Psychologia społeczna w praktyce klinicznej i sądowej na podstawie Social Psychology 14th Edition Davida G. Myersa

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje krytyczne błędy poznawcze utrudniające obiektywną diagnostykę w psychologii klinicznej i sądowej. Autor skupia się na korelacji iluzorycznej oraz mądrości wstecznej (hindsight bias), która prowadzi do błędnego oceniania decyzji ex post i nieuzasadnionego przypisywania winy profesjonalistom. Tekst zestawia subiektywną intuicję kliniczną z predykcją mechaniczną, wskazując na wyższą trafność algorytmów i reguł statystycznych w przewidywaniu zachowań. Podkreślono, że profesjonalizm wymaga operowania częstościami bazowymi i kalibracją danych zamiast polegania na narracjach pojedynczych przypadków. Choć ekspert pozostaje niezastąpiony w interpretacji kontekstu, statystyka stanowi niezbędny bezpiecznik chroniący przed poznawczymi pułapkami umysłu.

The article analyzes critical cognitive biases that hinder objective diagnostics in clinical and forensic psychology. The author focuses on illusory correlation and hindsight bias, which lead to the erroneous ex post evaluation of decisions and the unjustified assignment of blame to professionals. The text contrasts subjective clinical intuition with mechanical prediction, pointing to the higher accuracy of algorithms and statistical rules in predicting behavior. It is emphasized that professionalism requires operating with base rates and data calibration instead of relying on single-case narratives. While the expert remains irreplaceable in interpreting context, statistics serve as an essential safeguard protecting against the cognitive traps of the mind.

Artykuł stanowi krytyczną analizę zawodności ludzkiego osądu w obszarach o najwyższej odpowiedzialności – praktyce klinicznej oraz wymiarze sprawiedliwości. Autor stawia tezę, że nieustrukturyzowana intuicja ekspercka, mimo pozornego autorytetu, jest systematycznie podatna na błędy poznawcze, takie jak korelację iluzoryczną czy mądrość wsteczną (hindsight bias), co w najgorszym przypadku prowadzi do błędnych diagnoz lub niesprawiedliwych wyroków. Tekst dowodzi, że profesjonalizm nie powinien opierać się na subiektywnym poczuciu doświadczenia, lecz na epistemicznej pokorze i rygorystycznym stosowaniu procedur oraz danych statystycznych, które kalibrują ludzką percepcję. Analiza przechodzi od mechanizmów psychopatologii i relacji terapeutycznej do psychologii sądowej, wskazując, że zarówno w gabinecie, jak i na sali rozpraw, jedynym bezpiecznikiem przed ludzką omylnością jest projektowanie systemów odpornych na błędy poznawcze. Ostatecznie tekst postuluje zastąpienie wiary w nieomylność eksperta audytowalnym procesem decyzyjnym, w którym dane empiryczne i świadomość własnych ograniczeń poznawczych stają się fundamentem etyki zawodowej.

SŁOWA KLUCZOWE

korelacja iluzoryczna | hindsight bias | heurystyka dostępności | depresyjny realizm | ruminacje | przymierze terapeutyczne | efekt reflektora | izolacja społeczna | teoria porównań społecznych | epistemiczna pokora | predykcja mechaniczna | wartość predykcyjna | model bio-psycho-społeczny | efekt dezinformacji

Statystyczna weryfikacja intuicji przeciwstawiona błędom poznawczym

Korelacja iluzoryczna: przypadek zapamiętany może ważyć więcej niż sto przypadków zwyczajnych

Myers wskazuje korelację iluzoryczną jako jedną z barier diagnostycznych, przywołując tendencję do dostrzegania związków między wynikiem testu projekcyjnego a rozpoznaniem, mimo braku wystarczających podstaw empirycznych. Mechanizm ten stanowi kliniczny odpowiednik heurystyki dostępności.

Przypadek niezwykły – szczególnie nacechowany emocjonalnie lub zakończony spektakularnym wynikiem – zapisuje się w pamięci intensywniej niż setki sytuacji, w których oczekiwany związek nie wystąpił. Klinicysta może zapamiętać pacjenta, u którego pewien sygnał poprzedził kryzys, ignorując jednocześnie wszystkich tych, u których ten sam sygnał nie doprowadził do żadnego zdarzenia. Z punktu widzenia teorii detekcji sygnału jest to klasyczny problem nieuwzględniania mianownika. Trafne przewidywanie staje się psychologicznie dostępne, podczas gdy liczba fałszywych alarmów pozostaje poznawczo rozproszona. W konsekwencji przeceniana jest wartość diagnostyczna wskazówki, która w rzeczywistej populacji posiada niską dodatnią wartość predykcyjną. Ten sam błąd występuje w medycynie somatycznej, bezpieczeństwie, prawie i finansach: dramatyczny sukces predykcji staje się argumentem za metodą, choć jej pełna macierz błędów pozostaje niewidzialna.

Trafność kliniczna wymaga zatem operowania nie tylko narracją przypadku, lecz przede wszystkim częstościami bazowymi, czułością, swoistością, wartościami predykcyjnymi i kalibracją. Intuicja może rozpoznać sygnał, ale dopiero statystyka określa, jak często prowadzi on do właściwego wniosku w danej populacji.

Hindsight bias: po tragedii przeszłość staje się bardziej oczywista, niż była naprawdę

Myers eksponuje mądrość wsteczną jako szczególnie niebezpieczny błąd kliniczny, zwłaszcza w obliczu zdarzeń o dramatycznych konsekwencjach. Po wystąpieniu samobójstwa, ciężkiego epizodu czy aktu przemocy wcześniejsze sygnały mogą zacząć wyglądać na oczywiste ostrzeżenia, choć przed zdarzeniem były niejednoznaczne i występowały również u osób, u których podobny wynik nie przyniósł skutku.

Hindsight bias zmienia nie tylko ocenę przeszłości, ale i moralny osąd profesjonalisty. Po poznaniu wyniku obserwator często stwierdza: „powinien był wiedzieć”. W ten sposób problem epistemologiczny zostaje przekształcony w problem winy. W rzeczywistości należy odtworzyć stan informacji ex ante, a nie interpretować go z perspektywy ex post. Dlatego profesjonalna analiza zdarzenia nie powinna pytać wyłącznie o to, czy po fakcie można znaleźć sygnały ostrzegawcze, lecz czy przed zdarzeniem posiadały one wystarczającą wartość predykcyjną, by rozsądny ekspert powinien był zmienić decyzję. Jest to jedna z fundamentalnych zasad medycyny, prawa i administracji: decyzji nie wolno oceniać wyłącznie przez jej wynik. Dobra decyzja probabilistyczna może przynieść zły skutek, a decyzja nierozsądna może przypadkiem zakończyć się pomyślnie. Profesjonalizm wymaga oceny procesu, danych i kalibracji przewidywania, a nie jedynie retrospektywnego moralizowania na podstawie rezultatu.

