Making. 2009; 4 (7): 543–553.
39. Frank R. Introducing moral emotions into models of rational choice. W: Manstead A.S. R., Frijda N. i Fischer A. (red.). Feelings and emotions: The Amsterdam symposium. Cambridge University Press, Cambridge 2004: 422–440.
40. Fontaine J.R.J., Luyten P., De Boeck P., Corveleyn J. The Test of Self-Conscious Affect: Internal structure, differential scales and relationships with long-term affects. Eur. J. Personality 2001; 15: 449–463.
41. Highfield J., Markham D., Skinner M., Neal A. An investigation into the experience of self-conscious emotions in individuals with bipolar disorder, unipolar depression and non-psychiatric controls. Clin. Psychol. Psychotherapy 2010; 17 (5): 395–405.
42. O'Connor L.E., Berry J.W., Lewis T., Mulherin K., Crisostomo, P.S. Empathy in mental illness. Cambridge University Press, Cambridge 2007.
43. Hare R.D. The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Multi-Health Systems, Toronto 1991.
44. Blair R.J.R. Moral reasoning and the child with psychopathic tendencies. Pers. Indifferences. 1997; 22: 731–739.
45. Derntl B., Seidel E. M., Schneider F., Habel U. How specific are emotional deficits? A comparison of empathic abilities in schizophrenia, bipolar and depressed patients. Schizophr. Res. 2012; 142: 58–64.
46. Shamay-Tsoory S., Harari, H., Szepeswol O., Levkovitz, Y. Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci. 2009; 21: 59–67.
47. Davis M.H. A multidimensional approach to individual differences in empathy. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology 1980; 10 (85): 1–19.