Klinicysta kontra formuła: stary spór Meehla nadal pozostaje aktualny. Najmocniejsze sformułowanie w książce głosi, że statystyczne przewidywanie jest „wirtualnie zawsze" skuteczniejsze od subiektywnej oceny klinicznej. Teza ta ma solidne podstawy historyczne, choć słowo „zawsze" wymaga korekty. Klasyczna metaanaliza Grove'a i współpracowników wykazała, że formalne reguły były przeciętnie o około 10% trafniejsze od metod klinicznych. W zależności od analizy przewidywanie mechaniczne wyraźnie przewyższało kliniczne w 33–47% porównań, podczas gdy kliniczne było lepsze jedynie w 6–16%; w wielu przypadkach obie metody osiągały zbliżoną trafność.

To rozróżnienie jest kluczowe. Konkluzja nie brzmi: „algorytm zawsze wie lepiej od człowieka", lecz: gdy te same dane służą do predykcji, prosta i konsekwentnie stosowana reguła statystyczna często dorównuje ekspertowi lub go przewyższa, ponieważ nie ulega zmęczeniu, nie zmienia wag zmiennych pod wpływem nastroju i nie faworyzuje spektakularnych przypadków. Człowiek zachowuje natomiast przewagę w pozyskiwaniu nowych informacji, rozumieniu kontekstu, wykrywaniu danych pominiętych w modelu oraz interpretowaniu wyjątków – o ile nie używa pojęcia „wyjątku" jako arbitralnej furtki do ignorowania każdego niewygodnego wyniku modelu.

Nowsza literatura dotycząca oceny ryzyka potwierdza ten kierunek. Metaanaliza porównująca narzędzia oceny ryzyka z nieustrukturyzowanym osądem profesjonalnym w przewidywaniu zachowań przestępczych wykazała wyższą trafność narzędzi, nawet po uwzględnieniu ryzyka błędu badań. Nie oznacza to, że każda skala jest doskonała lub zwalnia eksperta z odpowiedzialności; oznacza jednak, że nieustrukturyzowana intuicja nie powinna być traktowana jako złoty standard tylko ze względu na doświadczenie osoby ją stosującej.

Tu pojawia się zasadniczy problem współczesnej sztucznej inteligencji w medycynie i psychologii. Mechaniczne przewidywanie Meehla nie jest tożsame z generatywną AI czy modelami uczenia maszynowego. Prosta, przejrzysta reguła statystyczna jest łatwa do audytu.

Model uczony na milionach parametrów może być silniejszy predykcyjnie, lecz jednocześnie bardziej podatny na przesunięcia rozkładu, ukryty bias, brak zewnętrznej walidacji czy niewłaściwą interpretację. W kontekście przewidywania zachowań samobójczych przeglądy z lat 2024–2025 wskazują na obiecujące wyniki uczenia maszynowego, lecz równocześnie podkreślają heterogeniczność badań i brak metody pozwalającej niezawodnie przewidywać indywidualne zdarzenia o tak niskiej częstości.

Ryzyko jako prawdopodobieństwo a nie cecha osoby

Dojrzała alternatywa dla intuicji nie brzmi: „oddajmy decyzję algorytmowi". Brzmi raczej tak: stosujmy formalizację tam, gdzie poprawia ona kalibrację, a człowieka wykorzystujmy tam, gdzie niezbędny jest kontekst, komunikacja, odpowiedzialność normatywna i umiejętność wykrywania ograniczeń modelu. Ryzyko powinno być traktowane jako prawdopodobieństwo, a nie etykieta przypisana człowiekowi.

Kliniczna predykcja staje się szczególnie niebezpieczna w momencie, gdy probabilistyczny wynik zostaje przekształcony w kategorię ontologiczną: „pacjent wysokiego ryzyka", „pacjent niebezpieczny" czy „pacjent stabilny". Taka gramatyka sugeruje, jakoby ryzyko było trwałą właściwością osoby podobną do koloru oczu. W rzeczywistości jest ono relacją pomiędzy osobą, konkretnym punktem czasowym, środowiskiem, mierzoną zmienną, horyzontem predykcji oraz dostępnymi interwencjami. To rozróżnienie ma kluczowe konsekwencje dla kwestii odpowiedzialności. Prognoza nigdy nie mówi, co „musi" się wydarzyć; wskazuje jedynie, jak często określony wynik występował w porównywalnych warunkach lub jak model szacuje jego prawdopodobieństwo.

Im rzadsze zdarzenie, tym poważniejszy staje się problem fałszywych alarmów. Model może cechować się wysoką czułością, a jednocześnie generować dużą liczbę osób błędnie zakwalifikowanych jako zagrożone, jeśli bazowa częstość występowania zjawiska jest mała. Sama „accuracy" jest zatem niewystarczającą miarą jakości systemu predykcyjnego. W badaniach nad machine learning w obszarze samobójstw raportuje się wysokie wartości AUC czy ogólnej trafności, jednak ich znaczenie kliniczne zależy od dodatniej wartości predykcyjnej, czułości, swoistości, progu decyzji oraz realnych konsekwencji klasyfikacji fałszywie dodatniej i ujemnej. Najnowsze analizy diagnostyczne dążą właśnie do przełożenia wyników modeli na parametry klinicznie interpretable, zamiast poprzestawać na jednym, atrakcyjnym wskaźniku.

Psychologia społeczna dodaje tu kolejny problem: etykieta ryzyka może zmieniać zachowanie otoczenia, a tym samym modyfikować środowisko osoby zaklasyfikowanej. Powraca zatem teoria samospełniającej się przepowiedni. Jeśli profesjonalista zacznie interpretować każde zachowanie pacjenta przez pryzmat raz przypisanej kategorii, model diagnostyczny przestaje jedynie przewidywać świat, a zaczyna współtworzyć warunki, w których pacjent funkcjonuje.

Przykładem takiej dynamiki jest depresyjny realizm – jedna z najbardziej atrakcyjnych hipotez, której nie wolno utożsamiać z przekonaniem, że „depresja mówi prawdę". Myers przywołuje klasyczną hipotezę Alloy i Abramson, według której osoby z łagodnymi objawami depresyjnymi w określonych zadaniach mogły trafniej oceniać własną kontrolę niż osoby niedepresyjne, wykazujące

nadmierny optymizm. Z tej obserwacji zrodziła się chwytliwa idea „sadder but wiser”. W kulturze popularnej została ona niekiedy przekształcona w sugestię, że depresja usuwa iluzje i odsłania prawdziwe oblicze świata.

Stan badań nie uzasadnia jednak tak szerokiego wniosku. Klasyczna metaanaliza 75 badań z udziałem ponad siedmiu tysięcy uczestników wykazała bardzo mały ogólny efekt depresyjnego realizmu, silnie zależny od metodologii, rodzaju zadania i sposobu diagnozy. Zarówno osoby depresyjne, jak i niedepresyjne popełniały błędy, choć pozytywne zniekształcenie bywało większe u tych drugich. Nowsze analizy wskazują na słaby ogólny efekt depresyjnego zniekształcenia; depresyjny realizm częściej pojawiał się w zadaniach analitycznie złożonych i odnoszących się do kontroli, podczas gdy silniejsza depresja wiązała się z deformacją osądu w innych obszarach. Najtrafniejsza teza brzmi zatem: depresja nie czyni człowieka ani uniwersalnie bardziej, ani mniej realistycznym; zmienia ona profile przetwarzania informacji, których trafność zależy od rodzaju zadania.

Jest to przykład dojrzalszego sposobu myślenia, którego wymaga współczesna psychologia społeczna: zamiast efektownego "prawa" - mapa moderatorów. Klasyczne modele depresyjnego stylu wyjaśniania pozostają jednak ważne. Myers opisuje tendencję do interpretowania porażek jako przyczyn wewnętrznych, stabilnych i globalnych: „moja wina”, „zawsze tak będzie”, „wszystko jest takie”. W tradycji Abramsona, Seligmana i Teasdale'a takie wzorce atrybucyjne łączono z bezradnością i podatnością na depresję. Współczesna klinika nie redukuje oczywiście zaburzenia depresyjnego do jednego błędu poznawczego – depresja jest zjawiskiem heterogenicznym, obejmującym komponenty biologiczne, rozwojowe, społeczne i środowiskowe.

Ruminacje i lęk jako mechanizmy zniekształcania percepcji

Modele poznawcze pozwalają przede wszystkim dostrzec mechanizmy podtrzymujące cierpienie. Przykładem jest ruminacja: myślenie może przestać rozwiązywać problem i zacząć go reprodukować. Odwołując się do prac Susan Nolen-Hoeksemy, definiujemy ją jako uporczywe, bezproduktywne skupienie na negatywnych stanach oraz ich przyczynach. Ruminacja obnaża słabość popularnego przekonania, że problemy psychiczne rozwiązuje samo „głębsze zastanowienie się nad sobą”. O ile refleksja może prowadzić do rozwiązania, o tyle ruminacja wpędza w pętlę wielokrotnej analizy straty, porażki lub zagrożenia, nie generując nowych danych ani konkretnych działań. Różnica między tymi procesami nie sprowadza się zatem do ilości myślenia, lecz do funkcji procesu poznawczego. Refleksja otwiera drogę do planu, aktualizacji przekonań lub akceptacji

niepewności; ruminacja natomiast powiela pytania o winę i hipotetyczne alternatywy, co zwiększa dostępność negatywnych treści i utrwala obniżony nastrój. W świetle wcześniejszych tez jest to szczególnie istotne, gdyż heurystyka dostępności działa również do wewnątrz.

Jeśli człowiek wielokrotnie aktywuje wspomnienia porażek, stają się one łatwiej dostępne przy kolejnych ocenach własnej wartości i przyszłości. Ruminacja może więc tworzyć poznawczy ekosystem, w którym negatywne dane mają uprzywilejowany dostęp do świadomości. W terapii zmiana zachowania może poprzedzić zmianę przekonania. Myers wskazuje, że modyfikacja działań wpływa na atrybucje i obraz siebie, co łączy psychologię społeczną z nurtami behawioralnymi oraz poznawczo-behawioralnymi. Pacjent nie musi bowiem najpierw „uwierzyć, że potrafi", aby zacząć działać.

Nowe zachowanie dostarcza danych, które w późniejszym etapie zmieniają przekonanie. Osoba z lękiem społecznym może zakładać, że odezwanie się podczas spotkania zakończy się kompromitacją; unikanie chroni ją przed doświadczeniem, które mogłoby sfalsyfikować to założenie. Ekspozycja behawioralna zmienia układ epistemiczny: człowiek wykonuje czyn, obserwuje rezultat i otrzymuje nowe dane. Jeśli katastrofa nie następuje lub okazuje się mniej dotkliwa niż przewidywano, możliwa jest aktualizacja oceny prawdopodobieństwa. Nie jest to jednak proces prosty.

Pacjent może zinterpretować sukces jako wyjątek lub efekt okoliczności zewnętrznych, przez co pierwotna teoria pozostanie nienaruszona. Dlatego terapia nie polega jedynie na samym działaniu, lecz na rekonstrukcji znaczenia tego działania. Mechanizmy subtypowania, atrybucji i trwałości przekonań, analizowane wcześniej przy stereotypach, powracają tutaj w skali intrapersonalnej. Lęk społeczny jawi się jako zaburzenie przewidywania umysłu innych ludzi. Myers łączy go z efektem reflektora i przekonaniem o intensywnej obserwacji oraz ocenie jednostki przez otoczenie. Z perspektywy psychologii społecznej lęk ten jest wyjątkowo interesujący, gdyż dotyczy nie tyle bezpośredniego zagrożenia fizycznego, co modelu cudzego umysłu. Człowiek przewiduje negatywną ocenę, monitoruje własne zachowanie i interpretuje niejednoznaczne sygnały jako dezaprobatę, co uruchamia mechanizm sprzężenia zwrotnego.

Nadmierne samomonitorowanie zwiększa obciążenie poznawcze i pogarsza spontaniczność interakcji. Zachowania zabezpieczające – ograniczanie kontaktu wzrokowego, lakoniczność, nadmierne przygotowywanie wypowiedzi czy używanie substancji obniżających napięcie – mogą uniemożliwić zdobycie dowodów na to, że interakcja byłaby bezpieczna także bez nich. Co więcej, lękowe zachowanie może zostać odczytane przez otoczenie jako chłód lub brak zainteresowania. W ten sposób powstaje klasyczna samospełniająca się przepowiednia: jednostka przewiduje

odrzucenie i przyjmuje postawę defensywną, na co środowisko odpowiada mniejszą otwartością, a ta reakcja staje się dla pacjenta dowodem słuszności pierwotnego przewidywania.

Wpływ izolacji i wsparcia społecznego na zdrowie

Samotność nie jest tożsama z izolacją społeczną. Choć Myers łączy samotność, wykluczenie i wsparcie społeczne, należy rozróżnić te dwa pojęcia. Samotność jest subiektywnym doświadczeniem niedostatecznej jakości lub ilości relacji w stosunku do indywidualnych potrzeb; izolacja społeczna natomiast opisuje obiektywny niedobór kontaktów i sieci społecznych. Można mieszkać samotnie, nie czując samotności, lub żyć w rodzinie i doświadczać głębokiego osamotnienia. To rozróżnienie ma kluczowe znaczenie medyczne.

Wielka metaanaliza 90 prospektywnych badań kohortowych, obejmująca ponad 2,2 miliona osób, wykazała, że zarówno izolacja społeczna, jak i samotność wiążą się z wyższym ryzykiem śmiertelności ogólnej. Związek ten jest silniejszy w przypadku obiektywnej izolacji: wzrost względnego ryzyka wynosi odpowiednio około 32% i 14%. Izolacja korelowała także ze zwiększoną śmiertelnością sercowo-naczyniową. Z danych obserwacyjnych nie należy jednak wyciągać uproszczonego wniosku, że samotność w określonym procencie "powoduje śmierć". Choroby mogą pogłębiać izolację; status ekonomiczny wpływa zarówno na sieci społeczne, jak i zdrowie; z kolei styl życia, depresja, mobilność czy dostęp do opieki mogą pośredniczyć w tej zależności lub ją konfundować. Metaanaliza wskazuje na silny sygnał epidemiologiczny, a nie dostarcza eksperymentalnego oszacowania pojedynczego łańcucha przyczynowego. Niemniej wartość tego wyniku dla psychologii społecznej jest ogromna. Relacja przestaje być "miękkim dodatkiem do zdrowia". Struktura społeczna człowieka staje się jednym z istotnych korelatów długoterminowego ryzyka zdrowotnego.

Wsparcie społeczne nie działa jak lek o stałej dawce. Myers formułuje mocną tezę, że bliskie relacje, małżeństwo, dzielenie się doświadczeniami i sieć wsparcia wzmacniają zdrowie, a nawet układ odpornościowy. Teza ta ma szerokie podstawy, lecz wymaga odejścia od uproszczonego modelu "więcej kontaktów = więcej zdrowia". Wsparcie społeczne jest wielowymiarowe: może mieć charakter emocjonalny, informacyjny, instrumentalny lub wartościujący. Różne potrzeby wymagają różnych form pomocy. Osoba przeżywająca stratę może potrzebować obecności, a nie rozwiązania; ktoś z problemem praktycznym może oczekiwać konkretnego działania, a nie wyłącznie empatycznej rozmowy. Pomoc niedopasowana bywa odbierana jako paternalizm, kontrola lub dowód braku zrozumienia.

Klasyczny model buforowania stresu Cohena i Willsa zakładał, że wsparcie chroni szczególnie silnie wtedy, gdy człowiek w sytuacji stresowej posiada relację lub zasób odpowiadający konkretnym wymaganiom. Jednocześnie istnieją efekty główne integracji społecznej, niezależne od pojedynczego kryzysu. Dlatego pytanie kliniczne nie powinno brzmieć wyłącznie: "czy pacjent ma ludzi wokół siebie?", lecz czy jego sieć dostarcza zasobów odpowiadających potrzebom i czy same relacje nie stały się źródłem stresu.

Relacja terapeutyczna jako proces wpływu i ryzyko etykietowania

Małżeństwo nie jest automatycznie czynnikiem ochronnym. Choć związki przeciętnie korelują z wieloma wskaźnikami zdrowia, to jakość relacji ma znaczenie zasadnicze. Związek konfliktowy, przemocowy lub chronicznie stresujący nie może być traktowany jak standardowa dawka „wsparcia społecznego" – status formalny jest tu jedynie przybliżeniem realnego środowiska relacyjnego człowieka.

Terapia sama w sobie jest relacją społeczną, a nie tylko nośnikiem techniki. Przywołując Stronga, można ją ująć jako proces wpływu społecznego, co jednak nie oznacza redukcji psychoterapii do zwykłej perswazji. Relacja terapeutyczna angażuje bowiem wiele mechanizmów znanych z psychologii społecznej: autorytet ekspercki, zaufanie, oczekiwania, normę ujawniania, reinterpretację doświadczeń, modelowanie zachowania, społeczne wzmocnienie oraz wspólne konstruowanie znaczenia. Centralną kategorią jest tu przymierze terapeutyczne, rozumiane zazwyczaj jako uzgodnienie celów, zgodność co do zadań terapii oraz jakość więzi między pacjentem a terapeutą. Metaanaliza 295 niezależnych badań na grupie ponad 30 tysięcy pacjentów wykazała stabilny związek jakości przymierza z wynikiem terapii ($r \approx 0{,}28$), co dotyczy zarówno psychoterapii bezpośredniej, jak i internetowej.

Nie należy jednak interpretować tej korelacji zbyt mechanicznie, uznając, że „dobra relacja powoduje sukces". Kierunek zależności może być dwustronny: wcześniejsza poprawa stanu pacjenta może wpływać na lepszą ocenę przymierza, osoby łatwiejsze w terapii mogą tworzyć silniejsze relacje, a cechy samego terapeuty mogą oddziaływać na oba te czynniki. Nowsze analizy skupiają się właśnie na udziale efektów terapeuty i wzajemności tych zależności. Mimo tych zastrzeżeń przymierze pozostaje jednym z najlepiej udokumentowanych relacyjnych korelatów wyniku leczenia. Wymusza to odejście od modelu, w którym terapia przypomina podania substancji, a terapeuta pełni jedynie funkcję dostawcy techniki. Technika działa bowiem w relacji, a relacja warunkuje możliwość jej skutecznego użycia.

Autorytet terapeuty jest niezbędny, lecz potencjalnie niebezpieczny. W analizie eksperymentu Milgrama widzieliśmy, jak autorytet ekspercki zwiększa skłonność do podporządkowania. W terapii autorytet również istnieje, ale powinien opierać się na innej strukturze normatywnej. Pacjent zgłasza się po pomoc właśnie dlatego, że terapeuta dysponuje wiedzą, której on sam nie posiada; udawanie pełnej symetrii byłoby zatem fikcją.

Problem pojawia się w momencie, gdy przewaga epistemiczna zostaje rozszerzona na obszary, w których profesjonalista nie może wiedzieć lepiej od pacjenta. Terapeuta może znać literaturę dotyczącą mechanizmów zaburzenia, ale to pacjent ma uprzywilejowany dostęp do własnej historii, wartości i celów. Właściwa relacja kliniczna jest więc asymetryczna kompetencyjnie, lecz nie absolutnie hierarchiczna poznawczo. Taka konstrukcja odpowiada idei shared decision-making w medycynie: ekspert wnosi wiedzę o prawdopodobieństwach, metodach leczenia i ryzyku, natomiast pacjent – wiedzę o własnych preferencjach, tolerancji skutków ubocznych oraz wartościach życiowych. Decyzja wysokiej jakości rodzi się na skrzyżowaniu obu tych rodzajów informacji.

Psychologia społeczna wyjaśnia, dlaczego jest to trudne. Status terapeuty sprawia, że pacjent chętniej uzna jego hipotezę za fakt. Z drugiej strony profesjonalista może zinterpretować sprzeciw pacjenta jako „opór", podczas gdy w rzeczywistości jest to ważna informacja o nietrafności modelu. Pojęcie oporu może zatem stać się teorią odporną na falsyfikację: zgoda pacjenta potwierdza interpretację, a niezgoda zostaje uznana za symptom, który również ją potwierdza. Dojrzała terapia musi zatem zakładać proceduralną możliwość stwierdzenia: „moja interpretacja może być błędna".

Diagnoza psychologiczna lub psychiatryczna może przynieść ulgę, organizując rozproszone doświadczenia, umożliwiając dostęp do leczenia i zdejmując z cierpienia ciężar moralizującej oceny. Człowiek przestaje postrzegać siebie jako „leniwego", a zaczyna rozważać możliwość wystąpienia konkretnego zespołu objawów. Nazwa tworzy język, który umożliwia komunikację, jednak ta sama nazwa może stać się ograniczającym schematem.

Po otrzymaniu diagnozy człowiek często zaczyna interpretować przeszłość przez jej pryzmat, selektywnie przypominając sobie wydarzenia zgodne z kategorią i oczekując zachowań odpowiadających stereotypowi. Teoria etykietowania oraz Hackingowskie pojęcie looping effects przypominają, że klasyfikacje mogą zmieniać ludzi, których dotyczą. Nie oznacza to, że diagnozy są arbitralnymi konstruktami społecznymi, lecz że pełnią one jednocześnie funkcję opisową i społeczną. Są informacją o wzorcu klinicznym, ale stają się też elementem tożsamości, relacji z instytucją, sposobu interpretowania przyszłości oraz kategorią prawną lub administracyjną. W epoce mediów społecznościowych mechanizm ten nabiera nowej skali.

Wpływ mediów społecznościowych jest heterogeniczny i zależny od mechanizmu porównań

Kategorie kliniczne krążą poza gabinetami w skróconych, memetycznych formach. Cechy osobowości, zmęczenie, trudności z koncentracją czy konflikty relacyjne bywają natychmiast wtłaczane w popularne etykiety diagnostyczne. Psychologia społeczna powinna zatem badać nie tylko trafność samodiagnoz, lecz także społeczną dyfuzję języka psychopatologii.

Wątek mediów społecznościowych i depresji dotyka istotnego problemu, jednak wymaga ostrożniejszego podejścia do kwestii przyczynowości. Myers przywołuje zjawisko „highlight reel" oraz związek korzystania z Instagrama z depresją, wskazując na badanie, w którym ograniczenie aktywności na Facebooku, Instagramie i Snapchacie do łącznie około 30 minut dziennie zmniejszyło poczucie samotności i objawy depresyjne. Odwołuje się tu do eksperymentu Hunt i współpracowników z 2018 roku: 143 studentów losowo przydzielono do grupy ograniczającej używanie trzech platform do 10 minut każda dziennie lub do korzystania z nich w dotychczasowy sposób. Po trzech tygodniach grupa z ograniczeniem wykazała większy spadek poziomu samotności i depresji. Nie należy jednak przekuwać jednego eksperymentu w uniwersalne zalecenie „30 minut dziennie". Próba była mała, obejmowała studentów jednej uczelni, dotyczyła konkretnych platform w określonym momencie historii technologii, a sama interwencja trwała zaledwie trzy tygodnie.

Co ważniejsze, media społecznościowe stanowią heterogeniczną kategorię zachowań. Bierne przewijanie treści, aktywna rozmowa z przyjacielem, poszukiwanie wsparcia, działalność zawodowa czy oglądanie treści porównawczych nie są psychologicznie tym samym rodzajem ekspozycji. Nowsze metaanalizy randomizowanych interwencji ograniczających media społecznościowe dostarczają jednak umiarkowanego wsparcia dla tezy o niewielkim efekcie redukcji objawów depresyjnych.

Metaanaliza dziesięciu RCT obejmujących 1491 osób oszacowała efekt po korekcie biasu na około g = 0,25, przy istotnej heterogeniczności i braku pewności co do efektów długoterminowych. Inna synteza RCT uzyskała mniejszy efekt dla depresji (około g = 0,17), podczas gdy wpływ na samotność nie był stabilnie istotny we wszystkich analizach. Badanie randomizowane wśród młodych osób z objawami lęku lub depresji wykazało niewielki spadek samotności po ograniczeniu korzystania z mediów społecznościowych do godziny dziennie. Obraz ten jest bardziej złożony niż katastroficzne stwierdzenie, że „media społecznościowe powodują depresję", jak i uspokajająca teza o braku jakiegokolwiek efektu. Najbardziej naukowo obronna hipoteza brzmi: sposób korzystania z mediów społecznościowych może być jednym z modyfikowalnych elementów środowiska psychicznego, lecz

jego wpływ jest przeciętnie niewielki, silnie heterogeniczny i zależny od konkretnego człowieka, treści, relacji oraz platformy.

W kontekście „highlight reel" i teorii porównań społecznych psychologia społeczna potrafi wyjaśnić mechanizm, przez który określone użycie platform pogarsza dobrostan. Festingerowska teoria porównań społecznych zakłada, że ludzie oceniają własne cechy i pozycję poprzez odniesienie do innych. Platforma cyfrowa radykalnie poszerza pulę dostępnych standardów porównawczych, a jednocześnie pozwala każdemu selekcjonować najbardziej korzystne fragmenty własnej autoprezentacji. Powstaje asymetria epistemiczna: porównuję pełny dostęp do własnego życia z wyselekcjonowaną ekspozycją cudzego życia. Widzę własną nudę, konflikty, nieudane zdjęcia, niepewność zawodową i zwyczajne poranki; u drugiego człowieka widzę awans, podróż, sukces, relację i starannie wybrany kadr. Porównanie jest więc strukturalnie nierówne jeszcze przed pojawieniem się jakiegokolwiek błędu poznawczego.

Efekt ten nie jest jednak identyczny dla wszystkich. Platforma może również umożliwiać tzw. downward comparison, identyfikację z osobami w podobnej sytuacji, wsparcie, inspirację oraz dostęp do wspólnot niedostępnych lokalnie. Badanie Nature Human Behaviour nad nastolatkami z klinicznymi problemami psychicznymi i bez nich pokazało, że grupy te różniły się nie tylko czasem spędzanym w mediach społecznościowych, lecz przede wszystkim charakterem doświadczeń – takich jak sposób dokonywania porównań społecznych, wpływ nastroju czy stopień kontroli nad korzystaniem z sieci.

Epistemiczna pokora i procedury zamiast intuicji eksperta

Dlatego czas ekranowy jest grubą miarą ekspozycji, a nie teorią mechanizmu. Nie każda samotność wymaga zwiększenia liczby kontaktów; jest ona bowiem rozbieżnością pomiędzy pożądaną a rzeczywistą jakością relacji, więc proste mnożenie interakcji może nie wystarczyć. Osoba może otrzymywać wiele komunikatów, a nadal doświadczać braku zrozumienia, bezpieczeństwa i znaczenia. Może również posiadać zniekształcone oczekiwania wobec innych, interpretować neutralne zachowanie jako odrzucenie albo unikać sytuacji, które mogłyby poprawić relacje.

W tym miejscu perspektywa kliniczna spotyka społeczną. Samotność może być równocześnie stanem środowiska i procesem poznawczym. Jeśli wcześniejsze odrzucenie zwiększa czujność wobec zagrożeń społecznych, człowiek może selektywnie wykrywać oznaki chłodu, reagować

defensywnie i wytwarzać interakcje mniej satysfakcjonujące. Znów powstaje pętla sprzężenia zwrotnego.

Interwencja może zatem wymagać zarówno nowych okazji do relacji, jak i pracy nad sposobem ich interpretowania. Polityka publiczna, która odpowiada na samotność wyłącznie organizowaniem większej liczby wydarzeń społecznych, może nie dotrzeć do mechanizmu w wielu przypadkach. Terapia, która redukuje samotność jedynie do "negatywnego myślenia", może z kolei ignorować realny brak wspólnoty, ubóstwo, niepełnosprawność, wykluczenie transportowe lub nieprzyjazną architekturę miasta. Psychologia kliniczna potrzebuje więc socjologii.

Czasami problem tkwi w przekonaniu jednostki; czasami zaś w rzeczywistym świecie, który to przekonanie trafnie opisuje. Eksperckość nie polega na psychologizowaniu wszystkiego – i jest to jedna z najważniejszych granic zastosowania psychologii społecznej w klinice. Skoro dyscyplina dysponuje teoriami atrybucji, heurystyk, porównań społecznych, przywiązania, lęku i samospełniających się przepowiedni, pojawia się pokusa interpretowania każdego cierpienia jako produktu umysłu jednostki. Taki błąd byłby klinicznym odpowiednikiem podstawowego błędu atrybucji. Człowiek może być zestresowany nie dlatego, że źle interpretuje sytuację, lecz dlatego, że sytuacja jest zła. Może bać się zwolnienia, ponieważ pracodawca rzeczywiście redukuje zatrudnienie. Może odczuwać samotność, ponieważ utracił sieć społeczną.

Może doświadczać chronicznego napięcia, ponieważ mieszka w niebezpiecznym środowisku albo pracuje w systemie, który systematycznie narusza jego granice. Terapia, która każdą realistyczną ocenę trudnej sytuacji interpretuje jako "negatywne myślenie", może stać się mechanizmem adaptowania człowieka do patologii środowiska. Wówczas psychologia przestaje leczyć, a zaczyna prywatyzować problem społeczny. Dojrzały model bio-psycho-społeczny musi zatem zachować realną wielopoziomowość. "Bio" nie może oznaczać biologicznego determinizmu, "psycho" psychologizowania, a "społeczne" dekoracyjnego dopisku. Każdy poziom powinien posiadać własne hipotezy, dane i możliwe interwencje.

Od terapii do instytucji: klinika jako test epistemicznej pokory. Psychologia społeczna wnosi do kliniki nie tylko katalog błędów poznawczych, lecz określony model profesjonalizmu. Ekspert powinien wiedzieć, że pamięć jest selektywna, doświadczenie może produkować nadmierną pewność, intuicja bywa podatna na przypadki wyjątkowe, wynik znany po fakcie zmienia percepcję wcześniejszych sygnałów, a kategorie diagnostyczne mogą wpływać na późniejszą interpretację pacjenta. Z tej wiedzy nie wynika paraliż decyzyjny, lecz potrzeba procedur. Profesjonalna decyzja powinna być możliwie audytowalna: na jakich danych została oparta, jakie alternatywne hipotezy rozważono, jak silne są dowody, jaki jest poziom niepewności, co mogłoby zmienić rozpoznanie

oraz jaki sygnał uruchomiłby ponowną ocenę. W ten sposób nauka o biasach staje się nauką o projektowaniu procesu decyzyjnego.

W tym świetle pojęcie "doświadczonego klinicysty" powinno oznaczać coś więcej niż liczbę przepracowanych lat. Doświadczenie ma epistemiczną wartość wtedy, gdy było połączone z regularnym feedbackiem, porównywaniem przewidywań z wynikami i gotowością do aktualizacji własnych modeli. Bez informacji zwrotnej można przez trzydzieści lat powtarzać ten sam błąd z coraz większą pewnością siebie. Jednocześnie formalizacja nie powinna prowadzić do biurokratycznej iluzji obiektywizmu. Kwestionariusz również może mieć ograniczoną trafność, norma może pochodzić z niereprezentatywnej populacji, algorytm może reprodukować wcześniejsze błędy systemu, a standaryzowana procedura może przeoczyć przypadek rzeczywiście wyjątkowy. Nie istnieje narzędzie wolne od założeń; istnieją tylko narzędzia bardziej lub mniej transparentne, zwalidowane i właściwie używane.

Klinika staje się zatem idealnym laboratorium epistemicznej pokory. Lekcja psychologii społecznej nie brzmi: "nie ufaj ekspertom", lecz: buduj eksperckość w taki sposób, aby ekspert nie musiał ufać wyłącznie sobie. Ta zasada stanie się jeszcze ważniejsza, gdy ten sam aparat poznawczy przeniesiemy z gabinetu terapeuty do wymiaru sprawiedliwości. W klinice nadmierna pewność może wypaczyć diagnozę; w sądzie nadmierna pewność świadka może pozbawić człowieka wolności. W klinice pamięć pacjenta jest materiałem terapii; w procesie karnym pamięć może stać się dowodem. W klinice sugestia może zmieniać narrację autobiograficzną; w przesłuchaniu może współtworzyć fałszywe wspomnienie albo przyznanie.

Wreszcie, tam gdzie profesjonalista błędnie przewiduje zachowanie pacjenta, skutki mogą być dramatyczne, lecz w systemie prawnym błędy wielu ludzi – świadka, policjanta, eksperta, prokuratora, sędziego i ławy przysięgłych – mogą skumulować się w jedną proceduralnie poprawną, a faktycznie błędną decyzję.

Projektowanie procedur odpornych na ludzką zawodność

Uwaga Fundacji Dobre Państwo zostanie poświęcona psychologii sądu: rekonstrukcyjnej naturze pamięci, efektowi dezinformacji Loftus, okazaniom i cross-race effect, zależności między pewnością a trafnością zeznań świadka, post-identification feedback, fałszywym przyznaniom, presji przesłuchania, wpływowi kamery oraz grupowemu podejmowaniu decyzji. Analiza obejmie również to, jak prawo próbuje – nie zawsze skutecznie – budować procedury odporne na psychologię

człowieka, który je wykonuje. Sąd jako laboratorium pamięci, perswazji i grupowego osądu: świadek, przesłuchanie, przyznanie się i instytucjonalna produkcja pewności.

Wymiar sprawiedliwości oparto na normatywnym ideale, według którego fakty powinny zostać zrekonstruowane możliwie wiernie, dowody ocenione w oparciu o jawne reguły, a decyzja oddzielona od osobistych sympatii, statusu, presji grupowej czy emocjonalnej atrakcyjności narracji. Psychologia społeczna wnosi do tego ideału korektę niepokojącą, lecz konieczną: każdy etap postępowania realizują ludzie, których percepcja jest selektywna, pamięć rekonstrukcyjna, pewność siebie podatna na wpływ społeczny, a ocena przyczyn zachowania zależna od sposobu prezentacji informacji.

Myers przechodzi od kliniki do sądu właśnie przez tę ciągłość mechanizmów, wskazując na efekt dezinformacji, błędy identyfikacji, wpływ informacji zwrotnej po okazaniu, fałszywe przyznania oraz dynamikę ławy przysięgłych.

Teza nie brzmi jednak, że „świadkom nie można ufać", „policjanci manipulują", „sędziowie są stronniczy" czy „ławy przysięgłych ulegają emocjom". Tego rodzaju uogólnienia powielałyby błąd dyspozycyjny, który psychologia społeczna stara się ograniczać. Problem ma charakter instytucjonalny: nawet uczciwy świadek może się mylić, profesjonalny funkcjonariusz może nieświadomie zasugerować odpowiedź, niewinny podejrzany może złożyć obciążające go oświadczenie, a bezstronny decydent może nadać nadmierne znaczenie informacjom, których psychologicznej siły nie rozpoznaje. Sprawiedliwy system musi zatem projektować procedurę nie dla idealnego poznawczo człowieka, lecz dla człowieka rzeczywistego.

> Czy sprawiedliwość i zdrowie mogą być kiedykolwiek gwarantowane w systemach obsługiwanych przez ludzi, których pamięć jest rekonstrukcyjna, a pewność siebie często odwrotnie proporcjonalna do trafności osądu? Być może największym aktem profesjonalizmu nie jest już wiara we własną intuicję, lecz odwaga zbudowania systemu, który zakłada naszą zawodność. W świecie, gdzie jeden błąd poznawczy może kosztować kogoś wolność lub życie, pokora wobec danych staje się jedynym prawdziwym imperatywem etycznym.

Inspiracje

[1] "Social Psychology 14th Edition" David G Myers

David Guy Myers (ur. 1942) jest amerykańskim psychologiem społecznym i emerytowanym profesorem psychologii im. Johna Dirka Werkmana w Hope College w Holland w stanie Michigan. Uzyskał tytuł licencjata z chemii na Uniwersytecie Whitworth oraz doktorat z psychologii na Uniwersytecie Iowa w 1967 roku. Myers jest powszechnie uznawany za jednego z najbardziej wpływowych autorów podręczników w edukacji psychologicznej, jako autor kompleksowych podręczników, które wprowadziły miliony studentów w świat psychologii ogólnej i społecznej. Jego badania naukowe koncentrują się na wpływie społecznym, polaryzacji grupowej oraz czynnikach warunkujących subiektywne poczucie dobrostanu i szczęścia. Oprócz publikacji naukowych w czasopismach takich jak „Science" i „Psychological Science", Myers jest aktywnym propagatorem psychologii i propagatorem technologii wspomagających słuch, po osobistych doświadczeniach z utratą słuchu.

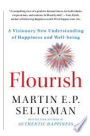
David Guy Myers (born 1942) is an American social psychologist and the John Dirk Werkman Professor of Psychology Emeritus at Hope College in Holland, Michigan. He earned his bachelor's degree in chemistry from Whitworth University and his Ph.D. in psychology from the University of Iowa in 1967. Myers is widely recognized as one of the most influential textbook authors in psychology education, having authored definitive textbooks that have introduced millions of students to general and social psychology. His academic research focuses on social influence, group polarization, and the determinants of subjective well-being and happiness. In addition to his scholarly publications in journals such as Science and Psychological Science, Myers is an active public communicator of psychological science and an advocate for assistive hearing technologies following his personal experience with hearing loss.

Hope College

Literatura uzupełniająca

Książki

Książki autorów przywoływanych i literatura pokrewna:



[1] "Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being"

Martin Seligman

Simon and Schuster | ISBN: 9781439190777



[2] **"Authentic Happiness"**

Martin Seligman

Simon and Schuster | ISBN: 9780743247887



[3] **"The Social Construction of What?"**

Ian Hacking

Harvard University Press | ISBN: 9780674254275



[4] **"When Prophecy Fails"**

Leon Festinger

Simon and Schuster | ISBN: 9781625589774

Artykuły naukowe

Prace autorów przywoływanych w tekście:

[1] **"Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence."**

Paul E. Meehl

1954 | University of Minnesota Press eBooks | DOI: 10.1037/11281-000

Źródło

[2] **"Theoretical risks and tabular asterisks: Sir Karl, Sir Ronald, and the slow progress of soft psychology."**

Paul E. Meehl

1978 | Journal of Consulting and Clinical Psychology | DOI: 10.1037/0022-006x.46.4.806

Źródło

[3] **"Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical–statistical controversy."**

William M. Grove, Paul E. Meehl

1996 | Psychology Public Policy and Law | DOI: 10.1037/1076-8971.2.2.293

Źródło

[4] **"Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores."**

Paul E. Meehl, ALBERT P. ROSEN

1955 | Psychological Bulletin | DOI: 10.1037/h0048070

Źródło

[5] **"The intensification of the outer suburbs and the impact on travel behaviour: an analysis of York Region"**

Paul Grove

2021 | DOI: 10.32920/ryerson.14668296

Źródło

[6] **"Survey on the use of clinical and mechanical prediction methods in clinical psychology."**

Scott I. Vrieze, William M. Grove

2009 | Professional Psychology: Research and Practice | DOI: 10.1037/a0014693

Źródło

[7] **"Negative cognitive style as a predictor of negative life events in depression-prone individuals: A test of the stress generation hypothesis"**

Scott M. Safford, Lauren B. Alloy, Lyn Y. Abramson, Alisa G. Crossfield

2007 | Journal of Affective Disorders | DOI: 10.1016/j.jad.2006.09.003

Źródło

[8] **"Cognitive Vulnerability to Depression"**

Lauren B. Alloy, Lyn Y. Abramson

Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy | DOI: 10.1007/0-306-48581-8_38

Źródło

[9] **"Learned helplessness in humans: Critique and reformulation."**

Lyn Y. Abramson, Martin E. P. Seligman, John D. Teasdale

1978 | Journal of Abnormal Psychology | DOI: 10.1037/0021-843x.87.1.49

Źródło

[10] **"Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse"**

Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, John D. Teasdale

2001

Źródło

[11] **"Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy."**

John D. Teasdale, Zindel V. Segal, James M. Williams, Valerie A. Ridgeway, Judith M. Soulsby

2000 | Journal of Consulting and Clinical Psychology | DOI: 10.1037//0022-006x.68.4.615

Źródło

[12] "Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects."

S. Helen Ma, John D. Teasdale

2004 | Journal of Consulting and Clinical Psychology | DOI: 10.1037/0022-006x.72.1.31

Źródło

[13] "Stress, social support, and the buffering hypothesis."

Sheldon Cohen, Thomas A. Wills

1985 | Psychological Bulletin | DOI: 10.1037/0033-2909.98.2.310

Źródło

[14] "Social Relationships and Health."

Sheldon Cohen

2004 | American Psychologist | DOI: 10.1037/0003-066x.59.8.676

Źródło

[15] "Social Support and Health."

Catherine E. Ross, Sheldon Cohen, S. Leonard Syme

1986 | Contemporary Sociology A Journal of Reviews | DOI: 10.2307/2071725

Źródło

[16] "Perceived stress in a probability sample of the United States"

Sheldon Cohen

1988

Źródło

[17] "Points to Consider When Asked to Write Emotional Support Animal Advocacy Letter"

Cheryl D. Wills

2023 | Psychiatric News | DOI: 10.1176/appi.pn.2023.07.7.23

Źródło

[18] "Parental support, parent–adolescent conflict, and substance use of Native Hawaiian and other Pacific Islander youth: Ethnic differences in stress-buffering and vulnerability effects."

Thomas A. Wills, Scott K. Okamoto, Rebecca Knight, Ian Pagano

2019 | Asian American Journal of Psychology | DOI: 10.1037/aap0000139

Źródło

[19] "Social influence theory."

Stanley R. Strong

2000 | Encyclopedia of psychology, Vol. 7. | DOI: 10.1037/10522-148

Źródło

[20] "Collaborative Influence"

Tom Strong

2000 | Australian and New Zealand Journal of Family Therapy | DOI: 10.1002/j.1467-8438.2000.tb00432.x

Źródło

[21] "The Social Construction of What?"

John Dupré, Ian Hacking

2000 | The Journal of Philosophy | DOI: 10.2307/2678463

Źródło

[22] "The Emergence of Probability."

Glenn R. Shafer, Ian Hacking

1976 | Journal of the American Statistical Association | DOI: 10.2307/2285346

Źródło

[23] "The looping effects of human kinds"

Ian Hacking

1996 | Oxford University Press eBooks | DOI: 10.1093/acprof:oso/9780198524021.003.0012

Źródło

[24] "An Introduction to Probability and Inductive Logic"

Ian Hacking

2001 | Cambridge University Press eBooks | DOI: 10.1017/cbo9780511801297

Źródło

[25] "EIGHT The Role of Social Support: Theory"

Leon Festinger

1957 | Stanford University Press eBooks | DOI: 10.1515/9781503620766-009

Źródło

[26] "A Theory of Social Comparison Processes"

Leon Festinger

1954 | Human Relations | DOI: 10.1177/001872675400700202

Źródło

[27] "Informal social communication."

Leon Festinger

1950 | Theory and experiment in social communication. | DOI: 10.1037/10646-001

Źródło

[28] "Back to the Future: Retrospective Review of Leon Festinger's "A Theory of Cognitive Dissonance"@@@A Theory of Cognitive Dissonance"

E. Aronson, L. Festinger

1997 | DOI: 10.2307/1423706

Źródło

[29] "Planting misinformation in the human mind: A 30-year investigation of the malleability of memory: Figure 1."

Elizabeth F. Loftus

2005 | Learning & Memory | DOI: 10.1101/lm.94705

Źródło

[30] "Reconstructive Memory Processes in Eyewitness Testimony"

Elizabeth F. Loftus

1981 | Perspectives in Law & Psychology | DOI: 10.1007/978-1-4684-3767-6_3

Źródło

[31] "Memory distortions."

Elizabeth F. Loftus

1991 | Canadian Psychology / Psychologie canadienne | DOI: 10.1037/h0084648

Źródło

Treść tworzy Fundacja Dobre Państwo.
Redaguje i publikuje APA ONE, autorski system redakcyjny Fundacji oparty na AI.
APA ONE Publishing System
Fundacja Dobre Państwo © 2026
Article ID: 06edfccd-07fd-41aa-96e4-bd2498e6ccee